



**Universidade Federal
do Espírito Santo**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IAGOR BRUM LEITÃO

O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de
Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a
atenção psicossocial infantojuvenil brasileira

2025

VITÓRIA

IAGOR BRUM LEITÃO

O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES), como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

2025

VITÓRIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

ATA DE DEFESA DE TESE DO CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – ATA Nº 185 – 27/03/2025

No vigésimo sétimo dia do mês de março de dois mil e vinte e cinco, em formato híbrido, conforme Portaria Normativa nº 08, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFES de 01 de julho de 2021, procedeu-se a avaliação da defesa de tese do discente **IAGOR BRUM LEITÃO**. Às 14h, a Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar- UFES (Presidente da Comissão Examinadora) deu início aos trabalhos, convidando os demais integrantes da comissão: Profa. Dra. Luciana Bicalho Reis - UFES (Examinadora Interna), Profa. Dra. Bruna Lídia Taño - UFES (Examinadora Interna), Profa. Dra. Patricia Santos de Souza Delfini - Mackenzie (Examinadora Externa) e Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto - UFRJ (Examinadora Externa). A seguir, a Presidente solicitou ao doutorando que fizesse uma explanação de seu trabalho intitulado "**O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira**". Finda a apresentação, a Presidente passou a palavra aos examinadores, que procederam à arguição do candidato. Ao final, a Comissão, em sessão reservada, deliberou pela **APROVAÇÃO** da referida tese nos termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e alertou que o aprovado somente terá direito ao título de Doutor após a entrega da versão final de sua tese à Secretaria do Programa. Encerrada a sessão, eu, Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar, presidente da Comissão Examinadora, lavrei a presente ata que vai assinada digitalmente por mim e pelos demais componentes da Comissão.

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANA BICALHO REIS**
Data: 06/06/2025 08:15:25-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar(UFES)
Presidente da Sessão

Documento assinado digitalmente
 **LUZIANE ZACCHE AVELLAR**
Data: 06/06/2025 10:26:55-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **BRUNA LIDIA TANO**
Data: 05/06/2025 16:30:08-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Luciana Bicalho Reis (UFES)
Examinadora Interna

Documento assinado digitalmente
 **PATRICIA SANTOS DE SOUZA DELFINI**
Data: 27/05/2025 21:30:39-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Bruna Lídia Taño (UFES)
Examinadora Interna

Profa. Dra. Patricia Santos de Souza Delfini (MACKENZIE)
Examinadora Externa

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CRISTINA VENTURA COUTO**
Data: 28/05/2025 10:09:30-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (UFRJ)
Examinadora Externa

Iagor Brum Leitão

**"O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM MUNICÍPIOS
INTERIORES E SEM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL (CAPSIJ): DESAFIOS, EXPERIÊNCIAS E CAMINHOS PARA A
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL BRASILEIRA."**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 27 de março de 2025.

Comissão Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANA BICALHO REIS**
Data: 06/06/2025 08:15:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **BRUNA LÍDIA TANO**
Data: 05/06/2025 16:30:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **PATRICIA SANTOS DE SOUZA DELFINI**
Data: 27/05/2025 21:29:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CRISTINA VENTURA COUTO**
Data: 28/05/2025 10:09:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **LUZIANE ZACCHE AVELLAR**
Data: 06/06/2025 10:23:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar (UFES)
Presidente da Sessão

Profa. Dra. Luciana Bicalho Reis (UFES)
Examinadora Interna

Profa. Dra. Bruna Lídia Taño (UFES)
Examinadora Interna

Profa. Dra. Patricia Santos de Souza Delfini (MACKENZIE)
Examinadora Externa

Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (UFRJ)
Examinadora Externa

À Maitê Bastos Leitão,

“No caso de qualquer indivíduo no início do processo de desenvolvimento emocional, há três coisas: em um extremo, há a hereditariedade; no outro extremo, há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e, no meio, está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo”.

D. Winnicott, 1959.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora suficientemente boa, Professora Luziane Zacché Avellar, pela inestimável pareceria, serenidade, sobriedade e ensinamentos, do começo ao fim deste trabalho. Que essa parceria perdure por mais tempo, independentemente das configurações;

Ao querido Grupo de Orientação (GO), especificamente Amanda Roffes, Andrea Romanholi, Bárbara Thomes, Camila Marchiori, Ivy Campanha, Janaína Baptista, Karine Teixeira, Lívia Meneguel, Nathalia Borba, Raísa Costa, Rachel Wandekokem, Raísa Catherine e Schrylei Viana, bem como as professoras queridas, Alexandra Iglesias, Luciana Bicalho e Meyrelli Belotti, pelas valiosas contribuições, críticas, partilhas e aprendizado coletivo;

Às Banca de Qualificação do Projeto e de Avaliação da Tese, compostas pelas Professoras Dras. Maria Cristina Couto, Patrícia Delfini, Bruna Taño e Luciana Bicalho Reis, pela leitura atenta e contribuições generosas;

À minha esposa, Marcella, quem muito admiro, pelo apoio, pareceria, cumplicidade, paciência e pelas valiosas leituras. Afinal, não é qualquer um que conta com uma esposa-professora-doutora em psicologia para ler cada parágrafo novo escrito, independente da hora e momento (risos);

Às minhas filhas, Marina e Maitê, por serem respiro e darem sentido pessoal ao trabalho, ao percurso e à vida;

Aos meus pais, Rogéria e Edsel, e ao meu irmão, Igor, por sempre incentivarem, darem suporte, apoio e se orgulharem de mim, a cada feito, a cada passo e a cada pequena realização. Amo vocês.

Às minhas professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo compromisso, responsabilidade, ética e qualidade com o ensino e a transmissão em cada disciplina;

Aos meus amigos, em especial, Diego e Marco, companheiros de faculdade, de profissão e de vida;

Às minhas alunas de iniciação científica pelo Centro Universitário Vale do Cricaré (UNIVC), Thays Picoli, Tharssa Fernandes e Júlia Miloti, pelas valiosas contribuições na fase de coleta de dados e parceria especial no estudo de itinerários.

Às minhas alunas e aos meus alunos da graduação, que me desafiam, me ensinam, compartilham, me escutam e, principalmente, que me forjam constantemente como um professor um pouco melhor do que antes.

Aos trabalhadores trabalhadoras dos serviços de atenção de São Mateus e aos participantes dos estudos, pela acolhida e generosidade em compartilharem do seu tempo, suas experiências e saberes. Espero que essa tese possa contribuir para um fortalecimento da rede e melhoria das condições de trabalho. Que o cuidado em saúde mental das infâncias e adolescências ocupe cada vez mais um lugar de destaque nas políticas do município.

A todos os pesquisadores e pesquisadoras que se dedicam a tomar como um problema de pesquisa a atenção psicossocial infantojuvenil, não apenas por fornecerem as bases bibliográficas que sustentam este trabalho, mas por serem referências acadêmicas e inspirações para meu percurso. Que essa tese também possa dialogar e contribuir para esse campo de pesquisa tão importante.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), pela bolsa de doutorado concedida no período de Junho de 2021 a Fevereiro de 2022.

RESUMO

A tese teve como objetivo analisar criticamente a atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil, com destaque para o cuidado em saúde mental infantojuvenil (SMIJ) vivenciado por municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e desprovidos de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Contém cinco artigos, sendo três revisões de literatura (narrativa, integrativa e de escopo) e dois estudos de campo qualitativos. A combinação de revisões e estudos de campo teve o intuito de proporcionar uma análise que transita do contexto mais geral (realidades no plural) ao específico (um município em particular). O primeiro artigo mostra que os desafios brasileiros, como o vazio assistencial, as disparidades regionais, o baixo investimento público e práticas medicalizantes que divergem de marcos regulatórios e diretrizes norteadoras, são compartilhados por outros países da América Latina e Caribe. Os serviços de SMIJ são escassos ou inexistentes em muitos países da região, especialmente em municípios do interior, forçando famílias a buscarem cuidado em centros urbanos. O Brasil se destacou como o único país analisado a possuir um serviço estratégico para a SMIJ, o CAPSij, uma política pública pioneira e sem equivalentes. No entanto, apesar de sua relevância, sua implantação ainda é limitada. O segundo artigo revelou que, em municípios desprovidos de CAPSij, o cuidado tende a ocorrer por meio da “pessoalização do cuidado”, quando um único profissional assume a maior parte das demandas, atuando de forma sobrecarregada e solitária. As principais dificuldades no cuidado incluem alta rotatividade de profissionais, abordagens centradas na dinâmica queixa-conduta e falta de intersetorialidade e regionalização efetiva. O terceiro artigo investigou o cuidado em SMIJ no município de São Mateus, de médio porte, localizado no interior e desprovido de CAPSij. Descobriu uma pactuação local que estabeleceu uma “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” como serviço-referência para demandas de SMIJ. Contudo, tem operado de forma ambulatorial e precarizada, sem desempenhar papel de articulador na rede de cuidados. Apesar do município contar com 28 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, não houve menção significativa de ações voltadas à SMIJ nessas unidades. A alta rotatividade de profissionais e a fragilidade dos vínculos trabalhistas também emergiram como barreiras principais. O quarto artigo evidenciou que os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental são fragmentados, com o CAPSij sendo considerado pelos usuários e família como o serviço mais confiável entre os demais da Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial. Barreiras como a falta de recursos humanos, o excesso de encaminhamentos e abordagens desumanizadas nos sistemas de urgência e hospitalar foram

destacadas. A revisão também evidenciou a ausência de estudos sobre itinerários em SMIJ em cidades sem CAPSij. Essa lacuna é relevante, dado que mais de 60% dos municípios brasileiros com critério populacional para esse serviço ainda não o possuem. O quinto artigo analisou os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes atendidos pela “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” no mesmo município abordado pelo terceiro artigo. Constatou a escola como principal ponto de detecção inicial de demandas em SMIJ. Corroborou que a “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” operou como principal recurso local, mas com limitações relacionadas à rotatividade de profissionais e atuação majoritariamente ambulatorial. Além disso, a Atenção Básica mostrou participação limitada nos itinerários investigados, com as Unidades Básicas de Saúde utilizadas principalmente como ponto para encaminhamentos. A tese enfatiza que o paradigma psicossocial, embora normativo na política de SMIJ, ainda enfrenta desafios em sua implementação, e isso pode ser ainda mais acentuado em municípios que não possuem o principal dispositivos estratégicos da atenção psicossocial infantojuvenil. Defende que a efetividade da rede de SMIJ em municípios sem CAPSij requer um dispositivo local com mandato público claro, que vá além da absorção de casos para si. A história da SMIJ no Brasil é marcada por avanços não lineares, frequentemente interrompidos. Sem agentes que articulem essa pauta, a agenda perde força. Assim, é essencial que esse mandato seja caracterizado por impulsionar ações em rede, especialmente na Atenção Básica ou em sinergia com ela, superando a lógica ambulatorial e promovendo práticas alinhadas à clínica ampliada e à atenção psicossocial infantojuvenil.

Palavras-Chave: Criança; Adolescente; Serviços de Saúde Mental; Atenção Primária; Sistemas Locais de Saúde.

Áreas e sub-áreas do CNPQ

7.07.00.00-1 Psicologia

7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica

7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

7.07.10.02-3 Programas de Atendimento Comunitário

Este estudo foi financiado, em parte, pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), Brasil. Número do Processo “Nº 10/2020 – PROCAP 2021 – DOUTORADO”.

ABSTRACT

The thesis aimed to critically analyze child and adolescent psychosocial care in Brazil, with a focus on mental health care for children and adolescents (CAMH) in small or medium-sized municipalities in rural areas, lacking Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSij). It includes five articles, comprising three literature reviews (narrative, integrative, and scoping) and two qualitative field studies. The combination of reviews and field studies aimed to provide an analysis that transitions from a broader context (multiple realities) to a more specific one (a specific municipality). The first article shows that Brazilian challenges, such as the lack of mental health services, regional disparities, low public investment, and medicalizing practices that diverge from regulatory frameworks and guiding policies, are shared by other Latin American and Caribbean countries. SMIJ services are scarce or nonexistent in many countries in the region, especially in rural and inland municipalities, forcing families to seek care in urban centers. Brazil stood out as the only analyzed country with a strategic service specifically for SMIJ, the CAPSij, a pioneering and unparalleled policy. However, despite its relevance, its implementation remains limited. The second article revealed that, in municipalities without CAPSij, care tends to occur through “personalization of care,” where a single professional takes on most of the demands, working in an overburdened and isolated manner. The main challenges in care include high staff turnover, complaint-conduct-centered approaches, and a lack of intersectorality and effective regionalization. The third article investigated SMIJ care in a specific rural municipality without CAPSij. It found a local agreement establishing a “*Multidisciplinary Mental Health Team*” as the reference for SMIJ demands. However, the service has operated in an outpatient and precarious manner, without fulfilling its role as a network coordinator. Additionally, Primary Care showed limited involvement, with Basic Health Units (UBS) primarily used as referral points. High staff turnover and fragile employment contracts also emerged as major barriers. The fourth article highlighted that the therapeutic itineraries of children and adolescents with mental health needs are fragmented, with CAPSij being perceived by users and families as the most reliable service within the Psychosocial Care Network (RAPS). Barriers such as a lack of human resources, an overload of referrals, and dehumanized approaches in emergency and hospital systems were emphasized. The review highlighted the absence of studies on SMIJ itineraries in cities without CAPSij. This gap is significant, as more than 60% of Brazilian municipalities meeting the population criteria for this service still do not have it. The fifth article analyzed the therapeutic

itineraries of children and adolescents served by the “*Multidisciplinary Mental Health Team*” in the same municipality discussed in the third article. It identified schools as the primary point for the initial detection of CAMH demands, while the “*Multidisciplinary Mental Health Team*” operated as the main local resource but faced limitations related to high staff turnover and predominantly outpatient activities. The thesis emphasizes that, although the psychosocial paradigm is normative in CAMH policy, its implementation still faces challenges, which may be even more pronounced in municipalities lacking the main strategic devices of psychosocial care for children and adolescents. It argues that the effectiveness of the CAMH network in municipalities without CAPSij requires a local device with a clear public mandate that goes beyond merely absorbing cases. The history of CAMH in Brazil is marked by nonlinear progress, frequently interrupted. Without agents to articulate this agenda, it loses momentum. Thus, it is essential that this mandate drives networked actions, particularly within Primary Care or in synergy with it, overcoming the outpatient model and promoting practices aligned with expanded clinical care and psychosocial care for children and adolescents.

Keywords: Child; Adolescent; Mental Health Services; Primary Care; Local Health Systems

This study was financed, in part, by the Espírito Santo Research Foundation (FAPES), Brasil. Process Number “Nº 10/2020 – PROCAP 2021 – DOUTORADO”.

Sumário

Apresentação	20
Introdução	26
O cuidado em saúde mental infanto-juvenil: que cuidado é esse?.....	38
A saúde mental infanto-juvenil em municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e que não possuem CAPSij.....	49
Objetivos da tese.....	62
Artigo 1 – Panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas	64
Introdução.....	65
Método.....	66
Resultados e discussão	67
Considerações finais	81
Referências.....	82
Artigo 2 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em contextos sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura	89
Introdução	90
Metodologia	91
Resultados	93
Discussão.....	99
Considerações finais	102
Referências.....	103
Artigo 3 – O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes: a experiência de um município sem CAPSij.....	107

Introdução.....	109
Material e métodos	111
Resultados.....	114
Discussão	122
Referências.....	Err
o! Indicador não definido.	
Artigo 4 – Itinerários terapêuticos e saúde mental infantojuvenil: revisão de escopo de estudos brasileiros	137
Introdução.....	139
Metodologia.....	139
Resultados.....	140
Discussão.....	150
Conclusão.....	Err
o! Indicador não definido.	
Referências.....	155
Artigo 5 – Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem CAPSij	161
Introdução.....	163
Método e cenário da pesquisa.....	164
Resultados.....	166
Discussão	172
Considerações finais.....	179
Referências	179
Considerações finais da tese.....	183
Questões em aberto e implicações para a política de atenção psicossocial	

infantojuvenil.....	188
Contribuições crítico-teóricas e caminhos apontados pelos artigos e pela tese	193
Referências da bibliografia citada fora do escopo dos artigos.....	203
Anexo 1 – Mensagem de Convite para Participação nas Entrevistas do Estudo	224
Anexo 2 – Roteiro de Entrevista e Questionário Sociodemográfico.....	226
Anexo 3 – Roteiro de Entrevista para o Estudo de Itinerários Terapêuticos.....	228
Apêndice – Parecer Consubstanciado do CEP	211

Lista de Quadros

Introdução

Quadro 1. Diretrizes nacionais para o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil. ...	27
Quadro 2. Relação entre o objetivo geral, objetivos específicos, artigos relacionados e abrangência de análise.	62

Artigo 2 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em contextos sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura

Quadro 1. Descritores utilizados para as buscas dos artigos e número de registros encontrados.	91
Quadro 2. Panorama dos estudos sobre SMIJ em municípios sem CAPSij.	93

Artigo 3 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em um município de interior sem CAPSij: um estudo com diferentes profissionais da rede de atenção

Quadro 1. Informações sociodemográficas dos profissionais da rede entrevistados.	114
---	-----

Artigo 4 – Itinerários terapêuticos e saúde mental infantojuvenil: revisão de escopo de estudos brasileiros

Quadro 1. Caracterização metodológica dos estudos incluídos na revisão em ordem cronológica decrescente de publicação.	141
Quadro 2. Caracterização dos fatores impulsionadores e dinâmicas do processo de busca por cuidados em saúde mental infantojuvenil dos estudos incluídos na revisão em ordem cronológica decrescente.	144

Artigo 5 – Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem CAPSij

Quadro 1. Características sociodemográficas dos participantes.	166
---	-----

Lista de Figuras

Artigo 2 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em contextos sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos estudos para a pesquisa baseado no diagrama PRISMA.....92

Artigo 3 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em um município de interior sem CAPSij: um estudo com diferentes profissionais da rede de atenção

Figura 1. Ilustração dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município 112

Artigo 4 – Itinerários terapêuticos e saúde mental infantojuvenil: revisão de escopo de estudos brasileiros

Figura 1. Fluxograma de seleção de publicações, adaptado do modelo PRISMA¹⁵ 139

Figura 2. Grafo de similitude gerado pelo software IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual formado por segmentos de textos extraídos dos resumos, resultados e conclusões dos artigos, excluindo-se parágrafos com referências bibliográficas, dos estudos incluídos..... **Erro!**

Indicador não definido.

Figura 3. Nuvem de palavras relacionadas aos locais mais frequentados pelos participantes dos estudos incluídos na revisão gerada pelo software IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual formado por segmentos de textos extraídos dos resumos, resultados e conclusões. **Erro!**

Indicador não definido.

Artigo 5 – Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem CAPSij

Figura 1. Dendrograma editado com base no resultado da análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerado pelo IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual composto pela

transcrição das entrevistas com os 14 genitores participantes.	168
Figura 2. Grafo da Análise de Similitude gerado pelo software IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual composto pela transcrição das entrevistas com os 14 genitores participantes, que ilustra os itinerários terapêuticos dos participantes.	171

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica	
AM – Apoio Matricial	
APOIE - Ação Psicossocial e Orientação Interativa Escolar	
APS – Atenção Primária à Saúde	
CA – Criança(s) e Adolescente(s)	
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	
CAPSiJ – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	
CDC – Convenção sobre os Direitos da Criança	
CHD – Classificação Hierárquica Descendente	
CECO – Centro de Convivência e Cultura	
CER – Centro Especializado de Reabilitação	
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social	
CRE – Centro Regional de Especialidades	
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social	
CRJ – Centro de Referência das Juventudes	
eACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente	
eCR – Equipe de Consultório de Rua	
EQMSM – Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental	
ES – Espírito Santo	
ESF – Estratégia Saúde da Família	
IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires	
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	

ONG's – Organizações Não Governamentais
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PNAISPD – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PSE – Programa Saúde na Escola
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SEDU – Secretaria de Educação
SM – Saúde Mental
SMCA – Saúde Mental da Criança e do Adolescente
SMIJ – Saúde Mental Infantojuvenil
SUS – Sistema Único de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
TOD – Transtorno Opositivo Desafiador
UA – Unidade de Acolhimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Apresentação

Em 2017, iniciei meu percurso como aluno de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES), com o ingresso logo após minha graduação em psicologia. O propósito desse passo era avançar na carreira em psicologia através de pesquisas científicas qualificadas, aspirando, eventualmente, tornar-me um pesquisador/autor tal qual aqueles(as) que marcam minha trajetória.

Durante o mestrado, tive a oportunidade de pesquisar o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) da capital do Espírito Santo, que na época completava dez anos de funcionamento. Embora minha formação acadêmica já incluísse experiência em trabalho clínico com crianças, especialmente com base na psicanálise, confesso que desconhecia a existência desta política pública, o CAPSij, até o início da Pós-Graduação. Acredito que esse desconhecimento se deve ao fato de que minha formação inicial ocorreu em Nova Venécia, um município do interior do Espírito Santo, distante da capital, onde até então funcionava o único CAPSij do estado.

Hoje compreendo que essa falta de familiaridade com o CAPSij reflete um problema muito mais amplo: as políticas de Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) são relativamente recentes no Brasil, e seu impacto ainda é insuficiente considerando sua importância, tanto em termos de implementação quanto de visibilidade. Além disso, a temática ainda tem presença limitada nos currículos dos cursos de saúde, incluindo o de psicologia. Pequeno parênteses: durante a revisão bibliográfica, encontrei um artigo com um título provocativo e que reflete bem o subinvestimento crônico nesse campo e que, sem dúvidas, estende-se por todo território brasileiro – “*Trabalhando com o mínimo: a saúde mental infantojuvenil no estado da Paraíba*” (Silva & França, 2022).

Por essas razões, muitos profissionais e estudantes, especialmente em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos, desconhecem tanto o CAPSij quanto as diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil para o cuidado em saúde mental. Assim como outros pesquisadores desta área, pude constatar em minha dissertação de mestrado que mesmo um CAPSij localizado em uma capital, que conta com um sistema público de saúde mais robusto e capilarizado, se comparado aos municípios de interiores ou de portes menores, a equipe não estava salvaguardada das dificuldades de construir, em rede, um cuidado em saúde mental em condições adversas e voláteis, que vão desde os limites orçamentários, processos e condições de trabalho às dificuldades técnicas e às complexidades que extrapolam o campo da saúde propriamente dita, como as vulnerabilidades socioeconômicas, territoriais e etnoculturais (Leitão, 2019).

Com base nessa experiência, proponho, em meu doutorado, estudos sobre como municípios afastados dos grandes centros urbanos lidam com a demanda de SMIJ, investigando os desafios e as potencialidades no acolhimento das infâncias e adolescências. Desde 2012, resido em um município do interior do norte do Espírito Santo, onde atuo como psicólogo e professor universitário desde 2017. Nessas funções, participei de projetos de extensão e supervisionei estágios em serviços da rede pública de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas I (CAPSad I). Essas vivências me levaram à hipótese de que, nesses municípios, os quais não possuem CAPSij, a rede de cuidados em SMIJ não apenas enfrenta fragilidades específicas, mas também lida com esses desafios de forma mais acentuada.

Em virtude do exposto, o objetivo desta tese de doutorado foi analisar criticamente a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira, com especial destaque para o cuidado em saúde

mental infantojuvenil vivenciado por municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e que não contam com a presença do CAPSij.

A tese está organizada em formato de artigos. Ao todo, foram cinco artigos decorrentes de cinco estudos, sendo três revisões de literatura: uma narrativa, uma integrativa e outra de escopo, e dois estudos de campo, ambos de desenho qualitativo. A combinação de revisões e estudos de campo teve o intuito de proporcionar uma análise que transita do contexto mais geral (realidades no plural) ao específico (uma realidade em específico). Assim, aposta-se que ao integrarem diferentes níveis de análise, os artigos respondem ao objetivo de analisar criticamente a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira, com especial destaque para o cuidado em saúde mental infantojuvenil vivenciado por municípios de pequeno ou médio porte, de interior e que não contam com a presença do CAPSij.

A tese se inicia com a *Introdução*. É feito um breve panorama sobre o cenário da saúde mental infantojuvenil no Brasil, destacando os principais marcos históricos deste campo, as políticas públicas e as diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil estabelecidas. Nesse contexto, é exposta a tese defendida, permitindo que o leitor acompanhe e analise o seu desenvolvimento ao longo dos artigos. Ainda nesse eixo introdutório, também é descrito o aporte teórico que fundamenta a tese, que é o da atenção psicossocial infantojuvenil e o conceito da clínica ampliada. Por fim, a seção contextualiza o foco central da tese: os desafios enfrentados por municípios interioranos, de pequeno ou médio porte, e que não contam com a presença de um CAPSij. Além disso, também contextualiza e descreve a rede de serviços do município tomado como campo nos artigos 3 e 5.

Em seguida, em tópico separado, são anunciados os objetivos da tese, incluindo o objetivo geral e os objetivos específicos, acompanhados da indicação de cada artigo relacionado a esses objetivos e da abrangência da análise realizada em cada estudo. Na sequência, são apresentados os cinco artigos que compõem a tese.

O primeiro, intitulado “*Panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil na américa latina e caribe: desafios e perspectivas*”, consiste em uma revisão narrativa que analisou as políticas de SMIJ em oito países da região da América Latina e Caribe – Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México, Paraguai, Venezuela e Brasil. Em relação à tese, este artigo contribuiu especificamente para contextualizar o cenário das políticas SMIJ no Brasil em relação ao contexto de outros países da América Latina e Caribe, possibilitando um diálogo atualizado entre a literatura nacional e internacional. Foi publicado no periódico “*Physis: Revista de Saúde Coletiva*” (UERJ – ISSN: 1809-4481 – Qualis A3 em Psicologia), volume 35, número 1 (data de publicação: 17/03/2025).

O segundo artigo, “*O cuidado em saúde mental infantojuvenil em contextos sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura*”, buscou compreender como o cuidado em SMIJ é conduzido em municípios sem CAPSij, identificando as práticas adotadas, os desafios e as potencialidades vivenciadas. O estudo qualifica a tese ao relacionar diretamente as categorias “cuidado em SMIJ” e “municípios de interior” por meio de uma revisão da literatura especializada, contribuindo diretamente para a confecção do terceiro estudo/artigo (um estudo de campo). Foi submetido à revista “*Emancipação*” (UEPG – ISSN: 1982-7814 – Qualis A2 em Psicologia) e está em processo de avaliação por pares até o presente momento (23/04/2025).

Já o terceiro artigo, abordou a problemática da atenção psicossocial infantojuvenil por meio uma realidade específica: o município de São Mateus, situado no Norte do estado do Espírito Santo (ES). Intitulado “*O cuidado em saúde mental infantojuvenil em um município de interior e sem CAPSij: um estudo com diferentes profissionais da rede de atenção*”, consistiu em um estudo realizado por meio de entrevistas com profissionais de diversos serviços de atenção do município. O estudo obteve uma descrição tanto da situação da rede de atenção em saúde mental voltada para crianças e adolescentes do município, destacando as

principais demandas, concepções de cuidado, potencialidades e fragilidades, quanto a construção de um panorama mais orgânico de quem são os atores envolvidos nessa rede de cuidados. Foi submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia) e está em processo de avaliação por pares até o presente momento (23/04/2025).

Reforça-se que este terceiro artigo junto ao último, se dedicam a desenvolver e responder a problemática tomando como cenário um território com as características correspondentes: município de interior e médio porte, que não conta com a presença de um CAPSi em sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No intervalo entre esses artigos, apresenta-se o quarto. Intitulado “*Itinerários terapêuticos e saúde mental infantojuvenil: revisão de escopo de estudos brasileiros*” consistiu em uma revisão de escopo sobre os Itinerários Terapêuticos (IT) de crianças e adolescentes em busca de cuidado em SMIJ. Ao detalhar o estado da arte sobre investigações de IT em SMIJ, esta revisão contribuiu especificamente com bases para o estudo de campo, quinto e último artigo, que realizamos com familiares de crianças e adolescentes atendidos no serviço “Saúde Mental” do município investigado. Foi submetido para publicação no periódico “*Revista de Saúde Mental e Subjetividade*” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia), e está em processo de avaliação por pares até o presente momento (23/04/2025).

O quinto e último artigo foi intitulado “*Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem CAPSi*”. Dedicou-se a investigar itinerários percorridos por familiares de crianças e adolescentes atendidas pelo serviço “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” – localmente conhecido como “Saúde Mental”. Conforme mencionado, o artigo é o segundo estudo de campo desta tese, contribuindo ao analisar as particularidades dos caminhos trilhados para o acesso ao cuidado em saúde mental

de crianças e adolescentes e as principais barreiras enfrentadas pelas famílias em um município que não conta com o CAPSij em sua rede de atenção. Nesse sentido, soma-se ao terceiro artigo, fruto do estudo desenvolvido com os profissionais e gestores do município. Foi publicado na revista “*Cadernos de Saúde Pública*” (ENSP/FIOCRUZ – ISSN: 0102-311X – Qualis A1 em Psicologia), no volume 41, número 1 (data de publicação: 29/01/2025).

Findado as apresentações dos artigos, encaminho-me às considerações finais, apontando os possíveis desdobramentos da pesquisa no campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes em nosso país, levantando questões cruciais sobre a desassistência que ainda prevalece em grande parte dos municípios brasileiros no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes. É nesse eixo, conclusivo, que formulo diretamente qual é a tese que defendo.

Boa leitura!

Introdução

No Brasil, a implementação das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil (SMIJ) é frequentemente caracterizada como tardia. O marco efetivo dessa política foi a publicação da “Portaria nº 336/2002”, que expandiu as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, pela primeira vez, instituiu um serviço específico e estratégico para o cuidado em SMIJ: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Este serviço, alicerçado nos princípios da acessibilidade universal, na concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e de desejo e na construção de redes de atenção territorializadas e articuladas intra e intersetorialmente, é alocado no nível da atenção secundária em saúde. De base territorial e comunitária, o CAPSij é composto por equipe multiprofissional e tem como objetivo acolher e organizar as demandas de SMIJ em seu território (Brasil, 2005, 2014b).

Mesmo que de forma tardia, o Brasil tem empreendido esforços desde o início do século XXI para a construção de uma política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes, visando superar a histórica lacuna assistencial que marcou o cuidado dessa população. No entanto, esse processo não tem sido linear ao longo dos diferentes governos, refletindo um campo também permeado por intensas disputas paradigmáticas, ideológicas e metodológicas (Couto & Delgado, 2015; Garcia & Oliveira, 2017; Lima, 2019; Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; RedePq-SMCA, 2023).

Atualmente, destacam-se cinco portarias, um decreto e nove documentos ministeriais que estabelecem diretrizes e normativas técnicas nacionais sobre diferentes aspectos da SMIJ. O Quadro 1 apresenta um resumo dessas referências, as quais estão organizadas em ordem cronológica.

Quadro 1. Diretrizes nacionais para o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil.

Referência	Nome da Portaria/Documento	Descrição
Brasil (2002)	Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002	Amplia as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e institui o CAPSij.
Brasil (2004)	Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004	Implementa os fóruns nacionais sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.
Ministério da Saúde (2004)	Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial	Informa sobre as funções dos CAPS, suas diferentes modalidades e sua relação com a rede de atenção à saúde mental.
Ministério da Saúde (2005)	Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil	Contém contribuições de distintas áreas e especialistas, figurando como direções para construções de políticas públicas e ações em SMIJ.
Ministério da Saúde (2009)	Clínica ampliada e compartilhada	Formaliza um enfoque conceitual para o cuidado em saúde, dentro de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.
Brasil (2007)	Decreto Presidencial nº 6.286	Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), com foco na prevenção, promoção e atenção à saúde, articulando as ações do SUS – especialmente por meio das Equipes de Saúde da Família.
Ministério da Saúde (2012)	Cadernos de Atenção Básica, n. 33: Saúde da Criança	Enfatiza o cuidado materno-infantil e a proteção em situações de violência, sendo relevante para a SMIJ.
Ministério da Saúde (2013)	Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental	Aborda as especificidades do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Básica.
Brasil (2011)	Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Brasil (2014)	Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014	Descreve sobre a atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade.
Ministério da Saúde (2014a)	Fórum Nacional de Saúde Mental infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012	Contém recomendações formalizadas nos fóruns em SMIJ ocorridos entre 2005 e 2012.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Referência	Nome da Portaria/Documento	Descrição
Ministério da Saúde (2014b)	Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos	Retoma o documento “Caminhos” para formalizar diretrizes para políticas para o cuidado em SMIJ de acordo com princípios da atenção psicossocial.
Ministério da Saúde (2015)	Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo	Visa ampliar o acesso e qualificar a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias.
Ministério da Saúde (2017)	Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica	Apresenta diversos tópicos para a atenção à saúde do público infantojuvenil, com destaque para o tópico “Saúde Mental”.
Brasil (2023)	Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023	Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Descreve sobre os “Serviço de Reabilitação”, como os “Centros Especializados de Reabilitação (CER)” e “Núcleo de Atenção a Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista”.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (<https://bvsmms.saude.gov.br/>). Organização realizada pelo autor.

A implementação de políticas públicas brasileiras voltadas ao cuidado em SMIJ foi impulsionada pela demanda e pela participação ativa de diversos atores que, até então, desenvolviam experiências profissionais de maneira isolada em seus territórios. Essas iniciativas, distribuídas por diferentes regiões do país, enfrentavam desafios comuns e lidavam diariamente com os impasses do trabalho clínico, agravados pela ausência de políticas públicas que oferecessem condições mínimas e diretrizes norteadoras para a operacionalização do cuidado em SMIJ em rede. O processo para alcançar as atuais políticas e diretrizes foi longo e exigiu intensas discussões e mobilizações coletivas (Couto, 2003; Couto & Delgado, 2015; RedePq-SMCA, 2023).

Sobre esse aspecto, é válido ressaltar a importância do “Fórum Nacional de Saúde

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Mental Infantil e Juvenil”, criado através da “Portaria 1.608/2004”, mas que foi interrompido desde 2012. Considerando a reflexão anterior que as políticas públicas de SMIJ têm sido resultados de esforços coletivos, é importante destacar o papel desse dispositivo em específico, pois constituiu espaço fundamental para nomeação, discussão e vias de enfrentamento político para o cuidado em SMIJ (RedePq-SMCA, 2023).

Desde a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RAS) em 2011, o acesso ao cuidado para pessoas com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo crianças e adolescentes, foi ampliado. Foram estabelecidos os seguintes pontos de atenção para o cuidado em SMIJ: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF) e, equipes de Consultório na Rua (eCR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Convivência e Cultura (CECO), Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), além dos serviços de urgência e emergência e hospitalares (Ministério da Saúde, 2011). Essa rede de atenção à saúde é complementada por serviços da assistência e da proteção social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Unidades de Acolhimento (UA) e também o Conselho Tutelar, os quais são responsáveis por garantir e proteger os direitos das crianças e adolescentes, além de atuarem nas vulnerabilidades sociais.

Todos esses serviços públicos listados acima representam a responsabilidade política do Estado Democrático de Direito em cuidar de seus cidadãos. Devem acolher de forma universal tanto as crianças e adolescentes que demandam diretamente os serviços quanto as famílias e instituições que os procuram em nome delas. Em ambos os casos, é necessário escutar suas demandas e operar de maneira a garantir, no mínimo, três possíveis encaminhamentos (Elia, Amaral, Armony, Pinto, & Santos, 2010):

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- Absorver o caso para acompanhamento dentro do próprio serviço;
- Redefinir a demanda – mesmo que não seja diretamente atribuída ao serviço em questão – como uma demanda relevante para a Rede e que necessita de atenção;
- Encaminhar o caso de maneira assistida e implicada, com acompanhamento e contato direto entre os serviços, garantindo que o serviço que inicialmente acolheu o caso promova a devida inclusão e continuidade do atendimento em outro local, por meio de contatos presenciais, telefônicos e reuniões entre os técnicos envolvidos.

Nesse sentido, também se enfatiza que o cuidado em SMIJ deve ser ampliado e desenvolvido no âmbito intersetorial, ou seja, em articulação com redes formais dos sistemas públicos de atenção (como saúde, assistência, proteção social e justiça) e redes informais (como escolas, ONGs, projetos sociais e a própria família) (Vicentin, 2006; Couto et al., 2008; Ministério da Saúde do Brasil, 2014b). Diante desse panorama, é importante evidenciar que, embora o CAPSij tenha um papel estratégico nas ações de SMIJ, ele é apenas um dos dispositivos possíveis para o cuidado psicossocial. Embora estratégico para as ações de cuidado, é parte integrante de uma rede que, longe de hierarquizar dispositivos, deve operar de forma articulada, sempre que necessário, para atender as necessidades de cada caso (Lykoupopoulos & Péchy, 2016).

Nesse sentido, entende-se que o cuidado em SMIJ envolve tanto políticas de caráter *transversal* quanto *específicas*. A transversalidade refere-se ao princípio de que os territórios devem proporcionar às crianças e adolescentes experiências de pertencimento e reconhecimento social, respeitando seus valores culturais e familiares, bem como visibilizando suas necessidades, vulnerabilidades e potencialidades. Instituições que atuam sob esses princípios podem ser consideradas promotoras de saúde mental. No entanto, atuar apenas nessa dimensão não garante o cumprimento do mandato público específico de cuidado em SMIJ. Muitas crianças e adolescentes expressam condições psíquicas que requerem um

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

ato clínico especializado como condição indispensável para a superação de suas barreiras.

Nesses casos, é fundamental a implantação de serviços específicos em SMIJ (Couto & Delgado, 2016; RedePq-SMCA, 2023).

Dado o exposto, apesar dos importantes avanços políticos e regulatórios para o campo da SMIJ, ao longo dos diferentes artigos desenvolvidos nesta tese, ficará demonstrado que:

- Persistem significativas dificuldades globais no cuidado em saúde mental em geral, agravadas em países em desenvolvimento e de economias baixa ou média (Artigo 1);
- No Brasil, desde a implementação da política de atenção psicossocial, a literatura tem reiteradamente identificado desafios na relacionados à tradução prática dos princípios dessa política (Artigos 1, 2, 3, 4 e 5);
- Esses desafios abrangem desde a insuficiência e constância dos investimentos públicos, capilaridade e acessibilidade aos serviços de atenção, até concepções reducionistas dos processos de saúde-doença por parte de equipes e gestão, que resultam em práticas de saúde pouco ampliadas e medicalizantes (Artigos 1, 2, 3, 4 e 5);
- Tais dificuldades tendem a se intensificar em municípios de interior, onde a estrutura e os recursos humanos, físicos e formativos são mais limitados e onde as redes de atenção psicossocial são, na grande maioria das vezes, desprovidas de serviços estratégicos (Artigos 1, 2, 3 e 5);
- Todo esse cenário tende a se agravar ainda mais quando o recorte é a saúde mental infantojuvenil (Artigos 1, 2, 3 e 5).

Nesse sentido, com o objetivo maior de avançar na análise da atenção psicossocial infantojuvenil brasileira, a tese se debruça sobre a experiência com o cuidado em SMIJ de municípios interioranos, de pequeno ou médio porte, e que não possuem CAPSij.

Nesta tese, reiteramos a premissa de que, embora o CAPSij represente uma conquista

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

histórica e seja uma política pública pioneira, alicerçada nos princípios do SUS e da integralidade de direitos, bem como representando uma resposta significativa ao histórico vazio assistencial em saúde mental para crianças e adolescentes, o cuidado não se efetiva apenas pela multiplicação desses serviços. A lógica do cuidado psicossocial precisa transcender a implantação desse dispositivo e ser ampliada em diferentes níveis da rede, envolvendo instituições sensíveis e promotoras de saúde mental (Couto & Delgado, 2016; Lykoupopoulos & Péchy, 2016; Moura & Lykoupopoulos, 2021; Oliveira & Garcia, 2024).

Sobretudo, a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial como parte de uma política pública nacional tem como embasamento a superação do modelo hospitalocêntrico, asilar e médico-centrado, substituindo-o por um conjunto de equipamentos territoriais (uma rede substitutiva) e abordagens que coloquem o sujeito no centro do cuidado, em seu território e em condições de liberdade (Brasil, 2002; Ministério da Saúde, 2004). Desse modo, a prerrogativa nunca foi apenas substituir hospitais psiquiátricos ou instituições asilares por CAPS (um equipamento por outro), mas sim promover uma transformação paradigmática, respaldada por princípios éticos, técnicos e políticos que direcionassem as práticas de cuidado para um modelo ampliado, integral, territorializado e não manicomial (Amarante, 2007; Yasui, Luzio, & Amarante, 2018). Essa transformação representa, sobretudo, um compromisso público do Estado Democrático de Direito para com a integralidade de direitos, convocando todos os atores com mandato público para o cuidado – profissionais, equipes, serviços e gestores – a pautarem suas ações a partir de diretrizes norteadoras.

Nesse sentido, compreendemos que, para avançar na Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário que todos os eixos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente a RAPS, sejam orientados por princípios psicossociais, de cuidado integral e não manicomial. Esse compromisso envolve não apenas as equipes de CAPS, mas também da Atenção Básica,

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

dos equipamentos de urgência e emergência, dos hospitais, bem como outros setores igualmente importantes para a atenção integral, como os do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Apesar dessa prerrogativa, no tocante às particularidades da SMIJ, estudos apontam que os CAPSij frequentemente acabam sendo percebidos como serviços altamente especializados e se tornam os principais, quando não os únicos, espaços de cuidado em SMIJ. Isso ocorre porque, na prática, ainda há forte influência do paradigma biomédico, que foca no diagnóstico e no tratamento de patologias (transtornos mentais), o que resulta na fragmentação da noção de rede e de cuidado ou clínica ampliada, fazendo com que o encaminhamento ao CAPSij (serviço referência) se torne a principal resposta à demanda de sofrimento psíquico infantojuvenil (demanda de tratamento por equipe/profissionais especializados) (Leitão & Avellar, 2020; Lykoupopoulos & Péchy, 2016; Vechiatto & Alves, 2019).

Esse processo, embora muitas vezes justificado pela necessidade de garantir um cuidado especializado, reforça a lógica de que o cuidado ocorre “intra-CAPS”, e não na rede como um todo, afastando o serviço de sua função estratégica de articulação territorial. Assim, há um risco real de que os CAPSij operem apenas como serviços de absorção de casos, reduzindo sua potência à dispositivos especializados, ao invés de estratégicos, no sentido de fortalecer e qualificar a rede e o cuidado territorial (Alverga & Dimenstein, 2006; Dimenstein & Liberato, 2009; Leitão & Avellar, 2020; Lobosque, 2011; Wandekoken, Dalbello-Araujo, & Sodré, 2021).

No entanto, ao longo da tese, quando consideramos o recorte da SMIJ, observaremos que a fragmentação e a ambulatorização do cuidado, bem como o vazio assistencial, podem ser ainda mais acentuadas em municípios que não contam com esses dispositivos (Alves & Serralha, 2018; Braga, Ribeiro, & Santos, 2024; & Cervo, 2023). A ausência de um

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

dispositivo estratégico, que possui um mandato público formalmente reconhecido, pode contribuir para que o cuidado em SMIJ se torne difuso e fragmentado, sem um agente responsável pela articulação da rede.

A Atenção Básica, ainda que tenha um papel fundamental no acolhimento e manejo do sofrimento psíquico, inclusive para demandas de SMIJ, frequentemente não assume essa função de maneira afirmativa, seja por dificuldades institucionais, seja por lacunas na formação dos profissionais ou pela falta de apoio da gestão local (Esswein, Rovaris, Rocha, & Levandowski, 2021; Ferraz et al., 2024; Gerbaldo, Arruda, Horta, Garnelo, 2018; Reis, Iglesias, Belotti, & Pereira; Silva & Souza, 2025). Essas dificuldades também são evidenciadas em municípios sem CAPSij, onde os equipamentos da Atenção Básica representam os principais – e muitas vezes únicos – recurso da rede de saúde disponível para essa população (Braga, Ribeiro, & Santos, 2024; Lourenço, 2017; Lourenço, Matsukura & Cid, 2020; Praisner & Cervo, 2023).

Conforme demonstrado no segundo artigo desta tese, que revisa a literatura sobre o cuidado em SMIJ em municípios sem CAPSij, os estudos indicaram que as demandas de SMIJ são predominantemente respondidas por meio de consultas ambulatoriais conduzidas por psicólogos(as), psiquiatras ou neurologistas da rede local ou regional. Esses atendimentos ocorrem em unidades de saúde do município, quando da presença desses profissionais, ou em ambulatorios de saúde mental, policlínicas e centros de especialidades localizados em da região ou em municípios maiores próximos. Além disso, muitos participantes dos estudos revisados não conseguiram reconhecer a existência de uma rede de SMIJ em seus municípios. Essa percepção apareceu associada tanto à ausência de serviços especificamente voltados à assistência direta dessa demanda quanto à falta de uma estrutura organizada que defina claramente as funções dos serviços e estabeleça linhas de cuidados mais bem delimitadas (Alves & Serralha, 2018; Braga, Ribeiro, & Santos, 2024; Lourenço, Matsukura & Cid, 2020;

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Praisner & Cervo, 2023).

Vale ressaltar que tais achados são corroborados pelo terceiro e quinto artigos desta tese. O terceiro artigo, investigou como o cuidado em SMIJ é conduzido em um município de médio porte, sem CAPSi, a partir de entrevistas com profissionais indicados mutuamente como referências no cuidado em SMIJ na região. O quinto artigo, por sua vez, analisou os itinerários terapêuticos percorridos por familiares de crianças e adolescentes em busca de cuidado em SMIJ.

Dado esse cenário, sustentamos que, para que o cuidado em SMIJ seja potencializado, é necessário garantir a existência de um *dispositivo*¹ estratégico local, com mandato público claro para que a rede de atenção psicossocial infantojuvenil se constitua. Esse “mandato público claro” significa a institucionalização formal das atribuições do dispositivo, com funções, responsabilidades e ações explicitamente descritas e regulamentadas em documentos oficiais da política municipal de saúde. Essa formalização objetiva conferir legitimidade técnica e política ao dispositivo, assim como assegurar sua continuidade e integração na rede, independentemente de mudanças nas gestões locais. Sem respaldos normativos, qualquer iniciativa tende a permanecer como experiência isolada, dependente da vontade individual de profissionais ou de acordos informais, o que a torna mais vulnerável à descontinuidade.

Sobre esse dispositivo, destacamos que ele não precisa, necessariamente, ser um novo serviço, mas pode assumir diferentes formas, a depender dos recursos e da estrutura de cada município. Pode ser um profissional de referência, uma equipe multiprofissional ou um serviço já existente, como um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

¹ O termo “dispositivo” remete, segundo o dicionário brasileiro da língua portuguesa (Michaelis, s.d), a “qualquer peça ou mecanismo de um aparelho destinado a um fim específico” e “instrumento capaz de acionar uma ação”. Assim, no contexto de nossa argumentação, o termo “dispositivo” é particularmente apropriado para designar a essência desse agente: um mecanismo público destinado a impulsionar ações de construção e fortalecimento da rede de cuidado à saúde mental infantojuvenil.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)*: desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

(NASF-AB) ou eMulti². O fundamental é que esse dispositivo assuma uma função de articulação e qualificação da rede, com respaldo normativo, assegurando que a SMIJ não ocupe um papel secundário nas políticas municipais de saúde.

A história da SMIJ no Brasil evidencia que essa agenda tem sido marcada por avanços frequentemente interrompidos ou relegados a segundo plano diante de prioridades políticas e ideológicas (Braga & d'Oliveira, 2019; Cunha & Boarini, 2011; Rede Pq-SMCA, 2023). Assim, a análise da forma como o cuidado em SMIJ tem se configurado em municípios interioranos desprovidos do principal dispositivo estratégico da atenção psicossocial infantojuvenil – o CAPSij – revela, sobretudo, que a ausência de agentes ou dispositivos locais com mandato público claramente definido está diretamente relacionada ao enfraquecimento dessa agenda. Tal ausência compromete a consolidação de práticas pautadas nos princípios psicossociais e na integralidade de direitos, favorecendo, em seu lugar, a prevalência de lógicas medicalizantes, institucionalizantes, pedagogizantes ou meramente ambulatoriais.

Desse modo, a tese que defendemos ao longo deste trabalho pode ser assim formulada: sem dispositivos investidos de função pública clara e legitimada institucionalmente, a agenda da saúde mental infantojuvenil tende a perder força, continuidade e centralidade nas políticas públicas. Essa ausência contribui para sua invisibilização, para o esvaziamento das redes de cuidado e para a reprodução de vazios assistenciais.

Conforme mencionado, a própria criação dos CAPSij surgiu como uma resposta a um

² Durante o governo Bolsonaro (2019-2022), a “Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019”, e a “Nota Técnica 03/2020” revogaram as normas que regulamentavam os parâmetros e o custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), resultando na descontinuação dessa política. No governo Lula (2023-presente), a “Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023” instituiu um incentivo financeiro federal para a implantação e manutenção das equipes multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, substituindo o NASF. Sobre esse tema, ver: Mattos, Gutiérrez e Souza (2022) e Bispo Júnior e Almeida (2023).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

histórico vazio assistencial na SMIJ, fruto de intensas mobilizações e da atuação de diversos atores que demandavam atenção específica a essa população. No entanto, para além da oferta de serviços e vagas na saúde, a gestão do cuidado exige a criação de dispositivos que favoreçam arranjos cuidadores (Pereira & Feuerwerker, 2023).

Dispositivos locais com mandato público claro não devem ser apenas espaços de atendimento, mas também instâncias capazes de sustentar a relevância da SMIJ nas políticas públicas, fomentar a implementação dos princípios da atenção psicossocial e garantir que o cuidado às infâncias e adolescências permaneça como uma prioridade política, técnica e ética (Braga & d'Oliveira, 2019; Cubas, Bonamigo, Alvarenga, & Carvalho, 2024; Rede Pq-SMCA, 2023).

Nesse sentido, para que esse dispositivo tenha chances reais de atingir tais objetivos, identificamos duas condições essenciais. A primeira é que as gestões municipais garantam condições institucionais para que ele exerça seu papel de articulador da rede. Isso inclui, por exemplo, a provisão de orçamento específico para ações em SMIJ, a implementação de reuniões regulares de gestão colegiada e intersetorial, criação de um programa contínuo de formação para os profissionais da rede, com capacitações em cuidado psicossocial infantojuvenil, clínica ampliada, abordagem não medicalizante do sofrimento psíquico e ações intersetoriais. Além disso, é fundamental viabilizar espaços de supervisão clínico-institucional e apoio matricial entre equipes, bem como estabelecer indicadores para monitorar a efetividade das ações em SMIJ, considerando a qualidade do acesso, a continuidade do cuidado, o nível de articulação da rede e o impacto das intervenções no território (Campos, 2015; Elia, 2015; Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira, & Gomes, 2016; Rede Pq-SMCA, 2023; Sarzana et al., 2018)

A segunda condição é que os profissionais que compõem esse dispositivo tenham um perfil alinhado com a perspectiva da atenção psicossocial infantojuvenil (Ministério da Saúde

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

do Brasil, 2005; 2011; 2013; 2014b; 2014b) e da clínica ampliada (Ministério da Saúde, 2009). Isso não significa, necessariamente, possuir uma formação especializada em saúde mental, mas sim uma compreensão ampliada de que crianças e adolescentes não são aprendizes de modos socialmente aceitáveis de viver, noção que ampara ações disciplinares, medicalizantes e institucionalizantes, ainda frequentemente direcionadas às infâncias e adolescências (Taño & Matsukura, 2015; Vicentin, 2016). Esse entendimento é fundamental para evitar que esse dispositivo se assente no lugar ambulatorial, meramente especializado e preceptor de encaminhamentos.

Diante dessas constatações, desenvolvemos dois tópicos que oferecem sustentação teórica e contextual à tese. O primeiro, discorre sobre o conceito de cuidado que fundamenta a tese, e o segundo contextualiza o enfoque: as características e desafios enfrentados no que cuidado em saúde mental infantojuvenil por municípios interioranos, de pequeno ou médio porte, e que não dispõem de um CAPSij,

O cuidado em saúde mental infanto-juvenil: que cuidado é esse?

Inicialmente, vale destacar que, assim como a expressão “Saúde Mental”, a expressão “Saúde Mental Infantojuvenil” (SMIJ) pode abarcar diversos enfoques e recortes de análise. Um destes é a própria psicopatologia da infância e adolescência, que pode englobar diversas matrizes teóricas e modelos classificatórios (Almeida, Lima, Crenzel, & Abranches, 2019; Dumas, Murad, & Assumpção Jr., 2011; Kamers, Mariotto, & Voltolini, 2015).

Outro recorte recorrente é a epidemiologia, que se baseia predominantemente em nosografias psiquiátricas, como as descritas na Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Fatori & Graeff-Martin, 2016; Machado et al., 2014; Thiengo, Cavalcante, & Lovisi, 2014). Também se destacam aquele que se debruçam sobre os fatores de risco e proteção para o sofrimento psíquico,

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

abrangendo determinantes sociais, biológicos e psicológicos, entre outros (Avanci et al., 2007; Barros, Santos, Candido, Batista, & Gonçalves, 2022; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Pinto et al., 2014).

Por sua vez, as práticas de cuidado voltadas a crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, no contexto das redes públicas, constituem outro enfoque (Avellar, 2021; Fernandes et al., 2022a; Fernandes et al., 2022b; Lauridsen-Ribeiro & Tanaka, 2016; Moura & Matsukura, 2022; Tristão & Avellar, 2019). Além disso, também há o valioso recorte sobre a discussão e análise das políticas públicas, sejam elas específicas ou transversais, que buscam atender às demandas de saúde mental, os direitos e às necessidades integrais das crianças e adolescentes (Couto, 2003; Couto & Delgado, 2015; Cubas, Bonamigo, Alvarenga, & Carvalho, 2024; Oliveira, Couto, Sadigurschi, Sardinha, & Delgado, 2024; Oliveira, Feldman, Couto, & Lima, 2017).

É importante ressaltar que esses diferentes enfoques não são estanques, podendo interagir e se complementar em um mesmo campo de pesquisa. Nesta tese, utilizamos a expressão “Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ)” com foco especial nas práticas de cuidado e nas políticas públicas. Contudo, em determinados momentos, também realizamos discussões interrelacionadas com os recortes da psicopatologia e da epidemiologia. Ademais, enfatizamos que as concepções teóricas que sustentam essa visão de SMIJ estão alicerçadas nos princípios da atenção psicossocial, com ênfase na atenção psicossocial infantojuvenil e na perspectiva da clínica ampliada.

A expressão “Atenção Psicossocial” refere-se a um conjunto de ações nos campos teórico, ético, técnico, político e social, voltadas à construção de um novo paradigma para as práticas em saúde mental. Esse paradigma propõe que as ações de saúde sejam desenvolvidas de maneira ampliada e transdisciplinar, indo além do modelo centrado na doença e no especialismo. Mais do que um conjunto de técnicas, saberes ou práticas, a

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Atenção Psicossocial representa uma postura frente às concepções e intervenções em saúde, colocando o sujeito e/ou a pessoa no centro do cuidado, e não a doença, como foco principal (Amarante, 2007; Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003; Ferreira, Moro, & Rocha, 2022; Yasui & Costa-Rosa, 2009).

Em relação à especificidade desse modelo para às infâncias e adolescências, estão as diretrizes ministeriais para o cuidado psicossocial. Primeiro, *reconhece-se* crianças e adolescentes como *sujeitos* capazes de expressar suas próprias demandas. Segundo, *assegura-se o acolhimento universal*, garantindo que todas as demandas sejam ouvidas e respondidas. Terceiro, preconiza-se que as ações de encaminhamento *devem ser implicadas e corresponsáveis*: o serviço que realiza o acolhimento inicial mantém-se responsável até a efetiva inclusão do usuário em outro ponto da rede. Quarto, *valoriza-se a construção permanente de uma rede intersetorial*, integrando diferentes setores com base no conceito de clínica ampliada. Quinto, *prioriza-se o trabalho no território*, compreendido como espaços significativos para a subjetividade dos usuários. Por fim, *destaca-se a avaliação das demandas e a construção compartilhada das necessidades de saúde mental*, envolvendo equipes, famílias e outros atores na corresponsabilidade pelo cuidado (Ministério da Saúde, 2014b, *grifos nossos*).

Mais recentemente, em documento elaborado para subsidiar 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, a “Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças Adolescentes” (Rede Pq-SMCA, 2023) destacou a necessidade de uma revisão crítica dos fundamentos que orientam o modelo de cuidado da atenção psicossocial infantojuvenil. Essa revisão aparece particularmente projetada considerando os desmontes enfrentados pela política pública de saúde e saúde mental empreendidos entre 2016-2022.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

À guisa de exemplo³, citamos a “Emenda Constitucional nº 95, de 2016” (Brasil, 2016), que congelou os investimentos em saúde, comprometendo o financiamento, a capilaridade, a estrutura, a manutenção e a qualidade dos serviços, incluindo os de atenção psicossocial. Outro exemplo foi a “Portaria nº 3.588, de dezembro de 2017” (Brasil, 2017), que incorporou dispositivos de lógica manicomial à RAPS (como as comunidades terapêuticas e aumento no repasse de valores para internações em hospitais psiquiátricos), ferindo as legislações que fundamentam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse movimento também se refletiu na regulamentação pelo então “Ministério da Justiça e Segurança Pública” criado durante o governo Bolsonaro (2019-2022). Por meio da “Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020” ficou autorizado o recebimento de adolescentes com problemas relacionados ao uso de substâncias em comunidades terapêuticas (Brasil, 2020).

Como via de superação, o documento recomenda a lógica epistemológica e ética da *promoção da saúde mental* como via para superar os limites das abordagens individualizantes e medicalizantes. Enfatiza que operar por meio da promoção da saúde mental possibilita a transformação de estruturas discursivas e normativas que restringem a emancipação social, deslocando o foco das iniciativas específicas de cuidado para uma lógica que oriente todos os processos psicossociais, tanto em desdobramentos clínicos quanto políticos. Assim, reafirma que a atuação não deve se restringir ao atendimento recuperativo individual, mas deve expandir-se para a dimensão macroestrutural das comunidades, exigindo uma agenda territorial democrática e intersetorial. A participação social, nesse contexto, deve ser central e decisiva em todas as etapas do processo.

Nesse sentido, o documento propõe que a promoção da saúde mental funcione como eixo estruturante para a *retomada* da agenda pública da SMIJ, a qual deve ser fundamentada

³ Análises mais detalhadas sobre o desmonte da política de saúde mental podem ser encontradas em Brasil e Lacchini (2021) e Oliveira e Garcia (2024).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

em valores como democracia, direitos humanos, reconhecimento dos sujeitos como históricos e relacionais, e a concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Por fim, também reitera a necessidade de criação de condições que garantam a participação efetiva de crianças e adolescentes nos espaços de decisão, tanto políticos quanto clínicos, comunitários e institucionais, assegurando seu protagonismo na construção de redes locais e no fortalecimento do sistema de proteção (Rede Pq-SMCA, 2023).

Dado a contextualização desse documento, fica evidente que a lógica psicossocial também implica uma responsabilização política, pois pressupõe que todos os atores envolvidos no cuidado devem orientar suas ações a partir desse posicionamento. Essa responsabilização está fundamentada em evidências que indicam que a saúde, incluindo a saúde mental, é determinada também pelas condições de vida (Papola, Barbui & Patel, 2024). Essa lógica adota uma compreensão integral do sujeito, considerando-o inserido em suas relações, cotidiano e modos de habitar o território. É sobre essa concepção de sujeito que o paradigma psicossocial constrói suas abordagens de cuidado (Nasi, Cardoso & Schneider, 2009; Tavares, 2021).

No âmbito da SMIJ, com frequência enfatiza-se que o cuidado deve ser necessariamente ampliado, desenvolvido de forma intersetorial, envolvendo não apenas o setor da saúde, mas também educação, assistência social, justiça, cultura e a própria família (Vicentin, 2006). No entanto, isso suscita importantes questionamentos: todos esses setores possuem, de fato, um mandato para o cuidado em saúde mental? E, mais especificamente, possuem um mandato público claro e formal que os responsabilize por essa função?

Encontramos resposta a essas questões em Couto (2020, p. 168), com quem concordamos, ao afirmar que “o mandato do judiciário é o mandato tutelar, é um mandato público; o nosso mandato [*o da Saúde Mental Infantojuvenil*] é o da clínica ampliada, da atenção psicossocial; o da educação é a pedagogia; do CRAS e CREAS é o da proteção”.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Nessa perspectiva, é relevante reconhecer que os demais setores, como assistência social, judiciário e educação, são constituídos por campos discursivos e práticas específicas. Assim, ao tratarmos do cuidado em SMIJ, é a dimensão clínica que o particulariza, orienta e valida as ações de saúde mental na prática intersetorial. Assim, os outros setores são implicados na medida em que problemas complexos e concretos que atravessam a vida de crianças e adolescentes são identificados, demandando, por sua vez, uma ação compartilhada e intersetorial (Couto & Delgado, 2016).

Dado essas considerações, fica evidente que um dos grandes desafios da política de SMIJ é a promoção de cuidados por meio da construção de redes locais integradas e intersetoriais, capazes de responder as necessidades das crianças e adolescentes em suas dimensões específicas e transversais, e sem incorrer em processos disciplinares, institucionalizantes ou medicalizantes (Fernandes et al., 2020). No entanto, a aplicação efetiva dessa política é confrontada com o paradigma biomédico que segue moldando em grande parte as práticas em saúde e saúde mental.

Nesse paradigma, o *modus operandi* baseia-se na interpretação das queixas e manifestações apresentadas pelo indivíduo, bem como naquilo que o exame de seu corpo revela, conferindo-lhes ou não valor de sintoma ou sinal (psico)patológico (Benzato & Pereira, 2014). Portanto, trata-se de uma clínica marcada por uma abordagem semiológica, que permite atribuir um diagnóstico e, conseqüentemente, a definição de um tratamento correlato (medicação, psicoterapia, estimulações, reabilitações, entre outros), cujo objetivo principal é a remissão dos sinais e sintomas. Nesse modelo, entretanto, ocorre que há pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para atenção integral à saúde, já que as práticas terapêuticas tendem a ocorrer de forma fragmentada, e não de maneira interdisciplinar ou transdisciplinar (Lacerda & Valla, 2010).

Desde o século XX, com os estudos de Canguilhem (1943/2011) e Foucault (1977), desenvolveu-se uma visão crítica sobre como a ciência e a cultura moderna contribuíram para a consolidação da clínica médica, a formalização da doença como uma entidade própria e da expansão do saber médico, que tem buscado colonizar tudo que diz respeito às práticas em saúde. Como efeito, evidencia-se, por exemplo, um aumento da demanda por atenção médica por agravos de natureza psicossocial, os quais não respondem satisfatoriamente aos tratamentos tradicionalmente ofertados, levando à recorrente classificação dos pacientes como “poliqueixosos” ou portadores de “sintomas difusos” (Guedes, Nogueira, & Camargo, 2009; Lacerda & Valla, 2010).

Esse aumento da demanda por atenção médica também se reflete de forma expressiva na infância e adolescência, especialmente relacionada ao ambiente e fase escolar. Nos últimos anos, tem-se observado uma crescente frequência de encaminhamentos de crianças e adolescentes para o setor de saúde mental, frequentemente motivados por questões de comportamento, dificuldades de aprendizagem ou fracasso escolar (Flynn & Bustamante, 2024; Santos, França, & Batista, 2022). Tal fenômeno pode estar vinculado à ampliação das disciplinas “psi” e ao reconhecimento das relações entre problemas de aprendizagem e aspectos psicológicos, neurológicos ou do desenvolvimento. Contudo, essa prática também reflete a predominância dessa perspectiva patologizante, que prioriza a identificação de diagnósticos e tratamento da patologia, seus sinais e sintomas. Dessa forma, muitas vezes, o encaminhamento escolar culmina em abordagens centradas na tríade “patologia-tratamento-medicação”, negligenciando uma visão mais ampla e integrada o contexto social e educacional que também atravessa o fenômeno ao qual se busca resolução (Lins, Matsukura, Taño, Squassoni, 2020; Scarin & Souza, 2020).

Nesse sentido, a busca por um diagnóstico psiquiátrico frequentemente funciona como uma tentativa de explicação para comportamentos ou dificuldades de aprendizagem

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

considerados inesperados ou indesejados, fundamentando-se cada vez mais em uma perspectiva funcionalista e adultocêntrica (Christofari & Freitas, 2023; Francisco, 2023; Guimarães & Silva, 2021). No entanto, muitos desses problemas ou fenômenos, os quais o diagnóstico psiquiátrico viria a explicar, podem ser resultado de múltiplos fatores, incluindo dinâmicas familiares conflituosas, vulnerabilidades socioeconômicas, racismo, exposição à violência, maus-tratos, entre outros. Esses elementos, muitas vezes, são excluídos tanto do processo diagnóstico quanto das intervenções subsequentes, deixando de ser reconhecidos como partes essenciais do cuidado (Caponi, 2020; Fonseca & Martins, 2023).

Sobre isso, reconhecemos que, sim, muitas psicopatologias e condições psíquicas podem contribuir para comportamentos dissonantes de uma certa normalidade, assim como para dificuldades de aprendizagem ou escolares. Além disso, reconhecemos também que buscar suporte no setor da saúde a partir desses sinais pode ser um ponto de partida para a identificação e acompanhamento de outras vulnerabilidades biopsicossociais ainda não detectadas (Reis & Pereira, 2023). No entanto, o problema emerge quando esse encaminhamento ocorre de forma automática, descontextualizada, verticalizada e hierárquica, sem qualquer corresponsabilidade no cuidado, no enfrentamento e até mesmo na origem do problema. Ou seja, quando essas questões são imediatamente transformadas em problemas de saúde e, além disso, respondidas pelos próprios serviços de atenção por meio de uma lógica específica e entendimento e operação no campo da saúde (Cruz, Okamoto, & Ferrazza, 2016; Santos, França, & Batista, 2022): sob o prisma do discurso *medicalizante* – quando problemas psicossociais (ou também psicossociais) são definidos em termos e médicos, compreendidos através de uma estrutura médica e tratados exclusivamente com intervenções médicas (Conrad, 2007).

Por outro lado, a lógica psicossocial centra-se no cuidado e no acolhimento do sofrimento e do sujeito que sofre. Trata-se de uma lógica que adota uma compreensão

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

ampliada do sofrimento psíquico, reconhecendo o impacto dos contextos socioeconômicos, culturais, familiares e políticos na constituição da subjetividade e na manifestação de dificuldades emocionais e comportamentais (Fernandes, Matsukura, Lussi, Ferigato, Morato, 2020a). Em nossa compreensão, trata-se, sobretudo, de uma mudança⁴ como enxergamos fenômenos de adoecimento, patologia, cura e saúde.

Para Lykoupopoulos e Péchy (2016), a produção de saúde está diretamente vinculada à inserção social e à construção da cidadania. Estabelecer possibilidades de trocas sociais, aquisição de valor social e construção de pertencimento, de lugar social positivo, impacta significativamente o prognóstico em saúde mental. Dessa forma, a inserção social deve ser entendida como um elemento inerente ao cuidado, e não como um objetivo final que busca “preparar” a criança ou o adolescente para ser incluído em espaços educativos, sociais ou de lazer.

Um exemplo que ilustra como a mudança na concepção de saúde pode gerar impactos concretos na qualidade de vida e nos desfechos clínicos é descrito por Benzato e Pereira (2014). Os autores reconhecem que o entendimento das doenças se modifica ao longo do tempo, especialmente por conta do avanço de técnicas mais refinadas de investigação, que aprimoram o conhecimento etiopatológico e patofisiológico. Essas mudanças podem levar a novas abordagens terapêuticas, mesmo sem alterações significativas nos critérios diagnósticos. No entanto, os autores enfatizam que transformações substanciais no tratamento também ocorrem por reformulações conceituais e culturais, ou seja, pelos sentidos atribuídos a uma determinada condição e pela forma como nos relacionamos com ela.

Para exemplificar essa dinâmica, os autores analisam a Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21). Embora a base biológica da síndrome seja inquestionável, os avanços

⁴ Usamos o termo “mudança” para destacar que a compreensão sobre adoecimento, patologia, cura e saúde é tradicionalmente orientada pelo paradigma biomédico vigente, e que sua ruptura exige um exercício cotidiano.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

mais significativos em termos de bem-estar e inclusão das pessoas com essa condição decorrem, sobretudo, de mudanças na forma como a sociedade percebe suas potencialidades, idiossincrasias e singularidades. A transformação desse olhar tem possibilitado novas formas de subjetivação, participação na vida em comunidade e modos de habitar o mundo.

No contexto da atenção psicossocial e da SMIJ, essa lógica se aplica da mesma forma. O cuidado não se limita à aplicação de tratamentos médico-centrados, execução de protocolos ou acompanhamentos intensificados intramuros – ainda que esses elementos tenham sua relevância (Lykoupopoulos & Péchy, 2016). Mais do que isso, envolve a superação de um enfoque estritamente técnico de “tratar” para integrar ações que cuidem, acolham, escutem, promovam a saúde, incentivem a emancipação e potencializem a qualidade de vida dos sujeitos (Ministério da Saúde, 2014b).

Para ilustrar melhor essa concepção de cuidado em SMIJ, tomamos como exemplo uma experiência relatada por Pacheco, Andrada, Couto e Delgado (2021), na qual se reafirma a ideia de que toda promoção de saúde mental é, também, promoção de saúde. Os autores descrevem uma iniciativa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, em parceria com outros agentes da atenção psicossocial.

Como estratégia para ampliar o acompanhamento em puericultura, foram promovidas “oficinas de massagem para bebês” e “rodas de conversa sobre saúde mental infantil”. Durante essas atividades, os profissionais aproveitavam para esclarecer dúvidas sobre amamentação, aleitamento, vacinação e benefícios sociais, além de fortalecer os vínculos entre as famílias e encaminhar casos específicos para outros serviços. Sem a rigidez dos protocolos tradicionais, essas atividades permitiram que os profissionais conhecessem melhor o cotidiano das famílias e dos bebês, potencializando a relação entre mãe/cuidador(a) e criança, bem como realizassem avaliações pediátricas mais contextualizadas (Pacheco et al., 2021).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Essa experiência demonstra como o cuidado em SMIJ pode ser construído de forma colaborativa e territorializada, integrando diferentes agentes e estratégias em um modelo que vai além das tradicionais consultas e avaliações protocolares. Para os autores, a experiência indicou que “a colaboração propicia ações de cuidado e permite a percepção de problemas ou questões de desenvolvimento que podem indicar a necessidade de uma ação específica” (Pacheco et al., 2021, p. 283).

Outro exemplo que ilustra a aplicação do conceito de cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil é a experiência com grupos terapêuticos para crianças filhas de imigrantes bolivianos em um CAPSij, relatada por Joia, Diogo, Carvalho e Munhoz (2022). O aumento expressivo de encaminhamentos dessas crianças ao serviço se deu, em grande parte, por queixas de atraso na fala e dificuldades na interação social, frequentemente associadas a hipóteses diagnósticas de Transtorno do Espectro Autista (TEA). No entanto, em vez de enquadrar essas manifestações exclusivamente sob a ótica biomédica e direcioná-las a um tratamento específico para TEA, a equipe optou por criar um dispositivo grupal para as famílias, considerando os atravessamentos sociopolíticos, culturais e subjetivos envolvidos no sofrimento dessas crianças.

O espaço foi estruturado para ser bilíngue ou multilíngue, promovendo traduções e mediações entre as famílias para facilitar o diálogo. A escuta ativa permitiu a ressignificação das experiências migratórias e das dificuldades de adaptação ao novo contexto social. A equipe acessou com mais profundidade o universo de referências dos imigrantes bolivianos, reconhecendo diferenças nas trajetórias familiares e a diversidade de experiências relacionado a imagem “imigrante boliviano”. Com a criação de um espaço terapêutico de acolhimento e vínculo, também foi possível desenvolver ações específicas, como a sensibilização de cuidadores sobre comportamentos característicos do autismo,

incluindo movimentos repetitivos e ecolalias, além de fortalecer a interlocução do CAPSij com creches e escolas (Joia et al., 2022).

Ambas as experiências demonstram que as ações específicas de cuidado em SMIJ são mais efetivas quando derivam de práticas de promoção de saúde mental, pois emergem de um processo colaborativo e contextualizado. Nessa lógica, a demanda é construída também em um tempo mais fecundo, pois se desenvolve a partir da escuta ativa, do vínculo e da observação contínua e alinhadas às reais necessidades das crianças e suas famílias. Diferentemente do modelo tradicional, no qual a demanda frequentemente chega aos serviços já enquadrada em uma queixa pré-definida, com uma resposta igualmente padronizada, centrada no modelo médico e protocolar.

Diante o exposto, no próximo tópico, que aborda os desafios enfrentados por municípios interioranos, de pequeno ou médio porte, e que não possuem um CAPSij, também serão apresentados mais exemplos de ações de cuidado baseadas nos princípios já mencionados. No entanto, o enfoque estará nas possibilidades de atenção à SMIJ em dispositivos da Atenção Básica, bem como em estratégias articuladas com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A saúde mental infanto-juvenil em municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e que não possuem CAPSij

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), o Brasil possui 5.570 municípios. O IBGE classifica cidades pequenas como aglomerados urbanos com até 50 mil habitantes, que correspondem a cerca de 80% dos municípios brasileiros. As cidades de médio porte, por sua vez, são distribuídas em faixas populacionais de 50 mil a 100 mil, 100 mil a 250 mil, e 250 mil a 500 mil habitantes, representando aproximadamente 15%

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

do total de municípios. Já o conceito de “municípios de interior” refere-se a cidades localizadas fora das áreas metropolitanas das capitais, abrangendo 4.619 municípios, o que equivale a 83% do total de cidades brasileiras.

Na época da “Portaria 336/2002” (Brasil, 2002), os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) foram classificados como “porte II”, com a previsão de implantação em municípios com pelo menos 200 mil habitantes. Contudo, com a publicação da “Portaria 3.088/2011” (Ministério da Saúde do Brasil, 2011), que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esse critério populacional foi revisado, reduzindo a exigência para 70 mil habitantes. Em cidades com até 15 mil habitantes, o Ministério da Saúde não indica a implantação de nenhuma modalidade de CAPS.

Assim, são três possibilidades para a implantação de serviços em saúde mental em municípios de pequeno porte: a) pactuações intermunicipais para a criação de CAPS Regional, que atende municípios pequenos e próximos, geralmente na modalidade CAPS I; b) formalização de uma “Equipe de Referência” composta por profissionais atuantes rede pública, seja por remanejamento, divisão de carga horária ou contratação específica para composição desta equipe; e c) contratação de consultas psiquiátricas por meio de Consórcios Intermunicipais de Saúde⁵, que garante aos municípios consorciados um(a) médico(a) psiquiátrica para atender uma vez por semana no seu território (Oliveira, 2017; Souza, 2022).

Embora amplamente utilizada por municípios interioranos e vantajosa em termos de custo e garantia de serviços especializados, como aqueles ofertados por profissionais psiquiatras, suprimindo vazios assistenciais, a opção pelo consórcio pode, dependendo de sua aplicação, acentuar uma gestão em SMIJ predominantemente ambulatorial. Nesse modelo, o

⁵ Teixeira, MacDowell e Bugarin (2003) compreenderam os consórcios intermunicipais de saúde como uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas, que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes. Para mais detalhes sobre “Consórcios Intermunicipais de Saúde”, ver o artigo “Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura” (Flexa & Barbastefano, 2020).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

cuidado pode ficar restrito à agenda do(a) profissional consorciado(a), cuja participação em ações territoriais e intersetoriais é frequentemente limitada pela carga horária reduzida e pelo vínculo financeiro estar muitas vezes também atrelado ao número de consultas realizadas, e não em uma articulação intersetorial e territorial (Boarini, 2009).

Um estudo conduzido por Garcia, Santos e Machado (2015) revelou que, entre 2002 e 2014, foram implantados 208 CAPSij no Brasil. Esses centros estavam distribuídos em 23 das 27 unidades federativas, representando apenas 7,8% do total de 2.128 CAPS em operação no país nesse período. Posteriormente, Macedo et al. (2017) identificaram que, até janeiro de 2016, o número de CAPSij havia subido apenas para 210, distribuídos em 172 municípios. Os pesquisadores calcularam que os CAPSij cobriam apenas 40,7% dos municípios que atendiam ao critério populacional mínimo de 70 mil habitantes. Além disso, um estudo recente, que analisa o financiamento federal dos CAPS no Brasil entre 2008 e 2023, evidenciou um menor repasse anual de verbas para os CAPSij em comparação às demais modalidades (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSad III) (Oliveira & Garcia, 2024).

Em nosso estado, o Espírito Santo, um relatório técnico recente, publicado em janeiro de 2025, avaliou a estrutura dos serviços de saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de diversos municípios do estado. O documento destacou que 16 municípios com população superior a 15 mil habitantes estão aptos a implantar um CAPS e habilitá-lo junto ao Ministério da Saúde para recebimento de recursos federais, mas até o momento não dispõem do serviço e nem possuem propostas cadastradas para sua implementação.

No que se refere aos CAPSij, que podem ser implantados em municípios com mais de 70 mil habitantes, sete municípios elegíveis no Espírito Santo ainda não possuem esse serviço essencial: Viana (73.423 habitantes), Aracruz (94.765 habitantes), Colatina (120.033

habitantes), *São Mateus*⁶ (123.752 habitantes), Guarapari (124.656 habitantes), Linhares (166.786 habitantes) e Cachoeiro de Itapemirim (185.786 habitantes). No entanto, ainda não foram informados prazos efetivos para implantação dos serviços (Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2025).

Atualmente, no Espírito Santo, existem apenas quatro CAPSij, todos localizados na Região Metropolitana da Grande Vitória. O primeiro foi inaugurado em 2007, na capital Vitória (o terceiro município mais populoso do ES), e foi o único CAPSij do estado até 2017, quando foi implementado o serviço no município da Serra (município mais populoso do ES). Em 2018, foi inaugurado o CAPSij de Vila Velha (segundo mais populoso do ES) e em 2019 o CAPSij de Cariacica (terceiro município mais populoso do ES) (Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2025).

Esse panorama no Espírito Santo reflete a realidade nacional, caracterizada por uma rede de CAPSij insuficiente e distribuída de forma desigual, concentrada majoritariamente em grandes centros urbanos (Gama et al., 2021; Oliveira & Garcia, 2024). Além disso, é importante destacar que a produção científica também espelha essa tendência de desigualdade. A maioria dos estudos sobre o cuidado em SMIJ concentra-se em contextos onde o CAPSij está presente, mesmo quando esse serviço não constitui o foco central da investigação (Taño & Matsukura, 2015; Leitão, Constantinidis, & Avellar, 2019; Vechiatto & Alves, 2019). Assim, ainda há uma escassez de pesquisas que analisam o cuidado em SMIJ nos contextos em que não há CAPSij, realidade que corresponde à grande maioria dos municípios brasileiros.

De forma geral, estudos que correlacionam saúde mental com cidades de pequeno porte ainda estão em estágios iniciais (Souza, 2022), apesar de sua relevância já ter sido

⁶ Município onde foram conduzidos os estudos apresentados nos Artigos 3 e 5 desta tese. Sua contextualização é detalhada no próximo tópico.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

destacada há mais de uma década (Boarini, 2009; Luzio & L'abbate, 2009). Argumentamos que uma das principais razões para essa lacuna é que, em sua maioria, as pesquisas são conduzidas especialmente por Universidades Públicas, as quais estão mais localizadas em capitais e grandes centros urbanos (Leitão, Constantinidis, & Avellar, 2019). Esse cenário favorece a realização de estudos em regiões próximas, devido à conveniência territorial, à necessidade de contribuição local e à maior facilidade logística. Consequentemente, essas pesquisas tendem a se concentrar em áreas onde a presença de CAPSij ou outros dispositivos da saúde mental infantojuvenil é mais provável.

Nesse sentido, compreendemos que estudos desenvolvidos em municípios de interior, de pequeno ou médio porte, possibilitam observar como os efeitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira reverberam em contextos distantes das capitais e grandes centros urbanos, conhecendo melhor quais as possíveis organizações locais para o cumprimento da agenda da SMIJ, bem como seus desafios na operacionalização do cuidado. Nesses municípios, a rede pública de cuidado em SMIJ frequentemente opera com serviços de atenção básica e do SUAS, com eventual presença de um CAPS I ou CAPSad e muito raramente um CAPSij (Gama et al. 2021; Souza, 2022)

Nesse sentido, se estudos sobre SMIJ em municípios que contam serviços estratégicos da atenção psicossocial infantojuvenil, como o CAPSij, apontam para um tímido avanço da participação da AB, interrogamos: como é o cuidado em SMIJ em contextos interioranos, onde frequentemente a rede de atenção se limita aos equipamentos da AB e SUAS, usualmente com a presença de um CAPS I e/ou CAPSad e, muito raramente, um CAPSij?

De saída, partimos do pressuposto que, nesses municípios, espera-se da AB um protagonismo ainda maior na gestão do cuidado em SMIJ, tanto na pactuação de estratégias territoriais quanto no desenvolvimento de ações intersetoriais, sendo imprescindível evitar sua ambulatorização (Lourenço, 2017; Fernandes, 2019).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

A política de SMIJ prevê que participação efetiva da Atenção Básica (AB) é indispensável para o cuidado, absorvendo demandas e desenvolvendo ações territoriais e intersetoriais, mesmo quando dispositivos estratégicos da atenção psicossocial, como o CAPSij, integram a RAPS municipal (Ministério da Saúde, 2011; 2013; 2014). Com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, a AB foi formalmente reconhecida como articuladora da rede de cuidados em saúde mental, em parceria com os CAPS (Ministério da Saúde, 2011). Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 reforçou esse papel ao defini-la como “a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (Ministério da Saúde, 2017, n.p.).

Estudos indicam que profissionais das UBS e ESF frequentemente apresentam conhecimento limitado sobre a política de SMIJ, além de dificuldades em identificar essas demandas de saúde mental em seu território e articular ações intersetoriais (Lourenço, 2017; Reis, Iglesias, Belotti, & Pereira, 2024; Silva et al., 2018; Silva & Souza, 2025; Teixeira, Couto & Delgado, 2017). Mesmo quando surgem concepções ampliadas sobre a SMIJ, grande parte das práticas oferecidas a essa população permanece desalinhada das diretrizes políticas, reproduzindo perspectivas biomédicas (Fernandes, Taño, Cid, & Matsukura, 2022; Nunes et al., 2023). Fatores como sobrecarga de trabalho, insuficiente capacitação e fragilidade nos vínculos trabalhistas também contribuem para a baixa participação no cuidado em SMIJ (Damascena; Vale, 2020; Gama et al., 2021; Scherer et al., 2024).

Em contrapartida, programas voltados à infância em outros recortes, como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) materno-infantil, destacam-se por iniciativas nacionais reconhecidamente exitosas, como a “Rede Cegonha”. Instituída pela “Portaria nº 1.459” (Ministério da Saúde, 2011), a Rede Cegonha busca garantir um atendimento humanizado, integral e integrado, desde a gestação até os 24 meses de vida do bebê. Nesse modelo, as

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

UBS desempenham um papel central no cuidado materno-infantil, sendo responsáveis pelo acompanhamento pré-natal e puerpério das gestantes em seus territórios (Marques, 2016). Entretanto, Fernandes, Taño e Matsukura (2021) destacam que, embora seja inegável a relevância de programas da RAS voltados à infância, muitas outras demandas e necessidades de saúde acabam não sendo priorizadas. As autoras enfatizam, em particular, a SMIJ, que, apesar do crescente reconhecimento de sua urgência, ainda não se consolida como prioridade efetiva nos programas de saúde para esse âmbito.

Essa lacuna se reflete inclusive no Plano Municipal de Saúde disponibilizado pela prefeitura do município onde realizamos os estudos apresentados nos Artigos 3 e 5 desta tese. Nesse plano, são descritas as ações a serem realizadas anualmente para atingir as metas estabelecidas. No entanto, não há menção específica à saúde mental de crianças e adolescentes. Embora o plano contenha um eixo voltado à “atenção à saúde infantojuvenil”, esse eixo se concentra principalmente em puericultura, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e redução da mortalidade infantil, sem mencionar ações e metas ainda mais relacionadas à agenda da saúde mental de crianças e adolescentes (Prefeitura Municipal de São Mateus, 2020).

Em dissertação intitulada *“Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde”*, Lourenço (2017) investigou como os serviços de AB em municípios sem CAPSij lidam com as demandas de SMIJ. A pesquisa revelou que o cuidado nas ESF, quando presentes, ocorriam predominantemente na forma de atendimentos clínicos individuais realizados por médicos ou enfermeiros. As ações em rede e no território mostraram-se praticamente inexistentes. Entre as principais dificuldades relatadas pelos profissionais, destacaram-se a carência de qualificação e recursos humanos, além da alta demanda de trabalho nas unidades. A pesquisa concluiu que a ausência de um CAPSij em municípios de pequeno ou médio porte

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

parece ser menos prejudicial do que a inexistência de uma equipe de referência capaz de oferecer apoio matricial e de uma rede de serviços que opere de forma corresponsável e intersetorial.

Entre as fecundas possibilidades de cuidado em SMIJ na AB, destacam-se as ações territorializadas. O documento “Cadernos de Atenção Básica nº 34” (Ministério da Saúde, 2013) relata uma experiência potente de uma UBS, que ampliou as possibilidades do Projeto Terapêutico Singular (PTS) voltado a crianças e adolescentes de 6 a 17 anos em situação de risco social. Essa ampliação foi viabilizada por uma parceria com a uma profissional da educação física do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e lideranças comunitárias. O projeto resultou na criação de atividades de esporte e cultura no bairro onde a UBS está inserida, envolvendo diferentes atores, como profissionais da própria unidade e de outros serviços, bem como membros da comunidade e os próprios usuários.

Outra experiência positiva, e que também ilustra a necessidade de maior sensibilidade para reconhecer possibilidades de ações em promoção à saúde mental, é relatada em Melo e Tschiedel (2019). Em sua pesquisa, observaram que a equipe de uma ESF em um município com CAPSij demonstrava reticência quanto às práticas de cuidado em SMIJ. Os profissionais não se percebiam qualificados para atuar diretamente nesse campo, limitando-se, em grande parte, a encaminhamentos para a “rede especializada” (o CAPSij). No entanto, ao discutirem o tema em grupo focal, os participantes recordaram de uma prática desenvolvida dois anos antes: o projeto “Agente Comunitário Mirim”. Esse projeto teve início com uma Agente Comunitária em Saúde (ACS) que, a partir de sua atuação na sala de acolhimento e vacinação, estabeleceu vínculos com as crianças do território. Essa relação possibilitou que ela identificasse demandas e necessidades de saúde da comunidade, criando condições para intervenções mais sensíveis e contextualizadas. “Assim, criaram-se condições para que essa

ACS estivesse atenta às demandas da comunidade e suas possíveis necessidades de saúde” (Melo & Tschiedel, 2019, p. 156).

O caso demonstra que os serviços da AB, devido à sua proximidade com a população e o território, configuram-se como importantes produtores de cuidado e de saúde mental. Nesse contexto, além das ações clínicas tradicionais, como acolhimento, consultas e avaliações, ganham relevância as ações que mobilizam o território como recurso essencial para a produção de cuidado.

Entretanto, tais ações não devem ser exclusivas à AB. O SUAS também desempenha um papel crucial no desenvolvimento dessas iniciativas, embora não possua mandato para o cuidado em saúde ou saúde mental. No entanto, considerando o recorte “rede de SMIJ em município de interior”, o SUAS adquire relevância acentuada, considerando sua ampla presença em praticamente todos os municípios brasileiros, especialmente por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Esses serviços, no âmbito da atenção psicossocial à infância e adolescência, têm grande potencial para colaborar no cuidado ampliado em SMIJ (Silva & Cezar, 2013).

Um exemplo que ilustra o potencial das ações integradas entre a AB e serviços do SUAS está no estudo de doutorado de Fernandes (2019). Com o objetivo de compreender os processos de cuidado em SMIJ na AB, a pesquisa identificou um projeto desenvolvido por uma UBS em parceria com o CRAS do município. Esse projeto realizava “atividades variadas voltadas para as crianças e adolescentes em contraturno escolar, sob supervisão de uma coordenadora, educadores sociais e controladores de acesso” (p. 162). Além disso, no próprio CRAS, eram promovidas atividades formativas, como cursos de informática, direcionados a esse público.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Outro exemplo dessa importante interface é descrito no documento “*Cadernos de Atenção Básica, n. 33*” (Ministério da Saúde, 2013). O documento destaca que situações de violência contra crianças e jovens, incluindo maus-tratos, têm surgido como “um leque de novos desafios epidemiológicos para a saúde da criança, caracterizados por um forte componente psicossocial” (Ministério da Saúde, 2013, p. 199). Essas situações demandam uma articulação ainda mais efetiva entre a AB e SUAS, que, de forma integrada, devem desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de violências, identificar casos suspeitos na comunidade e oferecer cuidado às crianças e jovens em situação de violência. Nessas circunstâncias, o direito e a saúde tornam-se indissociáveis, exigindo a ampliação da rede de cuidados e proteção social para embasar a tomada de decisões (Ministério da Saúde, 2013).

Todos esses exemplos demonstram que produzir cuidado em SMIJ requer uma atuação profundamente conectada ao contexto social dos usuários, no território das infâncias e adolescências e suas famílias, abordando e intervindo não só nas queixas de comportamento e sintomas-alvo, mas também junto aos determinantes sociais da saúde, como pobreza, marginalização, fome, desemprego, acesso restrito à cultura, esporte e educação, reconhecidos como fatores que, em baixos níveis, contribuem para condições precárias de vida e sofrimento psíquico (Catania, Battistelli, & Rodrigues, 2021). Nessa perspectiva, devemos compreender que o cuidado em SMIJ deve estar presente em todas as ações voltadas ao público infantojuvenil, e não apenas em situações em que já há um problema psiquiátrico ou emocional diagnosticado (Cid, Squassoni, Gasparini, & Fernandes, 2019).

Contextualização do município tomado como campo de estudo pelos artigos 3 e 5

O município no qual foi desenvolvido os dois estudos de campo (Artigo 3 e 5) é o de São Mateus, localizado no Norte do ES e a 220km da capital, Vitória. Possui população

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

estimada em 132 mil habitantes, segundo censo mais recente (IBGE, 2024). Fundado em 1544, o município de São Mateus é o oitavo mais antigo do Brasil, e é o sétimo mais populoso do ES.

São Mateus integra a Região Norte/Noroeste de Saúde do estado, junto com outros 28 municípios. Em relação aos serviços disponíveis no município dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Prefeitura Municipal de São Mateus, 2020) indica que estão implantados:

- 01 CAPS I
- 01 CAPSad;
- 01 Ambulatório de Saúde Mental (Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental);
- 28 UBS, sendo 18 equipes ESF e 11 equipes eACS;
- 01 Hospital Geral e 01 Hospital Especializado em Maternidade (ambos estaduais);
- 01 Centro Regional de Especialidades (CRE), serviço estadual;
- 01 Policlínica;
- 05 CRAS;
- 01 CREAS;
- 01 Casa de Acolhida São Mateus (Casa Lar);
- 01 Casa de Acolhida Vista do Cricaré (Casa de Passagem);
- 01 Associação de pais e Amigos dos Excepcionais (APAE);
- 01 Conselho Tutelar.

Além disso, o município conta com dois serviços oriundos de programas de governo do estado do Espírito Santo: 01 “Centro de Referência das Juventudes” (CRJ), serviço mantido pela parceria do Governo do Estado do Espírito Santo, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e com Organizações da Sociedade Civil; 01 equipe “Ação

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Psicossocial e Orientação Interativa Escolar” (APOIE), serviço situado junto à Secretaria de Educação (SEDU) do município.

A escolha de São Mateus como contexto da pesquisa também foi motivada por várias razões. Primeiramente, em razão da acessibilidade do pesquisador, uma vez que reside no município, e pela “abertura” por parte das equipes e profissionais da rede local à realização da pesquisa. Essa abertura é em razão do pesquisador já ter coordenado e orientado projetos de extensão e estágios universitários de cursos de psicologia, os quais tiveram como campo de atuação os serviços da RAPS no município.

São Mateus desempenha um papel estratégico no plano de regionalização da saúde, frequentemente assumindo um protagonismo nas ações em rede com municípios vizinhos, realizando capacitações, promovendo reuniões intersetoriais e sediando fóruns de saúde e saúde mental, especialmente por meio dos profissionais da Superintendência de Saúde. Outro fator relevante é que o município abriga uma Universidade Pública (UFES, Campus São Mateus), uma Faculdade privada (Multivix) e um Centro Universitário privado (UNIVC), que vêm progressivamente formando e mobilizando profissionais nas áreas da saúde e saúde mental, com destaque para os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Educação Física, Psicologia e, mais recentemente, Medicina (Multivix) e um Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Coletiva (PPGPSC/UFES).

Além disso, em época do desenvolvimento do projeto de doutorado (2021-2022), São Mateus contava com 18 psicólogos(as) atuando na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com oito na Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Prefeitura Municipal de São Mateus, 2020). Esse quantitativo representou um marco significativo para o município, permitindo levantar a hipótese de que tal estrutura poderia ampliar as possibilidades de respostas às demandas de SMIJ na região. Contudo, no momento da coleta de dados, o município contava com apenas cinco psicólogos(as): dois alocados na Equipe de

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Referência em Saúde Mental (ou simplesmente “Saúde Mental”, como é conhecida na região), um na UBS Guriri, um no CAPSad e um no CAPS I.

Por fim, é importante destacar que um relatório técnico, fruto de uma auditoria recente que avaliou a estrutura dos serviços de saúde mental no estado do Espírito Santo, identificou, em relação ao município de São Mateus, que a regulação das consultas psiquiátricas, sob gestão municipal, ainda não é realizada por meio de sistema informatizado. Durante a análise, foi necessário consultar manualmente os “cadernos” com as agendas dos(as) psiquiatras e dos(as) psicólogos(as), revelando que há três psiquiatras no “Saúde Mental”, mas apenas um realiza atendimentos a crianças, resultando em uma fila de espera para consultas infantis que ultrapassa 100 dias (Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2025).

No que diz respeito à psicologia, o relatório informou que o município apresentava uma fila de espera com 426 pacientes, cujas solicitações de atendimento datavam de janeiro de 2024, indicando também um tempo de espera superior a 100 dias. O relatório ainda reconheceu o aumento constante da demanda por atendimentos psiquiátricos e psicológicos no município, especialmente em relação ao público infantojuvenil, e também ressaltou as dificuldades enfrentadas para a contratação e fixação de profissionais da psiquiatria e psicologia (Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2025).

Findado essa contextualização, apresentamos, no tópico a seguir, os objetivos da tese, geral e específicos, seguidos pelos cinco artigos que a compõe.

Objetivos da tese

No intuito de proporcionar uma apresentação estruturada dos objetivos da tese, optou-se por apresentá-los em formato de quadro (Quadro 2), estabelecendo a relação entre o objetivo geral, os objetivos específicos, os artigos correspondentes e a abrangência da análise (nacional, internacional ou específica).

Quadro 2. Relação entre o objetivo geral, objetivos específicos, artigos relacionados e abrangência de análise.

Objetivo geral da tese		
- Analisar criticamente a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira, com especial destaque para o cuidado em saúde mental infantojuvenil vivenciado por municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e que não contam com a presença do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij).		
Objetivos específicos	Artigos relacionados	Abrangência de análise
1. Descrever o panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil no Brasil em relação a outros países da América Latina e Caribe	- “Panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas” (ARTIGO 1)	- Nacional e Internacional (revisão de literatura)
2. Compreender como o cuidado em saúde mental infantojuvenil é conduzido em municípios desprovidos do CAPSij, identificando práticas, desafios e potencialidades vividas	- “O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura” (ARTIGO 2)	- Nacional (revisão de literatura)
	- “O cuidado em saúde mental infantojuvenil em um município de interior sem CAPSij: um estudo com diferentes profissionais da rede de atenção” (ARTIGO 3)	Específica (município estudado)
3. Conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por crianças e adolescentes em busca do cuidado em saúde mental	- “Itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes em saúde mental: uma revisão de escopo” (ARTIGO 4)	- Nacional (revisão de literatura)

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Objetivo geral da tese

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - “Análise dos itinerários terapêuticos de famílias em busca de cuidado em SMIJ em município sem CAPSij”
(ARTIGO 5) | - Específica (município estudado) |
|--|-----------------------------------|
-

Artigo 1 – Panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas

Overview of Child and adolescent mental health policies in Latin America and the Caribbean: challenges and perspectives

Iagor Brum Leitão (Universidade Federal do Espírito Santo)

leitao.iagor@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>

Luziane Zacché Avellar (Universidade Federal do Espírito Santo);

luzianeavellar@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>

Notas:

Publicado no periódico “*Physis: Revista de Saúde Coletiva*” (UERJ – ISSN: 1809-4481 – Qualis A3 em Psicologia), volume 35, 2025.

Como citar: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

O texto do artigo corresponde integralmente à versão aprovada pela revista, e segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Resumo: A insuficiência de políticas e recursos específicos para Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) afeta o desenvolvimento de crianças e adolescentes na América Latina e Caribe, onde jovens menores de 18 anos representam cerca de 30% da população. Com 20% de prevalência de transtornos mentais nessa faixa etária, cerca de 53 milhões necessitam de cuidados em saúde mental. Este estudo, por meio de uma revisão de literatura narrativa, analisou as políticas de SMIJ em oito países da região — Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México, Paraguai, Venezuela e Brasil. O objetivo foi identificar marcos regulatórios, diretrizes orientadoras e os principais desafios no cuidado em SMIJ, além de comparar o cenário da SMIJ desses países com o brasileiro. Utilizaram-se dados de bases como SciELO, LILACS, PubMed e publicações governamentais e de organizações como OMS, OPAS e UNICEF, além de demais publicações recuperadas no “Google Scholar”, “ResearchGate” e “Academia.edu”. Observaram-se legislações progressistas e marcos regulatórios que reconhecem os direitos

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

das crianças e adolescentes, mas também há baixo investimento, precariedade de serviços e práticas fragmentadas e medicalizantes. O estudo enfatiza a importância de garantir recursos e investimentos substanciais para a SMIJ, indo além das leis e regulamentações.

Palavras-chave: Saúde mental infantojuvenil. Serviços de saúde. Saúde pública. América Latina.

The lack of specific policies and resources for Child and Adolescent Mental Health (CAMH) affects the development of children and adolescents in Latin America and the Caribbean, where individuals under 18 years of age represent about 30% of the population. With a 20% prevalence of mental disorders in this age group, approximately 53 million require mental health care. This study, through a narrative literature review, analyzed CAMH policies in eight countries of the region — Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Mexico, Paraguay, Venezuela, and Brazil. The aim was to identify regulatory milestones, guiding principles, and the main challenges in CAMH care, as well as to compare the situation in these countries with that of Brazil. Data from databases such as SciELO, LILACS, PubMed, governmental publications, and organizations such as WHO, PAHO, and UNICEF were used, along with other publications retrieved from “Google Scholar,” “ResearchGate,” and “Academia.edu.” The analysis revealed progressive legislation and regulatory frameworks that recognize the rights of children and adolescents, but there is also low investment, precarious services, and fragmented, medicalizing practices. The study emphasizes the importance of securing substantial resources and investments for CAMH, going beyond laws and regulations.

Keywords: Child and adolescent mental health; Health services; Public health; Latin America.

Introdução

O campo de estudos em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) tem-se expandido consideravelmente nas últimas décadas. Descobriu-se que problemas de Saúde Mental (SM) em adultos frequentemente se originam na infância, antes dos 14 anos de idade (OPAS; OMS, s.d). Além disso, sabe-se que quanto mais vulnerabilidades crianças e adolescentes (C.A.) forem expostos, como deslocamento forçado, estrutura familiar instável, pobreza, abusos, maus-tratos, privação de convívio social, falta de oportunidades e incentivos escolares e culturais, maior o impacto potencial em sua SM (OMS, 2020a).

Na América Latina e Caribe, onde jovens menores de 18 anos constituem cerca de 30% da população (Erskine *et al.*, 2017), a prevalência de transtornos mentais nesta faixa etária atinge cerca de 20%, o que representa uma necessidade de cuidados para pelo menos 53 milhões de crianças e adolescentes (Benjet, 2009). No entanto, é alarmante constatar que, na região, existem apenas 3,4 profissionais de SM para C.A. a cada 100.000 habitantes. Agravando a situação, apenas 58% dos países relatam possuir políticas de SMIJ, independentes ou integradas às políticas de saúde como um todo (OMS, 2020b).

Um recente editorial da revista *The Lancet: Child & Adolescent Health* (Lancet, 2022) alertou que crescer na América Latina e Caribe implica enfrentar desafios marcados por desigualdade e adversidades. Grupos vulneráveis, incluindo adolescentes afro-caribenhos, jovens de famílias de baixa renda, membros da comunidade LGBTQIAP+ e indígenas, estão expostos a riscos significativamente maiores de desenvolver problemas de SM. Além disso, a

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

região apresenta a segunda maior taxa de mortalidade adolescente do mundo, predominantemente impulsionada por atos de violência, além de uma média diária de 11 suicídios de adolescentes por dia (Lancet, 2022).

A insuficiência de políticas e recursos específicos para SMIJ compromete o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, incidindo diretamente sobre os indicadores de educação, saúde, produtividade econômica e bem-estar social. Assim, a falta de investimento em SMIJ não apenas resulta em custos elevados para os sistemas de saúde, em decorrência da necessidade de intervenções potencialmente mais complexas e onerosas em fases posteriores da vida (Fatori *et al.*, 2018), mas também contribui para perpetuar ciclos de vulnerabilidades socioeconômicas.

No intuito de contribuir para a temática, este estudo objetivou descrever um panorama das políticas em SMIJ adotadas em oito países da América Latina e Caribe – Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México, Paraguai, Venezuela e Brasil. Buscou-se identificar os principais marcos regulatórios externos e internos à SMIJ, as diretrizes e princípios orientadores, além dos principais desafios enfrentados por esses países no cuidado em SMIJ. Adicionalmente, realizou-se uma comparação entre o panorama da situação da SMIJ desses países com o contexto brasileiro.

Este trabalho pretende contribuir para o debate sobre as políticas SMIJ, destacando as especificidades, necessidades e possíveis caminhos para fortalecer as práticas de SMIJ na região, frequentemente destacada por estudos internacionais pela falta de políticas (Zhou *et al.*, 2020). Essa análise ganha urgência à medida que a pandemia da Covid-19 intensificou as necessidades de SM e revelou fragilidades nos sistemas existentes. Durante o isolamento social, a pandemia evidenciou uma série de preocupações sobre a SM das crianças e jovens, demonstrando como eventos e crises globais podem impactar de forma significativa essa população (UNICEF, 2021). Diante disso, se muito antes da pandemia, organizações internacionais, familiares, pesquisadores, profissionais de saúde, entre outros, já alertavam que governos estavam investindo muito pouco na promoção, proteção e cuidado de crianças e adolescentes, o cenário atual reforça o quanto a SMIJ deve constituir pauta-chave no bojo da saúde pública.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, método que permite uma análise abrangente de diversas fontes de dados, seguida da descrição e discussão do “estado da arte” (Siddaway *et al.*, 2019). A escolha dessa metodologia foi justificada pela necessidade de integrar uma variedade de fontes de dados para alcançar os objetivos propostos.

Foram pesquisados artigos disponíveis nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. As buscas foram conduzidas utilizando duas palavras-chave: “saúde mental infantojuvenil” e “políticas de saúde mental infantojuvenil”. Cada palavra-chave foi combinada com o nome de cada país considerado na revisão (exemplo: “saúde mental infantojuvenil na Argentina” ou “políticas de saúde mental infantojuvenil na Argentina”), bem como com a expressão “América Latina e Caribe”. As buscas foram realizadas em português, inglês e espanhol, sem restrição quanto ao ano de publicação.

No entanto, a revisão narrativa, ao contrário das revisões sistemáticas e integrativas, oferece maior flexibilidade metodológica, não se restringindo a estratégias de busca pré-definidas (Siddaway *et al.*, 2019). Essa flexibilidade foi crucial para este estudo, uma vez que buscas iniciais com palavras-chave predefinidas revelaram uma escassez de artigos especificamente focados no tópico. Assim, realizamos buscas adicionais em plataformas acadêmicas como “ResearchGate” e “Academia.edu”, bem como no “Google Scholar”, com o objetivo de identificar outros trabalhos potencialmente relevantes, como livros e capítulos de livros, resumos expandidos, dissertações e teses.

Também foram analisadas legislações, portarias, relatórios, planos de governo, cartilhas e demais publicações que informam as disposições dos sistemas de saúde e serviços de SMIJ disponíveis para cada país pesquisado. Para identificar esses documentos, foram realizadas buscas em *websites* governamentais, como Ministérios da Saúde, e de organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A seleção desses documentos foi orientada por sua relevância para o tema, conforme indicado pela literatura científica existente e pela análise dos próprios documentos.

A seleção desses países foi intencional e baseada em suas semelhanças com o Brasil. Muitos desses países compartilham desafios socioeconômicos semelhantes como pobreza, desigualdade de renda, exposição à violência e acesso limitado a serviços de saúde e educação. Culturalmente, compartilham valores, tradições familiares e sistemas de crenças similares, ainda que se considere ampla diversidade cultural. Tais aspectos permitiram uma comparação mais contextualizada e relevante. Reconhecemos, no entanto, que toda escolha de amostra implica limitações. A inclusão de todos os países da região excederia os limites apropriados para um único artigo científico. Assim, a limitação da amostra foi uma decisão metodológica necessária e não reflete uma avaliação do valor dos países não incluídos na análise. Desse modo, esperamos que pesquisas futuras possam expandir este trabalho e explorar a SMIJ em outros contextos da região.

Resultados e Discussão

Optou-se por organizar a seção de resultados e discussão de maneira conjunta. Cada país foi analisado individualmente, em sequência alfabética. O Brasil, sendo objeto de comparação detalhada, é discutido por último. Após as análises individuais, realizou-se a discussão panorâmica da situação da SMIJ na região, dialogando com o contexto da SMIJ brasileira.

Argentina

A Constituição Argentina, de 1994, é um marco legal para a garantia de direitos de C.A. Define um sistema de segurança social para proteger crianças desamparadas, desde a gestação até o fim do ensino fundamental (Argentina, 1994). Por sua vez, a aprovação das leis 26.061/2005, (*Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*) (Argentina, 2005), e 26.657/2010, (*Ley Nacional de Salud Mental*) (Argentina, 2010) representam marcos regulatórios mais afirmativos para a SMIJ.

A Lei de Proteção destaca que C.A. têm o direito de receber atenção integral à sua saúde, acesso igualitário a serviços e ações de prevenção, promoção, informação, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde. Além disso, estabelece que instituições de saúde devem priorizar o atendimento a crianças (Argentina, 2005). Já a Lei de SM, apesar de não citar diretamente C.A., estabelece princípios para garantir o direito à proteção da SM de todas as pessoas com transtornos mentais. Reconhecendo a SM como um processo influenciado por aspectos históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos, ela preconiza o direito a um atendimento integral e humanizado em saúde e assistência social, por meio do acesso gratuito, igualitário e equitativo a serviços e recursos necessários (Argentina, 2010).

A SMIJ na Argentina é enquadrada nos três níveis de complexidade no sistema de saúde. O primeiro nível conta com o serviço do *Centro de Atención Primaria de la Salud* (CAPS), que é o primeiro ponto de contato da população com a rede de serviços em saúde. O segundo nível inclui hospitais gerais e pediátricos para problemas urgentes ou demandas espontâneas. O terceiro nível é composto por hospitais e centros especializados em SM, como os *Centros Especializados en Salud Mental* (CESM) (Barcala *et al.*, 2020). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ.

Apesar de um sistema federal de saúde, cada uma das 23 províncias argentinas e a cidade autônoma de Buenos Aires têm suas próprias leis. Desse modo, embora a *Ley Nacional de Salud Mental* (LNSM) defina as diretrizes que organizam o sistema federal de atenção à SM, a plena aplicação é uma decisão soberana das províncias, o que contribui para que ideologias de profissionais e gestores tenham maior peso do que as diretrizes das políticas públicas nacionais que deveriam orientar suas atuações (Flore, 2015).

Pesquisadores argentinos compreendem que a resposta insuficiente às demandas de SMIJ também está relacionada à prevalência do modelo biomédico e ao paradigma positivista que o sustenta, mesmo diante dos marcos regulatórios que enfatizam a necessidade de uma abordagem ampliada de SM. Argumentam que ainda persiste uma concepção funcionalista da prática, que não aborda de forma abrangente os processos que geram ou causam agravos à SM, negligenciando o entendimento desta como um campo de ação coletiva. Portanto, evidenciam a necessidade de fortalecer as práticas ampliadas no campo da SMIJ, com o objetivo de responder às demandas das C.A. sem incorrer em processos de medicalização (Barcala, 2019; Barcala *et al.*, 2020; 2022).

Apesar dos avanços no âmbito da SMIJ nas últimas décadas, a literatura argentina destaca a falta de correspondência entre as necessidades de atenção e a disponibilidade de uma rede de serviços capaz de oferecer respostas adequadas. O investimento insuficiente em recursos humanos e capacitação para abordagens interdisciplinares é apontado como um dos principais obstáculos para o funcionamento integral das redes intra e intersetoriais de SMIJ (Augsburger; Gerlero, 2020; Barcala, 2022; Flore, 2015).

Chile

No Chile, a *Constitución Política de la República de Chile*, de 1980, constitui o primeiro marco legal para C.A. Ela garante o direito à saúde, coordenado e controlado pelo Estado. Assegura acesso igualitário a ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Embora não mencione explicitamente C.A., ela garante o direito à vida, à integridade física e psíquica de todas as pessoas, independente da faixa-etária (Chile, 1980).

No Chile, ocorreram avanços significativos na área da SMIJ nos últimos anos, impulsionados pela implementação de programas específicos. O primeiro foi a implementação do *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, em 2000, que teve como objetivo estabelecer uma rede de serviços de SM abrangendo todas as faixas etárias. Assim como ocorreu no Brasil com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o plano chileno buscou a composição de múltiplos dispositivos para a atenção em SM (Barra *et al.*, 2019). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ como no Brasil.

Um marco efetivo para a SMIJ chilena é o subsistema de proteção à infância intitulado “*Chile crece contigo*” (ChCC), implementado em 2007 e oficializado como política pública em 2009 por meio da Lei 2.0379/2009 (Chile, 2009). O ChCC desempenha papel fundamental na promoção da SM materna e das C.A. no país, oferecendo suporte, proteção e acompanhamento a crianças e suas famílias em situações de vulnerabilidade por meio de um sistema integrado de intervenções e ações sociais (Chile, 2015).

No âmbito do ChCC, destaca-se o *Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil* (PASMI). Seu objetivo é fornecer diagnóstico e tratamento para crianças entre 5 e 9 anos com problemas de SM, ao mesmo tempo em que promove competências parentais em famílias com crianças nessas condições. O PASMI oferece uma série de serviços, incluindo avaliações diagnósticas integrais por médicos, psicólogos e trabalhadores sociais, consultas de SM individuais e em grupo, visitas domiciliares integrais e consultorias em SMIJ. Além disso, o programa integra-se com outros programas de SM da APS, como o *Programa de Salud Mental Integral* e o *Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicosocial* (Poblete, 2022).

Os *Centros de Salud Familiar* (CESFAM) e os *Centros Comunitario de Salud Mental Familiar* (COSAM) se destacam como serviços de saúde e SM importantes. Os CESFAM são parte da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto os COSAM fazem parte da Atenção Secundária. Ambos os serviços atendem todas as faixas etárias e contam com equipe multiprofissional (Chile, 2022).

Apesar dos avanços na área da SMIJ, ainda existem desafios consideráveis devido à desigualdade social no Chile. Embora seja classificado como de alta renda desde 2013 pelo Banco Mundial, as desigualdades persistentes são uma preocupação (UNICEF, 2017). A pobreza, como importante determinante social da saúde e SM, é maior entre a população infantil do Chile (22,4%) em relação a outros grupos vulneráveis (Chile, 2014). Além disso, o acesso aos cuidados em SMIJ ainda é limitado em áreas carentes, rurais e montanhosas, obrigando as famílias a viajarem para municípios maiores em busca de atendimento para suas crianças e jovens (Barra *et al.*, 2019).

Colômbia

Na Colômbia, a *Constitucion Política de Colombia*, de 1991, também é marco legal para garantia de direitos a C.A. A Lei 1.098/2006, que institui o *Código de la Infancia y la Adolescencia* (Colômbia, 2006), constitui importante marco regulatório externo à SMIJ propriamente dita. Já as leis nº 1.438/2011 (Colômbia, 2011), por meio da qual se reforma o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde, e nº 1.616/2013, por meio da qual é promulgada a *Ley de Salud Mental* (Colômbia, 2013), constituem marcos mais afirmativos à SMIJ.

A Constituição colombiana reconhece direitos fundamentais a C.A, como à vida, integridade física, saúde, segurança social, alimentação equilibrada, educação e cultura. Protege contra abandono, violência física ou moral, abusos, exploração laboral ou econômica e trabalhos perigosos. Estabelece que o Estado deve implementar uma política de prevenção, reabilitação e integração social para indivíduos com deficiências físicas, sensoriais e psíquicas, aos quais será prestada a atenção especializada necessária (Colombia, 1991).

A *Ley 1.098/2006* estabelece uma doutrina de proteção integral para C.A., garantindo o exercício de seus direitos, afirmando que todas as C.A. têm direito a uma saúde integral. Proíbe que instituições de saúde, públicas e privadas, se recusem a atender crianças que precisem de cuidados médicos. Se uma criança ou adolescente não é beneficiário do regime contributivo ou subsidiado, o Estado assume o custo dos serviços de saúde (Colombia, 2006).

Já a *Ley 1.438/2011* visa fortalecer o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde por meio de um modelo de prestação de serviços de saúde baseado na estratégia de APS. É baseada em princípios como universalidade, solidariedade, igualdade, obrigatoriedade, prevalência de direitos, enfoque diferencial, equidade, qualidade, eficiência, participação social, progressividade, livre escolha, sustentabilidade, transparência e descentralização administrativa (Colombia, 2011).

Ainda sobre essa lei, ela inclui uma seção intitulada *Atención Preferente y Diferencial para la Infancia y la Adolescencia*, que abrange os artigos 19, 20 e 21. O primeiro garante serviços gratuitos de reabilitação física e mental para C.A. vítimas de violência física, sexual e abuso. O segundo estabelece a corresponsabilidade do Estado e dos pais ou representantes legais na gestão da saúde das C.A. O terceiro obriga as entidades de saúde a denunciarem casos de negligência ou violência contra essa população vulnerável (Colombia, 2011).

Por fim, a *Ley 1.616/2013* busca garantir o exercício pleno do direito à SM à população colombiana, priorizando C.A. e se soma a Lei 1.098/2006. Destaca-se o Capítulo V, que contém uma seção sobre atenção integral e preferencial em SMIJ. Afirma-se que as entidades e empresas de planos de saúde devem dispor de serviços integrais em SM com modalidades específicas de atendimento para C.A., garantindo atendimento adequado e acessível em promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, intervenção, cuidado e reabilitação psicossocial (Colombia, 2013).

Pesquisadores colombianos afirmam que política de SM do país pressupõe uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, o que implica considerar o ser humano como um sistema aberto em constante interação com o meio ambiente (Castaño-Pulgarín; Betancur-Betancur, 2019). Para Henao *et al.* (2016), entretanto, apenas será possível ter certeza do cumprimento da política de SM se ela responder assertivamente às necessidades das C.A. e da população deslocada e vítima da violência.

A Colômbia sofreu décadas de violência que impactaram fortemente a SM da população. Estudos recentes relatam que a população infantojuvenil mais necessitada em SM é aquela vítima de deslocamentos forçados, especialmente por conflitos armados. Este grupo apresenta maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático, transtornos depressivos e ansiosos, problemas de SM relacionados a abusos físicos, sexuais e maus-tratos, bem como ideações e tentativas de suicídio (Rivera *et al.*, 2020).

O sistema nacional de saúde na Colômbia fornece 30 sessões de psicoterapia individual ou em grupo para cada paciente, independentemente do estágio do transtorno

mental, e sessões ilimitadas para vítimas de conflitos armados. No país, existem aproximadamente 900 psiquiatras, incluindo 45 especializados em SMIJ apenas, e 1.500 psicólogos responsáveis pelo fornecimento de cuidados em SM em geral. Esses profissionais atuam em centros médicos especializados, hospitais gerais e instituições psiquiátricas, tanto no setor privado quanto no público, com a maioria concentrada nas dez maiores cidades colombianas (Chaskel *et al.*, 2015).

Quanto aos serviços de SMIJ, Agudelo-Hernández e Rojas-Andrade (2023) relatam a existência de Hospitais Dia para C.A., Unidades de Saúde Mental, Serviços de Emergência Psiquiátrica e Ambulatórios de Saúde Mental, que atendem todas as faixas etárias. No entanto, não especificam se esses serviços são administrados pelo setor público ou privado. Ainda assim, observam uma baixa disponibilidade de serviços de SM em quatro departamentos da Colômbia e a implementação completa de todos os serviços em apenas dois departamentos. Os serviços comunitários foram os menos implementados, enquanto os serviços de emergência e hospitalização tiveram maior presença em nível territorial.

Cuba

Em Cuba, a *Constitución de la República de Cuba* (Cuba, 1976), o *Código de la Infancia y la Juventud* (Cuba, 1978), recentemente atualizado para o *Código de las Familias* (Cuba, 2022), configuram marcos legais regulatórios externos à SMIJ propriamente dita. Cuba não possui uma legislação específica de SM. Elementos relacionados a essa área são incorporados à *Ley de Salud Pública* (Cuba, 1983), a qual constitui base para as ações de saúde, que incluem as de SMIJ.

Cuba adota uma abordagem humanista e socialista em seu sistema de saúde, oferecendo acesso livre aos cuidados de saúde financiados pelo Estado (Cuba, 1983). O Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano é o primeiro sistema único gratuito e integral nas Américas, com cobertura universal e direção central, sendo gradualmente estabelecido a partir de 1959 e alcançando plena integração em 1970. Prioriza a APS, com ênfase na prevenção de doenças e promoção à saúde (Serrate, 2023).

Na área da SM, Cuba iniciou em 1959 modificações nos hospitais psiquiátricos com o objetivo de humanizar a assistência. Após 1995, serviços psiquiátricos foram estabelecidos em todos os hospitais gerais e pediátricos do país. Também foi lançado um sistema nacional composto por 101 *Centros Comunitários de Saúde Mental* (CCSM), situados no âmbito da APS (Gorry, 2013).

O CCSM atende desde crianças até idosos e abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com transtornos mentais leves e graves. A equipe é multidisciplinar, incluindo enfermeiros especializados, psiquiatras, psiquiatras infantis e psicólogos. Em relação ao profissional de enfermagem, vale destacar que todos recebem formação em Psiquiatria Social para atuarem no CCSM. O serviço é de portas abertas e busca ser integrado à comunidade, com abordagens preventivas e de reabilitação, tornando o atendimento mais acessível à população (Dal Prá *et al.*, 2015; Gorry, 2013). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público cubano exclusivo em SMIJ.

No que se refere às leis de proteção à infância, o *Código de la Infancia y la Juventud*, de 1978, já garantia a condição de sujeito em plenos direitos às C.A. A recente atualização para o *Código de las Familias* (Cuba, 2022) é entendido como uma modernização dos direitos,

avanzando em questões relacionadas a processos de adoção, situações de divórcio e outras garantias legais (Granma, 2022).

Cuba possui uma população de 11,2 milhões de habitantes, dos quais 2,3 milhões são C.A., representando 21% do total (UNICEF, s.d.). Tem o maior número de médicos *per capita* do mundo, com o dobro da taxa dos Estados Unidos, o que permite uma ampla cobertura médica para sua população. Além disso, conta com um dos maiores números de psiquiatras infantis por habitante na América Latina, com 200 especialistas para uma população de 11 milhões de habitantes. Os médicos cubanos realizam visitas domiciliares regulares, o que contribui para a identificação de problemas de SM e SMIJ e oferece oportunidades de cuidados a tempo nessa área (Kleinberg, 2018; Hill, 2015).

Não foram encontrados artigos que abordam em detalhes a situação da SMIJ em Cuba, tanto em termos epidemiológicos quanto em relação à abrangência e acesso aos serviços nessa área. Nas buscas, encontrou-se apenas os que abordam a epidemiologia do suicídio em adolescentes cubanos. Apesar do suicídio ser apontado como terceira principal causa de morte em adolescentes entre 15-19 anos no país, estudos indicam uma redução nas taxas de tentativas e de suicídios consumados no país, estando as taxas menores ou iguais a países desenvolvidos (Corona-Miranda *et al.*, 2018).

Cuba enfrenta desafios econômicos e restrições devido a seu sistema socialista e aos bloqueios econômicos impostos pelos Estados Unidos. Também está passando por mudanças demográficas e enfrenta desafios relacionados ao envelhecimento da população. Os recursos limitados afetam a disponibilidade e a qualidade dos recursos destinados à SM. Mesmo assim, a literatura descreve que Cuba tem alcançado indicadores positivos de saúde em geral, incluindo uma expectativa de vida mais alta e baixas taxas de mortalidade infantil (Kleinberg, 2018; Hill, 2015).

México

No México, a *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* é um marco regulatório importante no que se refere a direitos. O artigo 1º estabelece que todas as pessoas têm o direito aos direitos humanos reconhecidos na Constituição e em tratados internacionais, sendo responsabilidade das autoridades promover, respeitar, proteger e garantir esses direitos. O Estado é obrigado a prevenir, investigar, sancionar e reparar violações aos direitos humanos (México, 1917).

No que diz respeito à saúde, a Constituição assegura o acesso efetivo aos serviços de saúde por meio da ampliação da cobertura do sistema nacional de saúde. Além disso, apoia-se a nutrição da população indígena, especialmente das crianças, por meio de programas de alimentação. Todos têm o direito à proteção da saúde, e a lei estabelece as bases e modalidades para o acesso aos serviços (México, 1917). Por sua vez, a *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, de 2014, reconhece C.A. como titulares de direitos, firmando o compromisso do governo mexicano em adotar uma abordagem integral, transversal e baseada em direitos humanos no planejamento e implementação de políticas e programas governamentais destinadas a esse público (México, 2014).

Apesar de ser classificado como um país de renda média-alta pelo Banco Mundial, o México também enfrenta desafios decorrentes da desigualdade social, o que se reflete em deficiências nos setores da saúde, educação, alimentação e serviços básicos. Além disso, a

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

violência resultante dos conflitos entre narcotraficantes e o exército, juntamente com a violação sistemática dos direitos humanos, como desaparecimentos forçados e corrupção generalizada, cria um clima de medo e desconfiança na população, impactando também os serviços de saúde (Klein, 2016).

Apenas 2% do gasto público em saúde são direcionados a SM no México, sendo que 80% desse valor são destinados a despesas relacionadas a hospitais psiquiátricos. Essa alocação limitada de recursos resulta em financiamento insuficiente para a rede de serviços de SM, incluindo ações comunitárias. Além disso, as crises econômicas têm levado o país a uma redução gradual dos gastos públicos em saúde, incluindo a SM (Klein, 2016).

O México possui 544 *Centros de Salud*, dos quais quase a metade estão alocados na capital. Os centros são classificados em portes I, II e III. Apenas os de porte II e III tendem a oferecer serviços de psicologia e psiquiatria. Em geral, os centros enfrentam desafios relacionados à infraestrutura de qualidade inferior, recursos materiais e humanos insuficientes, falta de qualificação profissional e de coordenação entre os gestores locais (Solano *et al.*, 2016). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ.

Pesquisadores mexicanos afirmam que a cobertura nacional para cuidados de SM, especialmente para C.A., apresenta sérias deficiências no México, as quais são acentuadas em áreas rurais, onde a falta de instituições especializadas dificulta o acesso aos cuidados. Isso leva as famílias a procurarem curandeiros tradicionais e outros meios “informais” como alternativa (Klein, 2016).

Estima-se que 38,5 milhões de C.A. de 0 a 17 anos residam no país, representando 30,8% da população total (OMS; OPAS, 2011). No entanto, o número de psiquiatras especializados nessa faixa etária é limitado, com apenas 375 relatados em 2018 (Heinze *et al.*, 2019). Dos 544 *Centros de Salud*, apenas 13% atendem demandas relacionadas à SMIJ (Hernández *et al.*, 2022).

A prevalência de problemas de SMIJ no México é quase o dobro da observada em seu vizinho, os Estados Unidos. Isso é atribuído a fatores de risco como pobreza, violência, falta de oportunidades educacionais e profissionais, além da marginalização das populações indígenas (Espinola-Nadurille *et al.*, 2010).

Apesar desse cenário, a SM em geral tem ganhado destaque na agenda legislativa do México. A reforma da *Ley General de Salud* e do *Sistema de Salud Mental*, aprovada em 2022, visa promover uma abordagem integral e humanitária no atendimento a pessoas com transtornos mentais. Essa reforma inclui um modelo de atenção à SM que busca o fechamento definitivo dos hospitais psiquiátricos-asilares e a criação de novas estruturas de atendimento, reconhecendo a importância da SM como uma prioridade ao lado do bem-estar físico (México, 2022). Vale enfatizar, no entanto, que as propostas de modificação e criação de leis não mencionam melhorias específicas para a SMIJ.

Paraguai

Em documento publicado pelo *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* (Paraguay, 2019), são listados como marcos para o desenvolvimento SMIJ no país: a *Constitución Nacional del Paraguay*, em vigor desde 1992; a Lei n.º 1.032/1996, que cria o

Sistema Nacional Salud; a Lei nº 1.680/2001, que cria *Código de la Niñez y Adolescencia*; a Resolução nº 730/2015, que aprova o *Guía para la Implementación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)*; a Resolução nº 330/2016, que aprova o *Guía de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en los Servicios de Salud*; e a Resolução nº 064/2017, que aprova o *Plan Nacional de Salud de Niñez 2016-2021*.

A Constituição paraguaia estabelece o direito fundamental à saúde, sendo o Estado responsável por protegê-la e promovê-la. Dedicar atenção especial à proteção da infância e da juventude nos artigos 54 e 56, estabelecendo que o Estado, a sociedade e a família têm a obrigação de garantir o desenvolvimento harmônico e integral da criança, assegurando o pleno exercício de seus direitos. Essa proteção abrange medidas para prevenir o abandono, a desnutrição, a violência, o abuso, o tráfico e a exploração. Quanto à juventude, enfatiza a importância de promover condições que permitam sua participação ativa no desenvolvimento político, social, econômico e cultural do país (Paraguay, 1992).

Por sua vez, o *Código de la Niñez y Adolescencia* estabelece que toda C.A. tem o direito à atenção de sua saúde física e mental, incluindo acesso igualitário a serviços e ações de promoção, informação, proteção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e recuperação da saúde. O Estado deve fornecer gratuitamente assistência médica, odontológica, medicamentos, próteses e outros elementos necessários para o tratamento ou reabilitação de C.A. de baixa renda. O código também destaca a importância da proteção contra o uso de substâncias psicoativas por crianças ou adolescentes, por meio de programas permanentes de prevenção e recuperação (Paraguay, 2001).

No âmbito da SM, as *Unidades de Salud de la Familia (USF)* são responsáveis pelo atendimento de nível primário. Essas unidades são classificadas em quatro tipos: *estándar*, *móvil*, *satélite* e *ampliada*, e abrangem todas as faixas etárias. Destaca-se o tipo *móvil*, que fornece atendimento em saúde e SM em áreas mais remotas. Já os atendimentos de nível secundário são realizados nos *Centros de Atención de Especialidades (CAES)* e nos *Hospitales Básicos/Distritales*, enquanto os atendimentos de terceiro nível são oferecidos nos *Hospitales Generales y Especializados* (Paraguay, 2019). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público de SM exclusivo para C.A.

Até 2010, os serviços de SM paraguaios recebiam apenas 2% dos orçamentos da saúde. Não havia recursos suficientes para avaliar e cuidar adequadamente da SM em populações de alto risco, como C.A. (Aboja *et al.*, 2022). Atualmente, o país continua enfrentando vários desafios em seu sistema de SM, como a distribuição de profissionais e serviços especializados, os quais continuam concentrados na capital e arredores (Domingues *et al.*, 2018).

O Paraguai tem muitos grupos minoritários etnolinguísticos, como os falantes de guarani. Os cuidadores dessas famílias geralmente são analfabetos funcionais e vivem em risco social, contribuindo para que ocorram barreiras significativas ao acesso à saúde e SM em específico. As mulheres cuidadoras são outro grupo vulnerável, pois muitas sofrem violência doméstica, assim como 50% das crianças paraguaias (UNICEF, 2019). Contemporaneamente, também tem ocorrido aumento de suicídios de adolescentes indígenas, e persistindo históricas violações dos direitos humanos no sistema de SM (Aboja *et al.*, 2022).

O país possui apenas um hospital psiquiátrico, localizado na capital, que é financiado pelo Estado e recebe 84% do orçamento destinado à SM. Apenas 3% dos leitos do hospital

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

são destinados a C.A., não havendo centros de internação específicos para esse público. Em geral, C.A. são atendidos por profissionais da psicologia ou psicopedagogia de forma ambulatorial em centros comunitários ou privados (Domingues *et al.*, 2018; Moujan, 2011).

No país, cerca de 20% da população infantil sofre com algum transtorno mental; entretanto, 75% desses casos não recebem assistência adequada. Além disso, há um déficit de serviços comunitários direcionados aos jovens, o que cria uma barreira geográfica para o acesso a cuidados, especialmente para aqueles que residem fora da capital (Aboaja *et al.*, 2022).

Mesmo assim, o UNICEF (2019), em documento intitulado *Care for Child Development: The Experience of Paraguay*, prevê um cenário otimista para a SMIJ no país. Com apoio dessa instituição e de outros parceiros, o governo formou uma Comissão Nacional para a Primeira Infância e implementou políticas para apoiar os direitos das crianças vulneráveis, como uma lei atualizada contra a violência contra C.A. (Paraguay, 2018). Recentemente, o governo paraguaio publicou um novo plano de promoção à saúde (2021-2030). Embora não faça menção explícita à SMIJ, o plano se compromete a desenvolver políticas públicas, estratégias, programas e ações que atuem sobre fatores biológicos, sociais, ambientais e culturais, priorizando as populações vulneráveis, como C.A. (Paraguay, 2021).

Venezuela

Na Venezuela, a *Constitución de la República Bolivariana*, de 1999, é um marco para a política de saúde e garantia de direitos. Afirma-se que a saúde é um direito social fundamental, intrinsecamente ligado à qualidade de vida e ao desenvolvimento humano, sendo garantida pelo Estado por meio de um sistema de serviços gratuitos. Além disso, enfatiza a necessidade de um sistema descentralizado, multicêntrico e intersetorial, com participação e controle social (Venezuela, 1999).

No que diz respeito aos C.A., destaca-se o artigo 78 da Constituição, que as reconhece como sujeitos de plenos direitos e que devem ser protegidas por legislação, órgãos e tribunais especializados. O Estado, as famílias e a sociedade têm o compromisso de assegurar, com absoluta prioridade, a proteção integral desses indivíduos, levando em consideração seu interesse superior em todas as decisões e ações que os envolvam (Venezuela, 1999).

A *Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)*, implementada em 2007, também constitui outro importante marco legal externo à SMIJ propriamente dita. Seu propósito é garantir o pleno exercício dos direitos e garantias de todas as C.A. no território nacional, desde a concepção (Venezuela, 2007). A LOPNNA estabelece o *Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes*, que engloba órgãos, entidades e serviços responsáveis pela formulação, integração, coordenação e fiscalização de políticas, programas e ações em níveis nacional, estadual e municipal (Siteal, 2021).

A Venezuela enfrenta desafios significativos na área da SM em geral, o que se reflete na SMIJ. Destina cerca de 3,5% do seu PIB para a saúde, sendo apenas 5% desse valor direcionado especificamente para a SM, com foco nos hospitais psiquiátricos, que recebem 55% do orçamento. Em relação à acessibilidade aos serviços de SM, apenas 1% da população tem acesso gratuito a 80% dos medicamentos psicotrópicos essenciais. Além disso, a Venezuela também enfrenta relatos de violações históricas de direitos humanos em decorrência de regimes autoritários. A falta de efetiva garantias de direitos básicos, a

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

instabilidade política, hiperinflação e a violência contínua têm impactos significativos na SM da população (OMS; OPAS, 2013).

Em documento intitulado *Informe sobre el Sistema de Salud Mental em La República Bolivariana de Venezuela*, a OMS (2013) descreve que a Venezuela possui 78 estabelecimentos de SM ambulatoriais disponíveis, porém nenhum deles é exclusivamente dedicado a C.A. Entre os usuários atendidos nesses estabelecimentos, 55% são mulheres e 9% são crianças ou adolescentes. O relatório também informa a existência de 11 hospitais psiquiátricos vigentes no país, que representam uma taxa de 4,1% de leitos para cada 100.000 habitantes. Todos esses hospitais estão conectados aos serviços de SM ambulatoriais, sendo que 8% dos leitos psiquiátricos são destinados a C.A. Dos atendidos, 50% são mulheres e 7% são crianças ou adolescentes. Ao final, enfatiza-se a necessidade de fortalecer a assistência em SMIJ, a fim de atender às necessidades específicas dessa faixa etária.

No contexto das políticas públicas de saúde na Venezuela, destaca-se o programa *Misión Barrio Adentro (MBA)*, iniciado em 2003. O programa foi viabilizado por meio de um acordo com Cuba, que forneceu médicos para suprir a escassez de médicos venezuelanos dispostos a participar dessa nova iniciativa de saúde, idealizada pelo governo de Chávez e semelhante ao Programa Mais Médicos brasileiro.

O MBA representa uma política que coordena integralmente os aspectos relacionados à saúde, educação, cultura e esporte, priorizando os preceitos da APS. Seu foco principal é oferecer serviços de saúde às comunidades, especialmente as mais marginalizadas, rurais, povoadas, fronteiriças e indígenas, que representam cerca de 60% da população excluída (Becerra; Colmenares, 2010).

Atualmente, o MBA conta com cerca de 8.500 pontos de consulta, incluindo as Unidades de Saúde, conhecidas como *Consultorios Populares (CP)*. Além disso, há consultórios improvisados em residências de membros da comunidade que cederam espaço para apoiar o programa. Estima-se que aproximadamente 6.900 desses pontos de consulta funcionem em cômodos dentro de casas em áreas populares, sendo que a meta é substituí-los gradualmente por 4.600 consultórios populares a serem construídos (Ros *et al.*, 2008).

Um destaque no campo da promoção em SMIJ dentro do programa MBA é o *Barrio Adentro Deportivo*, que objetiva o desenvolvimento do esporte, principalmente para C.A., como forma de combater as drogas e promover o direito ao esporte. Para esses grupos, foram construídas quadras esportivas nas áreas populares, intituladas de *Centros Pilotos Deportivos Comunitarios*, as quais oferece diversas disciplinas esportivas, tanto individuais quanto coletivas, para crianças e jovens de 4 a 17 anos de idade (Aguirre, 2008; Ros *et al.*, 2008).

Estudos venezuelanos apontam que a implementação do MBA tem ampliado significativamente a cobertura da população que, por muito tempo, não tinha acesso aos serviços básicos de saúde. No entanto, destacam problemas na qualidade dos serviços e a escassez de recursos materiais e humanos nas unidades de atendimento, o que tem gerado controvérsias em torno do programa (Bonvecchio *et al.*, 2011; Cancel, 2007). Além disso, é necessário destacar que não foi possível identificar claramente, com base na literatura analisada, como o programa MBA se organiza para atender às demandas específicas da SM, sobretudo em relação à SMIJ. Também não foi possível identificar a presença de um serviço específico ou estratégico em SMIJ.

Brasil

No Brasil, vários marcos legais e regulatórios são fundamentais para SMIJ, incluindo a Constituição Federal (Brasil, 1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990a), a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990b), a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e as Portarias nº 336/2002 (Brasil, 2002) e nº 3.088/2011 (Brasil, 2011). Além dessas regulamentações, existem importantes documentos ministeriais que estabelecem diretrizes específicas para o cuidado em SMIJ (Brasil, 2005; 2011; 2014).

A Constituição de 1988, embora não mencione especificamente a SMIJ, é um marco legal que garante direitos fundamentais. Reafirma a saúde como direito universal e dever do Estado, promovendo acesso igualitário a serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Enfatiza os deveres da família, sociedade e Estado em assegurar direitos das crianças e adolescentes, incluindo saúde, dignidade e respeito. Destaca a necessidade de programas de prevenção e atendimento especializado para jovens com deficiências ou dependentes de drogas (Brasil, 1988).

Por sua vez, o ECA constitui outro marco regulatório externo à SMIJ propriamente dita. Garante todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana para C.A., assegurando-lhes oportunidades para desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. Para adolescentes com “doença ou deficiência mental”, o ECA prevê tratamento individual e especializado em local adequado. Além disso, assegura cuidado em saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), para promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca a necessidade de programas de prevenção e atendimento especializado para jovens com deficiências ou dependentes de drogas (Brasil, 1990a).

Já a Lei da Reforma Psiquiátrica desempenhou importante base para a posterior política de SMIJ no Brasil, pautada em um modelo de base comunitária e sob o paradigma da Atenção Psicossocial. A lei foca na proteção e direitos das pessoas com transtornos psíquicos e substitui o antigo modelo hospitalar por uma rede de atenção humanizada e alinhada aos princípios doutrinários do SUS (Brasil, 2001). No entanto, não especifica diretamente a população infantojuvenil. Isso levou alguns autores a argumentarem que a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode não ter sido suficientemente inclusiva em relação às especificidades da SMIJ (Cirino, 2004; Couto, 2012).

A literatura brasileira concorda que a inclusão de C.A. nas políticas de SM se deu de maneira tardia, somente após o início do século 21. O marco político efetivo para a SMIJ nacional foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), estabelecido pela Portaria nº 336/2002. A criação dos CAPSij não só proporcionou um espaço até então inexistente para o cuidado em SMIJ no SUS, mas também iluminou a questão do sofrimento psíquico na infância e adolescência, tema que por muito tempo foi negligenciado pela saúde pública (Reis *et al.*, 2010).

O atraso da implementação de políticas de SMIJ no Brasil pode ser compreendida à luz das históricas ações higienistas e eugenistas destinadas à C.A., que visavam responder aos problemas de pobreza e abandono (Couto, 2012). Assim, as primeiras políticas voltadas para C.A. foram moldadas pela lógica da “menoridade”, por meio de um marco jurídico da situação irregular (Brasil, 1979). Nesse cenário, as ações do Estado caracterizavam-se mais por um enfoque pedagógico corretivo do que clínico ou psicossocial e refletiam uma concepção ultrapassada sobre as fases do desenvolvimento humano, que negava o sofrimento psíquico infantil como uma condição de existência. Assim, C.A. em situações de vulnerabilidade

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

biopsicossocial eram frequentemente encaminhados para instituições filantrópicas, asilos e hospitais psiquiátricos sob a tutela do poder público (Taño; Matsukura, 2015).

Atualmente, apesar de alguns avanços, a política de SMIJ brasileira ainda enfrenta desafios devido à sua não linearidade, refletindo um campo de intensas disputas ideológicas e metodológicas, evidenciadas pelo choque entre dois paradigmas de atenção: o modelo psicossocial, que enfatiza a integração e o suporte comunitário, e o modelo manicomial, que é caracterizado por abordagens medicalizantes e institucionalizantes. Essa dualidade se revela através de diversas ações governamentais que refletem abordagens conflitantes no tratamento de questões relacionadas a SMIJ (Lima *et al.*, 2023).

Um exemplo marcante dessa discrepância ocorreu quando o então Ministério da Justiça e Segurança Pública, criado pelo governo Bolsonaro (2019-2022), junto com Conselho Nacional da Políticas de Drogas (CONAD), regulamentou, através da Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 (BRASIL, 2020), o acolhimento de adolescentes com problemas de uso ou dependência de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Esta resolução foi amplamente contestada por diversos setores da saúde e direitos humanos, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), que emitiu uma recomendação contrária a essa resolução. Argumentou que ela contraria os princípios protetivos estabelecidos pelo ECA, pelo próprio SUS, pelo Sistema de Garantia de Direitos e pelas diretrizes da Atenção Psicossocial.

Assim, entende-se que o desafio principal enfrentado pela SMIJ brasileira reside na sustentação e efetiva aplicação das diretrizes ministeriais para o cuidado. Essas diretrizes incluem a “consideração de crianças e adolescentes como sujeitos de direito e de desejo”, “acolhimento universal”, “encaminhamento implicado”, o “trabalho no território” e a “avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de SM” (Brasil, 2014). Vale ressaltar que todas as práticas de cuidado devem ser orientadas pela lógica da Clínica Ampliada, devendo o cuidado ser intersetorial e estar intimamente ligado às práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização (Brasil, 2009; 2013).

Em termos de perfil dos usuários nos serviços de atenção, há uma predominância expressiva de C.A. com problemas relacionados a agressividade, hiperatividade, desatenção, uso de álcool ou outras drogas, comportamento suicida, depressões, psicoses e autismos. A maioria dos usuários dos CAPSij são provenientes de famílias de baixa renda, muitas vezes em situação de extrema vulnerabilidade social, vivendo nas ruas ou em conflito com a lei (Leitão *et al.*, 2020; Tomazelli *et al.*, 2023).

Desde a implementação do CAPSij, observa-se um crescimento no volume de pesquisas na área da SMIJ, notadamente no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil. No entanto, a grande parte desses estudos se concentra predominantemente nesse serviço especializado. Isso evidencia uma lacuna no conhecimento sobre práticas de cuidado em contextos em que esses serviços especializados não estão disponíveis (Souza *et al.*, 2021). Além disso, mesmo nas cidades que dispõem do serviço, são identificadas dificuldades pertinentes, como a dificuldade de um cuidado efetivamente intersetorial e das práticas territorializadas (Leitão; Avellar, 2020).

Discussão panorâmica e relacionada ao contexto brasileiro

Políticas de SMIJ são fundamentais pois orientam as ações de profissionais e serviços que respondem a essas demandas. Constatou-se que apenas Brasil, Argentina, Chile e Colômbia possuem políticas específicas voltadas a esse segmento. Contudo, a análise sugere que todos ainda enfrentam uma não linearidade em relação à aplicação plena dessas políticas.

Cuba, apesar de ter seu sistema de saúde reconhecido mundialmente, não possui uma política nacional específica para SMIJ. Esta ausência também é observada no México, Paraguai e Venezuela. No México e no Paraguai, a atenção em SMIJ ainda é fortemente centrada no modelo hospitalocêntrico, com a maior parte dos recursos públicos destinados aos Hospitais Psiquiátricos. Isso é um contraste notável no caso do Paraguai, em que se identificou importantes marcos regulatórios relacionados à garantia de direitos de C.A e uma política de saúde e saúde mental que menciona a necessidade de uma rede integrada de serviços.

Fora o Brasil, não foi possível confirmar com precisão a existência de serviços exclusivos e estratégicos para cuidados em SMIJ nos países analisados. Nesse contexto, destaca-se a relevância do CAPSij como uma política pública brasileira valiosa e pioneira, que pode servir como modelo para os demais, adaptando-a às suas realidades locais. Argentina, Chile, Colômbia, incluindo o Brasil, implementaram políticas específicas em SMIJ no início do século 21, sendo o Brasil o pioneiro nesse sentido. Além do Brasil, não foram encontradas demais discussões que destacam explicitamente esse atraso específico.

O Brasil se distingue de todos os países por possuir uma política pública na qual C.A. podem ser atendidos de forma universal em uma rede de serviços públicos em vários níveis, dentro do SUS. Além disso, destacou-se por estabelecer diversas bases, diretrizes, princípios e recomendações técnicas ministeriais para o cuidado desta população pautado no paradigma da atenção psicossocial.

Entre os outros países analisados, a literatura científica argentina se destacou pelo elevado número de publicações críticas que enfatizam a necessidade de uma política de SMIJ intersetorial, baseada em princípios psicossociais e não medicalizantes. Esse enfoque crítico, similar ao observado no Brasil, indica um movimento significativo de pesquisadores argentinos preocupados com as abordagens de cuidado em SMIJ. No entanto, o Brasil lidera tanto em número quanto em atualidade de estudos sobre o tema, com a Argentina ocupando a segunda posição.

Por sua vez, o Chile se destacou como o único país com programas estratégicos vigentes para a SMIJ, como o PASMI, juntamente com um sistema integrado de intervenções e ações sociais abrangentes (ChCC). Essa abordagem serve como um exemplo valioso para o Brasil, destacando a importância de desenvolver e implementar programas que assegurem e ampliem o investimento efetivo nessa área crítica da saúde pública.

A revisão evidenciou que a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) (ONU, 1989) foi um impulso significativo para a transição de modelos centrados na tutela de menores para modelos baseados na proteção integral de direitos. Assim, destaca-se que organizações mundiais desempenham papel fundamental ao criar e promover instrumentos internacionais que estabelecem diretrizes e padrões para a proteção dos direitos. Ao adotar tais princípios como base, os países se comprometem a implementar políticas que garantam a aplicação efetiva desses princípios. A CDC, em particular, destaca-se como um exemplo marcante desse papel, uma vez que foi ratificada por diversos países ao redor do mundo como matriz para o desenho das políticas destinadas às C.A.

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

Nesse aspecto, o México foi o último a implementar uma legislação completa de proteção a C.A., enquanto Cuba foi pioneira nesse aspecto, seguido pelo Brasil. No caso brasileiro, a ratificação da CDC culminou na criação do ECA, que estabeleceu a negligência dos direitos básicos de C.A. como um crime. No entanto, os impactos dessas mudanças na área da SMIJ só se tornaram evidentes no início do século 21, quando surgiram iniciativas e propostas voltadas para o desenvolvimento de políticas de SMIJ no país (Couto, 2012).

Em geral, apesar dos avanços políticos alcançados, a implementação de políticas e a adaptação dos serviços de SMIJ têm sido lenta e fragmentada em todos os países. Mesmo sendo uma questão econômica desafiadora, é importante ressaltar que as leis destacam a prioridade na formulação de políticas públicas para C.A. No entanto, na prática, observa-se uma falta de efetivação dessas políticas, o que prejudica o direito ao cuidado em SM, especialmente para C.A. em situação de maior vulnerabilidade biopsicossocial.

Nessa perspectiva, embora as constituições, leis e decretos estabelecem modelos de atenção à SMIJ baseado em princípios psicossociais, a aplicação efetiva desses modelos ainda está distante de ser plenamente consolidada e aplicada. Essa discrepância é evidenciada tanto pelo fato de que persistem práticas medicalizantes, incoerentes com os princípios orientadores, quanto pelo baixo investimento governamental nesse campo, resultando em insuficiente capacitação, criação, ampliação e manutenção de serviços.

Essas constatações são corroboradas por Zhou *et al.* (2020). Os pesquisadores listam alguns desafios para a SMIJ, incluindo baixa conscientização e vontade pública, estigma associado a transtornos mentais, preconceitos culturais contra C.A., falta de dados estatísticos e avaliações de programas em SMIJ, escassez de recursos e consequências não intencionais do apoio internacional, como a diminuição das responsabilidades locais e insustentabilidade. Para superar esses desafios, apontam a necessidade de orçamentos dedicados à SMIJ e o fortalecimento do papel da pesquisa e dos pesquisadores no processo político.

Nos países analisados, incluindo o Brasil, mesmo com o avanço nas últimas décadas, ainda existem desafios consideráveis no âmbito da SMIJ, como a desigualdade social, barreiras no acesso a serviços básicos e disparidades regionais. As regiões rurais e de interior são as mais afetadas pela escassez de profissionais qualificados e pelo déficit de serviços disponíveis. Além disso, a violência, os conflitos armados, deslocamentos forçados e a marginalização de populações indígenas continuam a exercer impacto significativo na SM dessa população, especialmente em países como Colômbia, México e Venezuela.

Ainda nesse tema, vale ressaltar a escassez de estudos que analisam especificamente as barreiras de acesso aos cuidados em SMIJ nos países pesquisados. Por sua vez, estudos conduzidos no Brasil são mais facilmente encontrados, como os que investigam o percurso percorrido pelas famílias de C.A. usuárias dos serviços de CAPSij. A busca tende a ser descrita pelos familiares como um processo longo, desgastante e frustrante, muitas vezes comparado a uma “peregrinação”. Durante esse percurso, também se observa uma combinação de busca por cuidado em sistemas “informais”, que englobam modelos alternativos com caráter místico ou espiritual, especialmente a religião, e sistemas “formais”, que se referem aos serviços de saúde privados e públicos (Delfini *et al.*, 2017; Paz *et al.*, 2022).

No Brasil, as diretrizes ministeriais enfatizam que as ações para o cuidado em SMIJ serão mais abrangentes e efetivas à medida que houver maior disponibilidade de equipamentos e equipes capacitadas para essa atuação (Brasil, 2011; 2013; 2014). Contudo,

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

em virtude do extenso território nacional, proporcionar atenção integral em todo o país representa um desafio considerável. Por exemplo, embora o CAPSij seja o primeiro marco efetivo para a SMIJ no Brasil, a quantidade de unidades implantadas ainda é bastante limitada. Até 2016, havia apenas 210 CAPSij em todo o país, distribuídas em 172 municípios (Macedo *et al.*, 2017).

Cabe destacar, entretanto, que é fundamental que todos os serviços de saúde, SM e SMIJ em específico, fortaleçam sua presença no território, não com o objetivo de centralizar o cuidado, mas sim de estabelecer alianças e redes comunitárias. Nesse sentido, destaca-se que embora serviços especializados sejam recomendados, sua simples existência não garante uma atuação efetiva em SMIJ. As ações serão sempre mais potentes quando realizadas em rede, com a criação de parcerias e a integração de diversos atores no processo de cuidado em SMIJ, como famílias, escolas, instituições religiosas, organizações da sociedade civil, entre outras.

Considerações finais

Com base nos objetivos propostos, foi possível obter uma visão panorâmica das políticas de SMIJ adotadas na América Latina e Caribe. Os resultados apontam uma realidade da SMIJ complexa e desafiadora. De um lado, temos legislações progressistas e marcos regulatórios que reconhecem os direitos das C.A., estabelecendo diretrizes para uma abordagem integral e comunitária em SM, bem como práticas ampliadas e territorializadas. Por outro, constatamos, ao mesmo tempo, relatos de baixo investimento, precariedade de serviços e recursos humanos, práticas e ações fragmentadas e medicalizantes, o que depõe contra a retórica oficial de integralidade e/ou universalidade do cuidado.

Assim, a revisão indica que é necessário avançar além das leis e diretrizes. Programas e planos em SMIJ devem ser elaborados e implementados de forma factível, garantindo recursos e investimentos substanciais em capacitação de equipes e ampliação dos serviços, especialmente em regiões afastadas dos centros urbanos, como comunidades rurais e municípios do interior. É fundamental que a SMIJ não ocupe uma posição secundária na agenda da saúde pública. Afinal, as leis de proteção à C.A., inspiradas na CDC, prometem prioridade ao público infantojuvenil na formulação de políticas públicas. Essa prioridade, vale ressaltar, é baseada no reconhecimento de que estão em uma fase sensível de desenvolvimento e merecem atenção especial para garantir seu bem-estar físico, emocional e social.

No que se refere às limitações deste estudo, considera-se que, apesar dos esforços nos processos de busca, publicações relevantes para a SMIJ podem ter sido inadvertidamente omitidas. Isso pode ser atribuído à incompletude e desatualização de muitos *websites* oficiais dos Ministérios da Saúde nos países pesquisados. Nesses casos, a presença de *links* que levam a páginas com erro e a ausência de documentos claramente identificáveis que detalham a composição dos serviços públicos ou gratuitos de SM e SMIJ impôs limitações. Considera-se que tais fatores podem ter influenciado os resultados obtidos sobre alguns países, em que

discrepâncias nos níveis de informação podem ser originadas por essa possível omissão, ou mesmo refletir em disparidades no enfoque da SMIJ.⁷

Referências

- ABOAJA, A. *et al.* Mental health in the republic of Paraguay. *BJPsych International*, v. 19, n. 1, p. 10-12, 2022.
- AGUDELO-HERNÁNDEZ, F.; ROJAS-ANDRADE, R. Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, p. 1-10, 2023.
- AGUIRRE, V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva*, v. 4, n. 2, p. 221-238, 2008.
- ARGENTINA. *Constitucion de la Nacion Argentina*. Buenos Aires: Infojus, 1994. Disponível em: <https://abc.gob.ar/secretarias/sites/default/files/2021-08/Constitucion%20Nacional.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.
- ARGENTINA. *Ley 26.061: Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, 2005. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.
- ARGENTINA. *Ley 26.657: Ley Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Acesso em: 10 out. 2023.
- AUGSBURGER, A. C.; GERLERO, S. S. Políticas de salud mental infanto-juvenil: modalidades de cuidados en el primer nivel de atención. In: M. P. GONZÁLEZ et al. (Orgs.), *Infancias: contextos de acción, interacción y participación* (p. 393-420). Universidad Autónoma de Chiapas, Editora da Universidade de Brasília, Editorial Universidad Surcolombiana, Universidad Nacional de Rosario, 2020.
- BARCALA, A. Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. *Interface (Botucatu)*, v. 23, p. 1-17, 2019.
- BARCALA, A. *et al.* La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina: mapeo de respuestas institucionales e interdisciplinarias. *INFEIES - RM Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es)*, v. 9, n. 9, p. 1-16, 2020.
- BARCALA, A. *et al.* Políticas de Saúde Mental e Niñez na Argentina: Nova Normativa e Brechas na Implementação. *Hacia la Promoción de la Salud*, v. 27, n. 1, p. 102-117, 2022.
- BARRA, F. *et al.* Evolução de programas de saúde mental e desenvolvimento infantil no Chile. *Rev Panam Salud Publica*, n. 43, 2019.
- BECERRA, M. T.; COLMENARES, I. R. Barrio Adentro y Alma Ata. *Revista de Ciencias Sociales*, v. 16, n. 3, p. 515-525, 2010.
- BENJET, C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. In: RODRÍGUEZ, J. J.; KOHN, R.; AGUILAR-GAXIOLA, S. (Orgs.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2009. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

⁷ I. B. Leitão e L. Z. Avellar: concepção, análise dos dados, redação, revisão crítica, aprovação da versão final. Responsáveis por todos os aspectos do trabalho, na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

BONVECCHIO, A. *et al.* Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica de Mexico*, v. 53, supl. 2, p. 275-286, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. *Diário Oficial da União, Brasília*, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental*. Brasília: MS Editora, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: MS Editora, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS Editora, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979*. Institui o Código de Menores. Brasília, DF: Presidência da República, 1979. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Gabinete do Ministro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Gabinete do Ministro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 out. 2023.

CANCEL, D. In Venezuela, two public-health systems grow apart. *The Lancet*, v. 370, n. 9586, p. 473-474, 2007.

CASTAÑO-PULGARÍN, S. A.; BETANCUR-BETANCUR, C. Salud mental de la niñez: significados y abordajes de profesionales en Medellín, Colombia. *CES Psicología*, v. 12, n. 2, p. 51-64, 2019.

CHASKEL, R. *et al.* Mental health in Colombia. *BJPsych International*, v. 12, n. 4, p. 95-97, 2015.

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

CHILE. *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Ministerio de Desarrollo Social. Disponível em: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Chile Crece Contigo*. Chile Atiende. Disponível em: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2161-chile-crece-contigo>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Constitución Política de la República de Chile*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1980. Disponível em: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Establecimientos de Salud*. Ministerio de Salud. Disponível em: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Ley 2.0379: crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2009. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006044>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Ley Nº. 20.379: Crea el Sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia, Chile Crece Contigo*. Diario oficial, v. 12, 2009. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20379>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud: Programa Nacional de Salud de la Infancia*. Disponível em: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-actualizacion-de-norma-tecnica-para-la-supervision-de-salud-integral-de-ninos-y-ninas-de-0-a-9-anos-en-aps/>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHILE. *Política Nacional de Niñez y Adolescencia*. Sistema integral de garantía de derechos de la niñez y adolescencia. 2015 - 2025. Consejo Nacional de la Infancia, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/167>. Acesso em: 10 out. 2023.

CIRINO, O. Apresentação. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 9-12). Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2004.

COLOMBIA. *Constitución Política de Colombia Actualizada con los Actos Legislativos a 2015*. Edición especial preparada por la Corte Constitucional. Corte Constitucional, 2015. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

COLOMBIA. *Ley 1098 de 2006: por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Congreso de la República, 2006. Disponível em: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html. Acesso em: 10 out. 2023.

COLOMBIA. *Ley 1616 de 2013: por la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República, 2013. Disponível em: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html. Acesso em: 10 out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Recomendação Conjunta nº 1 de 2020*. Brasília, 2020. PDF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/RecConjunta001.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

CORONA-MIRANDA, B. *et al.* Attempted and completed suicide in Cuban adolescents, 2011-2014. *MEDICC Review*, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2018.

COUTO, M. C. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)* Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro,

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2012.

CUBA. *Código de la Infancia y la Juventud*. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. Ministerio de Justicia, 1978. Disponível em: <http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2016/07/Ley-No.-016-Código-de-la-Niñez-y-la-Juventud.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Constitución de la República de Cuba*. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1976. Disponível em: <https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-06/Constitución-de-la-República-de-Cuba-1976.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Ley 156/2022*. Código de las Familias. *Gaceta Oficial*. Ministerio de Justicia, 2022. Disponível em: <https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-09/goc-2022-o99.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Ley nº 41*. Ley de la Salud Pública. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983. Disponível em: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/uploads/2019/02/RM_2_2010.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

DAL PRÁ, K. R. *et al.* O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 91-103, 2015.

DELFINI, P. S. *et al.* Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 12, p. 1-13, 2017.

DOMINGUES, J. *et al.* Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai: simetrias e assimetrias. *Argumentum*, v. 10, n. 3, p. 63-78, 2018.

ERSKINE, H. E. *et al.* The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, v. 26, n. 4, p. 395-402, 2017.

ESPINOLA-NADURILLE, M. *et al.* Mental health care reforms in Latin America: child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatric Services*, v. 61, n. 5, p. 443-445, 2010.

FATORI, D. *et al.* The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. *Journal of Mental Health*, v. 27, n. 6, p. 588-594, 2018.

FLORE, A. L. Políticas y prácticas de los servicios públicos de Salud Mental de la Ciudad de Córdoba. In: LUCIANI CONDE, L.; BARCALA, A. (Eds.). *Salud Mental y Niñez en la Argentina*: Legislaciones, políticas y prácticas (pp. 267-282). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2015.

GORRY, C. Community mental health services in Cuba. *MEDICC Review*, v. 15, n. 4, p. 11-14, 2013.

HEINZE, G. *et al.* Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud mental*, v. 42, n. 1, p. 13-24, 2019.

HENAO, S. *et al.* Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 34, n. 2, p. 175-183, 2016.

HERNÁNDEZ, E. I. *et al.* Past, present, and future of Child Psychiatry in Mexico. *Salud mental*, v. 45, n. 1, p. 1-2, 2022.

HILL, F. *Prevention better than cure in Cuban healthcare system*. BBC News, 2015. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/health-35073966>. Acesso em: 10 out. 2023.

KLEINBERG, J. Briefing on the Cuban mental health system: In anticipation of future training and consultation opportunities. *Group*, v. 42, n. 3, p. 195-224, 2018.

LEITÃO, I. B. *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, v. 31, p. e190011, 2020.

LEITÃO, I. B.; AVELLAR, L. Z. 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. *Estilos da Clínica (USP)*, v. 25, n. 1, p. 165-183, 2020.

LIMA, F. A. C. *et al.* Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33078, 2023.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MÉXICO. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 06-06-2023. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponível em: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

MÉXICO. *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/837243/LGDNNA_26_05_23.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

MÉXICO. *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones*. Secretaría de Salud, 2022. Disponível em: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

MOUJAN, M. C. A. Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. *Eureka (Asunción) en Línea*, v. 8, n. 2, p. 171-182, 2011.

OMS. *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization. Geneva: 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS. *Mental Health ATLAS 2020*. World Health Organization. Geneva: 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS. *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR?sequence=4>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)*. OMS; OPAS, 2013. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/venezuela_who_aims_report.pdf?sfvrsn=87a39c5e_3&download=true. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México*. OMS; OPAS, 2011. Disponível em: <https://extranet.who.int/mindbank/item/448>. Acesso em: 10 out. 2023.

ONU. *Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 1988. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Saúde mental dos adolescentes*. OMS; OPAS, s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 10 abr. 2024.

PARAGUAY. *Constitución de la República del Paraguay*. Convención Nacional Constituyente, 1992. Disponível em: https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Ley 6202/2018: que adopta normas para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes victimas de abuso sexual*. Gaceta Oficial de la República del Paraguay, 2018. Disponível em: <https://py.vlex.com/vid/ley-no-6202-adopta-745840865>. Acesso em:

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

10 out. 2023.

PARAGUAY. *Ley nº 1.680/01. Código de la Niñez y la Adolescencia*. Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Asunción, Paraguay, 2001. Disponível em: https://mec.gov.py/talento/cms/wp-content/uploads/2018/04/codigo_de_la_ninez_final_2013.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RI/SS*. Paraguay. Asunción: OPAS/OMS, 2019. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Política nacional de promoción de la salud 2021/2030*. La Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Municipalidad de Limpio: Asunción, 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/3d409d-PoliticaNacionaldePromociondelaSalud.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

PAZ, L. M. *et al.* Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 10, n. 1, p. 33-48, 2022.

PERIÓDICO GRANMA. *Código de las Familias en Cuba: ¿Qué ventajas y novedades ofrecería el proyecto para la adopción?* Órgano oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Disponível em: <http://www.escambray.cu/2022/codigo-de-las-familias-en-cuba-que-ventajas-y-novedades-ofreceria-el-proyecto-para-la-adopcion/>. Acesso em: 10 out. 2023.

POBLETE, M. *Política de Salud Mental para menores de edad en Chile Con foco en el 'Programa de Salud Mental Infantil' y 'Programa Habilidades para la Vida'*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2022. Disponível em: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33399/1/BCN_Politica_salud_mental_para_menores_de_edad_Chile_final.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

REIS, A. O. *et al.* Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 186-210). São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

RIVERA, A. *et al.* Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: findings from the Colombian national mental health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 14, n. 1, p. 1-8 2020.

SERRATE, P. C. F. Integración sinérgica de los sistemas y servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 49, n. 2, 2023.

SIDDAWAY, P. *et al.* How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, v. 70, n. 1, 2019.

SITEAL. *Venezuela: primera infancia*. UNICEF, 2021. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/pt/pais/primer-infancia-pdf/venezuela#:~:text=A%20Venezuela%20promulgou%20a%20Lei,gozo%2C%20dos%20seus%20direitos%20e>. Acesso em: 10 out. 2023.

SOLANO, N. S. *et al.* Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, v. 48, n. 4, p. 258-264, 2016.

SOUZA, T. T. *et al.* Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2575-2586, 2021.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

THE LANCET. Adolescence in Latin America and the Caribbean. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, v. 6, n. 11, 2022.

Como citar este artigo: Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2025). Panorama das Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35, e350110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

TOMAZELLI, J. *et al.* Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. *Psicologia USP*, v. 34, e210002, 2023.

UNICEF. *Care for Child Development: The Experience of Paraguay*. United Nations Children's Fund, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/en/media/32161/file>. Acesso em: 10 out. 2023.

UNICEF. *Construir el futuro: Los niños y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países ricos*. Report Card N°14 de Innocenti, Centro de Investigaciones de Unicef, Florencia, 2017. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/892-construir-el-futuro-los-ni%C3%B1os-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-en-los-pa%C3%ADses.html>. Acesso em: 10 out. 2023.

UNICEF. *State of the World's Children 2021: Latin America and the Caribbean regional brief*. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/108126/file/SOWC-2021-Latin-America-and-the-Caribbean-regional-brief.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

UNICEF. *Situación de los niños en Cuba*: distintos datos e investigaciones muestran el alto nivel de protección y desarrollo que poseen los niños, niñas y adolescentes de la Isla. Fondo das Nações Unidas para a Infância, s.d. Disponível em: <https://www.unicef.org/cuba/situacion-de-los-ninos-en-cuba>. Acesso em: 10 out. 2023.

VENEZUELA. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Asamblea Nacional. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_venezuela_1006.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

VENEZUELA. *Ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes*. Asamblea nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponível em: https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ley_org_prot_ninos_adolc.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

ZHOU, W. *et al.* Child and adolescent mental health policy in low-and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 1-8. 2020.

Artigo 2 – O cuidado em saúde mental infantojuvenil em contextos sem CAPSij: uma revisão integrativa da literatura

Child and adolescent mental health care in settings without CAPSij: an integrative
literature review

Iagor Brum Leitão (Universidade Federal do Espírito Santo)

leitao.iagor@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>

Luziane Zacché Avellar (Universidade Federal do Espírito Santo);

luzianeavellar@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>

Notas:

Artigo submetido ao periódico “*Emancipação*” (UEPG – ISSN: 1982-7814 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares.

O texto do artigo corresponde integralmente à versão enviada à revista, e segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Resumo: Observa-se um aumento progressivo de estudos sobre Saúde Mental Infanto-Juvenil (SMIJ) conduzidos no âmbito do Sistema Único de Saúde. No entanto, a maioria tem sido desenvolvida em regiões servidas por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij), serviço estratégico para o cuidado em SMIJ e situado no âmbito da atenção secundária. Esta revisão integrativa foi realizada para compreender como o cuidado em SMIJ é conduzido em municípios desprovidos do CAPSij, identificando práticas, desafios e potencialidades vividas. Oito artigos compuseram o banco final para análise. Observou-se: significativa fragilidade intersetorial; utilização de recursos de municípios maiores limitada a consultas e avaliações especializadas; escassez de recursos humanos e físicos; baixa conscientização pública com a agenda da SMIJ; discrepâncias entre diretrizes psicossociais e a prática cotidiana, predominando abordagens baseadas em queixa-conduta, e tendência à “pessoalização do cuidado”. Profissionais, equipes e gestores devem efetivamente tomar como demanda de trabalho a rede intersetorial de SMIJ, seja fortalecendo suas conexões existentes ou construindo-a desde o início.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantojuvenil. Serviços de Saúde. Atenção Básica. Municípios de Pequeno Porte. Revisão.

Abstract: There has been a progressive increase in studies on Child and Adolescent Mental Health (CAMH) conducted within the Brazilian Unified Health System (SUS). However, most of these studies have been developed in regions served by Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSij), a strategic service for CAMH care that operates within secondary care. This integrative review aimed to understand how CAMH care is conducted in municipalities without CAPSij, identifying practices, challenges, and potentialities experienced in these contexts. Seven articles comprised the final database for analysis. The findings revealed: significant intersectoral fragility; the use of resources from larger municipalities limited to consultations and specialized

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

evaluations; scarcity of human and physical resources; low public awareness of the CAMH agenda; discrepancies between psychosocial guidelines and daily practices, with a predominance of complaint-behavior-based approaches; and a tendency towards the “personalization of care”. Professionals, teams, and managers must actively engage with the intersectoral CAMH network, either by strengthening existing connections or by building it from the ground up.

Keywords: Child and Adolescent Mental Health. Health Services. Primary Care. Small Municipalities. Review.

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental infantojuvenil (SMIJ) brasileira preconiza uma abordagem ampliada e que transcende os limites convencionais do setor “saúde”. Sublinha que a potência do cuidado não se confina exclusivamente à disponibilização de serviços especializados em saúde mental, mas é intensificada pela colaboração intersectorial e compartilhada entre múltiplos atores internos e externos a SMIJ propriamente dita, como os setores da educação, assistência, sistemas de proteção, família, comunidade, entre outros (BRASIL, 2005; 2011; 2013; 2014).

No entanto, sabe-se que as ações para o cuidado em SMIJ serão mais amplas e efetivas quanto maior a disponibilidade de serviços de atenção e equipes preparadas para este trabalho. Igualmente, sabe-se que estruturar redes de saúde mental que englobem cuidados primários até os mais especializados requer um elevado nível de complexidade de ações (MACEDO; ABREU; FONTONELE; DIMENSTEIN, 2017).

Nesse panorama, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), criado pela “Portaria Nº 336/2002” (Ministério da Saúde do Brasil, 2002), emergiu como um marco político para a SMIJ brasileira. Sua implementação não só introduziu um espaço dedicado ao cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Sistema Único de Saúde (SUS), preenchendo uma lacuna existente, mas também trouxe maior visibilidade para as questões de sofrimento psíquico na infância e adolescência, agenda que por muito tempo foi negligenciada pela saúde pública brasileira. Vale ressaltar que os CAPSij devem expandir suas ações para o território e se articular com outros pontos da rede, evitando que se torne o único local para o cuidado em SMIJ (COUTO; DELGADO, 2016).

A natureza inovadora e estratégica do CAPSij também despertou o interesse acadêmico e estimulou estudos que investigam o cuidado em SMIJ no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos valiosos têm sido desenvolvidos, que traçam um perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários atendidos, analisam as ações de cuidado, os processos de trabalhos, as potencialidades e desafios vividos, assim como as concepções dos profissionais e demais atores sobre determinado fenômeno que envolve o cuidado em SMIJ (ESSWEIN; ROVARIS; ROCHA; LEVANDOWSKI, 2021).

De forma geral, estudos que investigam a saúde mental em cidades de pequeno ou médio porte ainda estão em estágios iniciais (SOUZA, 2022), apesar de sua relevância já ter sido destacada há mais de uma década (BOARINI, 2009; LUZIO; L'ABBATE, 2009). Quando o recorte é a SMIJ, essa lacuna no conhecimento é ainda mais acentuada, uma vez que a literatura ainda se concentra suas investigações em

contextos em que os CAPSij estão disponíveis (VECHIATTO; ALVES, 2019; LEITÃO; CONSTANTINIDIS; AVELLAR, 2019).

Nesse sentido, considerando que a cobertura de CAPSij é limitada, abrangendo apenas 40,7% dos territórios brasileiros com critério de implantação de 70 mil habitantes (MACEDO *et al.*, 2017), questiona-se: como os municípios desprovidos desse serviço estão gerenciando e respondendo às demandas de SMIJ?

No intuito de contribuir com a temática, este estudo de revisão buscou compreender como tem sido operado o cuidado em SMIJ em municípios que não possuem CAPSij, visando identificar as práticas adotadas, os desafios enfrentados e as potencialidades vividas. Esta revisão é pioneira ao se dedicar especificamente a esse debate. Ao iluminar os desafios e práticas em municípios menores, o estudo oferece uma compreensão aprofundada das necessidades e oportunidades para aprimorar a rede de cuidados em SMIJ, uma área de estudos com um crescente volume de publicações e de natureza significativamente transdisciplinar.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, método capaz de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Uma revisão integrativa pode ser realizada com diferentes finalidades, que vão desde a definição de conceitos ou análise metodológica dos estudos à obtenção de um mapa da produção bibliográfica dentro de uma temática específica e em um período pré-determinado (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A busca e a seleção dos artigos foram feitas em abril de 2024, a partir de consulta às bases de dados Periódicos CAPES e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). O Quadro 1 apresenta os descritores utilizados nas diferentes buscas.

Quadro 1. Descritores utilizados para as buscas dos artigos e número de registros encontrados.

Descritores Combinados	Nº de registros encontrados	
	Periódicos CAPES	SciELO
(Saúde Mental Infantojuvenil) OR (Atenção Psicossocial Infantojuvenil)	249	293
(Saúde Mental Infantojuvenil) OR (Atenção Psicossocial Infantojuvenil) AND (Atenção Básica)	226	25
(Saúde Mental Infantojuvenil) OR (Atenção Psicossocial Infantojuvenil) AND (Atenção Primária à Saúde)	222	17
(Saúde Mental Infantojuvenil) OR (Atenção Psicossocial Infantojuvenil) AND (Serviços de Saúde)	228	129
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Serviços de Saúde)	521	1.027
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Município de pequeno porte)	6	5
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Atenção Básica)	129	234
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Atenção Primária à Saúde)	67	237

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

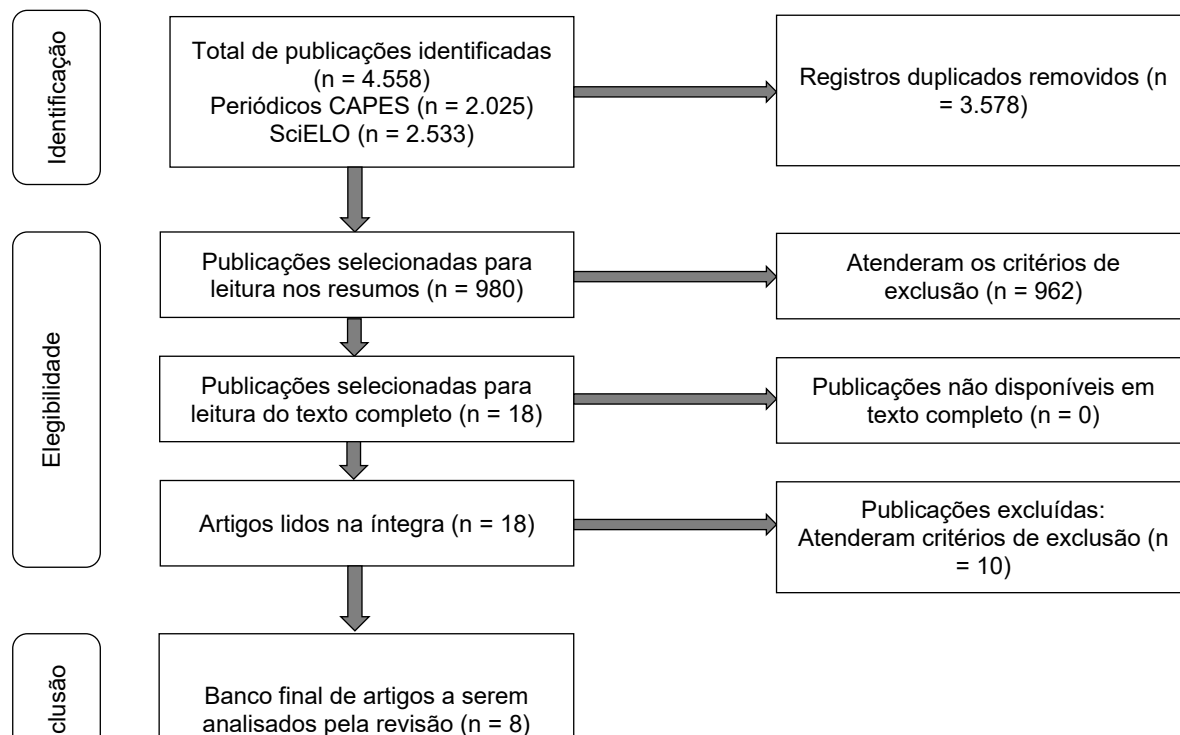
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Atenção Psicossocial)	234	396
(Saúde Mental) AND (Criança) AND (Vulnerabilidade)	109	117
(Saúde Mental) AND (Infância) AND (Vulnerabilidade)	34	53

Fonte: Elaboração própria.

As publicações resultantes das buscas foram avaliadas pelo o *software* Zotero® para a exclusão de registros duplicados (n = 3.578). Após essa exclusão, a seleção dos artigos potencialmente relevantes seguiu os seguintes critérios de elegibilidade: a) artigo disponível na forma completa em português, inglês ou espanhol, sem restrição quanto ao ano de publicação; b) pesquisa desenvolvida em serviços públicos que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), excluindo o CAPSij; c) enfoque na SMIJ, tanto em sua dimensão específica (cuidado ao público infantojuvenil em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental), quanto em sua dimensão ampliada (promoção à saúde, intersetorialidade, cuidado de crianças em vulnerabilidade social, situações de violência etc.).

Um total de 18 artigos que atenderem esses critérios foram selecionados para leitura completa. A partir dessa leitura, 10 artigos foram excluídos com base no critério de exclusão: presença da informação de que o(s) município(s) pesquisado(s) contém o CAPSij, mesmo que as ações do serviço não fosse o foco do estudo. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um banco final de 08 artigos. O detalhamento desse processo é ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos estudos para a pesquisa baseado no diagrama PRISMA.



Atividade com o tema "Saúde Mental e Profissão" (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

A análise dos artigos incluídos na revisão teve início com a elaboração de um quadro-síntese, possibilitando a comparação de informações. Em seguida, procedeu-se a uma análise descritiva individual dos estudos, com enfoque nas principais práticas em SMIJ reportadas, nos desafios enfrentados e nas potencialidades observadas conforme cada pesquisa.

RESULTADOS

O Quadro 2 descreve as principais características de estudos analisados, abarcando aspectos como autoria e ano, objetivos, metodologias empregadas, contextos das pesquisas e participantes.

Quadro 2. Panorama dos estudos sobre SMIJ em municípios sem CAPSij.

<i>Autores e ano de publicação</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Contexto das pesquisas</i>	<i>Participantes dos estudos</i>
ALVES, C. M. P., <i>et al</i> (2018)	Conhecer a realidade do acompanhamento psicológico a crianças em UBS.	Pesquisa Qualitativa. Coleta por meio de Entrevistas	Município do estado de Minas Gerais.	15 Psicólogos(as) que atuam em UBS.
LOURENÇO, M. S. G., <i>et al</i> (2020)	Identificar a compreensão de gestores de Unidades de Saúde da Família de municípios que não contam com CAPSij, sobre SMIJ.	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Entrevistas.	Estado de São Paulo. Três municípios que não contam com CAPSij, com população de 139 mil, 40 mil e 9 mil habitantes cada.	21 Profissionais da enfermagem que atuam na AB dos municípios.
PORTA, D. D., <i>et al</i> (2021)	Conhecer a concepção que os profissionais atuantes no Conselho Tutelar e no Judiciário têm acerca da rede de cuidado ao adolescente usuário de substâncias psicoativas.	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Entrevistas.	Município do interior do estado do Rio Grande do Sul.	10 conselheiros tutelares, dois promotores de justiça e um defensor público.

OLIVEIRA, P. S., <i>et al.</i> (2021)	Analisar o apoio matricial para equipes da ESF em relação à SMIJ	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Grupos de Reflexão.	Município de pequeno porte, interior do estado de São Paulo.	18 profissionais de saúde de duas equipes da ESF e do CAPS I.
SANTOS, E. O. D., <i>et al</i> (2022)	Analisar os determinantes sociais que envolvem o uso de álcool na infância e adolescência em territórios rurais	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Observação Participante, Entrevistas e Fórum Aberto.	Município de pequeno porte do Rio Grande do Sul, com população de 44 mil habitantes.	42 profissionais de serviços da RAPS de um município rural e de municípios vizinhos da região que integram a região de saúde.
PRAISNER, T., <i>et al</i> (2023)	Compreender quais ações estão sendo realizadas para manejar as demandas dos municípios onde não há dispositivos específicos para a SMIJ.	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Observações e Grupos Focais.	Estado do Paraná. Município de 9 mil habitantes.	08 Profissionais ACS.
ESPER, M. V., <i>et al</i> (2023)	Analisar os significados dos problemas mentais na infância, segundo um grupo de profissionais de duas ESF	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Etnografia e Entrevistas.	Cidade do sudoeste de Minas Gerais.	Grupo de profissionais da AB vinculados à ESF.
BRAGA, A., <i>et al</i> (2024)	Analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no município de Quixeramobim	Pesquisa qualitativa. Coleta por meio de Entrevistas.	Município de Quixeramobim, Cerrá. 82 mil habitantes	20 profissionais de saúde de nível superior ou técnico atuante, atuantes em algum ponto da rede de atenção de saúde mental que assistem crianças e adolescentes.

Fonte: Elaboração própria.

O estudo de Alves e Serralha (2018) investigou a realidade do acompanhamento psicológico a crianças em UBS. Revelou uma deficiência no

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

cuidado a este público, evidenciada pela expressão “a criança está órfã de psicólogos na rede pública” (p. 919). Identificaram que, embora haja reconhecimento da importância do acompanhamento psicológico infantil por parte dos profissionais entrevistados, apenas a metade deles efetivamente realizava esse tipo de atendimento nas UBS onde trabalhavam. Os profissionais mais antigos raramente atendiam crianças, enquanto os recém ingressos mostravam-se mais propensos a assumir tal responsabilidade. As justificativas para a falta de atendimento incluíram a presença de outro(a) psicólogo(a) na UBS, limitações estruturais, falta de engajamento dos pais, apoio insuficiente da gestão e desconexão pessoal com o público infantil.

Embora a prevenção e a promoção à saúde tenham sido reconhecidas em teoria pelos(as) psicólogos(as) das UBS investigadas, na prática, tais atividades ocorriam com pouca frequência. Predominaram os atendimentos individuais, com pouca extensão para colaborações multiprofissionais e intersetoriais. Além disso, os limites de agenda e de quantitativo de psicólogos(as) muitas vezes resultavam no encaminhamento das crianças para outros serviços. Embora não tenha especificado para quais serviços as crianças eram encaminhadas, o estudo apontou que, em razão das longas filas de espera, o encaminhar equivalia a criança ficar sem atendimento nenhum (ALVES; SERRALHA, 2018).

Por fim, o estudo revelou ainda que os(as) psicólogos(as), enfrentando falta de suporte institucional, muitas vezes custeavam materiais lúdicos do próprio salário. A escassez de capacitação focada em temas da SMIJ foi outro desafio crítico reportado, ficando às custas de cada profissional buscar individualmente (ALVES; SERRALHA, 2018).

Já o estudo conduzido por Lourenço *et al.* (2020) objetivou identificar a compreensão de gestores de ESF em municípios paulistas sem CAPSij sobre a SMIJ. Os resultados indicaram que, quando o cuidado com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ocorria, ele tendia a se concentrar nas figuras do médico e do enfermeiro.

Para as autoras, um achado notável foi a concepção dos profissionais sobre o impacto significativo do ambiente, experiências de vida e contexto socioeconômico na saúde mental de crianças e adolescentes (LOURENÇO *et al.*, 2020). Afirmam que este reconhecimento ampliado da SMIJ contrastou com estudos anteriores, como o de Moliner e Lopes (2013) e Nogueira e Campos (2017), que evidenciaram uma compreensão mais biologicista do sofrimento psíquico por parte dos profissionais. Apesar desse reconhecimento ampliado, o cuidado em SMIJ nas unidades tendia a estar circunscrito a uma abordagem de queixa-conduta, caracterizada pelo enfoque exclusivo nos sintomas relatados (LOURENÇO *et al.*, 2020).

O estudo também reportou que os discursos dos profissionais entrevistados denotaram a existências de reuniões e discussões em equipe. No entanto, embora houvesse discussões de casos de SMIJ nas unidades, as políticas de saúde mental e ações de cuidado mais amplas, como a escuta qualificada, visitas domiciliares, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e matriciamento, não eram discutidas e implementadas efetivamente por toda a equipe da AB (LOURENÇO *et al.*, 2020).

Destarte, o estudo descreveu um maior compartilhamento de casos de SMIJ no município que contava com Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), enquanto em outros municípios que contavam apenas com uma Equipe de Saúde Mental, os casos de SMIJ não tinham tanto impacto nas discussões.

Concluiu que há necessidade de fortalecer e ampliar a estratégia de matriciamento nas equipes da AB, especialmente em municípios com recursos como o NASF-AB. Para municípios com menos recursos humanos e institucionais, no entanto, a formação continuada e pactuações regionais foram sugeridas como estratégias iniciais para qualificar o cuidado em SMIJ nesse nível de atenção (LOURENÇO *et al.*, 2020).

Por sua vez, o estudo de Porta *et al.* (2021) investigou as barreiras enfrentadas no atendimento a adolescentes usuários de substâncias psicoativas (SPA) dentro da RAPS. Os profissionais entrevistados destacaram diversos desafios que impactam negativamente a eficácia do atendimento. Um dos principais obstáculos identificados foi a alta burocracia nos processos de encaminhamento dos adolescentes para os serviços de atenção. Na prática, a política de “serviços de portas abertas”, que deveria facilitar o acesso, não se mostrou presente. Além disso, o aumento da demanda por parte dessa população, somado à escassez de recursos humanos e físicos, foi apontado como um fator crítico que dificulta a prestação de um atendimento adequado.

Outro aspecto mencionado pelos participantes foi o sentimento de estarem constantemente “apagando incêndios”, ou seja, lidando com situações de crise sem conseguir implementar estratégias de cuidado mais integradas. Além disso, a terceirização de serviços, especialmente na assistência social (como o CRAS e CREAS), foi motivo de incômodo, assim como a gestão e coordenação dos serviços muitas vezes conduzidas por pessoas sem a experiência ou competência técnica necessária, ocupando posições via indicações políticas (PORTA *et al.*, 2021).

A alta rotatividade de profissionais, frequentemente contratados por processos seletivos simplificados e com salários baixos, e a falta de veículos para ações de busca ativa foram apontados como fatores que justificam as dificuldades de inserção efetiva dos serviços nos territórios. Os autores concluíram que existe um distanciamento significativo entre as políticas públicas propostas e a realidade vivida. Desse modo, enfatizaram a necessidade de um trabalho em rede efetivo e constante, por meio de espaços que promovam reflexões críticas sobre as atuações em SMIJ, como forma de melhor aproximar a teoria da prática (PORTA *et al.*, 2021).

Já o estudo de Oliveira *et al.* (2021) abordou de modo específico os desafios e as experiências no contexto do Apoio Matricial (AM) em SMIJ na AB. Um dos principais desafios identificados foi a dificuldade de comunicação e articulação com setores externos à área da saúde, particularmente no que se refere à relação com os CRAS. Os entrevistados relataram que não é raro os profissionais da saúde, especialmente da AB, não entenderem completamente o papel dos CRAS, o que produz o sentimento de terceirização indevida de ações que ainda poderiam ser de competência do serviço. Por outro lado, o estudo apontou que o AM tem contribuído para a capacitação dos(as) Agentes Comunitários em Saúde (ACS), que se tornaram referências para a comunidade. Muitos desses profissionais têm conseguido realizar uma escuta cada vez mais qualificada, o que é essencial para o cuidado em SMIJ.

Além disso, o estudo destacou a ausência de médicos(as) no processo de matriciamento. Enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, ACS e odontólogos(as) participam mais frequentemente de ações de AM, educação permanente em saúde e reuniões de equipe. Sobre isso, os autores compreendem que a não participação dos(as) médicos(as) dificulta a avaliação crítica das práticas e do trabalho interprofissional e colaborativo (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Entre os desafios para o cuidado em SMIJ, o estudo destacou a escassez de psicólogos(as) nos serviços da AB. Além disso, técnicos(as) de enfermagem reportaram sentir insegurança e desconforto ao terem que coordenar grupos e reuniões com as famílias e o público infantojuvenil. O estudo concluiu que, apesar de algumas experiências exitosas, estas muitas vezes dependem da iniciativa individual de profissionais. Assim, verificou-se que a maioria dos trabalhadores da AB ainda segue o paradigma da psiquiatria biológica, limitando o cuidado e concebendo-o como restrito à atuação de especialistas (Oliveira *et al.*, 2021).

Por sua vez, o estudo de Santos *et al.* (2022) investigou os determinantes sociais e as práticas de cuidado associadas ao uso de álcool por crianças e adolescentes em territórios rurais. O estudo destacou a interrelação entre o contexto sociocultural e o início do consumo de álcool na infância e adolescência, enfatizando a importância das condições sociais e das relações interpessoais como fatores influentes nas motivações iniciais para o uso do álcool.

Nos relatos dos profissionais, identificaram a associação entre situações de violência e o uso de álcool e outras drogas no ambiente familiar. Os autores salientaram que essas situações, incluindo agressões físicas e psicológicas, impactam substancialmente no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes. Além disso, observaram que a família pode ser tanto um fator de proteção quanto de risco, e, em alguns casos, pode contribuir mais para um aspecto do que para outro (SANTOS *et al.*, 2022).

No que diz respeito ao cuidado, o estudo apontou para diversos desafios enfrentados pelas equipes na organização de ações de prevenção e tratamento do uso de drogas, especialmente na zona rural. Foi enfatizado que existe uma lacuna no planejamento de diretrizes e ações específicas para esses territórios. Apontam que os profissionais que trabalham no meio rural necessitam urgentemente de políticas de educação permanente, atualização e estratégias eficazes de planejamento do cuidado psicossocial de crianças e adolescentes. Também sugeriram a realização de mais pesquisas qualitativas que explorem a percepção das crianças e adolescentes sobre o uso de drogas em áreas rurais, para aprofundar o entendimento dessas dinâmicas e pautar estratégias de cuidado informadas por evidências (SANTOS *et al.*, 2022).

Já o estudo conduzido por Praisner e Cervo (2023) investigou as peculiaridades e desafios do cuidado SMIJ em municípios de pequeno porte. Reportou que o contexto territorial desses municípios influencia significativamente a assistência prestada. A proximidade das relações sociais em pequenos municípios pode tanto potencializar o cuidado, por meio da construção de vínculos, quanto atuar como uma barreira, principalmente devido ao estigma associado ao sofrimento psíquico na infância e adolescência e à hesitação das famílias em buscar ajuda de profissionais que também são seus “vizinhos”.

O principal resultado do estudo revelou que, em municípios de pequeno porte, predomina uma “lógica pessoalizada” no cuidado à SMIJ, na qual um único profissional é frequentemente considerado o ponto de referência técnico para a maioria das demandas. A pesquisa também identificou que as ACS entrevistadas percebem a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) como único serviço para o cuidado em SMIJ disponível (PRAISNER; CERVO, 2023).

Os autores concluíram que as fronteiras do cuidado em SMIJ em municípios menores são frequentemente ampliadas para municípios maiores, via encaminhamentos a especialidades indisponíveis no município de origem. Assim, a

estratégia intersetorial se limita à conquista de vagas para consultas com especialistas disponíveis em serviços e locais distintos. Nesse sentido, ressaltaram a necessidade de questionar este modelo para que a SMIJ seja efetivamente integrada na agenda política dos municípios, enfatizando a corresponsabilização e a efetiva intersetorialidade no cuidado (PRAISNER; CERVO, 2023).

Por sua vez, o estudo de Esper e Nakamura (2023) explorou a percepção e o manejo dos problemas de SMIJ por parte dos profissionais de saúde em ESF. O estudo discutiu como diferentes abordagens e percepções se manifestam na prática profissional, dependendo do contexto social e da formação dos profissionais.

Os autores observaram que a maneira como os(as) ACS percebiam e abordavam os problemas de saúde mental variava significativamente entre diferentes regiões. Na região central, os(as) ACS frequentemente eram informados sobre os problemas por vizinhos, e as famílias com crianças que apresentavam demandas de saúde mental muitas vezes não buscavam apoio na AB por vergonha ou por terem plano de saúde. Em contraste, na região da periferia, os(as) ACS tendiam ser mais ativos, buscando compreender o problema no contexto familiar e apoiando os pais a buscar ajuda quando necessário (ESPER; NAKAMURA, 2023).

O estudo também destacou a diversidade de atores sociais envolvidos na identificação de problemas de SMIJ, incluindo pais, vizinhos, comunidade escolar e outros profissionais de saúde. No entanto, as crianças e adolescentes eram encaminhadas principalmente pelas escolas, chegando aos profissionais da AB que, por sua vez, tendiam a encaminhá-los preferencialmente a especialistas disponíveis em outros serviços do município ou da região, como policlínicas e centros de especialidades (ESPER; NAKAMURA, 2023).

Por fim, o estudo de Braga, Ribeiro e Santos (2024) selecionou participantes em pontos de atenção à saúde previamente definidos com base nos componentes da RAPS presentes na realidade do município: CAPS II, CAPS AD III, Centro de Atenção Integrada de Quixeramobim (CAIQ) – serviço local que oferece atendimento ambulatorial com foco na reabilitação –, Hospital Geral e UBS.

Entre as dificuldades terapêuticas, destacaram-se a dificuldade de estabelecer vínculos, pois crianças e adolescentes não acessam o serviço por iniciativa própria, mas por encaminhamento de terceiros, especialmente no caso de adolescentes com uso problemático de álcool e outras drogas. Além disso, conflitos familiares, embora também sejam objeto de cuidado, foram percebidos como dificultadores para o cuidado (BRAGA *et al.*, 2023).

Os participantes reconheceram a ausência de um equipamento específico para crianças mais jovens, uma vez que o CAPS II atende apenas a partir dos cinco anos. Apontaram também a falta de reconhecimento da UBS como ponto de atenção em saúde mental, tanto pelas equipes dessas unidades quanto pelos pais das crianças que necessitam desse cuidado. Compreenderam que isso produz um “fluxo ao contrário”, uma vez que as famílias buscam primeiro a atenção especializada (BRAGA *et al.*, 2023).

Além disso, os participantes não chegaram a um consenso sobre a existência de uma RAPS municipal estruturada e atuante para a SMIJ. Muitos não a reconheceram, argumentando que a assistência prestada é pontual e desarticulada, não configurando uma rede de atenção. Outros, porém, a reconheceram, considerando que o município possui um ou outro ponto de atenção em saúde mental ativos que acolhem as demandas de SMIJ (BRAGA *et al.*, 2023).

Os participantes reconheceram a necessidade da implantação de um CAPSij no município, além da ampliação e capacitação da força de trabalho. Destacaram também a importância do desenvolvimento de um fluxograma de organização da rede de atenção, definindo o itinerário terapêutico do público infantojuvenil. Além disso, enfatizaram a criação e expansão de espaços de esporte, cultura e lazer para crianças e adolescentes como estratégias complementares para a promoção da saúde mental (BRAGA et al., 2023).

DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa investigou o cuidado em SMIJ em municípios desprovidos de CAPSij. Revelou uma quantidade limitada de estudos que atenderam os parâmetros pré-estabelecidos, o que contrasta com o aumento geral de pesquisas na área da SMIJ. No entanto, os estudos encontrados foram predominantemente publicados em um intervalo recente. Essa atualidade pode sinalizar um emergente reconhecimento da necessidade de investigar as práticas de cuidado em territórios com recursos potencialmente limitados ou distintos dos grandes centros urbanos, que tradicionalmente oferecem uma diversidade maior de serviços.

A análise dos estudos revelou desafios significativos e discrepâncias entre teoria/política e prática. Muitos participantes não reconheceram a existência de uma rede de SMIJ em seus municípios, associando essa ausência à falta de serviços especificamente destinados à assistência direta dessa demanda e à ausência de uma organização estruturada das funções dos serviços, com um fluxograma bem definido. Predominou a impressão de que o cuidado se dá por meio de atendimentos isolados, e não por ações integradas e contínuas, tanto nas dimensões específicas quanto nas transversais.

A partir dessa análise, para nós, um aspecto fundamental se destacou: a necessidade de uma “presença viva” no território. Para Couto e Delgado (2016), a possibilidade de ocorrer a construção e funcionamento de uma rede intersetorial de atenção psicossocial às crianças e adolescentes depende daquilo que nomeiam como “presença viva” de um “dispositivo”, que pode ser um serviço, equipe, profissional ou qualquer outra instituição. Trata-se de um agente que se apresente no território como o “primeiro agente desse processo, constituindo um ponto de começo (...) a partir de onde o que virá a ser construído como rede se faça realidade” (p. 182). Ressaltam que “presença viva não se confunde com o CAPSij”, embora “onde houver CAPSij, ele não poderá recuar dessa função” (p. 183).

Lourenço (2017) ressalta que, na ausência de CAPSij, é crucial que os gestores municipais promovam a implementação de programas e ações específicas de cuidado em SMIJ na AB, articuladas com outros dispositivos de atenção existentes, bem como com setores não oficiais envolvidos no cuidado, incluindo escolas, ONGs e a própria comunidade. Fernandes, Taño e Matsukura (2021) complementam essa visão, alertando que se a AB não atender às demandas de SMIJ seguindo os princípios da atenção psicossocial, há o risco de a rede operar somente sob o esquema de referência e contrarreferência. Nesse sentido, compreendemos ser necessário enfatizar o valor do papel da AB no cuidado à SMIJ em todos as composições de RAPS nos municípios brasileiros, evitando a simplificação de que a ausência de CAPSij ou de qualquer outro serviço especializado sempre justificará as principais deficiências no sistema de cuidado em SMIJ.

Nesse raciocínio, em um município desprovido do serviço do CAPSij, é imperativo que atores que componham a AB se constituam como agentes protagonistas para as ações em SMIJ, apresentando-se como “presença viva” em seu território. No estudo de Praisner e Cervo (2023), observamos o fenômeno de “lógica pessoalizada” do cuidado, mais frequentemente observado em municípios menores, onde um determinado profissional acaba se tornando a referência técnica para questões de SMIJ. Esta situação poderia, em teoria, oferecer uma oportunidade para que este(a) profissional se estabelecesse como uma “presença viva” em seu território, mas na realidade, muitas vezes resulta em sobrecarga e centralização do cuidado e da expertise.

Por outro lado, Lourenço *et al.* (2020) recomendaram muito mais a formação continuada e pactuações regionais como estratégias iniciais para qualificar o cuidado em SMIJ no nível da AB para municípios que não contam com NASF-AB ou Equipes de Referência. Entendemos que essas estratégias constituem um início de um caminho para mitigar a “lógica pessoalizada”, rompendo com a tendência de centralização do cuidado em um único profissional. A formação continuada e as pactuações regionais podem impulsionar a formação de redes de apoio, o que potencialmente capacita mais profissionais a se tornarem agentes ativos (“presença viva”) no cuidado em SMIJ.

A pesquisa de Praisner e Cervo (2023) também revelou que, em municípios pequenos, as fronteiras do cuidado em SMIJ frequentemente se estendem para municípios maiores. Esta expansão, em teoria, alinha-se à lógica de regionalização proposta pelo SUS, onde municípios maiores, com redes de serviços mais amplas e estruturadas, oferecem suporte aos menores, potencializando o cuidado em saúde. A regionalização, neste contexto, deveria possibilitar a colaboração e o compartilhamento de recursos, expertise e práticas de cuidado em SMIJ.

No entanto, o que se observou no estudo de Praisner e Cervo (2023) foi um cenário em que municípios menores tendem a utilizar os recursos dos maiores apenas para buscar consultas e avaliações especializadas que não estão disponíveis em seu território. Trata-se de uma subutilização do potencial dos municípios maiores, confinando a colaboração a um modelo centrado em especialistas e desconsiderando as possibilidades mais amplas de intercâmbio e aprendizado coletivo. Sobre isso, destacamos que a construção de fóruns regionais, promovendo discussões e trocas de experiências sobre a SMIJ, exemplificaria como essa colaboração pode ser enriquecedora.

A revisão também apreende que há uma persistente discrepância entre as concepções teóricas e as práticas realizadas, o que, vale ressaltar, não é um fenômeno recente. Desde a política da saúde mental como atenção psicossocial, a literatura consistentemente aponta para dificuldades na aplicação do paradigma psicossocial no cotidiano dos serviços (COUTO *et al.*, 2008; NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO; 2016; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Seguindo essa linha de pensamento, estudos que detectam nos profissionais uma visão mais biologizante e individualista da SMIJ corretamente enfatizam a necessidade de maior capacitação. Partem da premissa de que uma mudança na forma como conceituam “saúde mental”, “práticas em saúde”, “cuidado”, “clínica”, entre muitos outros aspectos, pode impulsionar práticas efetivamente mais ampliadas. Contudo, aqueles estudos que apreendem uma compreensão de SMIJ mais alinhada aos preceitos da atenção psicossocial frequentemente apontam para uma lacuna na aplicação dessas ideias em ações práticas. Desse modo, mesmo

quando profissionais e equipes reconhecem a importância de ações de compartilhamento de casos e abordagens intersetoriais, em muitos casos, na prática, esses conceitos ampliados não se materializam no cotidiano de suas ações. O cuidado persiste sendo centralizado em uma abordagem queixa-conduta, frequentemente gerido pela tríade medicalizante “patologia-tratamento-medicação”.

Compreendemos que isto reforça a noção de que, apesar da compreensão ampliada ser um ponto de partida essencial, estas ainda permanecem predominantemente teóricas e idealistas, sem encontrar desfecho prático. Nesse sentido, o maior entrave vivido no cuidado em SMIJ parece se escrever da seguinte maneira: conceitos ampliados, cruciais para um cuidado potente, frequentemente não conseguem ultrapassar a barreira do teórico para se concretizar em práticas tangíveis e cotidianas.

Sobre isso, entendemos que a aplicação de tais conceitos é fragmentada não apenas pela falta de compreensão objetiva dos atores envolvidos no cuidado em SMIJ, mas devido a uma discrepância mais profunda entre os paradigmas que orientam as políticas de saúde mental e a nossa própria organização social. Os princípios que fundamentam a política de SMIJ emergem de uma perspectiva que valoriza a comunidade e a coletividade, estabelecendo assim um modelo de cuidado de base comunitária, que idealiza a participação ativa e compartilhada dos diversos atores sociais (NUNES *et al.*, 2016). No entanto, a prática desses conceitos se depara com uma realidade social marcada por uma crescente individualização, em que as dinâmicas comunitárias têm se tornado cada vez mais raras.

O estudo de Esper e Nakamura (2023) pôde ilustrar essa dinâmica. Conforme indicado, o estudo descobriu que os(as) ACS das regiões periféricas, diferentemente dos(as) ACS das regiões centrais, demonstraram ações mais alinhadas aos preceitos da atenção psicossocial, integrando o contexto familiar no cuidado e facilitando o acesso à ajuda. Essa diferença indica a influência das dinâmicas sociais, culturais e territoriais sobre os profissionais.

Nesse sentido, a contradição entre o modelo idealizado pela política de SMIJ e a realidade social existente parece ser um obstáculo estrutural para a implementação efetiva do cuidado proposto. Profissionais da saúde, coordenadores e gestores, apesar de serem os executores dessas políticas, são antes de tudo membros dessa mesma sociedade, sujeitos às suas normas, valores e à predominância de um paradigma individualista e cada vez mais neoliberal (CORBANEZI, 2024; LIMA; SAMPAIO; SOUZA, 2023; MALUF, 2024; NUNES *et al.*, 2016). Esse paradigma contrasta com o espírito coletivo e integrador da política de SMIJ, que busca fomentar uma rede de cuidados que envolve não apenas o setor da saúde especializada, mas diversas instituições sociais.

Dito isso, é importante ressaltar que as diretrizes para o cuidado em SMIJ não são baseadas em românticas visões de mundo. São constituídas a partir de modelos também fundamentados em bases empíricas sólidas, respaldadas por evidências científicas que comprovam sua eficácia na promoção, tratamento e recuperação em saúde (AMARAL, 1997; TOMASI; FACCHINI; PICCINI; THUMÉ; SILVA; GONÇALVES; SILVA, 2010). No caso específico da SMIJ, por exemplo, a literatura especializada demonstra como estratégias comunitárias resultam em intervenções mais efetivas e duradouras, especialmente quando comparadas a abordagens que enfatizam o cuidado individualizante (ZHOU; OUYANG; NERGUI; BANGURA; ACHEAMPONG; MASSEY; XIAO, 2020).

Outro dado que merece reflexão é a escassez de psicólogos(as) em serviços da AB. Em nível nacional, a média de psicólogos(as) na rede pública é de aproximadamente 0,18 por mil habitantes (INSTITUTO REPÚBLICA, 2023), sendo que a profissão não é obrigatória nas equipes mínimas das UBS e ESF. Na RAPS, o(a) psicólogo(a) é mais frequentemente encontrado(a) em CAPS nas suas diferentes modalidades, NASF-AB ou ambulatorios especializados.

Assim, concorda-se que a ausência de psicólogos(as) em serviços estratégicos da AB, como UBS e ESF, pode limitar os cuidados em SMIJ. Certamente, a presença de psicólogos(as) nas equipes mínimas poderia ampliar a possibilidade de um trabalho interdisciplinar de maior qualidade. Nesse sentido, compreende-se que a ausência de psicólogos(as) na rede pública de saúde, mais frequentemente documentada em municípios pequenos, de médio porte, do interior ou de zona rural, deve ser vista como uma demanda urgente a ser respondida.

No entanto, há que se compreender, em uma análise mais acurada, que o cuidado em SMIJ não se restringe às especialidades. Muitas práticas essenciais para a SMIJ dependem de ações transdisciplinares, como a escuta ativa, orientação de pais e familiares, acolhimento, oficinas terapêuticas e lúdicas, articulação com o território e construção de projetos sociais, culturais e desportivos. Essas práticas podem e devem ser realizadas por profissionais de diferentes formações, mas ainda tendem a ser subvalorizadas, enquanto as especializadas são vistas como mais necessárias e legítimas.

Por fim, conforme indicado, a revisão evidenciou pouca produção científica sobre o cuidado em SMIJ em municípios sem CAPSij. Entre os motivos, entendemos que a maior parte das pesquisas desenvolvidas em serviços de saúde é oriunda de grupos de pesquisa vinculados a programas de pós-graduação, muitos dos quais estão sediados em universidades públicas localizadas em capitais ou regiões metropolitanas. Assim, a conveniência territorial, a necessidade de contribuição local e a logística de pesquisa favorecem a realização de estudos em grandes centros urbanos, onde a presença do CAPSij é mais provável.

Além disso, em municípios menores, a condução de pesquisas em serviços de saúde pode enfrentar desafios específicos, como dificuldades de colaboração e disponibilidade de participação por parte de profissionais e gestores. Esses desafios são acentuados pela alta rotatividade destes, muitas vezes resultante de instabilidades administrativas e (re)nomeações políticas, afetando a factibilidade, continuidade e profundidade das pesquisas. Além disso, a falta de serviços ou equipes de referência em SMIJ pode dificultar as possibilidades para o estabelecimento de um ponto de partida para as pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das diferenças contextuais e metodológicas entre os estudos analisados, esta revisão sinalizou os seguintes desafios para o cuidado em SMIJ em municípios que não possuem CAPSij: (1) dificuldade em estabelecer práticas colaborativas e intersetoriais, frequentemente restringindo-se ao encaminhamento para especialidades e carecendo de um efetivo compartilhamento de informações e construções coletivas de casos; (2) escassez de recursos, tanto humanos quanto físicos, com marcante taxa de rotatividade de profissionais; (3) baixa conscientização e vontade pública; (4) desconexão entre as diretrizes teóricas/políticas e a prática cotidiana, mesmo quando há o reconhecimento da necessidade de um cuidado

ampliado e intersetorial; (5) predominância de abordagens do tipo “queixa-conduta”; (6) tendência de presença da lógica de “pessoalização do cuidado”, na qual um único profissional é frequentemente considerado o ponto de referência técnico para a maioria das demandas de SMIJ.

Nesse sentido, o fortalecimento da própria rede de cuidado se mantém como a estratégia mais eficaz para a potencialização do cuidado em SMIJ. Isso implica que profissionais, equipes e gestores devem efetivamente tomar como demanda de trabalho a construção permanente da rede intersetorial de SMIJ, seja fortalecendo suas conexões existentes ou construindo-a desde o início. Essencialmente, isso envolve o investimento em capacitações constantes, fomento à discussão conjunta e colaborativa entre diferentes atores e o intercâmbio de boas práticas.

Diante desse contexto, é oportuno ressaltar que, desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, o marco legal passou a reconhecer importância da priorização de políticas públicas direcionadas à criança e ao adolescente, sublinhando a necessidade de destinar orçamentos específicos para ações que cuidem das infâncias e adolescências. Nesse sentido, a SMIJ deve ocupar um lugar de destaque na pauta de ações públicas, assegurando que não seja relegada a uma posição secundária.

Para estudos futuros, recomenda-se investigações que além de buscarem compreender determinada realidade também promovam intervenções nos serviços e equipes. Isso pode ser conseguido, por exemplo, por meio de pesquisas de quarta geração, que envolvem uma produção e reflexão de dados em conjunto com os participantes. Além disso, também é relevante estudos que investiguem o itinerário terapêutico percorrido pelas famílias na busca pelo cuidado em SMIJ especialmente para municípios desprovidos de CAPSij, assim como as perspectivas dessas famílias e das próprias crianças e adolescentes sobre o cuidado disponível e recebido em seus municípios.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. M. P.; SERRALHA, C. A. A assistência psicológica a crianças em Unidades Básicas de Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 912-931, 2018.

AMARAL, M. A. D. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, 31, 288-295, 1997.

BOARINI, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, p. 28-50, 2009.

BRAGA, A. S.; RIBEIRO, N. R. S.; SANTOS, M. S. N. O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes sob a perspectiva de profissionais da saúde dos três níveis de atenção. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 1, p. 2598-2619, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 20 abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental.** 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 20 abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 20 abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 abril de 2024.

CORBANEZI, E. Precariedades subjetivas: politizar a saúde mental na atualidade. **Caderno CRH**, v. 37, e024034, 2024.

COUTO, M. C.; DELGADO, P. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. *In*: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, M. (orgs.). **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo, SP: Hucitec, 2016. p. 161-192.

COUTO, M. C.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. D.; ALCOFORADO, C. L. G. C. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12. 2014.

ESPER, M. V.; NAKAMURA, E. Significados dos problemas mentais na infância: Quem olha? O que se olha? Como se olha?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33035, 2023.

ESSWEIN, G. C.; ROVARIS, A. F.; ROCHA, G. P.; LEVANDOWSKI, D. C. Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 3765-3780, 2021.

FERNANDES, A. D. S. A.; TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. O cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: singularidades territoriais. *In*: FERNANDES, A. D. S. A.; TANO, B. L.; CID, M. F. B. (orgs.). **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. São Paulo, SP: Manole, 2021. p. 204-222.

INSTITUTO REPÚBLICA. **Psicólogos e psicanalistas que atuam na rede pública de saúde (por mil habitantes)**. Dados extraídos do CNES, 2018-2023 e elaborados por República.org. República em Dados, 2023. Disponível em: <https://emdados.republica.org/dados/mapa-da-quantidade-de-psic%C3%B3logos-e-psicanalistas-que-atuam-na-rede-publica-de-saude-por-1-000-hab>. Acesso em: 20 abril de 2024.

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

LEITÃO, I. B.; CONSTANTINIDIS, T. C.; AVELLAR, L. Z. Produção de conhecimentos sobre o CAPSI entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 181-205, 2019.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J.; SOUZA, K. C. A complexidade do trabalho precário na atenção psicossocial territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 215-226, 2023.

LOURENÇO, M. S. G.. **Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017.

LOURENÇO, M. S. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 809-828, 2020.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M. D.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MALUF, S. W. Subjetivações neoliberais e sofrimento social: políticas globais de saúde mental em tempos de neoliberalismo. **Caderno CRH**, v. 37, e024035, 2024

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde Mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

NOGUEIRA, C. S. S.; CAMPOS, M. G. O cuidado em saúde mental da criança e do adolescente no município de Itaúna/MG: 1986 a 2012. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, p. 43-51, 2017.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1213-1232, 2016.

OLIVEIRA, P. S.; SANTANA, F. R.; GATTO JÚNIOR, J. R.; SANTOS, K. D. S.; ARAUJO, P. N. D.; FORTUNA, C. M. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03731, 2021.

PORTA, D. D.; CARDINAL, M. F.; PAIM, B. R.; SARZI, D. M.; SIQUEIRA, D. F.; TERRA, M. G.; MELLO, A. D. L. Adolescente usuário de substâncias psicoativas: concepção de profissionais sobre a rede de cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, p. 253-261, 2021.

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (21/04/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

PRAISNER, T.; CERVO, M. D. R. Saúde mental infanto-juvenil: o cuidado em municípios de pequeno porte. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 35, e5999, 2023.

SANTOS, E. O. D.; PINHO, L. B. D.; SILVA, A. B. D.; ESLABÃO, A. D.; NUNES, C. K. Determinantes sociais do uso de álcool na infância e adolescência em territórios rurais. **Saúde e Sociedade**, v. 31, e200881pt, 2022.

SOUZA, T. G. D. Saúde mental, álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte: uma revisão de literatura. **Mental**, v. 14, n. 26, p. 1-15, 2022.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVA, R. A. D.; GONÇALVES, H.; SILVA, S. M. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 807-81, 2010.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-19, 2017.

VECHIATTO, L.; ALVES, A. M. A saúde mental infantojuvenil e o CAPSi: uma revisão integrativa. **Emancipação**, v. 19, n. 1, p. 1-17, 2019.

ZHOU, W.; OUYANG, F.; NERGUI, O. E.; BANGURA, J. B.; ACHEAMPONG, K.; MASSEY, I. Y.; XIAO, S. Child and adolescent mental health policy in low-and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 1-8, 2020.

Artigo 3 – O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes: a experiência de um município sem CAPSij

Iagor Brum Leitão (Universidade Federal do Espírito Santo)

leitao.iagor@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>

Luziane Zacché Avellar (Universidade Federal do Espírito Santo);

luzianeavellar@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>

Notas:

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares.

O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Resumo

Buscou-se compreender como o cuidado em saúde mental infantojuvenil (SMIJ) é conduzido em um município de médio porte, de interior e desprovido de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Por meio da técnica de amostragem “bola de neve”, foram entrevistados nove profissionais de diferentes serviços das redes locais de cuidado. Os resultados indicaram que adolescentes contam com suporte mais diversificado, enquanto crianças enfrentam lacunas assistenciais significativas, com o cuidado restrito a um serviço clínico e outro psicossocial-escolar. Apesar da existência de 28 Unidades Básicas de Saúde, não foram mencionadas ações relevantes voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes nesses espaços ou em outros dispositivos da Atenção Básica. O cuidado aparece concentrado na “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental”, serviço localmente pactuado absorver tais demandas, mas que tem operado de forma precarizada e ambulatorial. Evidencia-se a necessidade de investimentos em formação para o cuidado psicossocial e territorial, ações de matriciamento, melhoria das condições de vínculo empregatício, promoção de fóruns regionais e o fortalecimento da Atenção Básica como componente ativo na rede. Embora o paradigma psicossocial seja normativo pelas diretrizes de cuidado, sua implementação ainda enfrenta entraves importantes, e

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

isso pode ser mais acentuado em municípios de interior. A efetividade de uma rede de cuidados em SMIJ em municípios sem CAPSij requer dispositivo(s) local(is) com mandato público claro, que vá além da absorção de casos para si. Sem dispositivos investidos de função pública clara e legitimada institucionalmente, a agenda da SMIJ tende a perder força nas políticas públicas.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Serviços de Saúde Mental; Atenção Primária; Sistemas Locais de Saúde.

Abstract

This study aimed to understand how child and adolescent mental health care (CAMH) is conducted in a medium-sized, inland municipality lacking a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij). Using snowball sampling, nine professionals from different services within the local care networks were interviewed. The results indicated that adolescents have access to more diversified support, while children face significant care gaps, with services limited to one clinical and one school-psychosocial setting. Despite the existence of 28 Primary Health Care Units, no relevant actions focused on children's and adolescents' mental health were reported within these spaces or in other components of primary care. Care has been concentrated in the "Multiprofessional Mental Health Team," a locally agreed-upon service to absorb such demands, but operating precariously and in an outpatient format. The findings highlight the need for investment in psychosocial and territorial training, matrix support actions, improvement in employment conditions, promotion of regional forums, and strengthening of Primary Care as an active component in the mental health care network. Although the psychosocial paradigm is normative in official guidelines, its implementation still faces major barriers, especially in inland municipalities. The effectiveness of a CAMH care network in contexts without CAPSij requires the presence of local devices with a clear public mandate that go beyond merely absorbing cases. Without institutionally legitimized public structures, the CAMH agenda tends to lose strength in public policies.

Keywords: Child; Adolescent; Mental Health Services; Primary Care; Local Health Systems.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo se lleva a cabo el cuidado en salud mental infantojuvenil (SMIJ) en un municipio del interior, de tamaño medio y desprovisto de un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSij). Mediante la técnica de muestreo por “bola de nieve”, se entrevistaron nueve profesionales de distintos servicios de las redes locales de atención. Los resultados indicaron que los adolescentes cuentan con un apoyo más diversificado, mientras que los niños enfrentan importantes vacíos asistenciales, con un cuidado limitado a un servicio clínico y otro psicosocial-escolar. A pesar de la existencia de 28 Unidades Básicas de Salud, no se mencionaron acciones relevantes dirigidas a la SMIJ en estos espacios ni en otros dispositivos de la Atención Primaria. El cuidado aparece concentrado en el servicio denominado “Equipo Multiprofesional en Salud Mental”, pactado localmente para absorber tales demandas, pero que opera de manera ambulatoria y precarizada. Se evidencia la necesidad de inversiones en formación para el cuidado psicosocial y territorial, acciones de apoyo matricial, mejoras en las condiciones laborales, promoción de foros regionales y el fortalecimiento de la Atención Primaria como componente activo de la red. Aunque el paradigma psicosocial está normativamente previsto en las directrices oficiales, su implementación aún enfrenta barreras significativas, especialmente en municipios del interior. La efectividad de una red de cuidados en SMIJ en contextos sin CAPSij requiere dispositivos locales con un mandato público claro, que vayan más allá de absorber casos. Sin estructuras institucionalmente legitimadas, la agenda de la SMIJ tiende a perder fuerza las políticas públicas.

Palabras-clave: Niño; Adolescente; Servicios de Salud Mental; Atención Primaria; Sistemas Locales de Salud.

Introdução

As ressonâncias das políticas públicas de saúde mental ainda são pouco investigadas em municípios de interior (Souza, 2022; Ferreira, Cortes, & Pinho, 2019), apesar de sua relevância já ter sido destacada há mais de uma década (Boarini, 2009; Luzio & L'Abbate, 2009). Quando o foco recai sobre a saúde mental infantojuvenil (SMIJ), essa lacuna é ainda mais evidente (Praisner & Cervo,

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

2023; Leitão, 2025).

Historicamente negligenciada pela saúde pública brasileira, a SMIJ passou a contar com uma política de atenção psicossocial às infâncias e adolescências apenas a partir do século XXI. Sua implementação também tem sido marcada por retrocessos e uma trajetória não linear ao longo dos diferentes governos (RedePq-SMCA, 2023).

Alicerçada em princípios como a universalidade do acesso, o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, encaminhamento implicado e a construção permanente de redes territorializadas e intersetoriais, a política, sob o marco político, clínico e teórico da “atenção psicossocial”, propõe uma lógica de cuidado ampliado, não centrado em assistências especializadas. No entanto, reafirma a necessidade da presença de dispositivos estratégicos, sendo o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) o principal expoente. A criação desse dispositivo é, inclusive, considerada o primeiro marco efetivo da política de SMIJ no Brasil (Brasil, 2014).

Inicialmente previstos apenas para municípios com pelo menos 200 mil habitantes pela “Portara 336/2002” (Brasil, 2002), os CAPSij tiveram seu critério populacional reduzido para 70 mil habitantes desde a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2011). Após quase uma década de interrupção, o relatório “Saúde Mental em Dados”, em sua edição mais recente, informou que, entre 2013 e 2024, o número de CAPSij habilitados passou de 187 para 324. Ao analisarmos os números, calculamos uma média anual de crescimento de 12,45 unidades, com desaceleração entre 2019 e 2022, quando a média caiu para 7,5 unidades/ano. Assim, estima-se que a cobertura nacional dos CAPSij atinja cerca de 60%, o que indica que ao menos 40% dos municípios com perfil populacional para implantação seguem sem esse dispositivo estratégico.

Compreendemos que o debate sobre a qualificação do cuidado em SMIJ não deve se limitar à simples presença ou ausência do CAPSij ou de qualquer “serviço especializado”. Isso significa que a ausência desse equipamento não deve ser vista, necessariamente, como um déficit no sistema de cuidado. Esta foi a posição na qual este estudo se alicerçou desde o início, estando aberto à possibilidade de encontrar uma rede organizada dentro de seus limites e recursos, com práticas de

cuidado ajustadas à realidade local e alinhadas às diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil.

Dado o exposto, objetivou-se compreender como se organiza o cuidado em SMIJ em um município de médio porte, localizado no interior de um estado do sudeste do Brasil, e que não possui CAPSij. Apesar do aumento de estudos que tomam como problema de pesquisa o cuidado em SMIJ no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria ainda se concentra em contextos em que o dispositivo estratégico da atenção psicossocial infantojuvenil, o CAPSij, está presente, mesmo quando o serviço não é o foco central da investigação (Leitão, 2025).

Compreender como ocorre esse cuidado em regiões interioranas é importante para aumentar o conhecimento das ações psicossociais destinadas às infâncias e adolescências, especialmente em redes desprovidas de dispositivos estratégicos da SMIJ, realidade que, vale frisar, é comum à maioria dos municípios brasileiros, mas ainda pouco explorada na literatura. Esses dados podem auxiliar gestores e equipes de municípios de interior na formulação de projetos e políticas públicas ajustadas às suas realidades, qualificando o cuidado em rede e territorial.

Métodos

Estudo qualitativo-exploratório desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas com nove profissionais que integram a RAPS de um município com aproximadamente 135 mil habitantes, localizado no interior do estado do Espírito Santo.

A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem “bola de neve” (*snowball*), um método não probabilístico em que um grupo inicial de participantes (sementes) indica outros pertencentes ao mesmo grupo populacional, formando uma cadeia de indicações (Faugier & Sargeant, 1997).

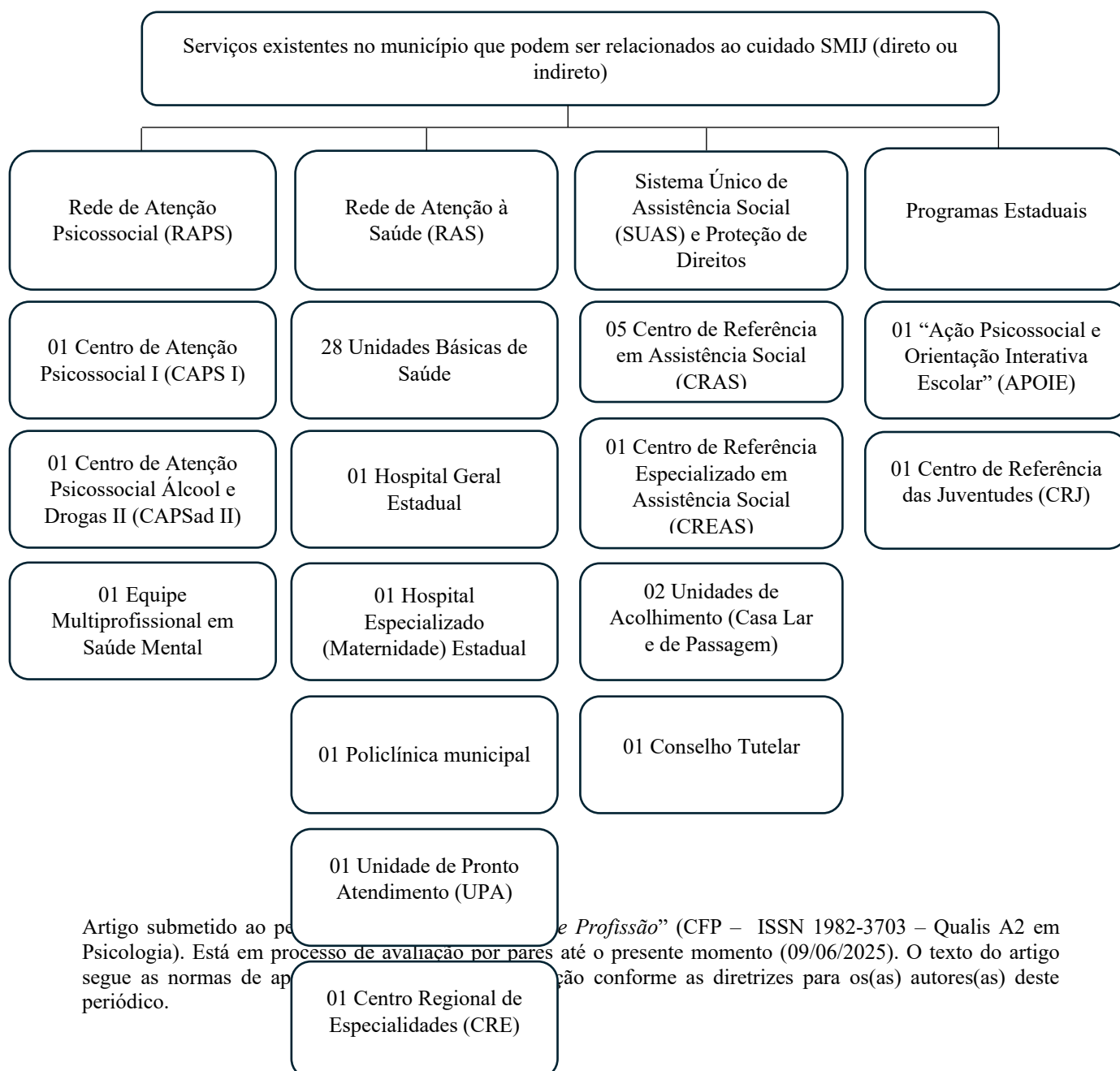
Optamos por não realizar uma seleção prévia de participantes que incluísse todos os profissionais dos serviços de saúde/saúde mental, pois poderia restringir a compreensão de como a rede de cuidado em SMIJ é constituída na prática do município. Assim, o próprio processo de indicação de participantes também constituiria dado a ser tomado para análise, contribuindo para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

O ponto de partida para as entrevistas foi o psicólogo que também exercia a função de coordenador da “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental”. Na região, o serviço é popularmente conhecido só como “Saúde Mental”. Está em funcionamento desde 2015, mas não se encontra habilitado formalmente no Ministério da Saúde. Sua criação resultou de uma pactuação entre os gestores da RAPS, que o designaram como o equipamento responsável por absorver demandas clínicas em SMIJ. Por causa desse contexto que o coordenador foi escolhido como ponto de partida (semente) para as entrevistas.

A Figura 1 ilustra os serviços existentes no município os quais podem atuar de forma direta ou indireta no cuidado em SMIJ.

Figura 1. Serviços que compõem as redes de atenção psicossocial, de saúde e de assistência social e proteção de direitos do município investigado.



Fonte: baseado em dados provenientes de um relatório municipal da gestão em saúde do município, de 2022, bem como nos dados das entrevistas.

O roteiro de entrevista incluiu um questionário sociodemográfico e dez questões abertas, abordando atividades relacionadas ao cuidado em SMIJ (específicas e transversais), funcionamento da rede, pontos fortes e fragilidades, necessidades para aprimorar o cuidado e características dos casos atendidos (mais típicos e graves).

Ao final da entrevista, todos os participantes receberam a seguinte instrução: *“Para ampliarmos a compreensão da rede de cuidado em SMIJ no município, você pode me indicar o contato de duas pessoas que você considera parte da rede de SMIJ aqui no município? Você pode indicar profissionais da sua própria unidade de trabalho ou de outras unidades. Pode indicar profissionais de outros setores da rede de saúde, profissionais da assistência social, da gestão, proteção e garantia de direitos etc. Também pode indicar profissionais de diferentes formações (técnica ou superior) ou cargos (administrativo, gestão ou “linha de frente”). O principal critério é que você considera que esse(a) profissional, que atua no setor público, tem relevância para o cuidado em SMIJ no município”*.

A coleta foi concluída ao atingir o critério de saturação teórica, com um total de 9 profissionais entrevistados, dentre 19 contactados e 18 indicações. Entre os profissionais indicados, quatro não participaram das entrevistas pois, ao serem convidados, consideraram que não realizam atividades relacionadas à SMIJ. Três não puderam participar pois não mais possuíam vínculo com serviços públicos devido ao encerramento de seus contratos temporários. Dois não retornaram aos contatos do pesquisador e um optou por não participar das entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas individualmente, com duração média de 60 minutos. Algumas ocorreram presencialmente, em salas reservadas nos próprios serviços, e outras de forma *online*, por meio da plataforma Google Meet. Todas foram gravadas em áudio, transcritas integralmente e analisadas por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2015). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo CAAE 07556818.3.0000.5542.

Resultados

As informações sociodemográficas dos 09 profissionais participantes estão detalhadas no

Quadro 1.

Quadro 1. Informações sociodemográficas dos profissionais da rede entrevistados.

ID	Serviço em que atua e que já atuou	Função	Tempo de Atuação / Tipo de Vínculo	Carga Horária	Considera que realiza ações em SMIJ?
P1	Equipe Multiprofissional de Saúde Mental (atual); UBS (anteriormente)	Psicólogo e Coordenador	2 anos / Contrato Temporário (Processo Seletivo Simplificado)	40h semanais	Sim
P2	Equipe Multiprofissional de Saúde Mental e CAPSad.	Psiquiatra	4 anos / Contrato Temporário (Processo Seletivo Simplificado) e Consórcio	20h semanais	Sim
P3	CAPS I (atual); Escolas (anteriormente).	Coordenadora do CAPS I e Referência Técnica em Saúde Mental	30 anos (10 anos contrato temporário, 20 anos efetivo)	40h semanais	Sim, parcialmente
P4	CAPSad	Enfermeira e Coordenadora	7 anos / Concurso (Efetiva)	40h semanais	Sim, parcialmente
P5	CAPSad (atual); CRAS e CREAS (anteriormente)	Assistente Social	5 anos / Contrato Temporário (Processo Seletivo Simplificado)	30h semanais	Sim
P6	CRJ (atual); CRAS, CREAS e Unidade de Acolhimento (anteriormente)	Assistente Social	2 anos / CLT	30h semanais	Sim
P7	CRJ	Psicóloga	8 meses / CLT	30h semanais	Sim
P8	CAPS I (atual); CAPSad (anteriormente)	Assistente Social	8 anos / Concurso (Efetivo)	40h semanais	Sim, parcialmente
P9	Programa “APOIE” (atual); CRAS, CREAS e Superintendência Regional de Saúde (anteriormente)	Assistente Social	2 anos / Contrato Temporário (Processo Seletivo)	40h semanais	Sim

Fonte: dados provenientes das entrevistas.

Os agentes do cuidado à saúde mental infantojuvenil: observações decorrentes do processo de indicação de participantes

Os participantes demonstraram certa dificuldade em sugerir mais de um nome. Alguns indicaram profissionais mais com base no cargo ou no serviço ao qual estavam vinculados, em vez de uma relação direta de conhecimento de suas práticas ou colaborações. Expressões como “*para sua pesquisa, acho que você deveria ouvir a psicóloga/coordenadora/assistente social/enfermeira do serviço X*” foram comuns.

Por outro lado, alguns profissionais foram indicados por sua capacidade crítica e visão ampliada sobre saúde mental em geral. No entanto, ao serem contatados, alguns desses profissionais afirmaram não se enquadrar nos critérios da pesquisa, pois não se reconheceram atuar na SMIJ (uma assistente social do CRAS, do CREAS e do CAPS I, e uma psicóloga do CAPS I).

Apenas duas indicações foram feitas a profissionais da Atenção Básica (AB), ambas psicólogas em UBS, as quais foram mencionadas por um bom trabalho com crianças e adolescentes em seus respectivos territórios. No entanto, uma delas optou por não participar das entrevistas quando contactada, enquanto a outra informou que não fazia mais parte da rede pública devido ao término do contrato temporário.

Não houve indicações de profissionais de formação técnica/ensino fundamental ou médio, como agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Além disso, as 18 indicações fornecidas se restringiram às profissões de psicólogo(a) (n = 8), assistente social (n = 5), enfermeiro(a) (n = 2), médico(a) psiquiatra (n = 2) e médico(a) pediatra (n = 1).

Cada profissional entrevistado(a) apresentou suas percepções sobre o cuidado em SMIJ a partir da experiência no serviço em que atua. Alguns relataram envolvimento direto e mais frequente com demandas de SMIJ (APOIE e “Saúde Mental”), outros relataram experiências menos frequentes (CAPS I e CAPSad) ou mais indiretas e transversais, por meio de ações de promoção à saúde e fortalecimento de vínculos (CRJ). Devido a experiências anteriores em outros serviços, alguns puderam também compartilhar visões mais amplas sobre o histórico da rede municipal para a SMIJ (P1, P3, P5, P6, P8, P9).

Os serviços e suas relações com as demandas de saúde mental infantojuvenil

As profissionais do CAPS I relataram que casos de SMIJ, incluindo os relacionados à transtornos leves, moderados ou graves, são direcionados principalmente à equipe do “Saúde Mental”. Em algumas ocasiões, no entanto, relataram que adolescentes mais velhos podem ser assistidos e referenciados ao CAPS I, mas não absorvem casos de crianças.

Essa pactuação foi justificada com base na dificuldade de acolher crianças e adolescentes no CAPS I junto com o público adulto com transtornos graves. Vale mencionar que durante uma das entrevistas no CAPS I, uma usuária do serviço aparentemente chegou em surto na recepção, demonstrando irritação e muita agitação. Após pausar a entrevista para acolher a usuária, o episódio foi tomado pela profissional entrevistada para ratificar o motivo para o não recebimento do público infantojuvenil no serviço, alegando que esse tipo de situação poderia gerar desconforto ou insegurança para crianças e adolescentes.

A participação do CAPS I no cuidado em SMIJ não ocorre por meio da assistência direta, mas sim por meio da articulação e do suporte a outros serviços, especialmente os da assistência social e o “Saúde Mental”.

No momento, o ‘Saúde Mental’ está sem coordenador de novo, está com equipe desfalcada.

Então, eu acabo frequentemente reservando um tempo para ir lá para ajudar. Estou aqui e lá (P3).

Muitos usuários aqui possuem filhos que também começam a apresentar sinais de transtorno ou, por exemplo, em visita domiciliar de um usuário nosso que fazemos, observamos que a dinâmica da casa não está boa, que tem uma vulnerabilidade ali para a criança, e aí a gente articula isso com a rede, com o CREAS, e tenta acompanhamento lá no ‘Saúde Mental’ (P8).

As entrevistadas do CAPS I também relataram não possuir experiência com crianças no serviço, apenas com adolescentes mais velhos. Destacaram haver dificuldades desses jovens em aderir ao serviço, que geralmente chegam contra a vontade, trazidos pela família, conselho tutelar ou por determinação judicial. O serviço é inicialmente percebido como punitivo, com demandas centradas

em internação, em vez de acompanhamento e cuidado contínuo.

A demanda que mais chega ao serviço não é para acompanhamento, é para a internação, quanto se trata dos adolescentes (P4).

Muitas mães aqui que já chegam e falam assim: ‘Fala com ele que você vai internar ele se ele não melhorar’. E aí eu sou obrigada a dizer: ‘Então, mãe, eu não posso dizer isso (...) não pode usar o serviço para ameaçar o seu filho (...) senão, ele não vai conseguir estar aqui e vai pensar que eu também sou mais uma pessoa que tô aqui para destratar ou cometer mais uma violência com ele’. A nossa maior dificuldade é como a gente consegue construir um ambiente para que esse menino venha pra cá e não entenda esse ambiente como inimigo (P5).

As profissionais do CRJ também relataram não possuir experiências com o atendimento de crianças, pois o serviço é voltado para adolescentes e jovens adultos (15-24 anos). Entenderam que suas atividades relacionam-se à SMIJ por meio da promoção à saúde/saúde mental e inclusão social.

Determinado grupo do CRJ, eles mesmos têm trazido direta e indiretamente demandas relacionadas à autoestima. É uma questão de saúde mental, né? Então, a gente tem tentado trabalhar isso, porque é uma demanda (...) apesar de não ser uma assistência direta em saúde mental, é uma atividade que atravessa (P7).

Eu falo que o cuidado em saúde mental é indireto porque, por exemplo, não aplico uma anamnese ali direta em saúde mental e pergunto pontos diretos sobre sofrimento. Mas acaba que, na minha prática, quando aplico os formulários do CRJ, quando conheço pela primeira vez esse jovem, acaba relatando ou mostrando uma vulnerabilidade ou necessidade de acompanhamento mesmo. Não é uma avaliação terapêutica, nem uma psicoterapia, mas acredito que é uma ação relacionada à saúde mental infantojuvenil sim, porque todo esse trabalho colabora de diferentes maneiras para o cuidado desse jovem (P6).

Já a profissional da equipe “APOIE” relatou que atua diretamente com demandas psicossociais de estudantes da rede estadual e municipal, frequentemente relacionadas à SMIJ.

Descreveu que realiza o acolhimento inicial das demandas direcionadas pelas escolas, estuda o caso

em conjunto com a instituição escolar e articula ações com a RAPS municipal conforme as necessidades. No entanto, para acompanhamento terapêutico ou clínico, o “Saúde Mental” foi relatado como o único ponto de referência. Já para situações de vínculos fragilizados, garantia de direitos e proteção, o suporte é articulado com o SUAS, via CRAS e CREAS ou Conselho Tutelar.

Se a gente for olhar o conceito da RAS [Rede de Atenção à Saúde], a criança teria que ir primeiro na porta de entrada, que é a unidade de saúde. Mas, falando da nossa realidade hoje, o que ficou acordado é que ela vai direto para o ‘Saúde Mental’. (...) a criança apresenta sofrimento mental, a equipe [APOIE] identificou esse sofrimento mental, desde uma ansiedade relevante e um processo de luto difícil até uma questão mais grave de saúde mental, um transtorno, uma condição psicológica, vai direto, vai encaminhado direto para o ‘Saúde Mental’ (...) Em 2022, encaminhávamos também para as unidades de saúde [UBS], porque tinha os profissionais que desenvolviam esse trabalho na unidade, tinha psicólogos (P9).

Os profissionais do “Saúde Mental” reconheceram ser o serviço que mais absorve demandas de SMIJ. Durante a coleta de dados (abril a setembro de 2024), o serviço enfrentava desestruturação devido ao encerramento de contratos temporários e atrasos salariais. Nesse período, os atendimentos em SMIJ ficaram restritos a um dos três psiquiatras da equipe – o único que atendia crianças e adolescentes – e ao psicólogo/coordenador. Anteriormente, a equipe contava com seis profissionais de nível superior (três psiquiatras, dois psicólogos e uma assistente social), além de pessoal administrativo e apoio sazonal de estudantes de psicologia para intervenções em sala de espera e atividades lúdicas.

Relataram que muitos encaminhamentos são realizados sem avaliação criteriosa ou tentativas prévias de manejo, sendo usados como recurso de primeira instância por outros pontos da rede. Compreenderam que isso sobrecarrega a capacidade de absorção de casos e compromete principalmente o cuidado a situações mais graves. Exemplificam como casos graves: comportamento suicida e transtornos mentais severos (autismo, transtorno oppositor desafiador, depressão, ansiedade, transtorno bipolar, transtornos de personalidade e psicoses). Queixaram-se que recebem muitos

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

encaminhamentos relacionados déficit cognitivo, dificuldades de aprendizagem, problemas de relacionamento escolar, bullying e isolamento social, mesmo sem um transtorno moderado ou grave associado, destacando que essas demandas deveriam ser acompanhadas pela AB.

Na prática vemos estar funcionando assim: ‘como é uma questão emocional, de saúde mental, então vamos jogar para o Saúde Mental’ (...) A gente tem percebido essa falta de consciência que tem superlotado aqui (...) A gente não se exime de atender porque o paciente não tem responsabilidade disso. A gente recebe – e claro que às vezes demora para receber, por conta da alta demanda – faz o acolhimento, conversa e pensa juntos. Em alguns casos a gente consegue fazer a contrarreferência. (...) em outros casos a gente acaba abraçando para acompanhamento aqui mesmo (P1).

Por conta da sobrecarga de casos para atendimento, no serviço [o “Saúde Mental”] eu tenho que fazer volume, eu não consigo fazer um tratamento mais prolongado (P2).

Fragilidades e potencialidades da rede de cuidado às crianças e adolescentes

Em relação às fragilidades da rede de atenção à SMIJ, a insuficiência de profissionais e a alta rotatividade foram as mais mencionadas.

A maioria dos profissionais faz o melhor que podem, mesmo sem ter muito recurso, mas acaba sendo difícil. Hoje, temos apenas dois psicólogos nas unidades de saúde, sendo que são mais de 20 unidades no município (P1).

A gente pode estar fragilizado em função da falta de profissionais mesmo e da permanência desses profissionais nas funções. Porque você começa fazendo trabalho e, daqui a pouco, troca o profissional. Isso é péssimo, é frustrante, porque a gente perde toda a troca, o vínculo, o ritmo, a confiança (P2).

Com os instrumentos que a gente tem, a gente faz o possível, mas a gente precisa ter equipes maiores (P7).

Outro ponto crítico identificado foi a resistência de alguns profissionais em atender crianças.

Eu via em muitos profissionais, muitos de psicologia inclusive, o seguinte: ‘Eu não atendo

criança’, ‘Eu não gosto de criança, do atendimento de criança’, ‘Eu não sei trabalhar com criança autista’, ‘Eu não sei trabalhar com criança com TDAH ou com condição X’. E isso eu ouvi intensamente, intensamente. A ponto de ouvir, recorrentemente, que foi preciso encaminhar crianças que chegavam para determinadas unidades de saúde para a equipe de referência [o ‘Saúde Mental’], porque teve o ‘eu não atendo criança’ (...) se o problema é não se sentir ‘especializado’, ora, constrói essa especialidade no cotidiano do serviço (...) tem que, no mínimo, aprender com a prática, ao menos experimentar, não pode se eximir (P3).

As fragilidades da infraestrutura também foram apontadas, especialmente sobre o recurso para oferta de atividades ampliadas, as quais estão previstas pela política da atenção psicossocial infantojuvenil.

Há um processo de esvaziamento e de enfraquecimento mesmo da política pública de saúde mental, e com certeza afeta mais o público infantil (...) porque cada vez mais a gente não tem o que ofertar para as crianças e para os jovens também, em termos de oficinas terapêuticas e outras atividades diversificadas e importantes (...) você viu aqui, a nossa oficina de marcenaria teve que ser fechada, acabou a verba para pagar o professor, vê se pode? (P5).

Potencialidades da rede para o cuidado em SMIJ foram reconhecidas, mas de forma mais tímida. Uma das poucas iniciativas reconhecidas foi a articulação entre médicos(as) e psicólogos(as), porém, ocorrida durante os períodos em que psicólogos(as) estavam presentes nas UBS.

Eu vi os médicos das unidades fazendo avaliações melhores e até mesmo encaminhamentos melhores por conta das trocas com o psicólogo que estava na unidade. Quando o psicólogo estava lá, a conversa acontecia, e com a saída dos psicólogos, eles sofrem (P3).

Outra articulação positiva relatada foi entre o CAPSad e o CRJ, favorecida pela proximidade territorial e pelas características frequentemente compartilhadas entre os públicos-alvo de ambos os serviços. Diante das dificuldades de adesão dos adolescentes ao CAPSad, atribuídas ao estigma associado ao serviço, foi estabelecida uma complementaridade entre o acompanhamento clínico e as oficinas. No entanto, observa-se que essa articulação também resultou da escassez de recursos para

oficinas e atividades mais significativas no CAPSad – o que é previsto pela política de atenção psicossocial.

Uma alternativa que a gente tem com os nossos adolescentes é encaminhá-los para o CRJ também, porque o CRJ fica aqui do lado. O CRJ tem muitas atividades voltadas para adolescentes, e os nossos adolescentes não gostam de ficar aqui por conta do estigma de serem vistos. Eles falam assim: ‘Ah, tia, eu não sou viciado’, ‘Eu não sou doido’, ‘Eu não sou isso’. (...) Uma das alternativas que nós entendemos foi fazer com que os pacientes, com as outras atividades fossem realizadas no CRJ: oficina de violão, de teatro. (...) eles se sentem mais à vontade em estar lá do que aqui (...) é lá que está tendo essas atividades, o recurso que conseguimos em edital para oficina de marcenaria, por exemplo, acabou, e, de novo, o município não custeia, então tivemos que encerrar (P3).

Em geral, os participantes também destacaram a existência de uma rede relativamente diversa de equipamentos para atenção psicossocial, em comparação a municípios de porte semelhante ou vizinhos.

Olha, como ponto forte, eu acho que, se for olhar bem, temos bastantes equipamentos de saúde. A demanda é alta? É. Não temos um CAPS infantil, que seria, talvez, um recurso a mais. Mas temos um CAPS Transtorno, um CAPSad, várias unidades de saúde, o ‘Saúde Mental’. Então, temos equipamentos, mas não temos regularidade no pessoal, estabilidade, boas condições, infraestrutura, nem um investimento mais forte para a saúde mental das crianças (P1).

Por outro lado, muitos não conseguiram reconhecer potencialidades na rede. Essa percepção foi atribuída à falta de investimento e ao desinteresse da gestão política pela saúde mental como um todo, com maior agravante na SMIJ, bem como ao curto tempo de atuação de alguns participantes nos serviços da rede.

Sinceramente não consigo te citar os pontos fortes. Eu não vejo. Eu não acho que a gente tem algo positivo a respeito para essa área. Acho que falta mesmo. E não só por falta de interesse profissional, é por falta de interesse da gestão mesmo, da secretaria, da prefeitura,

e isso é de sempre (...) Também não temos nada de específico, de fóruns ou formações para a SMIJ, de espaço de discussão. Também não temos uma equipe de referência que ajude de verdade nesse sentido, de dar suporte nessa temática em específico, matriciamento regular, nada. Temos o suporte com o pessoal da regional, que é legal, da superintendência estadual, mas é sobre todas as demandas, sobre questões de normas técnicas, de internação, notificação de violência, essas coisas (P4).

Como estou há pouco tempo trabalhando no CRJ, pouco mais de seis meses, e é a primeira vez que atuo aqui no município, eu ainda não consigo te falar com tanta certeza um ponto forte da rede em si. Não consigo pensar em nenhum (P7).

Discussão

A fragilidade da Atenção Básica e a visão centrada em profissionais “psi” como maiores agentes do cuidado

O baixo número de profissionais da AB indicados para a pesquisa é preocupante, considerando as 28 UBS ativas no município. Pode ser reflexo do menor número de psicólogos(as) atuantes em UBS no momento da pesquisa, visto que foram esses os profissionais mais frequentemente associados ao cuidado em SMIJ. Entre 2021 e 2022, a RAPS local contou com 18 psicólogos(as), sendo oito em UBS. No entanto, durante o período da coleta de dados, apenas duas psicólogas permaneciam nessas unidades – justamente as únicas profissionais da AB indicadas para as entrevistas.

A ausência de indicações de outros profissionais, como agentes comunitários de saúde, técnicos(as) de enfermagem ou odontólogos(as), sugere uma visão restrita sobre quem pode ou está habilitado para atuar no cuidado em SMIJ. Considerando que a AB é a porta de entrada preferencial para o SUS e é vital no cuidado psicossocial e territorial, os dados sinalizam que esse nível de atenção tem desempenhado um papel limitado para o cuidado em SMIJ. Essa situação deve ser entendida como um problema que envolve toda a rede, pois também sinaliza que as linhas de cuidado, o encaminhamento implicado, o matriciamento e a intersetorialidade não estão consolidados (Oliveira et

al., 2021).

A baixa representatividade da AB no cuidado em SMIJ é frequentemente reportada pela literatura ao longo dos anos (Reis, Lima, Sampaio & Souza, 2024; Silva, Matsukura, Ferigato, & Cid, 2019). Entre os principais fatores associados a essa reduzida participação estão a insuficiência de recursos humanos, a percepção de descaracterização do núcleo profissional – mais relacionada a profissionais que originalmente não possuem formação específica em saúde mental –, escassa capacitação e carga de trabalho diversificada, que abrange cuidados em múltiplos âmbitos da saúde e com diferentes populações (Esswein, Rovaris, Rocha, & Levandowski, 2021; Ferraz, Sampaio, Lima, & Souza, 2024). Esses fatores tendem a ser agravados pela costumeira precariedade de infraestrutura, fragilidade nos vínculos trabalhistas (maioria de profissionais contratados temporariamente) e insuficiente remuneração financeira (Scherer, Sampaio, Lima, & Souza, 2024).

Tanto o presente estudo quanto outras pesquisas conduzidas com profissionais das redes públicas de saúde destacam relatos de demanda por uma maior presença de psicólogos(as) nos serviços da AB (Dias & Silva, 2016; Alves & Serralha, 2018). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) não propõe a inclusão obrigatória de psicólogos(as) na composição mínima das equipes de saúde da AB, mas prevê que os dispositivos desse setor atuem em sinergia com a rede especializada (Brasil, 2017).

Pesquisas indicam que a inclusão de psicólogos(as) nas equipes de saúde da família aprimora competências profissionais, impulsiona inovações nos processos de trabalho e fortalece a integração do cuidado em saúde mental nas ações gerais de saúde, valorizando relações interdisciplinares e intersetoriais (Böing & Crepaldi, 2010; Alexandre & Romagnoli, 2017; Romanholi, Iglesias, & Avellar, 2025). No entanto, apesar da demanda por mais psicólogos(as) nessas equipes, persistem dificuldades em definir expectativas para atuação na SMIJ além de práticas tradicionais, como psicoterapias, avaliações e laudos (Davi, Silva, Carvalho, & Souza, 2016; Frazatto & Dalosso, 2022).

Um estudo recente realizado no estado de São Paulo investigou como ocorre a identificação do sofrimento mental e a organização do cuidado na AB (Pupo, Rosa, Sala, & Feffermann, 2020). Reportou que municípios de pequeno porte que possuíam profissionais de saúde mental

(psicólogos(as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais) em unidades de saúde se destacaram em relação àqueles de porte semelhante que não possuíam. A presença desses profissionais contribuiu para maior capacidade de reconhecer uma diversidade experiências associadas ao sofrimento mental – não restritas a sintomas psiquiátricos –, promoveram mais atividades grupais, fortaleceram a articulação com equipamentos do território e reduziram a procedimentos restritos à simples troca de receitas (Pupo et al., 2020).

No presente estudo, a maior presença de psicólogos(as) nas UBS também revelou contradições. Relatos indicaram que alguns profissionais se recusavam a atender crianças ou crianças e adolescentes com determinados diagnósticos, como TEA, TOD e TDAH. Estudos anteriores corroboram esses achados e apontam como justificativas para essa postura: déficits na formação técnica, limitações estruturais, dificuldades na inclusão das famílias no cuidado, a presença de outros psicólogos(as) na equipe ou em unidade próxima já atendendo esse público, e até mesmo falta de afinidade pessoal com crianças. Como consequência, crianças são frequentemente encaminhadas a outros serviços, o que, na prática, equivale à ausência de atendimento (Alves & Serralha, 2018; Frazatto & Dalosso, 2022).

De saída, essas posturas engendram ao menos duas críticas. Primeiro, ao ingressar no SUS, particularmente na AB, o profissional, independente de sua formação, deverá operar ações sob os princípios que regem o SUS e esse nível de atenção, atendendo as demandas de saúde de toda a população, incluindo as de SMIJ. Em segundo, rejeitar acolher ou acompanhar casos com base em hipóteses diagnósticas é operar sob um modelo patologizante, colocando um signo nosográfico acima da pessoa e reduzindo casos fundamentalmente complexos, permeados por subjetividades e múltiplos atravessamentos, a casos de tratamento de psicopatologias. Ambas as problemáticas resultam no ferimento de direitos da criança e do adolescente, os quais são garantidos pela política de SMIJ: direito ao cuidado e à escuta como sujeitos plenos (Brasil, 2014).

Nesse sentido, se por um lado a presença de psicólogo(a)s em UBS pode ampliar as possibilidades de cuidado e fomentar o intercâmbio de saberes e práticas, por outro, seu impacto depende diretamente de como essa atuação é integrada Romanholi et al., 2025, Reis et al., 2024;

Böing & Crepaldi, 2010). No âmago desses impasses, estão os choques entre a proposta da política de SMIJ e o paradigma biomédico e “tradicional” e “desenvolvimentista”, ainda presentes na formação e práticas dos profissionais e que impactam diretamente as atitudes e práticas em SMIJ (Dias & Silva, 2016; Davi et al., 2016)

Entre sintomas e diagnósticos: o cuidado em SMIJ e a racionalidade biomédica

O aumento do número de classificações diagnósticas de transtornos mentais, especialmente os classificados como “transtornos do neurodesenvolvimento”, contribui para a percepção de que profissionais precisam ser “altamente especializados” para atuarem na SMIJ. Essa “especialização”, no entanto, é frequentemente associada ao domínio de categorias diagnósticas específicas.

Nesse sentido, observa-se que a expressão “saúde mental infantojuvenil” segue amplamente vinculada ao paradigma biomédico. Nesse paradigma, priorizam-se condutas baseadas na semiologia, focando na identificação de sinais e sintomas para a formulação de diagnósticos nosológicos e definição de tratamentos associados (Tavares, 2020). Na prática, ocorre uma redução um campo intrinsecamente transdisciplinar e intersetorial a um conjunto restrito de ações clínicas, majoritariamente conduzidas por profissionais “psi”, frequentemente culminando na tríade “patologia-tratamento-medicação”.

No caso das infâncias e adolescências, essa lógica tende a ser ainda mais acentuada, especialmente devido à maior força de concepções psicopedagógicas e profiláticas que sustentam práticas disciplinares dirigidas a elas (Fernandes, Matsukura, Lussi, Ferigato, & Morato, 2020; Fonseca & Martins, 2023; Pavani, Wetzel, & Olschowsky, 2021). Nesse sentido, consideramos que atuar na SMIJ a partir dessa lógica também implica em riscos elevados de iatrogenia, sobretudo por três razões principais.

Primeiro, crianças e adolescentes costumam ser levados ao campo da saúde em função do incômodo que causam em um outro – um adulto (família, escola, instituição social, profissional, instituição jurídica etc.). Nesse contexto, ocorre certo risco de suas próprias demandas e necessidades subjetivas serem desconsideradas, fazendo com que o foco do terapêutico recaia sobre o

queixas/sintomas que fazem questão a um terceiro, e/ou a psicopatologia porventura identificada (Altoé & Silva, 2013; Werlang, Pereira, & Bett, 2024). Assim, questiona-se: trata-se uma criança-problema, o problema na criança, ou o problema da criança e ao redor dela? A nossa posição é a de que todo “sintoma” deve ser entendido como subjetivado e construído pela própria criança ou adolescente bem como reflexo de suas condições sociais, posição no contexto, dinâmicas de poder e relações interpessoais, não apenas de marcadores do neurodesenvolvimento e comportamentos tido como desviantes.

Em segundo lugar, o processo de desenvolvimento infantil é marcado por uma plasticidade psíquica, o que confere à infância uma abertura às inscrições psíquicas e implica que as estruturas clínicas não são plenamente decididas nesse tempo do desenvolvimento (Bernardino, 2004; Kamers, 2013). Isso remete à emblemática frase de Allen Frances, líder do grupo-tarefa que elaborou o DSM IV e crítico de seus desdobramentos: “Diagnósticos em crianças devem sempre ser escritos a lápis” (Frances, 2016, n. p.). Do ponto de vista estritamente clínico, essa maleabilidade exige que as abordagens em SMIJ sejam dinâmicas, considerando os tempos de constituição psíquica, marcados por mudanças rápidas, variadas e singulares (Pavani et al., 2021; Moreira & Rocha, 2019).

Em terceiro, cresce o reconhecimento da psicofarmacologização da infância e adolescência, que é totalmente fundamentada no modelo centrado na doença e que postula a correção de desequilíbrios neuroquímicos por medicamentos. Embora amplamente difundido, esse modelo também tem sido criticado por bases científicas frágeis e por ignorar a complexidade do desenvolvimento infantil e de seus determinantes sociais. Além disso, os efeitos colaterais significativos associados às medicações geram preocupações éticas e clínicas. Ao invés de corrigir desequilíbrios neuroquímicos específicos, muitos psicofármacos podem acabar atuando como “intoxicantes cerebrais”, suprimindo temporariamente os sintomas. Isso implica que grande parte dos tratamentos com psicofármacos na infância e adolescência são experimentais, com insuficiente conhecimento sobre seus impactos a longo prazo (Caponi, 2020; Freitas & Azevedo, 2022; Klein & Lima, 2020; Timimi, 2014).

Cabe ressaltar que a psicofarmacologização é apenas um entre tantos fenômenos

medicalizantes igualmente preocupantes, os quais não devem ser compreendidos como restritos à esfera médica. Intervenções baseadas em compreensões patologizantes de diversas áreas não-médicas (psicologia, assistência social, educação, entre outras) frequentemente individualizam problemas, geram estigmas e reforçam identidades patológicas desde a infância. Essas práticas podem romper vínculos, aumentar o desamparo e levar a intervenções radicais, como institucionalizações e internações desnecessárias (Braga & d'Oliveira, 2019; 2022; Telles et al., 2024).

Dado esse contexto, o paradigma psicossocial, embora normativo nas diretrizes para o cuidado em SMIJ, enfrenta desafios em sua efetiva implementação, especialmente pela insuficiência de investimento em dispositivos articuladores e pela limitada formação de profissionais e equipes para práticas que transcendam a lógica “queixa-conduta”, bem como pelas garantias institucionais para que efetivamente consigam atuar a partir dos princípios psicossociais (Tavares, 2022). No bojo desse cenário está tensão estrutural entre uma lógica comunitária que sustenta a política e a crescente individualização e neoliberalismo que marca a organização social contemporânea (Maluf, 2024; Moreira & Rocha, 2019).

Nesse âmbito, refletimos que a política de atenção psicossocial infantojuvenil é, na verdade, uma proposição socialmente complexa, pois é fundamentada em uma concepção relativamente nova de criança, adolescente, infâncias e adolescências, radicalmente distinta de visões historicamente produzidas, mas enraizadas e que ainda ecoam nos dias de hoje. Assim como qualquer política pública, possui algum nível de abstração inerente, representando um “mundo ideal”. Contudo, não se trata de uma utopia, tampouco de um romantismo ingênuo ou de uma ideologia, mas de uma idealização absolutamente necessária para oferecer o respaldo normativo necessário às ações de todos os agentes com mandatos públicos para torná-la efetiva. Paralelamente, há o enfrentamento do mundo real, com suas contradições, modos singulares de viver e interpretar a realidade, discursos e paradigmas diversos que coexistem.

Nesse sentido, este artigo reitera que a superação dos desafios para a concretização dessa política no cotidiano exige, das três esferas de gestão pública, maior sensibilidade em relação ao sofrimento de crianças, adolescentes e suas famílias ou responsáveis. Além disso, requer coragem

para implementar medidas estratégicas diversas, mas que não deixem de valorizar os diversos profissionais (agentes do cuidado), promovendo formações qualificadas, assegurando o monitoramento e a avaliação coletiva das ações, e ofertando suporte efetivo para as ações em rede. Isso significa que devem criar condições para que os agentes do cuidado tenham respaldo institucional e recursos adequados para enfrentar a complexidade das demandas no campo da SMIJ a partir da lógica da atenção psicossocial.

Sobre o ordenamento da demanda de saúde mental infantojuvenil: onde está o cuidado?

Em municípios do interior, a rede de cuidado em SMIJ frequentemente inclui apenas serviços de AB e do SUAS; usualmente, um CAPS I ou um CAPSad e, raramente, um CAPSij (Souza, 2022; Ferreira et al., 2019; Praisner & Cervo, 2023; Leitão, 2025). Conforme mencionado, o município deste estudo, além de contar com um CAPS I e um CAPSad, conta com dois programas de governo do estado que possuem potencial de colaboração com a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: a “APOIE” e o CRJ.

A APOIE (Ação Psicossocial e Orientação Interativa Escolar), oferece suporte e orientação às escolas em relação às demandas psicossociais dos alunos. Em parceria com as Superintendências Regionais de Educação (SRE), a atuação das equipes APOIE visa “desconstruir a concepção de que questões psicossociais devem ser abordadas por um viés individualizante e propõe substituir esta visão reducionista por uma postura de corresponsabilidade, diálogo e articulação entre os diversos atores da comunidade escolar” (Governo do estado do Espírito Santo, s. d). No município, funcionam três equipes “APOIE-Escola”, compostas por um(a) psicólogo(a), um(a) assistente social e um(a) pedagogo(a), sob a coordenação da Gerência da APOIE (“G-APOIE”), que também apoia 30 escolas estaduais em quatro municípios do norte do estado .

Já os CRJs, são voltados à promoção de direitos das juventudes, focado em jovens de 15 a 24 anos que vivem em áreas de alta vulnerabilidade social e violência. A escolha dos territórios para implantação dessas unidades foi baseada nos índices de criminalidade do “Projeto Estado - Segurança Cidadã”, portanto, os CRJ’s estão também dentro do “Programa Estado Presente”. Com 14 unidades

no estado, esses equipamentos promovem ações de convivência, socialização e atividades culturais, esportivas e recreativas, além de integrar esforços de prevenção e combate à violência juvenil (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022).

No município, a APOIE tem demonstrado articulação positiva com escolas, gestão e serviços da assistência social, como CRAS, CREAS. Contudo, para casos que necessitam de acompanhamento clínico, a APOIE relatou dispor apenas do “Saúde Mental” como referência, especialmente no cuidado a crianças.

O CRJ, embora não constitua um serviço de saúde, tem desempenhado um papel pertinente nas ações psicossociais voltadas às juventudes, mas seu escopo também não contempla crianças. O CAPSad também relatou não ter contato com o público infantil, alegando que essa demanda não existe ou não chega ao serviço. Por sua vez, o CAPS I possui a pactuação de não absorver casos de SMIJ. Relataram possibilidades de referenciamento de adolescentes mais velhos, mas nenhum relacionado a crianças no espaço do serviço.

Já em relação à AB, além do agravante do acolhimento de demandas de SMIJ parecer condicionado à presença de profissionais psicólogos(as) (frequentemente contratados temporariamente, o que também resulta em oscilações na sua disponibilidade), escutou-se que alguns desses profissionais optam por não atender especificamente crianças. Essa situação se agrava ainda mais pelo fato de que, na prática, o serviço “Saúde Mental” destinava apenas um dia por semana ao atendimento específico de crianças e adolescentes, com alguma flexibilidade para casos urgentes em outros dias.

Dado o exposto, a rede de cuidados à SMIJ apresenta uma estrutura desigual. Enquanto adolescentes pareceram contar com suporte distribuído entre mais serviços de atenção (“Saúde Mental”, CAPSad, CRJ, APOIE, eventualmente CAPS I e, raramente, UBS), o cuidado a crianças mostrou-se mais restrito, concentrando-se, na maioria dos casos, nos profissionais da APOIE e ao serviço “Saúde Mental”, com rara inserção em UBS.

Couto e Delgado (2016) destacam que a construção de uma rede intersetorial para crianças e adolescentes depende da “presença viva” de um “dispositivo” que funcione como agente inicial, capaz

de articular e mobilizar a rede. Esse dispositivo, seja um serviço, equipe ou até mesmo um profissional, é fundamental para impulsionar e transformar a rede de SMIJ em uma realidade efetiva.

No município estudado, embora o “Saúde Mental” seja reconhecido como uma “equipe de referência” para a SMIJ no município, sua atuação tem sido limitada a um modelo ambulatorial. Apesar de seu potencial, o serviço não se configura como “presença viva”. Assim, compreendemos que a pactuação regional de direcionar demandas para este serviço parece ser mais efeito da baixa participação da AB no cuidado em SMIJ e do não acolhimento de crianças e adolescentes no escopo do CAPS I do que uma estratégia de organização das linhas de cuidado e cumprimento do princípio da integralidade.

Considerações finais

Este estudo investigou o cuidado em SMIJ em um município de médio porte, de interior e sem CAPSij. Os resultados indicam uma rede fragilizada para o cuidado a esta população, especialmente a crianças.

Apesar das 28 UBS em funcionamento, não houve menção significativa a ações voltadas à SMIJ nessas unidades. O cuidado apareceu concentrado na “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental”, serviço localmente pactuado, mas precarizado, com alta rotatividade e vínculos trabalhistas frágeis, majoritariamente temporários. O cuidado ocorre em uma dinâmica ambulatorial, com sobrecarga de demandas e desalinhamento em relação às diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil.

A pesquisa indica que a SMIJ recebe pouca atenção no município, sem fóruns regionais, ações de matriciamento específicas, formação permanente ou supervisão clínico-institucional. Uma rede só se estabelece pela articulação entre seus diferentes atores, que devem atuar em sinergia. Para tanto, é essencial o suporte da gestão, garantindo condições institucionais adequadas. Assim, investimentos na melhoria das condições de vínculos empregatícios, ações de matriciamento, fóruns sobre SMIJ e medidas de fortalecimento da AB para uma participação mais ativa no cuidado em SMIJ são altamente necessários.

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Em relação ao cuidado em SMIJ em municípios sem CAPSij, este artigo defende que, sem dispositivos investidos de função pública clara e legitimada institucionalmente, a agenda da SMIJ tende a perder força. Essa ausência contribui para o esvaziamento das redes de cuidado e para a reprodução de vazios assistenciais. Dispositivos com mandato público definido não devem restringir-se a espaços de atendimento clínico. Pelo contrário, precisam funcionar como instâncias capazes de sustentar a relevância da SMIJ na política local, fomentando a implementação dos princípios da atenção psicossocial e garantindo que o cuidado às infâncias e adolescências permaneça como uma prioridade política, técnica e ética.

Mais estudos são necessários para compreender o cuidado em SMIJ em municípios interioranos, onde o principal dispositivo estratégico da atenção psicossocial infantojuvenil, o CAPSij, é frequentemente inexistente. Além disso, recomenda-se investigar municípios com apenas um CAPS I para compreender se, na ausência de outros serviços estratégicos, esse equipamento acolhe crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e como essa experiência tem se desenrolado.

Referências

- Alexandre, M. L., & Romagnoli, R. C. (2017). Prática do psicólogo na atenção básica - SUS: Conexões com a clínica no território. *Contextos Clínicos*, 10(2), 284–299.
<https://doi.org/10.4013/ctc.2017.102.12>
- Altoé, S., & Silva, M. M. (2013). Características de uma clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Estilos da Clínica*, 18(1), 125–141
- Alves, C. M. P., & Serralha, C. A. (2018). A assistência psicológica a crianças em Unidades Básicas de Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(3), 912–931.
<https://www.redalyc.org/journal/4518/451859374011/html/>
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte.

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

- Psicologia em Revista*, 15(1), 28–50. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2009V15N1P28>
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30, 634–649.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2022). Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(5), e00170821. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt170821>
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 401-410. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Caponi, S. (2020). A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença. *Política & Sociedade*, 19(46), 204-241. <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e74538>
- Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2016). Presença viva da saúde mental no território: Construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In E. Lauridsen-Ribeiro & M. Lykouropoulos (Orgs.), *O CAPSij e o desafio da gestão em rede* (pp. 161–192). Hucitec.
- Davi, R. S., Silva, M. D. D., Carvalho, R. D., & Souza, M. T. D. (2016). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: relatos distantes do SUS. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 71–83.

<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>

Dias, F. X., & Silva, L. C. A. (2016). Percepções dos profissionais sobre a atuação dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 534–545.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703001102014>

Esswein, G. C., Rovaris, A. F., Rocha, G. P., & Levandowski, D. C. (2021). Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3765–3780.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.15602019>

Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of advanced nursing*, 26(4), 790–797. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>

Ferraz, K. F., Sampaio, J. J. C., Lima, I. C. S., & Souza, K. C. A. (2024). Compreendendo os desafios no cuidado da saúde mental infantil das equipes de saúde na atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(12), e18120. <https://doi.org/10.25248/reas.e18120.2024>

Ferreira, R. S. A., Cortes, H. M., & Pinho, P. H. (2019). Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. *Mudanças*, 27(1), 63–68.

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v27n1/v27n1a08.pdf>

Fonseca, F. L., & Martins, L. P. L. (2023). A agressividade infantil no DSM: os diagnósticos e os seus efeitos subjetivos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 26, e211093.

<https://doi.org/10.1590/1415-4714.e211093>

Frances, A. (2016). DSM-5 diagnoses in kids should always be written in pencil. *Psychology Today*.

Recuperado em 13 de Janeiro de 2025, de

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>

Frazatto, C. F., & Dalosso, F. J. (2022). Acolhimento psicológico infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Revista Polis e Psique*, 12(2), 71–86. [https://doi.org/10.22456/2238-](https://doi.org/10.22456/2238-152X.111772)

[152X.111772](https://doi.org/10.22456/2238-152X.111772)

Freitas, F., & de Azevedo, L. J. C. (2022). Medicalizando crianças e adolescentes. *Estudos de*

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

- Sociologia*, 27(2esp), e022022-e022022. <https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.16590>
- Governo do Estado do Espírito Santo. (2022). *Metodologia dos Centros de Referência das Juventudes do Governo do Estado do Espírito Santo*. Banco Interamericano de Desenvolvimento. [https://juventudes.es.gov.br/Media/Juventude/DOC2023/Metodologia%20dos%20crjs%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://juventudes.es.gov.br/Media/Juventude/DOC2023/Metodologia%20dos%20crjs%20(1)%20(1).pdf)
- Governo do Estado do Espírito Santo. (n.d.). *Ação Psicossocial e Orientação Interativa Escolar – APOIE*. Secretaria de Estado da Educação. <https://apoie.sedu.es.gov.br/SOBRE>
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153–165. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v18i1p153-165>
- Klein, T., & Lima, R. C. (2020). Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. *Movimento*, 7, 444-69. <https://doi.org/10.22409/mov.v7i15.42885>
- Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES]. <https://psicologia.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGP/detalhes-da-tese?id=22403>
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: Ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105–116. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>
- Maluf, S. W. (2024). Subjetivações neoliberais e sofrimento social: Políticas globais de saúde mental em tempos de neoliberalismo. *Caderno CRH*, 37, e024035. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v37i0.61921>
- Moreira, R., & Rocha, K. B. (2019). O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre saúde coletiva, saúde mental e psicanálise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290216. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290216>

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Oliveira, P. S., Santana, F. R., Gatto Júnior, J. R., Santos, K. D. S., Araujo, P. N. D., & Fortuna, C. M.

(2021). Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde:

Pesquisa intervenção socioclínica institucional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*,

55, e03731. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016803731>

Pavani, F. M., Wetzel, C., & Olschowsky, A. (2021). A clínica no Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis. *Saúde em Debate*, 45(129),

118–129. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112809>

Praisner, T., & Cervo, M. D. R. (2023). Saúde mental infanto-juvenil: O cuidado em municípios de

pequeno porte. *Fractal: Revista de Psicologia*, 35, e5999. [https://doi.org/10.22409/1984-](https://doi.org/10.22409/1984-0292/2023/v35/5999)

[0292/2023/v35/5999](https://doi.org/10.22409/1984-0292/2023/v35/5999)

Pupo, L. R., Rosa, T. E. C., Sala, A., Feffermann, M., Alves, M. C. G. P., & Morais, M. D. L. S.

(2020). Saúde mental na Atenção Básica: Identificação e organização do cuidado no estado de

São Paulo. *Saúde em Debate*, 44(Esp. 3), 107–127. [https://doi.org/10.1590/0103-](https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311)

[11042020E311](https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311)

Rede Pq-SMCA – Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. (2023).

Contribuições para o avanço da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Documento

técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool

e outras Drogas do Ministério da Saúde. www.nuppsam.org; www.ciespi.org.br;

www.latesfip.com.br

Reis, L. B., Lima, I. C. S., Sampaio, J. J. C., & Souza, K. C. A. (2024). Demandas e ofertas da

atenção básica em saúde mental infantojuvenil. *Psicologia, Saúde & Debate*, 10(1), 711–728.

<https://doi.org/10.22289/2446-922X.V10N1A43>

Romanholi, A. C., Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2025). Núcleo de saber da psicologia na Atenção

Básica do SUS: estudo documental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45, e281756.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003281756>

Scherer, M. D., Sampaio, J. J. C., Lima, I. C. S., & Souza, K. C. A. (2024). Influência do componente

estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Saúde em Debate*,

Artigo submetido ao periódico “*Psicologia: Ciência e Profissão*” (CFP – ISSN 1982-3703 – Qualis A2 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (09/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

- 48(spe2), e8643. <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28643P>
- Silva, J. F. D., Matsukura, T. S., Ferigato, S. H., & Cid, M. F. B. (2019). Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e18063. <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>
- Souza, T. G. (2022). Saúde mental, álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte: Uma revisão de literatura. *Mental*, 14(26), 1–15. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0008>
- Tavares, J. N. (2022). O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: Desconstruindo saberes e reinventando saúde. *Saúde em Debate*, 44(127), 1176–1188. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012717>
- Telles, N. N., Cruz, N. S., Cardoso, M. M. A., Luz, P. O., Fernandes, H. G. C., & Oliveira, M. A. F. (2024). Perceptions about children and adolescents' mental health crisis intervention: a qualitative systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(11), e00016324. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN016324>
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- Werlang, E. M., Pereira, D. P., & Bett, G. D. C. (2024). Medicalização da infância, fracasso escolar e conselho tutelar: uma análise histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, 29, e55625. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i0.55625>

Artigo 4 – Itinerários terapêuticos e saúde mental infantojuvenil: revisão de escopo de estudos brasileiros

Therapeutic itineraries and child and adolescent mental health: a scoping review of brazilian studies

Iagor Brum Leitão (Universidade Federal do Espírito Santo)

leitao.iagor@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>

Luziane Zacché Avellar (Universidade Federal do Espírito Santo);

luzianeavellar@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>

Nota:

Artigo submetido ao periódico “*Revista de Saúde Mental e Subjetividade*” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia), e está em processo de avaliação por pares.

O texto do artigo corresponde integralmente à versão aprovada pela revista, e segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

RESUMO

Revisão de escopo sobre Itinerários Terapêuticos de crianças e adolescentes em busca de cuidado saúde mental no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O banco final incluiu 10 publicações: sete artigos e três dissertações de mestrado. Os dados foram analisados através de planilha estruturada e análises léxicas foram realizadas por meio do software IraMuTeQ. Os itinerários percorridos e os motivos que impulsionam a busca por cuidados foram diversos. O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) foi considerado principal local de confiança e suporte. As maiores barreiras encontradas foram a alta rotatividade de profissionais, recursos limitados e deficiências no sistema de urgência. A pesquisa aponta para a necessidade de mais estudos sobre o tema, especialmente em municípios menores os quais não dispõem de CAPSij.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico; Saúde mental; Criança; Adolescente.

Artigo submetido ao periódico “*Revista de Saúde Mental e Subjetividade*” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

ABSTRACT

This scope review examines the therapeutic itineraries of children and adolescents seeking mental health care within the Brazilian Unified Health System (SUS). The final sample comprised 10 publications: seven articles and three master's dissertations. Data were analyzed using a structured spreadsheet, and lexical analysis was conducted using IraMuTeQ software. The diverse itineraries and motivations driving the search for care were explored. The Child and Youth Psychosocial Care Center (CAPSij) emerged as the primary site of trust and support. Key barriers identified include high staff turnover, limited resources, and deficiencies in the emergency care system. This research highlights the need for further investigation into this topic, particularly in smaller municipalities lacking CAPSij facilities.

Keywords: Therapeutic itinerary; Mental Health; Child; Adolescent.

RESUMEN

Esta revisión de alcance examina los itinerarios terapéuticos de niños y adolescentes que buscan atención de salud mental dentro del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. La muestra final incluyó 10 publicaciones: siete artículos y tres disertaciones de maestría. Los datos fueron analizados mediante una hoja de cálculo estructurada, y el análisis léxico se realizó con el software IraMuTeQ. Se exploraron los diversos itinerarios y motivaciones que impulsan la búsqueda de atención. El Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil (CAPSij) surgió como el principal lugar de confianza y apoyo. Las principales barreras identificadas incluyen la alta rotación de personal, los recursos limitados y las deficiencias en el sistema de atención de urgencia. Esta investigación destaca la necesidad de seguir investigando este tema, particularmente en los municipios más pequeños que carecen de instalaciones CAPSij.

Palabras clave: Itinerario terapéutico; Salud mental; Niño; Adolescente.

INTRODUÇÃO

Itinerários terapêuticos (IT) são conceituados como todas as trajetórias percorridas por indivíduos e populações em busca de soluções para problemas de saúde. No Brasil, estudos sobre IT têm se expandido, abrangendo diferentes grupos populacionais e demandas, incluindo pessoas com dores crônicas (Rodriguez et al., 2021), em situação de rua (Coldibeli et al., 2023), crianças com deficiências (Farias et al., 2022), pessoas transgênero (Oliveira et al., 2022), que tentaram suicídio (Santos et al., 2022), entre outros.

Dentre os diversos grupos investigados, destaca-se a relevância dos estudos de IT crianças e adolescentes com demandas de cuidado em saúde mental. Trata-se de um segmento crucial de pesquisa, particularmente porque, apesar da existência de uma política brasileira de Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) iniciada a partir dos anos 2000 (Brasil, 2002; 2005; 2014), essa área ainda enfrenta subfinanciamento e baixa prioridade na agenda da saúde pública (Cruz, Gonçalves, & Delgado, 2020; Silva & França, 2022)

No âmbito da SMIJ, pesquisas sobre itinerários terapêuticos contribui para orientar as ações de gestores na estruturação da rede de cuidados ao mapear os percursos de acesso e as percepções sobre a qualidade dos serviços. Essa análise é essencial para aprimorar o acesso, qualificar e sustentar ações em rede.

Pelo exposto, essa revisão busca analisar estudos brasileiros sobre itinerários terapêuticos de crianças, adolescentes e suas famílias em busca de cuidado em saúde mental. Os objetivos específicos são: (1) caracterizar metodologicamente os estudos, descrevendo abordagens, técnicas de coleta e análise de dados; (2) identificar os principais fatores que motivam a busca por cuidado em SMIJ; (3) mapear os diferentes caminhos percorridos; e (4) identificar fatores facilitadores e barreiras que influenciam o acesso e a continuidade do cuidado.

1. METODOLOGIA

1.1 Estratégias de busca e fontes de informações

Esta revisão de escopo seguiu os critérios atualizados do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). A questão norteadora, “Quais são os itinerários terapêuticos de crianças, adolescentes e suas famílias na busca por cuidado em saúde mental no Brasil?”, foi estruturada pela metodologia *Population, Concept e Context* (PCC) (Santos et al., 2007), definida como:

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Population (P) – crianças, adolescentes e suas famílias em busca de cuidado em saúde mental; *Concept* (C) – itinerários terapêuticos; *Context* (C) – sistemas formais e informais de cuidado em SMIJ no Brasil.

As buscas foram realizadas em maio de 2024 na Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), SciELO e Google Scholar, utilizando as seguintes combinações de descritores: “(Itinerário terapêutico) AND (criança) OR (adolescente)”; “(Itinerário terapêutico) AND (Saúde mental infantojuvenil) OR (Atenção psicossocial infantojuvenil)”; “(Itinerário terapêutico) OR (Acesso aos serviços de saúde) AND (Saúde mental infantojuvenil)”.

1.2 Seleção dos estudos

Para a gestão e triagem dos registros, utilizou-se o *software* Zotero® para remoção de duplicatas. Em seguida, os resumos foram analisados conforme os critérios de elegibilidade: (1) artigos, teses e dissertações, sem restrição de ano ou idioma; (2) estudos sobre itinerários de crianças e adolescentes com transtornos mentais, sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de substâncias; e (3) pesquisas realizadas no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.3 Extração e análise de dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos em uma planilha estruturada com: (1) autoria e ano, (2) população estudada, (3) local do estudo, (4) coleta e (5) análise de dados, (6) qualis do periódico (2017-2020), (7) motivos da busca por cuidado em SM, (8) fatores que influenciam o acesso e a continuidade do cuidado e (9) locais frequentados no processo de busca e tratamento.

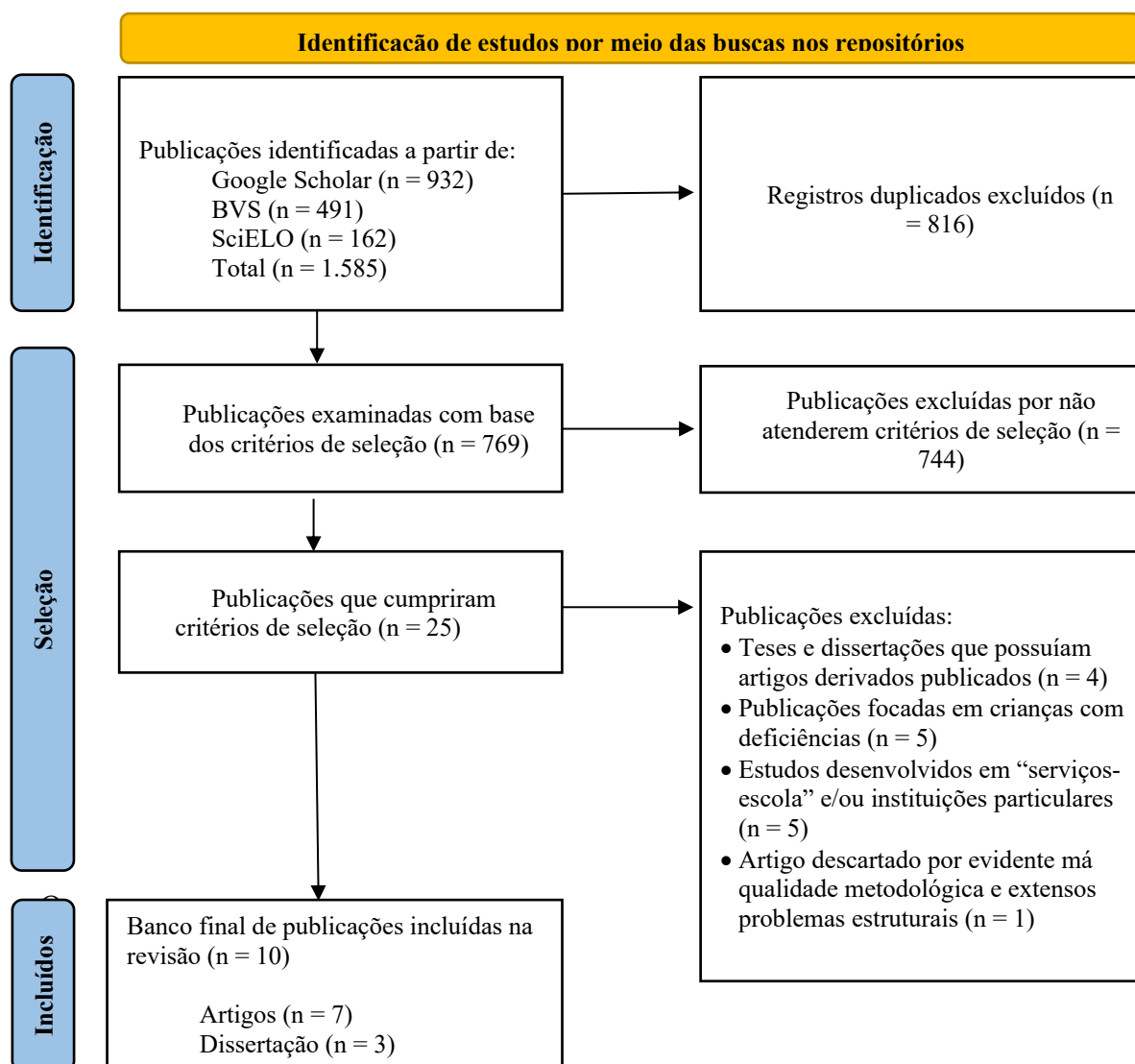
Além da análise descritiva, foi realizada uma análise léxica utilizando o IRaMuTeQ. A “Análise de Similitude” identificou co-ocorrências entre palavras com base na teoria dos grafos, gerando uma “árvore máxima” que representa as conexões entre os termos centrais. O corpus analisado foi composto pelos resumos, resultados e conclusões dos estudos revisados, excluindo as referências bibliográficas para preservar apenas as contribuições originais. Os textos selecionados foram consolidados em um único documento, conforme as diretrizes do software (Camargo & Justo, 2013).

2. RESULTADOS

O processo de busca e seleção dos estudos é detalhado na Figura 1.

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Figura 2. Fluxograma de seleção de publicações, adaptado do modelo PRISMA.



O Quadro 1 apresenta os estudos, destacando a autoria e ano de publicação, população estudada, localidade, procedimentos de coleta e análise de dados, e Qualis do periódico científico (quadriênio 2017-2020).

Quadro 1. Caracterização metodológica dos estudos incluídos na revisão em ordem cronológica decrescente de publicação.

Autoria (ano)	População estudada	Local do estudo	Coleta de dados	Análise de dados	Qualis
Pereira et al. (2023)	04 Adolescentes com histórico de internação psiquiátrica por dependência	Municípios do interior de SP, populações de 240 mil e 44 mil habitantes	Ficha de caracterização socioeconômica do usuário e	Análise de conteúdo de Bardin	B1

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

	química, em atendimento nos CAPSad		família, entrevista semiestruturada		
Pegoraro & Vicentin (2023)	8 adolescentes com histórico de tentativa de suicídio, internados em leito psiquiátrico de hospital	Município de MG; população não especificada	Entrevista semiestruturada	Análise temática de Clarke	A2
Paz et al. (2022)	12 familiares cuidadores de crianças/adolescente s em atendimento em um CAPSij	Região Norte do DF; população não especificada	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo de Bardin	B2
Liberal (2022)	29 familiares de Crianças e adolescentes em atendimento no CAPSij e 9 familiares de usuários que abandonaram o tratamento	Maceió (AL); população 1,025 milhão de habitantes	Questionário sociodemográfico e entrevista aberta com uma questão disparadora	Análise de conteúdo de Bardin e uso do software Atlas.ti versão 9	Não se aplica
Lima (2020)	10 famílias de 11 crianças em tratamento um CAPSij	Sobral (CE); população de 210 mil habitantes	Entrevista semiestruturada	Referencial fenomenológ ico de Husserl	Não se aplica
Rossi et al. (2019)	5 adolescentes, vinculados a um CAPSij	Município de interior e de médio porte (SP); população de 250 mil habitantes	Questionário sociodemográfico e entrevista aberta com temas disparadores	Análise de conteúdo de Bardin	A1
Massarente et al. (2019)	4 familiares usuárias de CAPSij e 6 profissionais de CAPSij	Campinas (SP); população de 1,139 milhão de habitantes	Entrevistas em profundidades com as famílias, Grupo focal com profissionais de dois CAPSij, e Coleta em prontuários	Triangulação de dados	B3

Delfini et al. (2017)	9 familiares de crianças atendidas em CAPSij	Município de médio porte (SP); população de 450 mil habitantes.	Observação participante, Grupo focal,	Referencial da Análise Institucional de Lourau	A1
Pereira et al. (2014)	3 adolescentes com histórico de sofrimento psíquico grave, usuários de um CAPSij e 5 profissionais do CAPSij	Município na Região Metropolitana do RJ	Relatos orais com os adolescentes e Entrevistas semiestruturadas com os profissionais	Referencial psicanalítico de Kaës	A1
Pacheco (2009)	8 cuidadores “informais” de crianças ou adolescentes usuários de dois CAPSij	São Paulo (SP); população de 12,33 milhão de habitantes	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo de Bardin	Não se aplica

Fonte: dados da pesquisa.

Os estudos foram predominantemente realizados na região Sudeste, com pesquisas em São Paulo (Pereira et al., 2023; Rossi et al., 2019; Massarente et al., 2019; Delfini et al., 2017; Pacheco, 2009), Minas Gerais (Pegoraro & Vicentin, 2023) e Rio de Janeiro (Pereira et al., 2014). No Nordeste, as pesquisas ocorreram em Alagoas (Liberal, 2022) e Ceará (Lima, 2020); e na região Centro-Oeste, no Distrito Federal (Paz et al., 2022). Não foram encontrados estudos nas regiões Norte e Sul do Brasil.

Quanto aos itinerários estudados, prevaleceram os de crianças e adolescentes atendidos e referenciados em CAPSij (Paz et al., 2022; Liberal, 2022; Rossi et al., 2019; Massarente et al., 2019; Delfini et al., 2017; Pereira et al., 2014; Pacheco, 2009). Um estudo foi conduzido com adolescentes que foram internados em leitos psiquiátricos e ou hospitais gerais para tratamento de dependência química, mas que estavam referenciados em CAPSad (Pereira et al., 2023), e outro com adolescentes que tentaram suicídio e estavam referenciados em hospital geral (Pegoraro & Vicentin, 2023).

A maioria dos participantes foi composta por familiares, mas também houve cuidadores informais (Pacheco, 2009) e profissionais do CAPSij (Massarente et al., 2019; Pereira et al., 2014). Quatro estudos coletaram dados diretamente de entrevistas com usuários,

especificamente adolescentes (Pereira et al., 2023; Pegoraro & Vicentin, 2023; Rossi et al., 2019; Pereira et al., 2014).

O Quadro 2 descreve os principais fatores que impulsionam a busca por cuidado em SMIJ, mapeia os diferentes itinerários percorridos e identifica fatores facilitadores e barreiras que influenciam o acesso e a continuidade do cuidado.

Quadro 2. Caracterização dos fatores impulsionadores e dinâmicas do processo de busca por cuidados em saúde mental infantojuvenil dos estudos incluídos na revisão em ordem cronológica decrescente.

Autores (ano)	Motivos para busca	Locais frequentados	Fatores facilitadores para o cuidado	Barreiras que influenciaram o acesso/continuidade do cuidado
				Determinações judiciais para internações
		CAPSad		Experiências e desafios durante a internação (ausência de atividades significativas, confinamento, insegurança em relação a outros internos, sensação de cumprir pena, tendo única meta a desintoxicação);
Pereira et al. (2023)	Uso precoce e problemático de múltiplas substâncias; maconha como a mais prevalente, seguida por LSD, cocaína, lança-perfume e ecstasy.	Internações hospital psiquiátrico (compulsória e involuntária); Internação em enfermaria psiquiátrica (voluntária).	Alguns dos profissionais do CAPSad capazes de fornecer suporte psicológico, autoconsciência de dano associado ao uso de SPA e a construção de uma nova rotina.	Expectativa sobre o “sucesso do tratamento” recaindo unicamente sobre esses adolescentes;
				Adolescentes não se encontram plenamente inseridos no serviço ou acolhidos e atendidos pela rede como um todo.
Pegoraro & Vicentin (2023)	Históricos de comportamentos suicidas,	Escolas, psicólogos(as) da rede particular; UBS, CAPSij,	CAPSij descrito pelos adolescentes como o local com maior	Perda de vínculo com profissionais que saíram dos serviços (UBS e CAPSij);

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

	incluindo tentativas.	UPA, Hospital Geral e SAMU.	potencial para ajudá-los.	Abordagem inadequada em serviços de urgências, como UPA e hospitais: sem investigar ideação suicida ou rede de apoio, abordagem sem o respeito devido e julgamento moral; Ambientes de internações vistos como sufocantes: ciclo “dormir-medicar”.
Paz et al. (2022)	Manifestação de comportamentos distintos de outras crianças, ocasionando preocupação familiar e dificuldades na escola, como inquietação excessiva, problemas de sono e atraso no desenvolvimento.	CAPSij; Igrejas; Locais para praticar esporte; Consultas agendadas em serviços especializados (Policlinicas), atendimento psicológico filantrópico, serviços hospitalares (públicos e privados).	Melhoria na experiência terapêutica ao acessar o CAPSij, com relatos positivos sobre atendimento; Atividades no CAPSij: oficinas de artesanato e pintura, atividades recreativas e culinárias, sessões de filmes, esportes.	Falta de laudo médico conclusivo impede acesso a ações para garantir direitos da criança/adolescente; Uso da rede privada para exames laboratoriais e de imagem necessários ao diagnóstico, gerando processos de cuidados fragmentados.
Liberal (2022)	Percepção de comportamento considerado “anormal”; Sintomas externalizantes, como heteroagressividade, autoagressividade, hiperatividade, atraso no	UBS, CAPSij e Policlinicas	Esforço do CAPSij para tratamento integral e humanizado, apesar das dificuldades relacionadas à infraestrutura e sobrecarga de demanda, por ser o único do Estado.	Escassez de vagas para atendimentos especializados; Sobrecarga do cuidador, somado a dificuldades financeiras; Oficinas terapêuticas limitadas a 1/3 da necessidade devido a restrições estruturais e de pessoal.

	desenvolvimento psicomotor.			
Lima (2020)	Atrasos no desenvolvimento, TDAH, agressividade, hiperatividade, esquizofrenia e autismo.	CAPSij, CAPSad, CRAS, pediatras de UBS, neurologistas de Policlínicas, Serviços de Psicologia Aplicada de Universidades, fonoaudiólogos, incluindo encaminhamentos de outros municípios.	Equipe do CAPSij considerada como produtora de atendimentos de qualidade, mesmo com a infraestrutura e falta de espaço adequado para crianças.	Sobrecarga do cuidador; Demandas de laudos para escola receber incentivo para educação especializada; CAPSij como único dispositivo da rede de saúde mental que realiza ações multidisciplinares para crianças.
Rossi et al. (2019)	Confusão mental, angústia, inferioridade, baixa autoestima, medo, descontrole, impulsividade, comportamentos suicidas.	CAPSij UPA; UBS e CAPS III.	Presença de amigos e família confiáveis que oferecem suporte emocional, especialmente durante momentos de crise; CAPSij, proporcionando apoio significativo e ajudando na resignificação da crise.	Percepção de que a crise é uma questão pessoal, levando a uma resistência em buscar ou aceitar ajuda externa. Relacionamentos familiares problemáticos e violentos que exacerbam o sofrimento psíquico e impedem o acesso efetivo ao cuidado; Adesão à medicação e à percepção de seu uso, muitas vezes visto de maneira negativa pelos adolescentes.
Massarente et al. (2019)	Psicoses, uso de álcool e outras drogas.	Abrigo, Escola, CAPSij, CRAS, Hospital Geral, Padre; APAE e UBS.	Confiança na capacidade suporte do CAPSij em situações de crise; Alguns membros da família, em sua maioria	Inconstância no atendimento na UBS devido à alta rotatividade de profissionais; Inconstância da AB na articulação com o CAPSij

			mães, servindo como fontes de apoio;	devido à frequente troca de gestão e profissionais;
			CAPSij contribuindo para vinculação em serviços de saúde, assistência, proteção e direitos.	Falta de recursos, tais como equipamentos, recursos humanos, e a falta de medicamentos nas unidades.
				Minimização inicial dos problemas por médicos pediatras;
Delfini et al. (2017)	Percepção familiar de dificuldades na fala e comportamento (choro, insônia, agitação).	UBS para avaliação pediátrica, CAPSij, especialistas em Policlínicas, especialistas da rede privada, serviços públicos e privados de cidades vizinhas.	Acolhimento e apoio no CAPSij, proporcionando conforto e escuta efetiva.	Dificuldade em encontrar especialistas e filas de espera; Respostas imprecisas e encaminhamentos desimplicados;
				Insuficiência de recursos estruturais e humanos.
				Desafios logísticos e de infraestrutura no CAPSi, incluindo falta de espaço e recursos limitados;
Pereira et al. (2014)	Crises recorrentes, alterações súbitas de comportamento, insônia e comportamento agressivo.	Igreja, Hospital Geral, CAPSij para acompanhamento psiquiátrico e psicológico mais consistente, Especialistas em Policlínicas.	Vínculos significativos estabelecido psicóloga no CAPSij; Suporte medicamentoso e psiquiátrico adequado em momentos de crise.	Falta de flexibilidade na agenda do CAPSij para lidar com crises urgente; Experiências negativas e conturbadas durante internações hospitalares, incluindo contenção física e desatenção.
Pacheco (2009)	Irritabilidade, agitação, choro excessivo, fobias, agitação, problemas de fala	Especialistas em Policlínicas, CAPSij, psicólogos(as), fonoaudiólogos(a)	CAPSij como único serviço contendo uma equipe integrada de profissionais em SMIJ.	Dificuldades em conseguir vaga para especialidades como fonoaudiologia e neurologia;

e aquisição de linguagem, isolamento social.	s) e neurologistas do setor privado, UBS; Hospital Geral e Hospital de Clínicas.	Encaminhamentos de um profissional para outro da mesma especialidade, provocando insatisfação e insegurança em relação ao tratamento;
		Poucos profissionais ofertando para atendimento específico ao público infantil com necessidades em saúde mental;
		Excesso de encaminhamentos, referências e contrarreferências.

Fonte: dados da pesquisa.

A busca por ajuda foi motivada por diversos fatores, como o uso precoce e problemático de substâncias, comportamentos suicidas e situações de crise. No entanto, os sinais de problemas de comportamento e desenvolvimento, como agressividade, impulsividade, irritabilidade e agitação psicomotora, foram os principais motivadores. Suspeitas de quadros psiquiátricos, como psicoses, autismo, TDAH, fobias e problemas de linguagem, também impulsionaram a busca por auxílio.

As principais barreiras ao acesso e à continuidade do cuidado foram a inconstância no atendimento, excesso de encaminhamentos e contrarreferenciamentos, dificuldades de acesso aos serviços devido à escassez de profissionais e vagas, e a falta de recursos humanos e estruturais (Pereira et al., 2023; Liberal, 2022; Lima, 2020; Rossi et al., 2019; Massarente et al., 2019). No sistema de urgência, abordagens estigmatizantes, especialmente em casos de comportamento suicida e uso de substâncias, prejudicaram o vínculo e a confiança no sistema de saúde (Pereira et al., 2023; Pegoraro & Vicentin, 2023; Pacheco, 2009). A judicialização das internações (Pereira et al., 2023), a percepção negativa sobre medicações (Pegoraro & Vicentin, 2023), a falta de flexibilidade para lidar com crises urgentes (Rossi et al., 2019) e a sobrecarga dos cuidadores também dificultaram a vinculação dos usuários aos serviços (Delfini et al., 2017; Pegoraro & Vicentin, 2023)

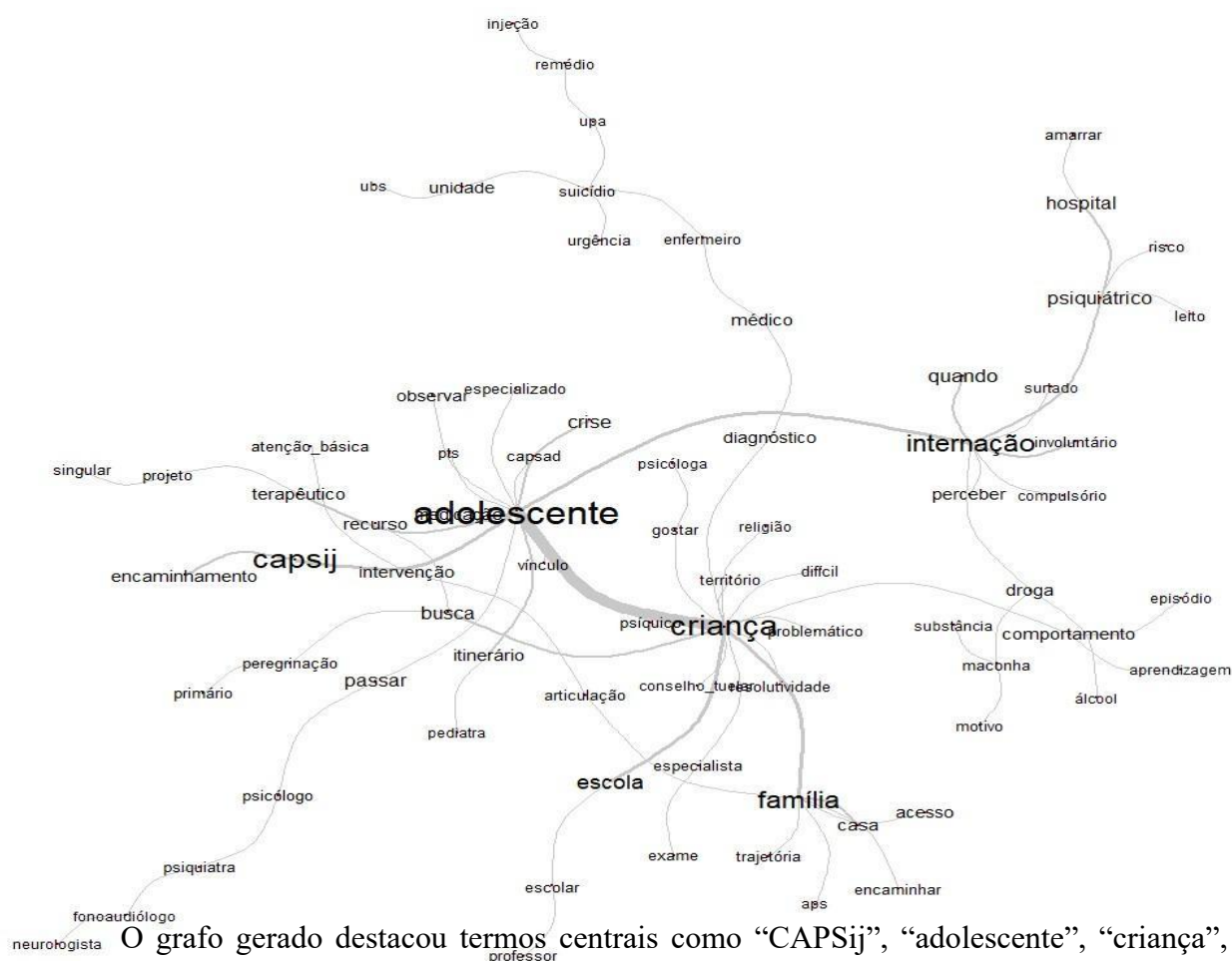
Os fatores facilitadores para o cuidado incluíram, predominantemente, a atuação dos CAPSij, que foram percebidos pelos participantes como locais mais acolhedores e responsivos. Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

A confiança no atendimento oferecido por esses serviços foi destacada, mesmo diante das algumas limitações estruturais. Em diversos relatos, atividades terapêuticas, como oficinas, sessões de filmes e esportes, contribuíram para a criação de um ambiente mais acolhedor e estimulante, favorecendo o vínculo terapêutico e a continuidade do cuidado (Pacheco, 2009; Pereira et al., 2014; Delfini et al., 2017; Massarente et al., 2019; Rossi et al., 2019; Paz et al., 2022).

2.1 Análise léxica: trajetórias percorridas na busca pelo cuidado em saúde mental infantojuvenil

A Figura 2 apresenta o grafo resultante da análise de similitude.

Figura 2. Grafo de similitude gerado pelo software IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual formado por segmentos de textos extraídos dos resumos, resultados e conclusões dos artigos, excluindo-se parágrafos com referências bibliográficas, dos estudos incluídos.



Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

relevância dentro da estrutura do corpus. Dentre os diversos serviços mencionados, como “APS”, “CAPSad”, “hospital”, “atenção básica”, “UBS” e “UPA”, o termo “CAPSij” se destacou como o mais significativo.

O grafo também evidenciou algumas das trajetórias mais comuns percorridas pelos usuários e suas famílias: “adolescente → passar → psicólogo → psiquiatra → fonoaudiólogo → neurologista”, refletindo o caminho típico seguido ao buscar cuidados SMIJ, envolvendo uma rede especialistas. Outra conexão relevante foi: “criança → diagnóstico → médico → enfermeiro → suicídio → urgência → UPA → remédio → injeção”, que ilustrou os atendimentos em contextos de crise e tentativas de suicídio, com destaque para medidas de estabilização. Por sua vez, a sequência “internação → quando → surtado → involuntário → compulsório → droga → álcool → psiquiátrico → risco → leito → hospital → amarrar” sublinhou os itinerários associados a situações de surtos e uso abusivo de substâncias psicoativas, destacando a natureza muitas vezes involuntária e compulsória das internações e o frequência de medidas de contenção física.

3. DISCUSSÃO

3.1 Cenário para as pesquisas itinerários terapêuticos em SMIJ: usuários que estão em atendimento no CAPSij

Estudos que tomam a situação da SMIJ brasileira como problema de pesquisa têm sido publicados cada vez em maior número. No entanto, a análise temporal da produção científica sobre IT em SMIJ revelou maior concentração de publicações recentes (2020-2023). Esta atualidade pode sugerir respostas às lacunas de conhecimento existentes no âmbito da SMIJ, especificamente acerca das interações entre as famílias, usuários e os serviços de saúde.

No entanto, conforme indicado, foi predominante os estudos sobre IT concentrados em usuários em atendimento no CAPSij. Sobre esse dado, três considerações são fundamentais: primeiramente, como um serviço situado no nível secundário da saúde, o CAPSij é frequentemente um dos últimos serviços buscados por famílias ou para onde são mais direcionadas. Assim, tomar os IT de crianças e adolescentes em atendimento no CAPSij aumenta a possibilidade de apreender trajetórias mais amplas, que incluem outros locais frequentados e intervenções já tentadas.

Em segundo lugar, a maioria das pesquisas em serviços de SMIJ é produzida por grupos associados a programas de pós-graduação, frequentemente localizados em capitais ou regiões

metropolitanas (Leitão, Constantinidis, & Avellar, 2019). Essa localização favorece estudos em grandes centros urbanos, onde a presença de CAPSij é mais provável, o que faz desse serviço um cenário estratégico para pesquisas sobre cuidados em SMIJ em geral.

Finalmente, uma crítica pertinente: apesar do papel vital do CAPSij na rede de cuidados em SMIJ, a ausência de estudos sobre IT que tomam casos referenciados em serviços da Atenção Básica (AB), pode indicar uma lacuna importante. Em teoria, ser a principal porta de entrada para o SUS não reduz a riqueza ou a complexidade dos IT em SMIJ que este nível de atenção pode proporcionar, inclusive com casos que envolvem colaboração com serviços especializados como o CAPSij. Nesse sentido, a ausência pode refletir as frequentes dificuldades desse nível em se reconhecer como um espaço de cuidado em SMIJ, como amplamente documentado pela literatura, o que, por consequência, contribui para os desafios da própria AB em se constituir como um cenário acessível e prático para a realização de pesquisas nessa área.

Desde 2011, foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado para pessoas com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dentro do escopo de responsabilidade do SUS³⁰. No contexto do cuidado em SMIJ, são enfatizados os seguintes pontos de atenção: ESF, UBS, equipes de Consultório na Rua (eCR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), CAPSij e os serviços de urgência, emergência e hospitalares. Integram-se a essa rede os serviços de assistência e proteção, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Unidades de Acolhimento (Abrigos e Casa-Lar) e o Conselho Tutelar.

Todos esses serviços têm o dever de zelar pelos direitos das crianças e adolescentes e representam a obrigação política do Estado Democrático de Direito de cuidar de seus cidadãos. Além disso, devem acolher todas as famílias e instituições que buscam apoio em nome de Crianças e adolescentes, ouvir suas problemáticas e proceder pelo menos de três formas possíveis: absorver o caso para acompanhamento interno, incidir sobre a demanda quando não se configura diretamente para esse serviço mas ainda requer atenção da Rede, ou encaminhar o caso de maneira implicada e corresponsável, assegurando que o serviço inicialmente responsável pelo caso mantenha a supervisão até que o atendimento seja efetivado em outro serviço (Brasil, 2005; 2014).

3.2 Prevalência de abordagens qualitativas nos estudos de IT de SMIJ

A predominância de abordagens qualitativas nos estudos sobre intervenções terapêuticas (IT) para crianças e adolescentes no campo da saúde mental é amplamente apoiada por uma revisão anterior mais abrangente, que identificou 50 estudos, todos qualitativos, sendo 40 deles com entrevistas como principal método de coleta de dados (Demétrio et al., 2019). É importante observar que IT não é uma metodologia de pesquisa, mas sim um objeto de estudo, amplamente entendido como as trajetórias percorridas pelos indivíduos na busca por cuidados, envolvendo uma gama diversificada de planos, representações e atitudes humanas (Cristino et al., 2024). Nesse contexto, a abordagem qualitativa se mostra mais adequada, pois permite uma compreensão aprofundada das relações, crenças, percepções e subjetividades que permeiam as experiências dos indivíduos durante seus percursos de cuidado (Minayo, 2007).

Por outro lado, pesquisas quantitativas poderiam indicar melhor a prevalência e os padrões de utilização de serviços de saúde de determinadas populações, assim como fatores associados à descontinuidade do cuidado. Para tanto, tais pesquisas poderiam ser do tipo documental, analisando prontuários, ou ainda a partir de questionários aplicados a um maior número de participantes, proporcionando inferência estatística.

3.3 Fontes de informação para construção de IT em SMIJ

A produção de conhecimento em SMIJ frequentemente depende de informações fornecidas por terceiros, como familiares, cuidadores informais, profissionais de serviços de saúde e prontuários (Leitão et al., 2019). Embora essas fontes ofereçam perspectivas importantes, a participação direta de crianças e adolescentes em estudos sobre SMIJ é relativamente rara. Quando ocorre, a maioria dos estudos envolve a participação de adolescentes, refletindo as complexidades do engajamento de crianças mais novas em pesquisas (Cristino et al., 2024).

A participação de crianças em estudos em estudos de SMIJ é particularmente desafiadora devido às dificuldades em aplicar metodologias tradicionais, como entrevistas e questionários, especialmente entre aquelas com transtornos mentais graves ou em idades mais precoces. Para captar de forma autêntica as experiências e perspectivas dessas crianças, é necessário adaptar os métodos de pesquisa, utilizando abordagens sensíveis e frequentemente criativas (Oliveira, Muylaert, & Reis, 2012).

Um exemplo recente de adaptação metodológica foi o uso de grupos focais em um estudo que analisou as percepções de 14 crianças e adolescentes, com idades entre 5 e 18 anos,

sobre sua experiência nos serviços de saúde mental. Divididos em três grupos – crianças da ESF, crianças do CAPSi_j e adolescentes do CAPSi_j –, foram usados disparadores como desenhos e imagens para estimular a expressão de sentimentos e experiências. Os resultados indicaram que as crianças valorizavam especialmente as atividades lúdicas e o acolhimento dos profissionais, destacando a atenção positiva recebida nos serviços, contrastando com suas experiências em casa. Os adolescentes, por sua vez, enfatizaram o acolhimento e o suporte emocional como aspectos fundamentais, vendo os serviços como refúgios seguros e espaços de escuta e validação (Reis, Fim, & Cajaiba, 2023).

3.4 A trajetória pelo cuidado em SMIJ: caminhos percorridos, barreiras e facilitadores do cuidado

A trajetória do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) é marcada tanto por facilitadores quanto por desafios, como evidenciado pelos estudos analisados nesta revisão. A busca por cuidados é frequentemente descrita pelos familiares como um processo exaustivo, comparável a uma peregrinação (Delfini et al., 2017; Paz et al., 2022; Liberal, 2022).

Ao longo desse percurso, é comum que crianças e adolescentes sejam encaminhados e reencaminhados entre diferentes serviços, o que dificulta a continuidade e a integração do cuidado. As trajetórias frequentemente envolvem a procura por especialistas como psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras e neurologistas pediátricos, seja em serviços particulares ou de forma fragmentada em policlínicas.

Muitos estudos destacam que, muitas vezes, são as próprias famílias que solicitam os atendimentos especializados, por meio de encaminhamentos direcionados. Nessa lógica, caberia à Rede de Saúde um papel simplificado, de identificar os serviços onde esses profissionais especializados estão disponíveis.

No entanto, a centralização do cuidado em SMIJ em profissionais especializados pode resultar em um modelo de trabalho isolado e predominantemente ambulatorial, o que, por sua vez, contribui para a fragmentação da assistência. Além disso, é importante reconhecer que as famílias frequentemente apresentam suas demandas da maneira que lhes é possível, nem sempre de forma “ideal”. Portanto, cabe às equipes de saúde o papel de (des)construir essas demandas quando simplificadas, atividade que é uma parte fundamental do cuidado em saúde e SMIJ (Brasil, 2014).

Em relação aos fatores facilitadores do cuidado, conforme indicado, os CAPSi_j destacaram-se como os serviços mais proporcionaram escutas qualificadas, apoio e

fortalecimento de vínculos, em comparação com outros serviços como UPAs e hospitais gerais, que enfrentaram dificuldades em proporcionar ambientes acolhedores e sensíveis, resultando em baixa vinculação terapêutica e aumento do desamparo.

Uma recente revisão sobre intervenções em crises SMIJ apontou que internações hospitalares são frequentemente associadas a sentimentos de estigma, isolamento, perda de privacidade e desconexão da vida cotidiana. Embora alguns adolescentes relatem que o ambiente controlado dos hospitais proporciona uma sensação de segurança, muitos destacam que a contenção física ou mecânica foi uma experiência traumática. Além disso, o uso excessivo de medicação como principal recurso terapêutico é alvo de críticas, tanto pelos efeitos colaterais quanto pela limitação de abordagens alternativas que considerem o contexto psicossocial do sofrimento (Telles et al., 2024).

As relações terapêuticas são os principais preditores de resultados positivos no tratamento, independentemente do modelo ou abordagem de intervenção adotados (Hartley et al., 2022). No entanto, esse fator essencial é frequentemente relatado como frágil em diversos serviços de SMIJ ao redor do mundo, sobretudo naqueles que operam em contextos de internação ou em situações de acolhimento voltadas para crises e urgências subjetivas (Mughal & England, 2016).

No contexto brasileiro, apesar de ser o único serviço da RAPS com uma equipe técnica especificamente dedicada ao cuidado da SMIJ, as qualidades destacadas aos CAPSij deveriam estar também presentes nos outros serviços de saúde. Quando a política de SMIJ adota o modelo de atenção psicossocial, sua efetivação não depende apenas da implantação de serviços especializados, mas o comprometimento das gestões e equipes em exercer o cuidado psicossocial de modo cotidiano e intersetorial, intimamente ligado às práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização (Brasil, 2005; 2014).

Barreiras para o cuidado em SMIJ, como a escassez de serviços especializados, tempos de espera e a falta de profissionais capacitados, são comuns globalmente (Kaku et al., 2022). Nos EUA e na Europa, essas barreiras incluem tempos de espera para reembolsos de seguradoras ou autorizações de planos de saúde, impactando diretamente a continuidade do cuidado e o encaminhamento para serviços especializados (O'Brien et al., 2016). No Brasil, as barreiras assumem características próprias, com destaque para o modelo de acesso universal, que garante que crianças e adolescentes sejam acolhidos integralmente e sem discriminação financeira, posicionando o sistema de saúde brasileiro como pioneiro em relação a outros países.

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

Nesse sentido, as barreiras estão mais relacionadas ao déficit de profissionais capacitados em serviços não especializados, à precariedade dos recursos físicos e à qualidade estrutural dos serviços, além da alta rotatividade de profissionais e das disparidades regionais, devido ao tamanho continental do país. Dessa forma, os desafios no Brasil, embora alinhados aos globais, são intensificados pela não linearidade no investimento em sua política pública, que, paradoxalmente, também representa o maior ponto forte para o cuidado em SMIJ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até onde sabemos, esta é a primeira revisão que analisa a produção científica publicada sobre IT de SMIJ no Brasil. Os IT percorridos por crianças, adolescentes e suas famílias são diversos, assim como os motivos que impulsionam a busca por cuidados. Esta diversidade sublinha a necessidade de uma rede de SMIJ flexível e receptiva, capaz de acolher diversas necessidades em saúde mental desta população, em suas dimensões específicas e transversais.

Predominantemente, os CAPSij destacaram-se por sua capacidade técnica, suporte às famílias, oferta de atividades terapêuticas mais diversificadas e que atendem melhor às necessidades do público infantojuvenil, além de serem mais percebidos como ambientes de confiança. Dados como estes reforçam a necessidade de fortalecer e expandir esta política pública. Contudo, é imprescindível que essas qualidades se estendam a outros serviços da RAPS, como UBS, ESF, UPA e hospitais gerais. Isso só será possível com o fortalecimento da política de atenção psicossocial, sustentado por investimentos contínuos e efetivos na qualificação e valorização dos profissionais.

Mais estudos sobre IT em SMIJ devem ser realizados, particularmente focando em municípios de pequeno porte, do interior ou de zona rural, onde a rede especializada em SMIJ é frequentemente limitada ou inexistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 23 de novembro de 2024.

Artigo submetido ao periódico “Revista de Saúde Mental e Subjetividade” (UNIPAC – ISSN: 1679-4427 – Qualis B1 em Psicologia). Está em processo de avaliação por pares até o presente momento (10/06/2025). O texto do artigo segue as normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as) deste periódico.

- Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. MS Editora, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Brasil. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. MS Editora, Brasília. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Camargo B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Coldibeli, L. P., Paiva, F. S. & Batista, C. B. (2023). Itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua: as múltiplas faces do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, v. 35, p. e264738. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v35264738>
- Cristino, J. S., de Farias, A. S., de Melo, L. D. S., Machado, V. A., Sachett, J. & Monteiro, W. (2024). The itinerary of children in search of healthcare: A scoping review and proposal of an explanatory model. *Nursing Inquiry*, v. 31, n. 4, p. e12678. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nin.12678>
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, p. e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Delfini, P. S. D. S., Bastos, I. T. & Reis, A. O. A. (2017). Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00145816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>
- Demétrio, F., Santana, E. R. & Pereira-Santos, M. (2019). O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate*, v. 43, p. 204-221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>

- Farias, A. C., Maia, E. R., Costa, M. S., Moreira, M. R. C., Oliveira, J. D. & Pinto, A. G. A. (2022). Outlining the therapeutic itineraries of children with disabilities in the professional health care subsystem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 3, p. e20210169. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0169>
- Hartley, S., Redmond, T. & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *PLoS One*, v. 17, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262070>
- Kaku, S. M., Sibeoni, J., Basheer, S., Chang, J. P., Dahanayake, D. M. A., Irarrazaval, M. et al. (2022). Global child and adolescent mental health perspectives: bringing change locally, while thinking globally. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 16, n. 1, p. 82. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00512-8>
- Leitão, I. B., Constantinidis, T. C. & Avellar, L. Z. (2019). Produção de conhecimentos sobre o CAPSI entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 10, n. 3, p. 181-205. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3p181>
- Liberal, T. D. S. T. (2022). *O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado em Maceió*. [Dissertação de Mestrado]. Maceió, AL: Universidade Federal de Alagoas. 103 p. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/9646>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Lima, E. S. M. (2020). *Percursos entre saúde mental e infância: a construção de itinerários terapêuticos sob a ótica fenomenológica*. [Dissertação de Mestrado]. Sobral, CE: Universidade Federal do Ceará. 108 p. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54998>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Massarente, D. E. & Onocko-Campos, R. T. (2019). Fluxos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil: compreensão por meio da construção de itinerários. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 11, n. 30, p. 170-191. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v11i30.69710>
- Minayo, M. C. S. (2007). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 1087-1088. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>

- Mughal, F. & England, E. (2016). The mental health of young people: the view from primary care. *British Journal of General Practice*, v. 66, n. 651, p. 502-503. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686629>
- Muylaert, C. J., Rolim, M. L., Zioni, F., Sarubbi, V. & Reis, A. O. (2015). Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, Suppl. 1, p. 45-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00040>
- O'Brien, D., Harvey, K., Howse, J., Reardon, T. & Creswell, C. (2016). Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *British Journal of General Practice*, v. 66, n. 651. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687061>
- Oliveira, P. H. L., Galvão, J. R., Rocha, K. S. & Santos, A. M. (2022). Itinerário terapêutico de pessoas transgênero: assistência despersonalizada e produtora de iniquidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 2, p. e320209. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320209>
- Oliveira, T. G. P., Muylaert, C. J. & Reis, A. O. A. (2012). Crianças como sujeitos na pesquisa: Uma revisão integrativa. *Psicologia Hospitalar*, v. 10, n. 2, p. 02-16. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n2/v10n2a02.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Pacheco, R. P. (2009). *Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo. 186 p. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001808768>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Paz, L. M., da Glória Lima, M., Gussi, M. A. & Cardoso, Â. M. R. (2022). Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 10, n. 1, p. 33-48. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i1.5152>
- Pegoraro, R. F. & Vicentin, M. C. (2023). O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio. *Revista Cocar*, v. 16, p. 1-20. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/6757>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Pereira, M. D. O., Sá, M. D. C. & Miranda, L. (2014). Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cadernos de Saúde*

Pública, v. 30, p. 2145-2154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185113>

- Pereira, N. A., Silva, M. L. D. & Matsukura, T. S. (2023). Adolescentes usuários de substâncias psicoativas: experiências e desafios durante a internação psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, p. e3412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO261434121>
- Reis, L. B., Fim, M. M. S. & Cajaiba, K. S. (2023). Política de saúde mental infantojuvenil: o que dizem as crianças e os adolescentes? In: Avellar, L. Z., Iglesias, A. & Ribeiro Neto, P. M. (Orgs.). *Temas de pesquisa em psicologia e saúde [e-book]*. 1ª ed. Vitória: EDUFES. v. 1, p. 171-195. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/items/3b17d78e-b645-4962-a5dd-d9a6751c1920>. Acesso em 23 de novembro de 2024.
- Rodriguez, J. M., Cabeça, L. P. F. & Melo, L. L. (2021). Therapeutic itinerary of families of children with chronic diseases. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 4, p. e310416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310416>
- Rossi, L. M., Marcolino, T. Q., Speranza, M. & Cid, M. F. B. (2019). Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00125018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 508-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, L. A. & Kind, L. (2022). Itinerários terapêuticos percorridos por pessoas que tentaram suicídio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 38, p. e38412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38412.pt>
- Silva, S. M. P. & França, M. H. (2022). Trabalhando com o mínimo: a saúde mental infantojuvenil no estado da Paraíba. *Revista em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, v. 20, n. 49, p. 142-158. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63445>
- Telles, N. N., Cruz, N. S., Cardoso, M. M. A., Luz, P. O., Fernandes, H. G. C. & Oliveira, M. A. F. (2024). Perceptions about children and adolescents' mental health crisis intervention: a qualitative systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 11, p. e00016324. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN016324>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467-473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Artigo 5 – Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem CAPSij

Child and adolescent mental health: analysis of therapeutic itineraries in a municipality without a CAPSij

Iagor Brum Leitão (Universidade Federal do Espírito Santo)

leitao.iagor@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>

Luziane Zacché Avellar (Universidade Federal do Espírito Santo);

luzianeavellar@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>

Thays Thays Picoli Martins (Centro Universitário Vale do Cricaré)

picolithays@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5413-6220>

Júlia Miloti (Centro Universitário Vale do Cricaré)

juliammeloti@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6133-0064>

Tharssa Karolynie da Silva Negreiros Fernandes (Centro Universitário Vale do Cricaré)

tharssafernandes@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3997-7524>

Notas:

Artigo publicado no periódico “*Cadernos de Saúde Pública*” (Fiocruz – ISSN: 0102-311X – Qualis A1 em Psicologia). Publicado no volume 41, número 1, 2025.

O texto do artigo corresponde integralmente à versão publicada pelo periódico, e segue suas normas de apresentação, formatação e citação conforme as diretrizes para os(as) autores(as).

Resumo

Pesquisas sobre Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) têm sido conduzidas predominantemente em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) ou em regiões equipadas com esses serviços. Visando expandir a compreensão desse campo,

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

este estudo analisou os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes atendidos pelo serviço “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” – localmente conhecido como “Saúde Mental” – em um município de interior e sem CAPSij. Realizamos entrevistas semiestruturadas com doze mães e dois pais, visando compreender as motivações para as buscas por cuidados, os locais percorridos e as experiências durante esse processo. Os dados foram analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente, possibilitada pelo IRaMuTeQ. Quatro categorias foram formadas: (1) detecção inicial de necessidades, (2) motivações para busca de atendimento, (3) dinâmica do serviço e (4) fatores que afetam a continuidade do cuidado. As escolas prevaleceram como as impulsionadoras da busca por cuidados, enquanto as Unidades Básicas de Saúde atuaram mais como pontos de encaminhamento para especialistas. Psicólogos(as) e psiquiatras do “Saúde Mental”, fonoaudiólogos da Policlínica, e neurologistas da rede privada e do Centro Regional de Especialidades foram as especialidades mais frequentadas. A alta rotatividade de profissionais foi tida como a principal barreira ao acesso e à continuidade do cuidado. Ao contrário de outros estudos desenvolvidos em contextos com redes de serviços mais abrangentes, que frequentemente sugerem fortalecer as redes existentes de SMIJ, este estudo destaca a necessidade de construir tais redes desde o início.

Itinerário Terapêutico; Saúde Mental; Criança; Adolescente

Abstract

Research on Therapeutic Itineraries in Child and Adolescent Mental Health (CAMH) has predominantly been conducted in Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSij) or areas equipped with these services. Aiming to broaden understanding in this field, this study analyzed the therapeutic itineraries of children and adolescents cared for by the “Multidisciplinary Mental Health Team” – locally known as “Mental Health” – in a municipality without a CAPSi. We conducted semi-structured interviews with twelve mothers and two fathers to understand their motivations for seeking care, the paths taken, and experiences during this process. Data were analyzed using Descending Hierarchical Classification facilitated by IRaMuTeQ. Four categories emerged: (1) initial detection of needs, (2) motivations for seeking care, (3) service dynamics, and (4) factors affecting continuity of care. Schools were the predominant drivers of care-seeking, while Basic Health Units mainly served as referral points to specialists. Psychologists and psychiatrists from “Mental Health,” speech therapists from the Polyclinic, and neurologists from both private

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

networks and the Regional Specialty Center were the most frequented specialties. High turnover of professionals was identified as the main barrier to access and continuity of care. Unlike other studies in contexts with more comprehensive service networks, which often suggest strengthening existing CAMH networks, this study highlights the need to build such networks from the ground up.

Therapeutic Itinerary; Mental Health; Child; Adolescent

Introdução

A implementação de uma política de Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) no Brasil é recente. Historicamente, as ações direcionadas a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico eram baseadas em práticas institucionalizantes, frequentemente filantrópicas, e que visavam responder aos problemas de pobreza e abandono ¹. O marco legal para garantia de direitos de tem seu início na década de 90, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente ², enquanto o reconhecimento da SMIJ no âmbito das políticas públicas é uma conquista somente iniciada nas últimas duas décadas ^{3,4,5}.

A perspectiva de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos e desejos, sendo, portanto, implicados em sua demanda por cuidado em Saúde Mental (SM), propõe uma ruptura com as práticas que compunham o paradigma dominante na saúde. Esse paradigma tende a ser orientado pela tutela, segregação e, sobretudo, por uma abordagem medicalizante do sofrimento psíquico ⁵.

Apesar dos avanços regulatórios e políticos, a situação da rede para o cuidado em SMIJ tem recebido críticas quanto à insuficiência de serviços e falta de profissionais capacitados e suportados para este tipo de trabalho, de acordo com os preceitos da política, que envolve um cuidado ampliado, corresponsável e intersetorial ⁶. No entanto, estudos na área têm sido crescentes, abrangendo uma variedade de desenhos metodológicos e objetos de análise. Eles analisam o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários atendidos, as ações de cuidado, os processos de trabalho, as potencialidades e os desafios vividos, assim como as barreiras enfrentadas por usuários e familiares durante as buscas pelo cuidado ^{7,8}.

Nesse contexto, destacam-se os estudos sobre Itinerários Terapêuticos (IT). Conceitualmente, referem-se a todos os caminhos percorridos por indivíduos e grupos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde ⁹. Mesmo em municípios que possuem um quantitativo maior de serviços de SMIJ, são identificados problemas no acesso e na

intersetorialidade do cuidado ⁶. Pesquisas indicam que este cenário tende a se acentuar em municípios menores ou do interior ^{10,11}.

Dado o exposto, este estudo analisou os itinerários percorridos por famílias de crianças e adolescentes atendidas pelo serviço “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” – localmente conhecido como “Saúde Mental” – de um município do interior sem CAPSij. Buscou-se entender as motivações para as buscas por cuidados em saúde mental, os locais percorridos e as experiências vividas durante esse processo.

A relevância deste estudo está na aplicação de uma metodologia que permite informar sobre as interações dos familiares com os sistemas de SMIJ, contribuindo com o desenvolvimento de políticas públicas e orientando as ações de gestores. Identificar os caminhos percorridos para o acesso ao cuidado é essencial para favorecer esse acesso, qualificar e sustentar as ações de cuidado em rede, fortalecer essa rede e promover o cuidado territorial. Essa relevância é ainda mais destacada pelo fato de que a maioria das pesquisas sobre IT de SMIJ tem sido conduzida com usuários referenciados por CAPSij ¹², evidenciando uma ausência de estudos sobre IT em regiões que não dispõem de CAPSij.

Método e cenário da pesquisa

Estudo descritivo de abordagem qualitativa conduzido por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi desenvolvido com familiares de crianças e adolescentes que estavam recebendo atendimento no serviço “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental”, localizado no prédio de uma Policlínica de um município do interior de um estado do sudeste do Brasil. O município em questão tem uma população estimada em 130 mil habitantes. Na região, o serviço é popularmente conhecido como “Saúde Mental”.

As “Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental (EQMSM)” são serviços especializados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). São situados no âmbito secundário da saúde, devendo-os considerar a oferta de cuidado individual e grupal, sempre em articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em complementaridade coordenada com os demais serviços de SM no território ¹³.

No município, o “Saúde Mental” está operando desde o ano 2015 e ainda está em processo de habilitação formal pelo Ministério da Saúde. No entanto, compõe a RAPS do município junto com um CAPS I, um CAPSad, 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro Regional de Especialidades (CRE), um Centro de Referência das Juventudes (CRJ), entre outros serviços de saúde, como um Hospital Geral Estadual e um Municipal, uma Unidade de

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

Pronto Atendimento (UPA) e uma Policlínica. Conforme informado pela coordenação do “Saúde Mental”, houve uma pactuação entre os gestores da RAPS em designar a unidade para realização de atendimentos especializados em SMIJ. Quando ocorreu a coleta de dados, entre novembro de 2023 e março de 2024, o “Saúde Mental” alocava atendimentos dedicados às crianças e adolescentes uma vez por semana. Nos outros dias, a equipe atendia preferencialmente adultos com demandas de SM não associadas a condições graves, mantendo assim uma separação entre os diferentes grupos de pacientes. Por configurar o único serviço autodeclarado para o cuidado em SMIJ, o “Saúde Mental” foi escolhido como cenário para esta pesquisa de IT.

Participantes

O critério de inclusão foi: familiar ou cuidador responsável pela criança ou adolescente que estivesse em atendimento no “Saúde Mental” há, no mínimo, um mês. No entanto, ao longo da entrevista, os dados poderiam ser excluídos caso fosse observado que o familiar não possuía conhecimento suficiente do caso para fornecer detalhes sobre os itinerários terapêuticos da criança ou adolescente, bem como informações relevantes sobre seu histórico. Os participantes foram abordados e convidados a participar do estudo durante suas visitas ao serviço. No total, 14 genitores participaram do estudo, sem que houvesse necessidade de exclusão de entrevista de nenhum participante.

Instrumentos, procedimentos de coleta e análise de dados

O roteiro da entrevista foi semiestruturado. Explorou questões sobre as motivações para a busca de cuidados em SMIJ, as trajetórias percorridas por cada família até o acesso ao “Saúde Mental” e os possíveis destinos subsequentes, bem como a experiência vivida durante a busca pelo cuidado. Também contemplou itens sociodemográficos das crianças ou adolescentes em atendimento, como sexo, idade, cor de pele, possíveis diagnósticos ou condições médico-psiquiátricas.

As entrevistas foram conduzidas em salas reservadas do próprio serviço, tiveram duração média de 50 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas. A coleta foi encerrada quando se atingiu a saturação dos dados, indicando que novas entrevistas não forneceriam informações adicionais significativas.

As transcrições das entrevistas foram compiladas em um único *corpus* textual. Análises léxicas foram realizadas por meio do *Interface de R para Análises Multidimensionais de Textos*

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

e *Questionários* (IRaMuTeQ). A primeira técnica de análise utilizada foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que examina as raízes lexicais e o contexto de formação das classes dentro do *corpus*. A CHD emprega o teste qui-quadrado (χ^2) para identificar a força associativa entre as palavras em suas respectivas classes. Após o processamento dos dados, o programa gera um dendrograma que ilustra as classes obtidas ¹⁴.

A segunda análise empregada foi a Análise de Similitude (AS). Diferentemente da CHD, a AS permite a seleção manual de termos específicos do *corpus*, permitindo que o programa trace e exiba graficamente as conexões entre eles. Essa técnica foi utilizada para representar os caminhos tomados por familiares e usuários. Foram selecionados somente termos que indicassem as ações de busca (como “ir”, “buscar”, “procurar”, “encaminhar”), associados aos locais ou profissionais frequentados (como “psicólogo”, “saúde_mental”, “aqui”, “policlínica”, “escola”, “posto”), e relacionados ao que foi procurado nesses locais ou ao que foi conduzido (como “tratamento”, “consulta”, “exame”, “relatório”, “receita”, “laudo”).

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o protocolo CAAE 07556818.3.0000.5542.

Resultados

Participaram das entrevistas 14 genitores de crianças e adolescentes atendidos no serviço “Saúde Mental”, sendo 12 mães e dois pais. Duas mães relataram ter dois filhos cada em atendimento no serviço, totalizando 16 crianças e adolescentes. Conforme descrito no Quadro 1, observa-se que as idades dos usuários variaram de três a 16 anos, com média de 9,56 anos. A maioria era negra ($n = 15$), do sexo masculino ($n = 13$), crianças ($n = 11$) e matriculados no Ensino Fundamental I ($n = 11$).

Entre os diagnósticos psiquiátricos relatados pelos genitores, destacaram-se o TDAH e TEA. Segundo os relatos, sete usuários encontravam-se em processo de investigação diagnóstica, abrangendo principalmente TDAH, TEA e Epilepsia. Outros casos envolviam queixas de baixa autoestima e dificuldades escolares e comportamentais.

Quadro 1. Características sociodemográficas dos participantes.

Participante/Nº	Nº de filhos em atendimento em SM	Sexo do usuário	Idade usuário	Cor de pele do	Escolaridade do usuário	Condição médica/psiquiátrica do usuário e/ou motivo de
-----------------	-----------------------------------	-----------------	---------------	----------------	-------------------------	--

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

				usuário	busca para atendimento em SM	
Mãe 1	2	Ambos do sexo masculino	10 e 7 anos	Ambos pretos	5º ano e 1º ano (Ensino Fundamental I)	Criança de 10 anos: Investigando déficit de atenção e motivo de “crises de ansiedade” Criança de 07 anos: Investigando motivos de inquietação e dificuldades escolares
Mãe 2	1	Masculino	8 anos	Preto	3º ano (Ensino Fundamental I)	Diagnóstico de TDAH e investigação de TEA
Mãe 3	1	Masculino	3 anos	Preto	Pré-escola	Diagnóstico de TEA
Mãe 4	2	Ambos do sexo masculino	Ambos com 7 anos (gêmeos)	Ambos pardos	Ambos no 2º ano (Ensino Fundamental I)	Ambos em Investigação de TDAH
Mãe 5	1	Masculino	6 anos	Preto	Pré-escola	Diagnóstico de TEA e Investigação de TDAH e Epilepsia
Mãe 6	1	Feminino	8 anos	Pardo	3º ano (Ensino Fundamental I)	“Sentimento de inferioridade”
Mãe 7	1	Masculino	12 anos	Preto	7º ano (Ensino Fundamental II)	Investigação de TDAH e TEA
Mãe 8	1	Masculino	10 anos	Preto	5º ano (Ensino Fundamental I)	Diagnóstico de TDAH
Mãe 9	1	Masculino	16 anos	Branco	1º ano (Ensino Médio)	Diagnóstico de TEA e TDAH
Mãe 10	1	Masculino	12 anos	Pardo	6º ano (Ensino Fundamental II)	Diagnóstico de TDAH, e investigação de TEA
Mãe 11	1	Masculino	15 anos	Preto	1º ano (Ensino Médio)	Diagnóstico de TEA e Depressão
Mãe 12	1	Feminino	7 anos	Parda	2º ano (Ensino Fundamental I)	Diagnóstico de TDA
Pai 1	1	Masculino	11 anos	Pardo	5º ano (Ensino Fundamental I)	Diagnóstico de TDAH e TEA
Pai 2	1	Feminino	14 anos	Parda	9º ano (Ensino Fundamental II)	Diagnóstico de “depressão psicótica”

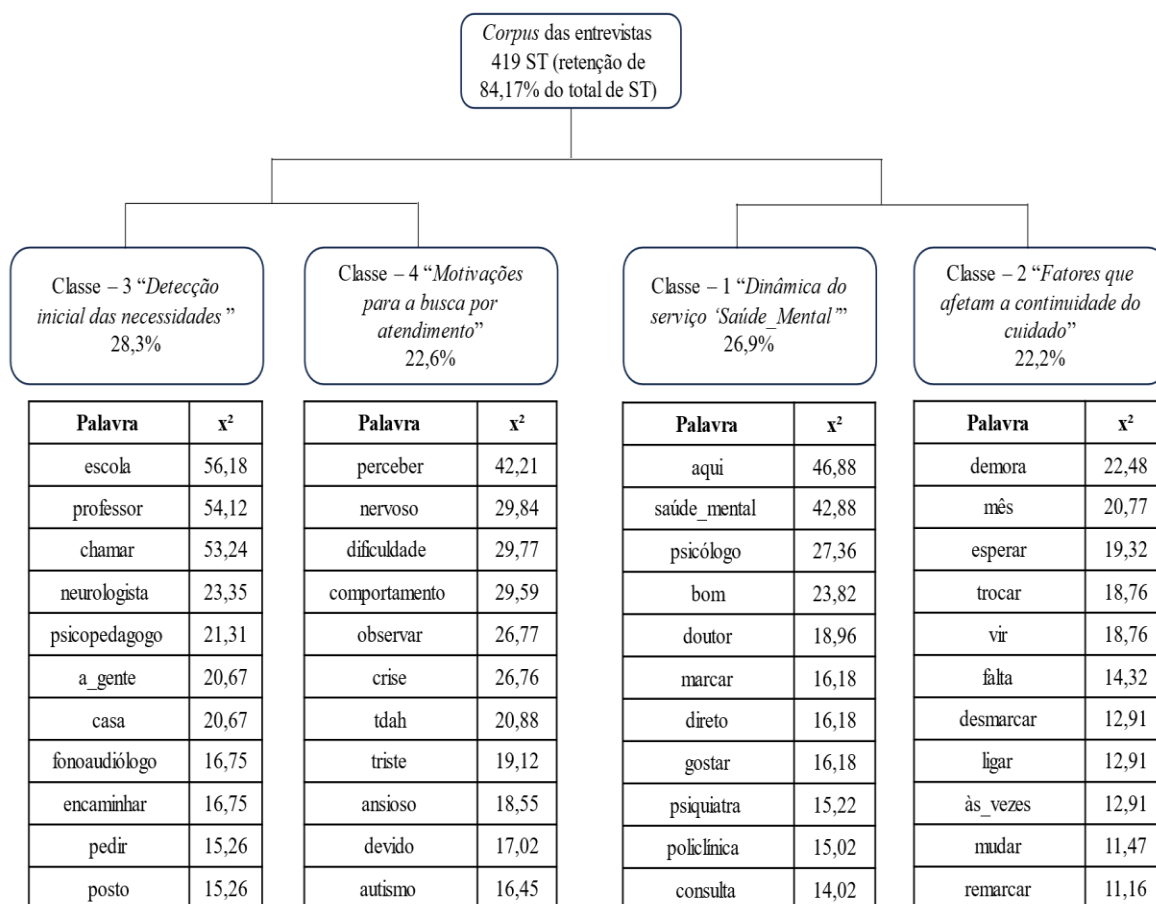
Fonte: Dados da pesquisa.

A CHD formou quatro Classes, conforme apresentado no Dendrograma exibido na Figura 1. O *corpus*, composto por transcrições de 14 entrevistas, incluiu aproximadamente 17 mil palavras e 27 páginas de transcrição. No processo de análise, o *corpus* foi dividido em 498 Segmentos de Texto (ST), dos quais 419 (84,17%) foram retidos para análise pela CHD. Uma análise eficaz utilizando a CHD requer a retenção de, no mínimo, 75% dos ST ¹⁴.

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

A partição à direita resultou nas Classes 1 e 2. Na partição à esquerda, originaram-se as Classes 3 e 4.

Figura 1. Dendrograma editado com base no resultado da análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerado pelo IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual composto pela transcrição das entrevistas com os 14 genitores participantes.



Detecção inicial das necessidades

Começando pela partição à esquerda, a Classe 3, foi intitulada de “*Deteção inicial das necessidades*” e compôs 28,3% dos ST analisados. Agregou termos que indicam as primeiras observações e ações tomadas pelos agentes mais próximos às crianças e adolescentes, geralmente pela escola e família, onde primeiros sinais notados motivaram a busca por atendimentos.

Os termos “*escola*” e “*professor*” indicaram que o ambiente educacional desempenhou papel crucial para a busca por atendimento. “*Chamar*” representou a ação tomada após a observação de sinais tido como preocupantes: chamar a família, designada pela expressão “*a_gente*”, e sugerir a busca por atendimentos especializados. “*Neurologista*”,

“psicopedagoga” e “fonoaudiólogo” representaram alguns dos profissionais sugeridos. No sistema público do município, o profissional neurologista atua no Centro Regional de Especialidades; contudo, devido às longas filas de espera, a maioria dos participantes relatou ter recorrido ao sistema particular, inclusive para realização de exames. O fonoaudiólogo atua na Policlínica do município, e o psicopedagogo foi encontrado tanto nas escolas de origem quanto em serviços privados.

Por sua vez, o termo “*casa*” indicou que determinados sinais também foram observados pela própria família. Já o termo “*posto*” se referiu à participação das UBS no processo, como locais buscados pela família para “*pedir*” encaminhamentos para especialistas.

“Por conta da escola eu fui procurar o especialista, porque a professora, nas reuniões, falou assim: ‘talvez ele precise de um fonoaudiólogo, que vai passar algumas atividades de concentração, essas coisas assim’” (Mãe 1).

“A própria escola pediu para estar investigando, ele já passou pelo neurologista e agora na verdade ele precisa passar pela fonoaudióloga, pois tem problema na dicção também, na fala” (Pai 1).

“Foi de lá do postinho que eu vim, que eu fui primeiro na pediatra já nesse sentido de falar que ela precisava desse encaminhamento, e depois eu já vim para aqui [serviço ‘Saúde Mental’]” (Mãe 6).

Motivações para busca de atendimento

A Classe 4, denominada “*Motivações para busca de atendimento*”, representou 22,6% dos ST. Destacaram-se os termos “*nervoso*”, “*comportamento*”, “*dificuldade*”, “*crise*”, “*autismo*”, “*ansioso*” e “*tdah*”, os quais apareceram associados aos sinais observados que mais conduziram os familiares a procurarem atendimento em SMIJ.

“É porque ele tem algumas dificuldades mentais. Na escola mesmo, ele tem dificuldade de aprendizagem, não consegue desenvolver as coisas e tudo tem que passar pela professora” (Pai 1).

“E aí na escola começaram a me questionar sobre o comportamento dele, com alguns comportamentos fora do comum, e aí passei a procurar” (Mãe 5).

“Eu não pensava que era autismo, aí quando eu fui no psiquiatra, muito atencioso com a gente, ele pegou e falou comigo que ele iria ser uma criança especial e que tudo indicava que era um autismo” (Mãe 11).

Dinâmica do serviço “Saúde Mental”

Já no que se refere à partição da direita, a Classe 1, intitulada “*Dinâmica do serviço ‘Saúde Mental’*”, representou 26,9% dos ST. Os termos “*marcar*” e “*direto*” indicaram como muitos participantes chegaram ao serviço: por meio de agendamentos, com alguns casos sem passar por outros locais. O termo “*consulta*” esteve associado aos termos “*psicólogo*”, “*doutor*” e “*psiquiatra*”. Já a presença do termo “*bom*” e “*gostar*” se referiu à avaliação positiva dos profissionais.

“Comecei a trabalhar na loja e tive plano_de_saúde. Daí eu fui tentar procurar pelo plano_de_saúde, mas também não saiu. Consegui 4 sessões de psicólogo, mas não saía a consulta. Só estava a sessão carimbada, mas tinha que esperar sair para marcar a consulta. Então, para mim, a primeira consulta com psicólogo dele foi aqui [no ‘Saúde Mental’]” (Mãe 1).

“A psicóloga [do ‘Saúde Mental’] que atendia a gente era ótima, fazia um atendimento bom, até que ela saiu” (Mãe 3).

“No primeiro momento, consegui marcar [no ‘Saúde Mental’]. Marquei, mas marcaram na quinta-feira, sendo que na quinta-feira, é adulto que atende. O médico só atende adulto, criança não” (Mãe 5).

Fatores que afetam a continuidade do cuidado

A Classe 2, intitulada “*Fatores que afetam a continuidade do cuidado*”, compôs 25,9% dos ST. Agrupou uma variedade de termos que refletiram os desafios enfrentados pelos usuários dos serviços de saúde.

Os termos “*demorar*”, “*esperar*” e “*mês*” estiveram relacionados às longas esperas para obter atendimento especializado, especialmente com o profissional médico neurologista pediatria. Os termos “*vir*”, “*às vezes*”, “*desmarcar*”, “*ligar*” e “*remarcar*” refletiram aspectos negativos de alguns serviços, criticados por falhas na comunicação, especialmente com relação a cancelamentos não notificados de consultas, que resultavam em visitas perdidas. Já os termos “*trocar*” e “*mudar*” apontam para a alta rotatividade de profissionais, sentidas como prejudiciais para a continuidade e confiança do cuidado.

“Porque muda de governo e acaba mudando também os médicos, e a gente não tem noção” (Mãe 2).

“Eles ficam trocando de psicólogo. Eles tiram e nossos filhos ficam sem o acompanhamento” (Mãe 3).

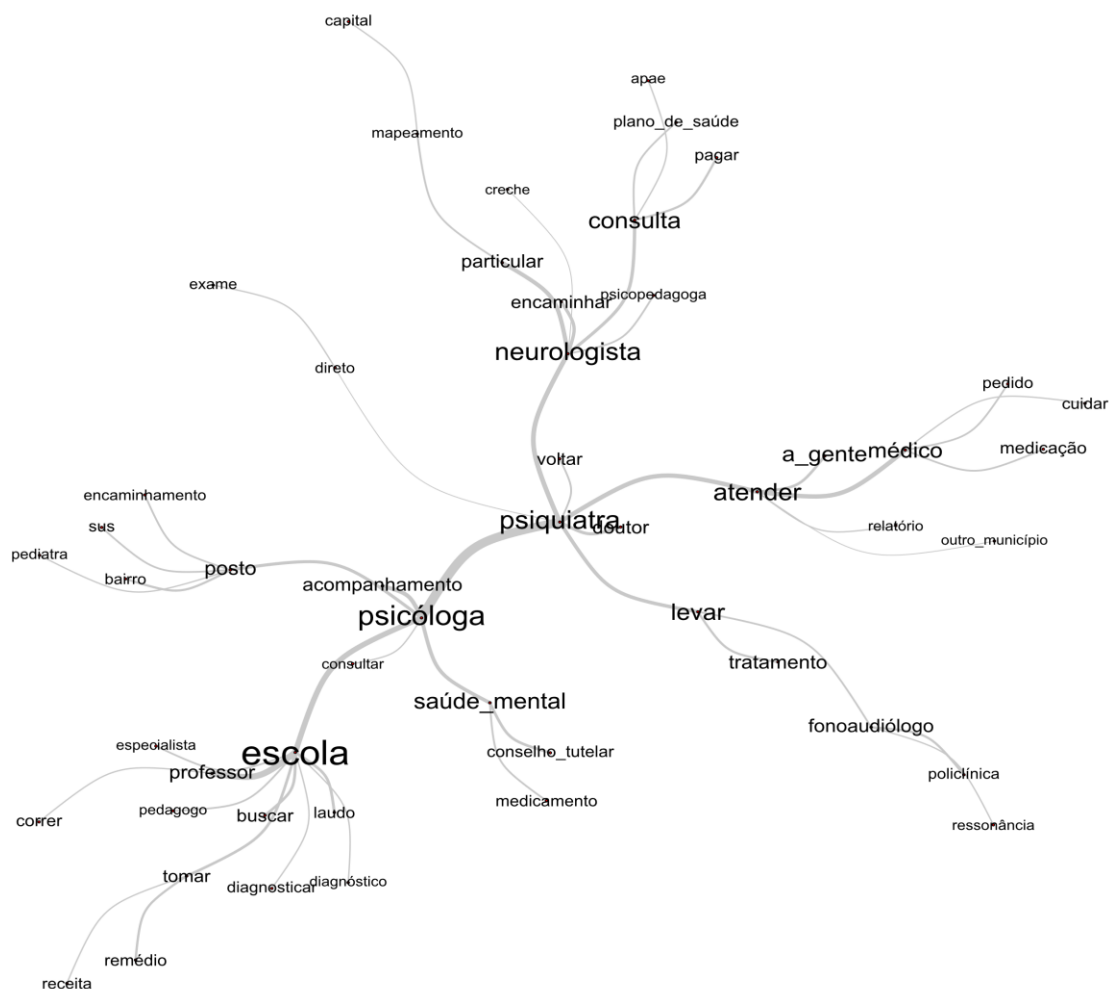
“Sempre que eu venho aqui na saúde_mental sou bem atendida, mas também a falta de comunicação deles me atrapalha, porque quando chegamos aqui eles falam que o médico não vai atender, que nem hoje” (Mãe 4).

Trajetórias percorridas

Para finalizar, a Figura 2 exibe o grafo resultante da análise de similitude, o qual ilustra de modo específico a trajetória percorrida pelos participantes. Este grafo expande as relações observadas na CHD, mostrando interações com outros profissionais e outros locais relevantes no processo de busca pelo cuidado em SMIJ, como pediatras, conselho tutelar, APAE, outros municípios e a capital do estado.

O grafo reforça o papel significativo da escola no reconhecimento inicial dos sinais e na busca por especialistas. “*Neurologista*” esteve mais relacionado a termos associados ao setor privado, além da conexão com o termo “*capital*”, indicando que alguns participantes buscaram exames especializados nesta região. O grafo também fortalece o sentido das UBS (“postinho do bairro”) no processo de obtenção de encaminhamentos para serviços especializados.

Figura 2. Grafo da Análise de Similitude gerado pelo software IRaMuTeQ, utilizando o corpus textual composto pela transcrição das entrevistas com os 14 genitores participantes, que ilustra os itinerários terapêuticos dos participantes.



Discussão

Características dos usuários e cuidadores: reflexões a partir de dados coletados

Mesmo considerando a limitação metodológica de uma amostra por conveniência, observou-se que as prevalências de usuários do sexo masculino, em idade escolar correspondente ao Ensino Fundamental I, bem como de cor preta e parda, estão em consonância com estudos epidemiológicos realizados em serviços de SMIJ^{15,16}. A prevalência de mulheres como principais cuidadoras e a responsáveis nas interações com o serviço também é encontrada em outros estudos¹⁷.

O predomínio de mulheres como principais cuidadores e acompanhantes nos serviços de SMIJ reflete a persistência da feminização do cuidado no setor da SM¹⁸. Cuidar de crianças, especialmente daquelas que necessitam de serviços especializados em SM, é uma tarefa intrinsecamente exigente. Considerando que a discussão sobre redes de apoio é crucial nesta área, é pertinente que os serviços estejam sensibilizados para reconhecer e responder aos

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

desafios enfrentados por essas mulheres, oferecendo ações para apoiar o bem-estar próprio, e não somente de seus filhos ¹⁷. A formação de grupos de apoio além de ações em sala de espera são exemplos de estratégias possíveis.

Sobre o aspecto diagnóstico, a prevalência de demandas que envolvem suspeita ou confirmação de transtornos do neurodesenvolvimento, como TEA e TDAH, também é uma tendência confirmada em estudos nacionais ^{19,20} e internacionais ²¹. No entanto, é importante problematizar essa crescente prevalência, considerando que a inclusão dos transtornos do neurodesenvolvimento no DSM-5 e a ênfase na biologia como base para esses diagnósticos podem estar contribuindo para uma cultura de hiperdiagnóstico e levando a um aumento das demandas e encaminhamentos de crianças e adolescentes. O uso generalizado desses diagnósticos, além de questionável do ponto de vista científico, pode aumentar o estigma, perpetuar práticas de medicalização desnecessárias e resultar em piores desfechos a longo prazo, como uma maior dependência de tratamentos farmacológicos e o reforço de uma identidade patológica desde a infância ²².

No âmbito da SMIJ brasileira, persistem importantes questionamentos sobre como o sistema público de saúde deve se organizar para atender especificamente à demanda de crianças e adolescentes com TEA ²³. Duas diretrizes ministeriais de 2013 apresentam abordagens distintas. A primeira relaciona o autismo ao campo das deficiências, enfatizando a reabilitação como forma de terapia ²⁴. A segunda aborda o TEA como um transtorno mental, priorizando o cuidado dentro da RAPS, com especial foco nos CAPSij ²⁵.

Um estudo recente investigou as barreiras ao acesso a 14 CAPSij do Rio de Janeiro ²⁶. Identificou que os horários de funcionamento do serviço, a percepção de frequência insuficiente dos atendimentos, condições de acesso, logística e as más condições das instalações foram barreiras significativas ao acesso ao cuidado para TEA. Em contrapartida, outros estudos ressaltaram benefícios proporcionados pelos CAPSij, como melhorias na socialização, criação de laços e aumento da autonomia – aspectos centrais na política pública. Entretanto, observam que familiares tendem a expressar preocupações sobre a abordagem generalista do serviço, solicitando um enfoque mais especializado no tratamento do autismo ^{27,28}.

Em nosso estudo, as crianças e adolescentes com TEA são atendidas no serviço “Saúde Mental”, assim como outros casos, principalmente por meio de consultas psiquiátricas e psicoterapia individual. Além disso, realizam acompanhamento fonoaudiológico e neurológico em serviços distintos, como a Policlínica e o Centro Regional de Especialidades ou em rede

privada. No entanto, observa-se predominância de abordagens individuais, centradas em avaliações e tratamentos especializados, sem explorar práticas mais amplas de cuidado, como o trabalho com grupos, oficinas terapêuticas e ações no território, as quais são previstas pela política da atenção psicossocial ^{3,4,5}.

Por fim, destaca-se que o cenário de ambiguidade política, relacionado ao direcionamento de qual linha de cuidado adotar para crianças e adolescentes com TEA, também se apresenta no município deste estudo. No final de 2023, a prefeitura anunciou a criação do “Centro Municipal de Atendimento ao Autista”. Apesar de atender aos critérios estabelecidos para a implantação de um CAPSij, o município opta por implantar outro serviço que não está listado como ponto de atenção da RAPS para o cuidado em SMIJ, o que merece uma reflexão.

Um espaço público focado para crianças e adolescentes com TEA tem sido intensamente reivindicado pelas Associações dos Amigos Autistas (AMA) do município. No entanto, a escolha de implementar esse serviço específico em detrimento de um CAPSij levanta preocupações quanto à sustentabilidade de uma solução isolada para responder a complexidade das necessidades de crianças e adolescentes com TEA, especialmente em uma região que parece ainda não possuir uma Rede construída para o cuidado em SMIJ de acordo com os princípios da Atenção Psicossocial. Além disso, emergem dúvidas sobre como os serviços, “Saúde Mental” e “Centro Municipal de Atendimento ao Autista”, serão organizados dentro da linha de cuidado e qual será o papel exato de cada um na Rede. Questiona-se se ocorrerá um deslocamento do cuidado para com demandas que envolvem TEA, sobreposição do cuidado ou se será estabelecida uma complementaridade coordenada e corresponsável.

Potencialidades e desafios na identificação e encaminhamento

Estudos demonstram que a escola tem assumido um papel fundamental na identificação de possíveis necessidades em SM, figurando como a das principais fontes de encaminhamento para serviços ²⁹. Esse fenômeno de encaminhamento de alunos para o setor de SM é algo contemporâneo e se deve à ampliação das disciplinas “psi” e ao desenvolvimento de uma maior compreensão das relações entre possíveis problemas de aprendizagem e questões psicológicas, neurológicas e problemas no desenvolvimento. No entanto, esse processo está também intrinsecamente ligado a uma certa perspectiva sobre o sofrimento psíquico, caracterizada por uma abordagem medicalizante, calcada no diagnóstico e tratamento de doenças e transtornos, o que frequentemente culmina na tríade “patologia-tratamento-medicação”.

O crescente aumento do discurso neurocientífico na educação pode levar a uma interpretação rígida de comportamentos desviantes de normas como sinais de transtornos, incentivando a busca precoce por diagnósticos e intervenções médicas, mesmo quando esses comportamentos poderiam ser parte de um desenvolvimento normal ou uma resposta contextual ³⁰. Na prática, observa-se um cenário crescente de farmacologização da infância, fundamentado em um modelo centrado na doença, que postula que os medicamentos corrigem desequilíbrios neuroquímicos específicos. No entanto, esse modelo tem sido amplamente criticado por sua base científica frágil e por desconsiderar a complexidade do desenvolvimento infantil e os significativos efeitos colaterais associados. Em vez de corrigir um suposto desequilíbrio neuroquímico, os medicamentos podem atuar mais como “intoxicantes cerebrais”, cujo principal efeito é a supressão dos sintomas por períodos de tempo ³¹.

Essa realidade ressalta a necessidade de um apoio mais amplo às equipes escolares, que possibilite uma compreensão mais contextualizada do fenômeno, incluindo a problematização das queixas e demandas endereçadas à saúde mental, a fim de evitar diagnósticos e encaminhamentos e pouco implicados, que acabam por reforçar abordagens medicalizantes e inadequadas. A escola, como principal espaço social onde crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, torna-se o local onde muitos dos sinais de possíveis problemas de SM se expressam. Esses sinais podem ser decorrentes de fatores diversos, e não só de condições neuropsicológicas, mas também de dinâmicas familiares conflituosas, vulnerabilidades socioeconômicas, racismo, exposição à violência, maus tratos, entre outros.

Embora a escola seja uma forte iniciadora da busca por cuidados em SMIJ, essa função também tem gerado conflitos. Estudos criticam a escola por demandar à saúde a resolução de problemas de fracasso ou comportamento escolar sem repensar suas práticas e responsabilidades no fenômeno ³². No entanto, sabe-se que em muitos casos a escola não está preparada para lidar com a variedade e complexidade dos problemas de SM, e pode entender que lidar com esses casos seria desvio de suas funções pedagógicas.

Mesmo considerando a relevância dessas críticas, ainda é crucial reconhecer a escola como uma parceira essencial no cuidado. Em muitos casos, se não fosse a escola, importantes problemas biopsicossociais de crianças e adolescentes sequer seriam identificados, nem haveria impulso para a busca do suporte necessário ²⁹.

O fortalecimento da relação entre escolas e serviços de SMIJ requer um esforço conjunto. No entanto, os serviços devem ser proativos – uma vez que são eles que possuem um mandato público para cuidado em saúde –, buscando intensificar as ações intersetoriais e a colaboração

com as instituições educacionais. É neste sentido que se compreende a diretriz ministerial para o cuidado em SMIJ: “construção permanente da Rede de intersetorialidade”⁵.

A colaboração entre os serviços de atenção e as escolas melhora a compreensão dos desafios enfrentados pelos educadores, fortalece o cuidado das infâncias e adolescências e promove corresponsabilização. Esta parceria evita a simplificação dos fenômenos de desenvolvimento infantil e processos de medicalização, além da culpabilização indevida de qualquer setor. Para tanto, é crucial valorizar espaços coletivos de discussão e análise, como fóruns temáticos, apoio matricial, reuniões intersetoriais e assembleias, os quais são frequentemente negligenciados pelas gestões municipais que priorizam o volume de atendimentos em detrimento do fortalecimento qualitativo da rede de cuidado²⁹.

Por outro lado, as UBS, comumente referenciadas pelos participantes como “postinho do bairro”, desempenharam um papel menos ativo no cuidado direto ao público infantojuvenil, e mais como intermediárias para serviços especializados. Neste contexto, as UBS não emergiram primariamente como locais de cuidado inicial, mas como pontos de encaminhamento para especialistas.

Esse dado ilumina potencialmente três questões críticas. A primeira é o déficit de profissionais, em que muitas UBS sofrem com a escassez de profissionais diretamente ligados à especialidade da SM e de modo acentuado à SMIJ^{7,10,33}. Embora esse problema seja real e tenha impactos significativos, é essencial não simplificar a discussão apenas à “falta de profissionais especializados em SMIJ” na Atenção Básica (AB).

É verdadeiramente positivo que tais profissionais estejam presentes para um melhor cuidado em SMIJ, mas é crucial ampliar o debate para um nível mais profundo. Nesse sentido, chega-se à segunda questão: a tendência das UBS em funcionar primordialmente como pontos de encaminhamento, em vez de locais de cuidado, pode também refletir uma falta de compreensão por parte das equipes sobre sua capacidade de conduzir atividades relacionadas ao cuidado em SMIJ³⁴.

A ausência de psicólogos certamente limita a realização de avaliações psicológicas e psicoterapias; similarmente, a falta de psiquiatras restringe as avaliações psiquiátricas. No entanto, o acolhimento, a escuta ativa, a construção de uma demanda implicada, a realização de atividades de grupo, a orientação familiar e o trabalho em rede e com o território são exemplos de ações que podem ser realizadas por diferentes membros das equipes, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde³⁵. Além disso, embora a proposta da AB não incluía psicólogos ou psiquiatras na equipe básica, esses

profissionais estão presentes em serviços de atenção especializada, como os CAPS, e em equipes multiprofissionais, como o “Saúde Mental”, que poderiam fortalecer o trabalho e o vínculo das famílias e crianças aos serviços de AB, especialmente por meio do matriciamento³⁶.

Nesse sentido, chega-se à terceira questão crítica: a possível falha no estabelecimento de vínculo entre as famílias e as UBS. Como principal porta de entrada para a rede de cuidados e pela proximidade com o território, essas unidades são frequentemente acessadas para serviços como vacinação, cuidados médicos, odontológicos e de enfermagem³⁵. Idealmente, as equipes das UBS deveriam ser capazes de identificar necessidades de cuidado em SMIJ, especialmente em situações de vulnerabilidade social e violência, além de serem vistas pelas famílias como pontos de apoio e cuidado, e não apenas como locais de encaminhamento³⁶.

Reflexões sobre a trajetórias percorridas pelos familiares na busca pelo cuidado em SMIJ no município

A descrição da busca por cuidado como um processo árduo, no qual as famílias precisam ser persistentes e ativas diante de um sistema que frequentemente impõe barreiras ao acesso, à continuidade e à regularidade do atendimento, não é exclusiva ao nosso estudo. Pesquisas anteriores de IT em SMIJ descrevem a trajetória como um processo desgastante e de “peregrinação”¹². Durante o percurso, não é incomum que as famílias recorram a uma combinação de recursos dos sistemas de cuidado “informais” e “formais”. Os sistemas informais podem incluir práticas alternativas com características místicas ou espirituais, enquanto os sistemas formais geralmente se referem aos serviços de saúde públicos e privados¹².

Contudo, em nosso estudo, não houve relatos sobre a utilização de práticas fora do sistema convencional de saúde. Por outro lado, houve utilização de serviços particulares, particularmente para especialidades que apresentaram longas filas de espera no SUS, como neurologia e fonoaudiologia, bem como a realização de exames mais relacionados à área da neurologia.

Embora identifiquem-se desafios comuns relacionados à lentidão e à burocracia do sistema público, as experiências individuais variaram devido a qualidade do atendimento recebido. Muitos familiares reportaram interações positivas com profissionais dos serviços públicos, que demonstraram empatia e capacidade técnica. Trata-se de uma presença de suporte positivo dentro de um sistema desafiador. Isso porque, conforme indicado, a descontinuidade de

atendimentos em razão de trocas de profissionais ou interrupções nos serviços prestados foram destacadas como barreiras significativas para o cuidado.

A alta rotatividade de profissionais da saúde é um dado recorrente em estudos em SMIJ³⁷. Pesquisas identificam que profissionais da rede pública de SMIJ relatam ter mais de um emprego para conseguir se sustentar e todos queixam-se da precarização e da falta de investimento nos serviços. Especialmente em municípios de pequeno e médio porte, incluindo os do interior, as contratações por meio de processos seletivos para contratos temporários são mais frequentes, e quando existem concursos para cargos efetivos, a remuneração é pouco atrativa³⁸.

A alta rotatividade de profissionais na SMIJ gera uma série de consequências negativas para a qualidade do cuidado oferecido às infâncias e adolescências. Entre estas consequências, destaca-se a dificuldade na construção de vínculos terapêuticos e intersetoriais, perda de expertise e do conhecimento territorial, assim como o aumento da carga de trabalho para os profissionais remanescentes.

Um último aspecto importante a ser discutido é que nenhum dos participantes mencionou acompanhamento contínuo por serviços da AB. Esse dado pode evidenciar uma possível desconexão ou subutilização desse nível da saúde no cuidado em SMIJ.

Pesquisas indicam resistência das equipes da AB em reconhecer e aproveitar seu potencial na SMIJ, exacerbado pela falta de conhecimento específico, pouca afinidade pessoal ou profissional com o perfil infantojuvenil, sobrecarga de trabalho e suporte insuficiente da gestão e da rede especializada^{33,34}. Por outro lado, experiências positivas na AB são reportadas, onde práticas focadas no fortalecimento do vínculo com o território, famílias e comunidade têm se mostrado potentes^{29,34,35}.

Destaca-se que o cuidado em SMIJ na AB não substitui a necessidade de atendimentos especializados quando estes se fazem necessários. No entanto, o encaminhamento deve ser visto não como um ato burocrático ou habitual, mas como um processo clínico implicado e corresponsável^{5,34,36}.

Apesar de focado em um território específico, este estudo reflete desafios comuns a muitos municípios brasileiros, independentemente do porte populacional ou da existência de redes implantadas. Nas cidades de pequeno e médio porte, especialmente aquelas localizadas no interior, há uma necessidade urgente de construir redes de cuidado desde o início^{10,11}. Em contraste, nas cidades maiores, o foco deve ser no fortalecimento das redes existentes. No

entanto, a fragilidade do cuidado em SMIJ é um problema que transcende essas diferenças regionais e alcança todos os municípios brasileiros.

Mesmo em cidades com redes mais robustas, a lógica do “especialismo” e da medicalização, bem como a fragilidade na operação intersetorial e na corresponsabilização, ainda imperam na organização do cuidado para essa população ^{39,40}. Diante disso, é fundamental fortalecer a atenção psicossocial em todas as infâncias e adolescências, o que só pode ser alcançado por meio de uma política pública vigorosa, participativa e coletivamente avaliada. Superar a lógica da “consulta” e avançar para um cuidado que promova a corresponsabilização e a intersetorialidade é crucial para que a SMIJ se faça verdadeiramente presente na agenda política de todos os territórios.

Considerações finais

Os itinerários terapêuticos de crianças e adolescentes tiveram as escolas como principais impulsionadoras na busca por cuidados e avaliações em outros serviços, enquanto as UBS atuaram principalmente como pontos de encaminhamento para especialistas. Espaços de atendimento particular foram frequentemente utilizados, especificamente para as especialidades de neurologia, psicologia e fonoaudiologia, enquanto o “Saúde Mental” foi o serviço público predominantemente utilizado para o cuidado em SMIJ no município. Recomenda-se mais estudos que incluam a perspectiva dos profissionais e gestão acerca dos processos de cuidado e sobre a disposição da RAPS do município para o cuidado em SMIJ.

Referências

1. Taño BL, Matsukura TS. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad Bras Ter Ocup* 2015; 23(2):439–447.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1990.
3. Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

6. Couto MC, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica* 2015; 27(1):17-40.
7. Esswein GC, Rovaris AF, Rocha GP, Levandowski DC. Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Cien Saude Colet* 2021; 26:3765-3780.
8. Luz P de O, Souza AA, Boska GA, Cardoso MM, Candido BP, Oliveira MA. Nursing experiences in specialized services in child and adolescent mental health: a systematic review of qualitative studies. *Rev Bras Enferm* 2023; 76:e20220550.
9. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2449-2463.
10. Lourenço MSG, Matsukura TS, Cid MFB. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cad Bras Ter Ocup* 2020; 28:809-828.
11. Praisner T, Cervo MDR. Saúde mental infanto-juvenil: o cuidado em municípios de pequeno porte. *Fractal Rev Psicol* 2023; 35:e5999.
12. Delfini PS de S, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(12):e00145816.
13. Brasil. Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental> (acessado em 07/Mai/2023).
14. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* 2013; 21(2):513-518.
15. Leitão IB, Dias AB, Tristão KG, Ronchi JP, Avellar LZ. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP* 2020; 31:e190011.
16. Fatori D, Brentani A, Grisi SJ, Miguel EC, Graeff-Martins AS. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Cien Saude Colet* 2018; 23:3013-3020.
17. Bisi CC, Nakamura E. A cotidianidade do cuidado na vida de mulheres familiares de crianças atendidas em um CAPSi de Santos. *Saúde Soc* 2023; 32:e210753pt.
18. Pegoraro RF, Caldana RH. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc* 2008; 17:82-94.
19. Ceballos GY, Paula CS, Ribeiro EL, Santos DN. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. *Braz J Psychiatry* 2019; 41(2):138–47.

Como citar este artigo: Leitão, I. B., Avellar, L. Z., Martins, T. P., Miloti, J., & Fernandes, T. K. D. S. N. (2025). Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00115824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>

20. Tomazelli J, Girianelli VR, Fernandes CS. Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. *Psicologia USP* 2023; 34:e210002.
21. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014; 43:434-442.
22. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol* 2014; 14(3):208-15.
23. Cumim J, Mäder BJ. Espaço que a criança e adolescente com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista ocupa na rede de atenção psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Psicologia Revista* 2020; 29(2):404-421.
24. Brasil. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista (TEA). Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.
25. Brasil. 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; 2013b.
26. Lima RC, Couto MCV, Andrada BC, Corrêa PH, Cardozo ACA. Narrativas de familiares de autistas de Capsi da região metropolitana do Rio de Janeiro: participação, protagonismo e barreiras ao cuidado. *Saúde em Debate* 2020; 44:144-155.
27. Lima RC, Couto MC, Delgado PG, Oliveira BD. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2014; 24:715-739.
28. Lima RC, Couto MC, Andrada BC. O que dizem familiares de autistas sobre o trabalho desenvolvido pelos CAPSi? *Saúde Soc* 2024; 33(1):e230327pt.
29. Reis LB, Fim MM, Cajaiba KS. Política de saúde mental infantojuvenil: o que dizem as crianças e os adolescentes? In: Avellar LZ, Iglesias A, Ribeiro Neto PM, organizadores. *Temas de pesquisa em psicologia e saúde [e-book]*. 1ª ed. Vitória: EDUFES; 2023. v.1, p. 171-195. <https://repositorio.ufes.br/items/3b17d78e-b645-4962-a5dd-d9a6751c1920> (acessado em 07/Mai/2024).
30. Klein T, Lima RC. Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: desdobramentos para a infância e a educação. *Movimento-Revista de Educação*. 2020; 7(15):444-69.
31. Caponi S. A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença. *Política & Sociedade*. 2020; 19(46):204-41.

32. Duarte KL, Souza EM, Rodrigues L. Importance and challenges of networking between the school and a Brazilian juvenile mental health service. *J Child Adolesc Psychol* 2017; 8(1):155-171.
33. Alves CM, Serralha CA. A Assistência Psicológica a Crianças em Unidades Básicas de Saúde. *Estud Pesqui Psicol* 2018; 18(3):912-31.
34. Fernandes AD, Taño BL, Matsukura TS, organizadores. O cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: singularidades territoriais. In: *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. São Paulo: Manole; 2021. p. 204-222.
35. Brasil. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34: Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
36. Oliveira PS, Santana FR, Gatto Júnior JR, Santos KS, Araujo PN, Fortuna CM. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. *Rev esc enferm USP* 2021; 55:e03731.
37. Maia M, Severo AK, Medeiros WR, Freitas YN, Bezerra HS, Alves RM, Barbosa IR. Oferta de serviços e recursos humanos da rede de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Psicologia e Saúde* 2021; 13(4):15-31.
38. Muylaert CJ, Rolim ML, Zioni F, Sarubbi V, Reis AO. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. *Trab Educ Saúde* 2015; 13(Suppl 1):45-59.
39. Taño BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis* 2019; 29(1):e290108.
- Reis LB, Pereira CM. Percepções de familiares sobre uma rede de cuidados de saúde mental infantojuvenil. *Psicol Cienc Prof* 2023; 43:e254081.

Considerações finais da tese

O objetivo desta tese foi analisar criticamente a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira, com especial destaque para o cuidado em saúde mental infantojuvenil operado por municípios de interior, de pequeno ou médio porte, e que não contam com a presença do CAPSij em sua rede. De modo específico, objetivou-se: i) descrever o panorama das políticas de saúde mental infantojuvenil no Brasil em relação a outros países da América Latina e Caribe (Artigo 1); ii) compreender como o cuidado em saúde mental infantojuvenil é conduzido em municípios desprovidos do CAPSij, identificando práticas, desafios e potencialidades vividas (Artigo 2 e 3); iii) conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por crianças e adolescentes em busca do cuidado em saúde mental (Artigos 4 e 5).

Os estudos evidenciaram a complexidade e os desafios estruturais, políticos e operacionais que permeiam a atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil, com especial destaque para os municípios interioranos e que não contam com o principal dispositivo da atenção psicossocial: o CAPSij. Primeiramente, o panorama das políticas de SMIJ na América Latina e Caribe (Artigo 1) destacou que os desafios enfrentados pelo Brasil não são isolados, mas sim compartilhados por outros países da região, como as disparidades regionais na cobertura e acesso às redes de cuidado, o baixo investimento público e a persistência de práticas fragmentadas e medicalizantes.

Em diversos países da região, os serviços de SMIJ são escassos ou inexistentes, especialmente em municípios de interior, bem como em áreas rurais ou montanhosas, contribuindo para que famílias se desloquem para capitais ou municípios maiores para acessarem serviços de saúde. Em outros casos, embora existam leis de saúde mental e marcos regulatórios baseados na garantia integral de direitos, a assistência em saúde mental infantojuvenil ainda é marcada por forte modelo hospitalar-psiquiátrico.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

O Brasil se destacou como o único país entre os analisados a contar com um serviço estratégico de atenção psicossocial específico para SMIJ, o CAPSij, uma política pública pioneira e sem equivalentes na região, mas que, apesar de sua importância, ainda está ausente em grande parte dos municípios que atendem aos critérios populacionais para sua implantação. Também se destacou por conter, até onde conseguimos investigar, diretrizes específicas para o cuidado em SMIJ dentro de uma estratégia de rede de serviços públicos, alicerçadas nos princípios da universalidade do acesso e na integralidade do cuidado.

Outro ponto que o distinguiu entre os demais países analisados é a existência de uma ampla produção acadêmica sobre SMIJ no escopo de seu sistema público de saúde, o SUS. Fora a Argentina, que também seguiu essa tendência, identificamos poucas pesquisas e artigos voltados à avaliação de políticas públicas ou com enfoque em saúde coletiva e princípios psicossociais, em contraste com o maior número pesquisas de caráter epidemiológico. Essa observação é particularmente pertinente considerando que a revisão recuperou uma quantidade significativa de publicações recentes de organizações como OMS, OPAS e UNICEF, que colocam um holofote na agenda das políticas de SMIJ, especialmente em países da América Latina e Caribe.

Por sua vez, a revisão integrativa sobre o cuidado em SMIJ contextos sem CAPSij (Artigo 2) revelou que o cuidado, quando ocorre, tende a ser operado por meio da lógica da “pessoalização do cuidado”, expressão que designa o fenômeno de um único profissional ser frequentemente considerado o único agente para a maioria das demandas de SMIJ, lidando com elas de maneira solitária e sobrecarregada. Também foi constatado significativa disparidade entre as diretrizes psicossociais preconizadas e as práticas cotidianas nos serviços. Isso porque o cuidado é significativamente marcado por abordagens do tipo “queixa-conduta”, focadas exclusivamente nos sintomas imediatos sem contemplar ações intersetoriais ou territoriais e que considerem as dimensões biopsicossociais do sofrimento

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

psíquico, o que é previsto pela política da atenção psicossocial infantojuvenil.

Outro aspecto crítico identificado foi a percepção divergente dos participantes dos estudos revisados sobre a existência de uma RAPS municipal estruturada e atuante para a SMIJ. Muitos não a reconheceram, argumentando que a assistência prestada é pontual e desarticulada, não configurando uma rede de atenção. Outros, porém, a reconheceram, considerando que o município possui um ou outro ponto de atenção em saúde mental ativos que acolhem as demandas de SMIJ.

A alta rotatividade de profissionais e a insuficiência de recursos humanos foram observadas como as maiores barreiras ao cuidado, agravadas pela usual indisponibilidade de alguns(mas) psicólogos(as) em serviços da Atenção Básica, como UBS, para atender o público infantil. Além disso, verificou-se que a estratégia de regionalização é frequentemente utilizada somente para obtenção de vagas para consultas com especialistas em municípios maiores, desconsiderando outras possibilidades de intercâmbio e aprendizado coletivo.

A revisão também revelou uma quantidade limitada de estudos que investigam o cuidado em SMIJ em municípios sem CAPSij, o que contrasta com o aumento geral de pesquisas na área da SMIJ. No entanto, os estudos encontrados foram predominantemente publicados em um intervalo recente. Consideramos que essa atualidade pode sinalizar um emergente reconhecimento da necessidade de investigar as práticas de cuidado em territórios com recursos potencialmente limitados ou distintos dos grandes centros urbanos, que tradicionalmente oferecem uma diversidade maior de serviços, o que reforça a relevância social e acadêmica do Artigo 3 e desta tese como um todo.

O Artigo 3 também buscou responder à questão de como se organiza o cuidado em SMIJ em municípios do interior, de pequeno ou médio porte, e sem CAPSij. Para isso, adotou um delineamento qualitativo, baseado em entrevistas com diferentes profissionais da rede de atenção de o município de São Mateus, ES, que possui essas características. Descobriu que,

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

desde 2015, há uma pactuação local entre os gestores da RAPS, na qual a “Equipe Multiprofissional em Saúde Mental” (ou simplesmente “Saúde Mental”, como é conhecida) foi definida como o serviço responsável pelo encaminhamento de demandas de SMIJ.

No entanto, os achados sugeriram que essa pactuação pode ser mais efeito da baixa participação da Atenção Básica no cuidado em SMIJ e do não acolhimento de crianças e adolescentes no escopo do CAPS I, do que uma estratégia de organização das linhas de cuidado e cumprimento do princípio da integralidade. Apesar da existência de 28 UBS em funcionamento no município, foi evidenciado uma participação limitada dessas unidades ou de outros dispositivos da AB no cuidado em SMIJ – dado que é frequentemente documentado pela literatura em atenção psicossocial infantojuvenil, inclusive em municípios maiores e que possuem CAPSij.

Dado esse contexto, observamos que a rede de saúde e atenção psicossocial do município, em relação às demandas de SMIJ, tem operado de forma predominantemente ambulatorial, com o “Saúde Mental” ocupando lugar para encaminhamento da maioria das demandas – achado que também foi evidenciado no estudo sobre itinerários terapêuticos (Artigo 5). Além disso, o serviço tem funcionado de maneira precarizada, marcada por alta rotatividade de profissionais e vínculos trabalhistas frágeis, uma vez que a maioria das contratações ocorre por meio de processos seletivos para contratos temporários. Por fim, os achados indicam que o serviço não tem assumido o papel de dispositivo articulador e fortalecedor da rede de cuidados, com baixa integração intersetorial.

Por sua vez, a revisão de escopo sobre Itinerários Terapêuticos (IT) em SMIJ (Artigo 4), evidenciou que os itinerários são diversos e variam significativamente conforme as necessidades de saúde mental e a oferta de serviços em diferentes regiões. Em diferentes estudos, os CAPSij foram apontados por usuários e familiares como o serviço mais confiável e capaz de oferecer apoio, acolhimento e vínculo às demandas de SMIJ, destacando-se em

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

relação a outros serviços, como UBSs, UPAs e hospitais gerais.

No caso específico das UPAs e hospitais gerais, foram identificadas barreiras significativas que comprometem tanto o acesso quanto a continuidade do cuidado.

Destacaram-se a ausência de ambientes acolhedores, escuta pouco qualificada e sensível às necessidades individuais e circunstanciais, além de internações frequentemente caracterizadas por medidas de contenção física e por uma rotina marcada pelo ciclo “dormir-medicar”, sem oferta de atividades significativas. Todas essas fragilidades frequentemente resultaram em baixa vinculação terapêutica com a rede e em um aumento do sentimento de desamparo, especialmente entre crianças e adolescentes em urgências subjetivas, com comportamento suicida (automutilação, idealização e/ou tentativa) ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas – populações que mais experimentaram medidas de internações. Além disso, os itinerários terapêuticos frequentemente se apresentam de forma fragmentada, com crianças e adolescentes sendo encaminhados repetidamente entre serviços, enfrentando longas esperas para atendimentos.

Por fim, a revisão revelou uma importante lacuna na literatura: a ausência de estudos que investiguem os itinerários de SMIJ em regiões sem CAPSij. Essa ausência é relevante, considerando que pelo menos 60% dos municípios brasileiros que atendem ao critério populacional para implantação desse serviço ainda não o possuem. Assim, não há apenas uma escassez de dados sobre como crianças e adolescentes nesses municípios acessam cuidados em saúde mental, mas também uma compreensão da disposição e funcionamento de suas redes.

Nesse sentido, a ausência destes estudos específicos reforça a relevância social e acadêmica do Artigo 3 e, em especial, do Artigo 5, que se propôs a investigar os IT em SMIJ em no município de São Mateus, ES, caracterizado como de interior e desprovido de CAPSij.

Corroborando com a literatura, os resultados evidenciaram que a escola desempenhou um

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

papel central como o principal ponto de detecção inicial de sinais comportamentais e dificuldades que motivaram a busca por cuidados em SMIJ. Também corroborando os achados do Artigo 3, a rede de atenção foi entendida como fragmentada, especialmente por disponibilizar o serviço “Saúde Mental” como o principal local para acompanhamento, mas que, conforme reiterado, tem operado o cuidado especialmente por meio de atendimentos individuais realizados por psicólogos(as) e psiquiatras.

Em consonância com os achados do Artigo 3, este artigo descobriu que as UBS foram utilizadas principalmente como pontos para encaminhamento, e não como locais de cuidado direto ou detecção inicial de necessidades. Os resultados indicaram que o acompanhamento ou encaminhamento das demandas de SMIJ nessas unidades ocorria principalmente quando havia a presença de psicólogos(as) nas equipes. Além disso, os achados deste último artigo apontaram que os próprios familiares buscavam os “postinhos de saúde” já com a expectativa de serem direcionados a especialistas (psicólogos(as), psiquiatras, neurologistas e fonoaudiólogos(as), principalmente), o que pode refletir a concepção enraizada de que cuidado em saúde mental se resume a atendimento especializado, consultas, diagnósticos, e terapias individuais.

Por fim, a alta rotatividade de profissionais foi também percebida pelos familiares como a principal barreira ao cuidado. A pesquisa também mostrou que, diferentemente de outros estudos de IT, não houve menção ao uso de práticas fora do sistema convencional de saúde, como o sistema *folk*. Contudo, reportou a busca por cuidado no sistema particular e em municípios maiores, como a capital do estado, especialmente para a realização de exames e avaliações neurológicas.

Questões em aberto e implicações para a política de atenção psicossocial infantojuvenil

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Considerando esses resultados, defendemos ser essencial que mais estudos sejam conduzidos para compreender o cuidado em SMIJ oferecido em municípios de interior, de pequeno ou médio porte, onde o principal dispositivo estratégico da atenção psicossocial infantojuvenil, o CAPSij, é inexistentes. Recomendamos, também, pesquisas voltadas para municípios que contam apenas com um CAPS I, comumente nomeado como “CAPS transtorno” (sic), com o objetivo de investigar se esse serviço, quando único dispositivo estratégico da atenção psicossocial disponível, inclui crianças e adolescentes em sofrimento psíquico para cuidado junto ao público adulto.

Isso porque não encontramos estudos publicados que abordem essa questão de forma específica, nem diretrizes da atenção psicossocial infantojuvenil que contemplem explicitamente essa variável, o que compreendemos também ser uma lacuna importante. Conforme já mencionado, no município investigado, foi identificada uma pactuação local para não incluir o público infantojuvenil para atendimento no CAPS I. Essa pactuação baseou-se no entendimento de que o ambiente compartilhado com adultos pode ser constrangedor, aversivo ou não favorável para o recebimento das crianças e adolescentes para cuidado no serviço. Nesse sentido, embora essa pactuação possa ser motivada por preocupações legítimas, é fundamental problematizar esse pressupostos e seus desdobramentos.

Um outro ponto que também merece maior ponderação e reflexão diz respeito à promessa de abertura de um “Centro Municipal de Atendimento ao Autista” no lugar de implantar um CAPSij (TC Online, 2023). Nesse sentido, cabe-nos refletir sobre quais os possíveis desdobramentos ou problemas que essa decisão acarreta, tomando em consideração os princípios da RAPS.

Essa é uma controvérsia que se desdobra desde a Lei nº 12.764 (Brasil, 2012) que instituiu a “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Autista”. Considerada uma conquista do ativismo de familiares, sua aprovação também deu visibilidade a um antagonismo entre esse segmento – que defendia a criação de serviços exclusivos para autistas – e os operadores do campo psicossocial, que alertavam para os riscos da especialização excessiva e da fragmentação da rede (Lugon & Andrada, 2020; Rios & Camargo Júnior, 2019; Polli, 2024).

Tanto no cenário nacional quanto no contexto do município investigado, observa-se um crescente protagonismo de familiares, associações e da mídia na defesa de políticas específicas voltadas ao TEA, o que é legítimo e de grande relevância (Câmara Municipal de São Mateus, 2024; Lugon & Andrada, 2020; Souza, 2024, 5 de julho). Associado a isso, há uma significativa expansão de clínicas e instituições particulares que se autodeclaram como “especializadas em TEA”, especialmente as que se autodenominam como adeptas à “ciência ABA” (*Applied Behavior Analysis* ou Análise do Comportamento Aplicada) (CRP 16, 2022; Portolese et al., 2017). Diante desse contexto, é compreensível que exista uma expectativa social de que o sistema público de saúde acompanhe essa tendência, também criando ou ampliando a oferta de serviços específicos para o atendimento a crianças e adolescentes com TEA. No entanto, isso levanta questionamentos sobre os rumos que a política pública deve seguir (Cumim & Mäder, 2020; Rios & Camargo Júnior, 2019).

Algumas problematizações já realizadas dizem respeito a observação de que, frequentemente, paira no imaginário social uma expectativa de que a melhor instituição é aquela que concentra, em um único espaço, todos os recursos específicos para um determinado grupo. Educação especial, musicoterapia, arteterapia, avaliação neuropediátrica e psiquiátrica, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, análise do comportamento aplicada etc. entre outras intervenções. O problema seria que, nesse caso, a linha entre a integralidade do cuidado e a lógica de uma instituição totalizante pode ser bastante tênue (Lima, Couto, & Andrada, 2024; Rios & Camargo Júnior, 2019).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Outro problematização é a noção de que o manejo do autismo exige, universalmente, um conjunto fixo de terapias e uma carga horária intensiva de atendimento. Em diversos contextos, são frequentes os encaminhamentos que recomendam entre 30 e 40 horas semanais de terapias comportamentais, associadas a fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação especializada, entre outras intervenções (CRP 16, 2022; Ricci, Fernandes, Cestari, Marcolino, & Souza, 2023). Embora existam justificativas para a prescrição dessa carga horária intensiva (Gomes et al., 2019), há críticas que esse modelo fechado potencialmente flerta com uma lógica tecnicista e até mesmo segregadora – a depender do modo como isso ocorre. Isso porque também corre-se o risco de afastar a criança ou o adolescente do convívio social ampliado, limitando suas interações e experiência de infância e adolescência à lógica terapêutica (CNN Brasil, 2024; Lima, Couto, & Andrada, 2024; Pimenta, 2019; Rios & Camargo Júnior, 2019).

À luz da atenção psicossocial, essa perspectiva contrariaria seus princípios fundamentais, que buscam construir respostas integradas e intersetoriais. O CAPSij, por exemplo, não se limita a uma função terapêutica: ele também tem importante papel político e estratégico como articulador da rede de cuidado, mobilizando não apenas serviços de saúde, mas também equipamentos da assistência social, do sistema de proteção, da educação, entre outros (Lykoupopoulos & Péchy, 2016; Rios & Camargo Júnior, 2019). Diante desse cenário, é necessário questionar se a criação de um centro exclusivo para TEA representa, de fato, a estratégia mais adequada. Talvez, o investimento na implantação de um CAPSij, aliado ao fortalecimento da rede psicossocial e ao aprimoramento do cuidado intersetorial, possa oferecer um suporte mais amplo e efetivo para crianças e adolescentes no espectro autista e suas famílias.

Por fim, cabe realizar uma ponderação acerca dos achados do estudo com os profissionais da rede (Artigo 3). Constatou-se que a maior presença de psicólogos(as) nas

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

UBS viabilizou o encaminhamento de demandas de SMIJ a essas unidades. Embora tenhamos problematizado esse dado à luz do especialismo, da psicopatologização do cuidado e das infâncias e adolescências, bem como da concentração do cuidado em apenas uma categoria profissional, sua interpretação também aponta para uma estratégia pragmática: aumentar a presença desses profissionais nessas unidades pode funcionar como ponto de partida para “atrair” demandas para a Atenção Básica.

Conforme discutimos, existem outros estudos que demonstram que a inclusão de psicólogos(as) em unidades de saúde da AB aprimora as competências da equipe, promove inovações nos processos de trabalho e fortalece a integração do cuidado em saúde mental nas ações gerais de saúde, valorizando as relações interdisciplinares e intersetoriais (Böing; Crepaldi, 2010; Alexandre; Romagnoli, 2017; Romanholi, 2023).

Um estudo realizado com diferentes cidades do estado de São Paulo investigou como o sofrimento em saúde mental é identificado e como o cuidado é organizado nas unidades de AB (Pupo et al., 2020). Reportou que municípios de pequeno porte se sobressaíram pela presença de profissionais de saúde mental nas UBS, e essa presença foi compreendida como um elemento diferencial na qualificação do cuidado e na ampliação das ações psicossociais. Unidades que contavam com esses profissionais mostraram maior capacidade de reconhecer uma diversidade de queixas e experiências associadas ao sofrimento mental (não se limitando apenas a sintomas psiquiátricos), realizaram mais atividades grupais para a identificação de problemas, fortaleceram a articulação com equipamentos diversos do território e apresentaram menor incidência de procedimentos restritos à simples troca de receitas (Pupo et al., 2020).

Tais elementos sinalizam o potencial da presença de profissionais psicólogos(as) na AB, embora sua mera inclusão não assegure, por si só, um cuidado de natureza psicossocial e mais abrangente. Assim, observamos ser fundamental que a estratégia de ampliar a presença

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

desses profissionais (mais frequentemente alocados em serviços de atenção secundária), nas unidades da AB seja acompanhada de investimentos significativos na formação contínua das equipes. Esses investimentos devem priorizar o desenvolvimento de competências transversais e específicas para o cuidado em SMIJ, garantindo que não seja dependente exclusivamente de psicólogos(as).

Sobre isso, também ressaltamos que a inclusão de psicólogos(as) nas equipes das Unidades e Estratégias de Saúde da Família como política nacional não constitui uma recomendação direta desta tese, pois ainda são necessários estudos que acompanhem e avaliem os impactos dessa possível medida. Entretanto, não se pode ignorar que, com as condições adequadas, a maior presença desses profissionais em UBS pode, em alguma medida, ser uma estratégia entre outras para promover a tão necessária inclusão dos cuidados em SMIJ na Atenção Básica, especialmente em municípios que não contam com os dispositivos estratégicos para atenção psicossocial infantojuvenil.

Contribuições crítico-teóricas e caminhos apontados pelos artigos e pela tese

A análise dos artigos desta tese aponta para um embate persistente entre dois paradigmas no campo da saúde mental infantojuvenil: o biomédico e o psicossocial. Conforme mencionado, o modelo biomédico, amplamente difundido e concebido como “tradicional”, prioriza intervenções baseadas na identificação de sinais, sintomas e diagnósticos médicos, e frequentemente opera de forma ambulatorial e sob um prisma medicalizante. No caso das infâncias e adolescências, essa lógica tende a ser ainda mais acentuada, especialmente devido à maior força de concepções psicopedagógicas e profiláticas que sustentam práticas disciplinares dirigidas a elas (Fernandes et al., 2020; Fonseca & Martins, 2023; Pavani, Wetzel, & Olschowsky, 2021; Vorcaro, 2011).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Nesse sentido, consideramos que atuar na SMIJ a partir dessa lógica também implica em riscos elevados de *iatrogenia*⁸, sobretudo por três razões principais:

Primeiro, crianças e adolescentes costumam ser levados ao campo da saúde em função do incômodo que causam em um outro – um adulto (família, escola, instituição social, profissional, instituição jurídica etc.). Nesse contexto, ocorre elevado risco de suas próprias demandas e necessidades subjetivas serem desconsideradas, fazendo com que o foco do terapêutico recaia sobre o queixas/sintomas que fazem questão a um terceiro, e/ou a psicopatologia porventura identificada (Altoé & Silva, 2013; Azevedo, 2018, 2023; Lykoupopoulos & Péchy, 2016; Ferrari, 2012; Werlang, Pereira, & Bett, 2024). Assim, questiona-se: trata-se uma criança-problema, o problema na criança, ou o problema da criança e ao redor dela? Reiteramos que todo “sintoma” deve ser entendido como subjetivado e construído pela própria criança ou adolescente bem como reflexo de suas condições sociais, posição no contexto, dinâmicas de poder e relações interpessoais, não apenas de marcadores do neurodesenvolvimento e comportamentos tido como desviantes.

Em segundo lugar, o processo de desenvolvimento infantil é marcado por uma plasticidade psíquica, o que confere à infância uma abertura às inscrições psíquicas e implica que as estruturas clínicas não são plenamente decididas nessa fase (Bernardino, 2004; 2021; Jerusalinsky, 2011; Kamers, 2013). Isso remete à emblemática frase de Allen Frances, líder do grupo-tarefa que elaborou o DSM IV: “*Diagnósticos em crianças devem sempre ser escritos a lápis*” (Frances, 2016, n. p.). Essa maleabilidade exige que a abordagem clínica em SMIJ seja dinâmica, considerando os tempos de constituição psíquica, marcados por mudanças rápidas, variadas e singulares (Pavani et al., 2021; Moreira & Rocha, 2019).

⁸ Iatrogenia refere-se aos danos causados ao paciente, sejam eles materiais – como os decorrentes do uso inadequado de medicamentos, cirurgias desnecessárias ou intervenções invasivas –, ou psicológicos (psicoiatrogenia), resultantes de comportamentos, atitudes ou palavras. Esses danos podem ser atribuídos não apenas ao médico, mas também à equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais envolvidos no cuidado (Tavares, 2007).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Em terceiro, cresce o reconhecimento da psicofarmacologização da infância e adolescência, que é totalmente fundamentada no modelo centrado na doença e que postula a correção de desequilíbrios neuroquímicos por medicamentos. Embora amplamente difundido, esse modelo também tem sido criticado por bases científicas frágeis e por ignorar a complexidade do desenvolvimento infantil. Além disso, os efeitos colaterais significativos associados às medicações geram preocupações éticas e clínicas. Ao invés de corrigir desequilíbrios neuroquímicos específicos, muitos psicofármacos podem acabar atuando como “intoxicantes cerebrais”, suprimindo temporariamente os sintomas. Isso implica que grande parte dos tratamentos com psicofármacos na infância e adolescência são experimentais, com insuficiente conhecimento sobre seus impactos a longo prazo (Caponi, 2020; Cunha, 2021; Freitas & Azevedo, 2022; Klein & Lima, 2020; Lugon, 2016; Timimi, 2014).

Cabe ressaltar que a psicofarmacologização é apenas um entre tantos fenômenos medicalizantes igualmente preocupantes, os quais não devem ser compreendidos como restritos à esfera psiquiátrica ou médica. Intervenções baseadas em compreensões patologizantes de diversas áreas não-médicas (psicologia, assistência social, educação, entre outras) frequentemente individualizam problemas, geram estigmas e reforçam identidades patológicas desde a infância. Essas práticas podem romper vínculos, aumentar o desamparo e levar a intervenções radicais, como institucionalizações e internações desnecessárias (Braga & d'Oliveira, 2022; Telles et al., 2024).

Dado esse contexto, o paradigma psicossocial, embora seja o referencial normativo da política de SMIJ, enfrenta desafios em sua efetiva implementação, especialmente pela insuficiência de investimento em dispositivos articuladores e pela limitada formação de profissionais e equipes para práticas que transcendam a lógica da queixa-conduta, bem como pelas garantias institucionais para que efetivamente consigam atuar a partir dos princípios psicossociais e da clínica ampliada (Belotti et al., 2022). Além disso, como discutido no

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Artigo 2 (Revisão sobre o cuidado em SMIJ em municípios sem CAPSiJ), no bojo desse cenário está tensão estrutural entre uma lógica comunitária que sustenta a política e a crescente individualização e neoliberalismo que marca a organização social contemporânea (Corbanezi, 2024; Maluf, 2024; Fonseca & Martins, 2023; Moreira & Rocha, 2019).

Conforme observamos, essa tensão se expressa, sobretudo, na tendência de fragmentação do cuidado, na tecnificação das respostas institucionais e em processos de medicalização de problemas complexos e multifatoriais. Um exemplo relevante dessas questões para a SMIJ é a relação com as escolas, que são reiteradamente apontadas como fortes fontes de encaminhamento para os sistemas de saúde e saúde mental – e, sobre isso, existem importantes discussões e problematização já sendo feitas. No entanto, compreendemos ser importante pensar sobre esse fenômeno e suas consequências sem polarizações ou culpabilizações isoladas.

A escola, por definição, tem o mandato da educação, não o da saúde ou o da saúde mental. No entanto, como espaço habitado pelas infâncias e adolescências, não pode se furtar da responsabilidade de ser também um espaço de promoção da saúde e da saúde mental (Cid & Gasparini, 2016; Oliveira, Couto, Sadigurschi, Sardinha, & Delgado, 2024). Em nosso estudo sobre os itinerários (Artigo 5), refletimos que muitas escolas não se sentem preparadas para lidar com a diversidade e complexidade das questões de saúde mental, tanto em sua dimensão transversal quanto em ações mais específicas, o que pode levar à percepção de que esse tipo de demanda está além de suas funções pedagógicas.

Nesse sentido, defendemos que o cerne do problema reside em um sistema que reproduz determinadas estruturas sociais e modos de conceber os desvios de certas normas e, por consequência, nas abordagens para tratamento dessas questões (Oliveira, 2021). Isso implica que a escola pode, sim, reproduzir lógicas medicalizantes, mas isso não significa que seja a responsável direta por esse processo. Quando solicita avaliações especializadas e

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSiJ): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

laudos para determinados alunos, está, dentro do sistema vigente, buscando formas de obter suporte para lidar com situações que desafiam sua organização interna. Portanto, a maneira como o setor de saúde e saúde mental responderá a essas demandas é fundamental.

A crítica que reiteramos é que, frequentemente, essa resposta ocorre de forma reducionista ou burocrática, desconsiderando as múltiplas dimensões do sofrimento psíquico infantojuvenil e a pluralidade das infâncias e adolescências. Além disso, muitas vezes, essa resposta acontece sem articulação efetiva com a escola ou sem uma compreensão aprofundada do seu contexto (Cid & Gasparini, 2016). Ou seja, são operadas um conjunto de ações fragmentadas e que não fortalecem um laço de corresponsabilização entre os setores.

O desafio que se coloca para a rede como um todo é que a escola não atue apenas como um canal de triagem e encaminhamento para serviços de saúde mental, mas que seja apoiada e fortalecida para ser também espaço de acolhimento, reflexão, de promoção de saúde, de pertencimento e reconhecimento social. Mas isso exige parceria, investimento e articulação intersetorial (Oliveira et al., 2024; Cid & Gasparini, 2016; Cid, Squassoni, Gasparini, Fernandes, 2017).

Nesse sentido, concordamos com Oliveira e colaboradores (2024) que é, sobretudo, por meio de ações intersetoriais atravessadas pela lógica da promoção da saúde mental que a relação entre escola e saúde/atenção psicossocial pode produzir respostas que ultrapassem a medicalização e a categorização precoce de estudantes/crianças/adolescentes em diagnósticos fechados. Isso é particularmente relevante para desconstruir um sistema ainda fortemente ancorado em signos nosográficos, cujo uso frequentemente se extrapola para o campo social, à medida que passam a operar, em muitos casos, como a principal ou mais sofisticada forma de atribuir sentido a sofrimentos, comportamentos ou dificuldades que envolvem estruturas complexas (Angel & Amaral, 2023; Benzato & Pereira, 2014; Lugon, 2016).

Nesse sentido, defendemos que a tese avança teoricamente em uma direção principal:

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

a reafirmação de um modelo de rede de atenção psicossocial que não dependa exclusivamente da presença de serviços *especializados* – ainda que esses serviços possuam relevante potencial para ampliar as ações intersetoriais e garantir acesso a intervenções específicas, especialmente em situações mais complexas. O que se revela fundamental é a existência de dispositivos *estratégicos* locais, com função pública claramente instituída, capazes de articular a rede, sustentar a agenda da SMIJ e garantir sua efetivação nos territórios.

Assim, embora concordemos que as gestões devam buscar implementar serviços previstos pela política sempre que os critérios populacionais e as demandas territoriais o justifiquem, é imprescindível avançar na construção de um cuidado que valorize e potencialize as ações transdisciplinares e territoriais, fortalecendo a rede a partir dos recursos já existentes. Além disso, é importante reafirmar que o cuidado em SMIJ também deve ocorrer na Atenção Básica, independentemente das configurações de rede, sem, entretanto, incorrer na ambulatorização desse nível de atenção, confinando o cuidado em consultas com profissionais da psicologia ou psiquiatria.

Nesse âmbito, refletimos que a política de atenção psicossocial infantojuvenil é, na verdade, uma proposição complexa, fundamentada em uma concepção relativamente nova de criança, adolescente, infâncias e adolescências, e ainda e radicalmente distinta de visões historicamente produzidas, mas enraizadas e que ainda ecoam nos dias de hoje. Assim como qualquer política pública, possui algum nível de abstração inerente, representando um “mundo” ideal. Contudo, não se trata de uma utopia, tampouco de um romantismo ingênuo ou de uma ideologia, mas de uma idealização absolutamente necessária para oferecer o respaldo normativo necessário às ações de todos os agentes com mandatos públicos para torná-la efetiva. Paralelamente, há o enfrentamento do mundo real, com suas contradições, modos singulares de viver e interpretar a realidade, discursos e paradigmas diversos que

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

coexistem. Luzio

Nesse sentido, esta tese reitera que a superação dos desafios para a concretização dessa política no cotidiano exige, das três esferas de gestão pública, maior sensibilidade em relação ao sofrimento de crianças, adolescentes e suas famílias ou responsáveis. Além disso, requer coragem para implementar medidas estratégicas diversas, mas que não deixem de valorizar os diversos profissionais (agentes do cuidado), promovendo formações qualificadas, assegurando o monitoramento e a avaliação coletiva das ações, e ofertando suporte efetivo para as ações em rede. Isso significa que devem criar condições para que os agentes – especialmente os profissionais e equipes que atuam na linha de frente – tenham respaldo institucional e recursos adequados para enfrentar a complexidade das demandas no campo da SMIJ a partir da lógica da atenção psicossocial e da clínica ampliada.

Diante dessas considerações, reafirmamos a tese defendida ao longo deste trabalho: sem dispositivos investidos de função pública clara e legitimada institucionalmente, a agenda da SMIJ tende a perder força, continuidade e centralidade nas políticas públicas. Essa ausência contribui para sua invisibilização, para o esvaziamento das redes de cuidado e para a reprodução de vazios assistenciais.

Para que o cuidado em SMIJ seja potencializado, é necessário garantir a existência de um dispositivo estratégico local, com mandato público claro para que a rede de atenção psicossocial infantojuvenil se constitua. Esse “mandato público claro” significa a institucionalização formal das atribuições do dispositivo, com funções, responsabilidades e ações explicitamente descritas e regulamentadas em documentos oficiais da política municipal de saúde. Essa formalização objetiva conferir legitimidade técnica e política ao dispositivo, assim como assegurar sua continuidade e integração na rede, independentemente de mudanças nas gestões locais. Sem respaldos normativos, qualquer iniciativa tende a permanecer como experiência isolada, dependente da vontade individual de profissionais ou

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

de acordos informais, o que a torna mais vulnerável à descontinuidade

Como demonstrado pelos estudos realizados nesta tese, a trajetória histórica da SMIJ no Brasil é marcada por avanços não lineares, frequentemente interrompidos e relegados a um plano secundário em virtude de disputas políticas e ideológicas conjunturais. A ausência desses dispositivos institucionais claramente definidos e legitimados – mais notadamente observada em municípios interioranos que não dispõem de CAPSij, apesar de atenderem aos critérios populacionais para tal – compromete a consolidação de práticas pautadas nos princípios psicossociais e na integralidade de direitos, favorecendo, em seu lugar, a prevalência de lógicas medicalizantes, institucionalizantes, pedagogizantes ou meramente ambulatoriais.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), por exemplo, surgiu precisamente como resposta a um histórico vazio assistencial em saúde mental infantojuvenil, fruto de intensas mobilizações sociais e profissionais que reivindicaram atenção específica a essa população (Braga & d'Oliveira, 2019; Couto, 2012; Cunha & Boarini, 2011; Rede Pq-SMCA, 2023). Contudo, como discutido nesta tese, a mera oferta de serviços especializados, embora necessária e relevante, não é suficiente para garantir a sustentação e a continuidade dessa agenda. Ou seja, capilarizar uma rede não implica em constituir essa rede. É imprescindível que sejam instituídos dispositivos locais capazes de promover arranjos cuidadores articulados e sustentáveis.

Desse modo, a tese que defendemos ao longo deste trabalho pode assim ser escrita: sem dispositivos investidos de função pública clara e legitimada institucionalmente, a agenda da saúde mental infantojuvenil tende a perder força, continuidade e centralidade nas políticas públicas. Essa ausência contribui para sua invisibilização, para o esvaziamento das redes de cuidado e para a reprodução de vazios assistenciais.

Dispositivos com mandato público definido não devem restringir-se a espaços de

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

atendimento clínico. Pelo contrário, precisam funcionar como instâncias capazes de sustentar a relevância da SMIJ na política local, fomentando a implementação dos princípios da atenção psicossocial e garantindo que o cuidado às infâncias e adolescências permaneça como uma prioridade política, técnica e ética (Braga & d'Oliveira, 2019; Cubas, Bonamigo, Alvarenga, & Carvalho, 2024; Rede Pq-SMCA, 2023).

Em consonância com o posicionamento de Couto e Delgado (2016), entendemos que, em municípios que contam com CAPSij, já cabe a esse dispositivo o mandato público de promover a articulação e o fortalecimento da rede para o cuidado em SMIJ, em sinergia com a Atenção Básica. Assim, na ausência desse serviço, compreendemos ser importante que um outro dispositivo seja pactuado. A depender dos recursos municipais, esse outro dispositivo pode ser uma nova equipe de referência ou serviço/equipe já existente. No entanto, é imprescindível que seu mandato para a SMIJ seja claro, caracterizado por impulsionar ações na rede de atenção, especialmente na Atenção Básica ou em sinergia com ela, superando a lógica ambulatorial e avançando para práticas promotoras de saúde e saúde mental, as quais estão previstas pelos princípios da clínica ampliada e da atenção psicossocial infantojuvenil.

Por fim, também reiteramos as recomendações dispostas no documento organizado pela “Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças Adolescentes” (Rede Pq-SMCA, 2023), que foi elaborado para subsidiar 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: a necessidade de criação de condições que garantam a participação efetiva de crianças e adolescentes nos espaços de decisão, tanto políticos quanto clínicos, comunitários e institucionais, assegurando seu protagonismo na construção de redes locais e no fortalecimento do sistema de proteção (RedePq-SMCA, 2023).

Dado o exposto, reiteramos que, enquanto política pública, a atenção psicossocial

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

infantojuvenil só alcança sua plena potência se for participativa, avaliada coletivamente e orientada por um eixo ético que desafie e supere a cosmovisão vigente de que crianças e adolescentes são meros aprendizes de modos socialmente aceitáveis de viver.

Referências da bibliografia citada fora do escopo dos artigos

- Almeida, R. S., Lima, R. C., Crenzel, G., & Abranches, C. D. (2019). *Psiquiatria da criança e do adolescente* (Série Soperj). 2ª Edição. Rio de Janeiro, RJ: Manole.
- Altoé, S., & Silva, M. M. (2013). Características de uma clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Estilos da Clínica*, 18(1), 125–141.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299–316.
- Alves, C. M. P., & Serralha, C. A. (2018). A assistência psicológica a crianças em Unidades Básicas de Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(3), 912–931.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Angel, C. D. O., & Amaral, A. J. D. (2023). O poder (neuro) psiquiátrico: a psicopatologização do cotidiano na era do cérebro. *Psicologia & Sociedade*, 35, e262853.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 23, 287-294.
- Avellar, L. Z. (2021). Presença, espaço e tempo: compartilhar experiência como um modo de pensar a clínica no CAPSij em uma perspectiva winnicottiana. In A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid & T. S. Matsukura (Orgs.), *Saúde Mental de Crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (pp. 155-167). São Paulo: Manole.
- Azevedo, L. J. C. D. (2018). Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. *Psicologia USP*, 29(3), 451-458.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- Barros, S., Santos, J. C. D., Candido, B. D. P., Batista, L. E., & Gonçalves, M. M. (2022). Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210525.
- Belotti, M., Andreatta, P. P., Constatinidis, T. C., Dias, A. T. B., Reis, L. B., & Iglesias, A. (2022). Conception of workers in a municipal health network about the service-management relationship. *Psico-USF*, 27(2), 279-291.
- Bernardino, L. M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. M. F. (2021). Le diagnostic précoce peut-il mettre en danger la construction psychique? L'histoire d'Alice. *Cahiers de Préaut*, 17, 209–222.
- Bispo Júnior, J. P., & Almeida, E. R. (2023). Equipes multiprofissionais (eMulti): Potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(10), e00120123.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15(1), 28-50.
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 401-410.
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2022). Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: O circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(5), e00170821.
- Braga, A., Ribeiro, N. R. S., & Santos, M. S. N. (2024). O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes sob a perspectiva de profissionais da saúde dos três níveis de atenção. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(1), 2598-2619.
- Brasil. (2002). *Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Saúde. Recuperado de <http://bit.ly/39WA5BT>

Brasil. (2012). *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. Presidência da República.

Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm

Brasil. (2017). *Portaria GM n.º 3.588, de 22 de dezembro de 2017*: Altera as portarias de consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Brasil, D. D. R., & Lacchini, A. J. B. (2021). Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 10(1), 14-32.

Câmara Municipal de São Mateus. (2024, 5 de abril). *Falta de atendimento adequado a autistas domina debates na Câmara de São Mateus*. Recuperado de <https://camarasaomateus.es.gov.br/noticia/ler/1962/falta-de-atendimento-adequado-a-autistas-domina-debates-na-camara-de-sao-mateus>

Campos, G. W. (2015). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 5ª ed.. São Paulo, SP: Hucitec.

Catania, N., Battistelli, B. M., & Rodrigues, L. (2021). Entre assistência social e saúde mental: produzindo práticas de cuidado. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 75-88.

Christofari, A. C., & Freitas, C. R. (2023). Infância medicalizada: o que a escola tem a dizer?. *Revista Educação Especial*, 36(1), e65/1–29.

Cid, M. F. B., & Gasparini, D. (2016). Ações de promoção à saúde mental infantojuvenil no contexto escolar: Um estudo de revisão. *Revista FSA*, 13(1), 97-114.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij)*: desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- Cid, M. F. B., Squassoni, C. E., Gasparini, D. A., & Fernandes, L. H. D. O. (2019). Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. *Pro-posições*, 30, e20170093.
- CNN Brasil. (2024, janeiro 28). *Associações de autistas pedem ação do governo contra terapia similar a regime manicomial*. Recuperado de <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/macroeconomia/associacoes-de-autistas-pedem-acao-do-governo-contraterapia-similar-a-regime-manicomial/>
- Conrad, P (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Corbanezi, E. (2024). Precariedades subjetivas: Politizar a saúde mental na atualidade. *Caderno CRH*, 37, e024034.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. Amarante (Org.), *Ensaio sobre subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz
- Couto, M. C. (2003). Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In A. M. Guerra, & N. L. Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental* (pp. 191-198). Autêntica: FUMEC.
- Couto, M. C. (2012). *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)* [Tese de doutorado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Recuperado de <http://objdig.ufrj.br/52/teses/796154.pdf>
- Couto, M. C. (2020). Saúde mental de crianças e adolescentes: intersetorialidade e produção de cuidados [comentário]. In ABASME, *Por vidas despatologizadas: ciclo de lives despatologiza 2020* (pp. 151-171). Abrasme. Recuperado de
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

https://despatologiza.org.br/despatologizadas/por_vidas_despatologizadas.pdf

Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.

Couto, M. C., & Delgado, P. G. (2016). Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In Lauridsen-Ribeiro & Lykouropoulos (Orgs.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 161-192). São Paulo: Hucitec.

Couto, M. C., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.

CRP16. Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região. (2022). *Ofício 261/2022: Às clínicas que prestam serviço em ABA (Análise do Comportamento Aplicado)*. Recuperado de <http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Oficio-261.2022.pdf>

Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. de A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703–714.

Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, e00285117.

Cubas, J. M., Bonamigo, V. G., Alvarenga, R., & Carvalho, D. R. (2024). A infância e a adolescência na política de saúde mental: uma análise por meio dos conselheiros e conferências de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, e01452023.

Cunha, C., & Boarini, M. (2011). O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1).

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Cunha, M. (2021). A banalidade do mal psicofarmacológico em tempos de performance.

Psicologia USP, 32, e200052.

Dimenstein, M., & Liberato, M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: O desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 212–222.

Dumas, J. E., Assumpção Jr., F. B., & Murad, F. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed.

Elia, L. F. (2015). Uma equipe muito especial: a equipe do CAPS. In: M. Kamers, R. Voltolini & R. Mariotto. (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 243-264). São Paulo: Editora Escuta.

Elia, L., Amaral, N., Armony, N. S., Pinto, R. F., & Santos, K. W. (2010). Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 211-229). Hucitec.

Fatori, D. & Graeff-Martin, A. S. (2016). Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. In Lauridsen-Ribeiro & Lykourpoulos (Orgs.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 39-53). São Paulo: Hucitec.

Fernandes, A. D. S. A., & Matsukura, T. S. (2015). Adolescentes no CAPSi. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(2), 216-224.

Fernandes, A. D. S. A., & Matsukura, T. S. (2016). Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. *Temas em Psicologia*, 24(3), 977-990.

Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., & Lourenço, M. S. D. G. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 904-914.
- Fernandes, A. D. S. A. (2019). *Cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: práticas, desafios e perspectivas* [Tese de doutorado]. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11798>
- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. D. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020a). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28, 725-740.
- Fernandes, A. D., Sebold, R. A., Matsukura, T. S., & Cid, M. F. (2020b). Saúde Mental infantojuvenil e atenção básica à saúde: percepções de profissionais sobre as redes estabelecidas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 12(31), 103-119.
- Fernandes, A. D. S. A., Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2021). O cuidado em saúde mental infanto-juvenil na atenção básica a saúde: singularidades territoriais. In A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid & T. S. Matsukura (Orgs.), *Saúde Mental de Crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (pp. 204-222). São Paulo: Manole.
- Fernandes, A. D. S. A., Taño, B. L., Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2022a). A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3102.
- Fernandes, A. D. S. A., Taño, B. L., Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2022b). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. São Paulo, SP: Manole.
- Ferrari, A. G. (2012). Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental? *Tempo Psicanalítico*, 44(2), 299–319.
- Ferraz, K. F., et al. (2024). Compreendendo os desafios no cuidado da saúde mental infantil das equipes de saúde na atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(12), e18120.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- Ferreira, T. P. D. S., Sampaio, J., Souza, A. C. D. N., Oliveira, D. L. D., & Gomes, L. B. (2016). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373-384.
- Ferreira, G. F., Moro, L. M., & Rocha, K. B. (2022). Análise dos pressupostos do paradigma psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva de profissionais. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e-2225.
- Flexa, R. G. C., & Barbastefano, R. G. (2019). Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 325-338.
- Flynn, A., & Bustamante, V. (2023). Gênero, raça e ‘problemas externalizantes’ em um serviço de saúde mental infantil. *Psicologia em Estudo*, 29, e56169
- Francisco, R. S. (2023). “Quando eu crescer quero ser criança”: Com um mundo adulto às avessas, fazer cartografia [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório do Instituto de Psicologia, UERJ. Recuperado de <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/20072>
- Freitas, F., & de Azevedo, L. J. C. (2022). Medicalizando crianças e adolescentes. *Estudos de Sociologia*, 27(2esp), e022022-e022022.
- Fonseca, F. L., & Martins, L. P. L. (2023). A agressividade infantil no DSM: os diagnósticos e os seus efeitos subjetivos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 26, e211093.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), p. 3-25.
- Frances, A. (2016). DSM-5 diagnoses in kids should always be written in pencil. *Psychology Today*. Recuperado em 13 de Janeiro de 2025, de <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201610/dsm-5-diagnoses-in-kids-should-always-be-written-in-pencil>
- Gama, C. A. P. D., Lourenço, R. F., Coelho, V. A. A., Campos, C. G., & Guimarães, D. A.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- (2021). Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200438.
- Garcia, G. Y. C., Santos, D. N., & Machado, D. B. (2015). Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2649-2654.
- Garcia, M. L. T., & Oliveira, E. F. D. A. (2017). An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. *Social Work in Health Care*, 56(3), 169-188.
- Gerbaldo, T. B., Arruda, A. T., Horta, B. L., & Garnelo, L. (2018). Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1079-1094.
- Gomes, C. G. S., Souza, D. D. G. D., Silveira, A. D., Rates, A. C., Paiva, G. C. D. C., & Castro, N. P. D. (2019). Efeitos de intervenção comportamental intensiva realizada por meio da capacitação de cuidadores de crianças com autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3523.
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, 9(15), 139-154.
- Guimarães, A., & Silva, L. A. V. D. (2021). A saúde coletiva e a criança com comportamentos externalizantes: uma revisão de literatura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(04), e310424.
- Jerusalinsky, J. (2011). Jogos de litoral na direção do tratamento de crianças em estados autísticos. In R. W. Licht & L. M. Bernardino (Orgs.), *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba – Nº 22 – Autismo* (pp. 77–90). Paraná, Brasil: Juruá Editora.
- Joia, J. H., Diogo, J. L., de Carvalho, S. K. R., & Munhoz, C. N. (2022). Dar lugar à palavra: Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- reverberações da clínica com imigrantes bolivianos num CAPS infantojuvenil. *Estilos da Clínica*, 27(3), 346-363.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153–165.
- Kamers, R. Voltolini & R. Mariotto. (2015). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Editora Escuta.
- Klein, T., & Lima, R. C. (2020). Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: Desdobramentos para a infância e a educação. *Movimento: Revista de Educação*, 7(15), 444–469.
- Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. (Orgs.). (2010). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Leitão, I. B., & Avellar, L. Z. (2020). 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. *Estilos da Clínica*, 25(1), 165-183.
- Leitão, I. B., Constantinidis, T. C., & Avellar, L. Z. (2019). Produção de conhecimentos sobre o CAPSi entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3), 181-205.
- Lima, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290101.
- Lima, R. C., Couto, M. C. V., & Andrada, B. C. (2024). O que dizem familiares de autistas sobre o trabalho desenvolvido pelos CAPSi?. *Saúde e Sociedade*, 33(1), e230327pt
- Lins, S. R. A., Matsukura, T. S., Taño, B. L., & Squassoni, C. E. (2021). Professores, escola e saúde mental infantojuvenil: elementos para reflexão. In A. D. S. A. Ferndandes, B. L. Taño, M. F. B. Cid & T. S. Matsukura (Orgs.), *Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial* (pp. 48-60). São Paulo: Manole.
- Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)*: desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Ciência & Saúde Coletiva, 16(12), 4590-4592.

Lourenço, M. S. (2017). *Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde* [Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, São Carlos. Recuperado de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9102>

Lourenço, M. S. D. G., Matsukura, T. S., & Cid, M. F. B. (2020). A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28, 809-828.

Lugon, R. (2016). Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria no CAPSi. In Lauridsen-Ribeiro & Lykouropoulos (Orgs.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 108-115). São Paulo: Hucitec.

Lugon, R. A., & Costa Andrada, B. (2019). Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. In L. T. L. S. Surjus & M. A. A. Moysés (Orgs.), *Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência* (pp. 89–103). Santos, SP: Unifesp; Abrasme.

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

Lykoupopoulos, C. B. & Péchy, S. H. (2016). O que é um CAPSi?. In Lauridsen-Ribeiro & Lykouropoulos (Orgs.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 87-99). São Paulo: Hucitec.

Macedo, J. P., Abreu, M. M. D., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155-170.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Machado, C. M., Luiz, A. M. A. G., Marques Filho, A. B., Miyazaki, M. C. D. O. S.,

Domingos, N. A. M., & Cabrera, E. M. S. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62.

Maluf, S. W. (2024). Subjetivações neoliberais e sofrimento social: Políticas globais de saúde mental em tempos de neoliberalismo. *Caderno CRH*, 37, e024035.

Marques, C. P. C. (2016). *Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha*. São Luís: EDUFMA.

Mattos, M. P. D., Gutiérrez, A. C., & Campos, G. W. D. S. (2022). Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3503-3516.

Melo, D. D., & Tschiedel, R. G. (2019). A promoção de saúde mental infantil: das potencialidades da atenção básica. In S. Paulon & M. Londero (Orgs.), *Saúde mental na atenção básica: o pesquisar como cuidado*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 218 pp 143-163. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/216170/001120165.pdf>

Michaelis (n. d). *Dispositivo*. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Recuperado em 06 de Janeiro de 2025. Recuperado de <http://michaelis.uol.com.br/>

Ministério da Saúde do Brasil. (2004a). *Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004*. Diário Oficial da União: Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html

Ministério da Saúde do Brasil. (2004b). *Portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004*. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html

Ministério da Saúde do Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Diário Oficial da União: Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde do Brasil. (2012). *Cadernos de Atenção Básica, n. 33: Saúde da Criança*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental*.

Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. (2014a). Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil:

recomendações: de 2005 a 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. (2014b). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no*

SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Recuperado de <http://bit.ly/37LMN4T>

Ministério da Saúde do Brasil. (2014c). *Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014*. Diário

Oficial da União: Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html

Ministério da Saúde do Brasil. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com*

transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do

Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. (2019). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019:*

Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Recuperado de

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Ministério da Saúde do Brasil. (2020). *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Secretaria

de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Recuperado de

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>

Ministério da Saúde do Brasil. (2023). *Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023:*

Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e

desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Diário Oficial da União. Recuperado de

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Moreira, R., & Rocha, K. B. (2019). O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: Aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. *Physis:*

Revista de Saúde Coletiva, 29, e290216.

Moura, B. R. & Lykoupopoulos, C. B. (2021). Reflexões sobre a gestão de Centros de

Atenção Psicossociais Infantojuvenis. In A. D. S. A. Fernandes, B. L. Taño, M. F. B.

Cid & T. S. Matsukura (Orgs.), *Saúde Mental de Crianças e adolescentes e atenção psicossocial* (pp. 126-140). São Paulo: Manole.

Nasi, C., Cardoso, A. S. F., Schneider, J. F., Olschowsky, A., & Wetzal, C. (2009). Conceito de Integralidade na Atenção em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica.

Rev. Min. Enferm., 13(1), 147-152

Nunes, C. K., Olschowsky, A., Silva, A. B., Xavier, M. S., & Braga, F. S. (2023). Saúde

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- mental na atenção básica: uma rede rizomática para infância e adolescência. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 13, e8, 1-18.
- Oliveira, E. F. dos A. (2017). *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. Recuperado de <https://repositorio.ufes.br/handle/10/10701>
- Oliveira, B. D. C. D., Feldman, C., Couto, M. C. V., & Lima, R. C. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(03), 707-726.
- Oliveira, B. D. C. (2021). *Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na rede escolar: desafios para atenção psicossocial e a intersetorialidade* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, IPUB
- Oliveira, B. D. C. D., Couto, M. C. V., Sadigurschi, G., Sardinha, G. P. G., & Delgado, P. G. G. (2024). Promoção de Saúde Mental no contexto escolar: potências, desafios e a importância da colaboração intersetorial para o campo da Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e34077.
- Oliveira, P. S., Santana, F. R., Gatto Júnior, J. R., Santos, K. D. S., Araujo, P. N. D., & Fortuna, C. M. (2021). Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: Pesquisa intervenção socioclínica institucional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03731
- Oliveira, B. D. C. D., Couto, M. C. V., Sadigurschi, G., Sardinha, G. P. G., & Delgado, P. G. G. (2024). Promoção de Saúde Mental no contexto escolar: potências, desafios e a importância da colaboração intersetorial para o campo da Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e34077.
- Oliveira, E. F., & Garcia, M. L. T. (2024). O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- caixa de Pandora. *Serviço Social & Sociedade*, 147(2), e-6628383.
- Pacheco, L. F., Couto, M. C. V., Andrada, B. C., & Delgado, P. G. G. (2021). Atenção psicossocial, Atenção Básica e o cuidado da primeira infância: Bases de uma experiência colaborativa. In C. Mascarenhas (Org.), *O bebê não vive numa bolha: clínica e contexto* (pp. 247–267). São Paulo, SP: Contra Corrente.
- Papola, D., Barbui, C., & Patel, V. (2024). Leave no one behind: rethinking policy and practice at the national level to prevent mental disorders. *Mental Health & Prevention*, 33, 200317.
- Pavani, F. M., Wetzel, C., & Olschowsky, A. (2021). A clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: Na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis. *Saúde em Debate*, 45(129), 118–129.
- Pereira, P. B. A., & Feuerwerker, L. C. M. (2024). O mundo do trabalho não é automático: o que pode operar como dispositivo para a gestão do cuidado em municípios de pequeno porte?. *Saúde e Sociedade*, 32, e220849pt.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. D. V. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20, 135-143.
- Pimenta, P. R. (2019). As políticas públicas para o autismo no Brasil, Sob a ótica da psicanálise. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1248-1262
- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Sivla, A. D. A., Pinheiro, P. N. D. C., Braga, V. A. B., & Souza, Â. M. A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 555-564.
- Polli, L. M. (2024). *O autismo e as práticas de cuidado na Atenção Básica à Saúde: A perspectiva de profissionais* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional da UFSCar. Recuperado de

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/20430/DISSERTAÇÃO%20DEFESA%20LETICIA%20POLLI%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Portolese, J., Bordini, D., Lowenthal, R., Zachi, E. C., & de Paula, C. S. (2017). Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtornos do espectro autista no Brasil. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 79-91.

Praisner, T., & Cervo, M. D. R. (2023). Saúde mental infantojuvenil: O cuidado em municípios de pequeno porte. *Fractal: Revista de Psicologia*, 35, e5999.

Prefeitura Municipal de São Mateus (2020). *Relatório detalhado do quadrimestral anterior – 1º e 2º*. Secretaria Municipal de Saúde.

<https://saomateus.es.gov.br/uploads/acessetambem/j3vsu61do957xcrep48baifqlzmyhw2kn0gt.pdf>

Pupo, L. R., Rosa, T. E. C., Sala, A., Feffermann, M., Alves, M. C. G. P., & Moraes, M. D. L. S. E. (2020). Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, 44(spe 3), 107-127.

RedePq-SMCA – Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. (2023). *Contribuições para o avanço da atenção psicossocial de crianças e adolescentes*. Documento Técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

Disponível em: www.nuppsam.org; www.ciespi.org.br; www.latesfip.com.br.

Reis, A. O., Delfini, P. S., Dombi-Barbosa, C., & Oliveira, M. F. (2010). Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs.), *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 186-210). São Paulo, SP: Hucitec.

Reis, L. B., Iglesias, A., Belotti, M., & Pereira, C. M. (2024). Demandas e ofertas da Atenção

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- Básica em saúde mental infantil. *Psicologia e Saúde em Debate*, 10(1), 711–728.
- Ricci, T. E., Fernandes, A. D. S. A., Cestari, L. M. Q., Marcolino, T. Q., & de Souza, M. B. C. A. (2023). Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo. *SciELO Preprints*. Recuperado de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6634>
- Rios, C., & Camargo Júnior, K. R. (2019). Especialismo, especificidade e identidade-as controvérsias em torno do autismo no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1111-1120.
- Santos, L. O., França, V. N. de, & Batista, A. S. (2022). As Queixas Escolares e Suas Interfaces em um Ambulatório de Saúde Mental Infantil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 22(3), 1041–1061.
- Santos, L. O., França, V. N., & Batista, A. S. (2022). As queixas escolares e suas interfaces em um ambulatório de saúde mental infantil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 22(3), 1041-1061.
- Sarzana, M. B. G., Lessa, G., Preis, L. C., da Luz Perin, J. P., de Andrade, S. R., & Erdmann, A. L. (2018). Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 22(1).
- Scarin, A. C. C. F., & Souza, M. P. R. de. (2020). Medicalização e patologização da educação: Desafios à psicologia escolar e educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24, e214158
- Silva, J. F. (2020). *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional UFES. <https://repositorio.ufes.br/items/53ff3eb4-c946-414d-84e7-983b7fde423e>
- Silva, R. B., & Cezar, P. C. N. (2013). Atuação do psicólogo no CREAS em municípios de
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- pequeno porte. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 99-109.
- Silva, S. M. P., & França, M. H. (2022). Trabalhando com o mínimo: a saúde mental infantojuvenil no estado da Paraíba. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 20(49), 142-158.
- Silva, L. C., & Souza, L. T. R. (2025). Saúde mental na Atenção Básica: Uma abordagem social. *ARACÊ*, 7(1), 3372–3393.
- Souza, T. G. D. (2022). Saúde mental, álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte: uma revisão de literatura. *Mental*, 14(26), 1-15.
- Souza, V. (2024, 5 de julho). *O autismo se tornou um grande negócio no Brasil?* Revista Medicina S/A [site de notícias]. Recuperado de <https://medicinasa.com.br/autismo-negocio/>
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 439–447.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 29(1), e290108.
- Tavares, F. M. (2007). Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1(2), 180–185.
- Tavares, J. D. N. (2021). O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde. *Saúde em Debate*, 44, 1176-1188.
- TC Online. (2023, 8 de dezembro). *Daniel anuncia centro de referência para o autista em São Mateus*. Recuperado de <https://tconline.com.br/daniel-anuncia-centro-de-referencia-para-o-autista-em-sao-mateus/>
- Teixeira, L., MacDowell, M. C., & Bugarin, M. (2003). Consórcios intermunicipais de saúde:
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- uma análise à luz da teoria dos jogos. *Revista Brasileira de Economia*, 57, 253-281.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933-1942.
- Telles, N. N., Cruz, N. S., Cardoso, M. M. A., Luz, P. O., Fernandes, H. G. C., & Oliveira, M. A. F. (2024). Perceptions about children and adolescents' mental health crisis intervention: A qualitative systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(11), e00016324.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 360-372.
- Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo. (2025). *Auditoria operacional da rede de atenção psicossocial do estado do Espírito Santo*. Processo: 2153/2024. Recuperado de <https://www.tcees.tc.br/wp-content/uploads/2025/01/Relatorio-de-Auditoria-Rede-Saude-Mental.pdf>
- Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (2019). The place of care adolescents using psychoactive substances, according to their perspective. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e180162.
- Vechiatto, L. & Alves, A. M. (2019). A saúde mental infanto-juvenil e o CAPSi: uma revisão integrativa. *Emancipação*, 19(1), 1-17.
- Vicentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 10-17.
- Vicentin, M. C. G. (2016). Criançar o descrençável. In Lauridsen-Ribeiro & Lykourpoulos (Orgs.), *O Capsi e o desafio da gestão em rede* (pp. 29-38). São Paulo: Hucitec.
- Vieira, A. B., Roma, C. M., & Miyazaki, V. K. (2007). Cidades médias e pequenas: uma
- Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)*: desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

- leitura geográfica. *Caderno Prudentino de Geografia*, 1(29), 135-156.
- Vorcaro, A. (2011) O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In A. Jerusalinsky, & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 219-229). Via Lettera.
- Wandekoken, K. D., Dalbello-Araujo, M., & Sodré, F. (2021). “EnCAPSulados”: autonomia e dependência no processo de trabalho em CAPSad. *Fractal: Revista de Psicologia*, 33, 100-107.
- Werlang, E. M., Pereira, D. P., & Bett, G. D. C. (2024). Medicalização da infância, fracasso escolar e conselho tutelar: Uma análise histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, 29, e55625.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 27-37.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-90.

Anexo 1 – Mensagem de Convite para Participação nas Entrevistas do Estudo

Olá, [Nome do Participante], tudo bem?

Me chamo Iagor Leitão. Sou psicólogo da região, professor do curso de Psicologia do UNIVC e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória.

Estou entrando em contato para convidá-lo(a) a participar da pesquisa de doutorado que estou realizando, que tem como tema a Saúde Mental Infantojuvenil no SUS, com um foco específico em como o cuidado está sendo estruturado e operado em municípios do interior.

Nesta etapa da pesquisa, estou realizando entrevistas com profissionais da Rede de Atenção à Saúde Mental de São Mateus, independentemente da formação profissional ou do serviço público em que atuam. O processo de seleção dos participantes segue um método de indicação, em que cada entrevistado sugere outros profissionais que considera referência no cuidado à Saúde Mental Infantojuvenil no município. Após essa sequência de indicações, cheguei ao seu nome como alguém com uma contribuição significativa para a Rede.

Sobre a entrevista:

A entrevista será composta por 09 questões abertas, voltadas para compreender suas experiências no serviço em que atua, a dinâmica da rede (pontos fortes e desafios), as características do trabalho em SMIJ e as demandas recebidas pelos serviços.

A duração estimada é de 30 minutos a 1 hora.

Podemos agendar no dia e horário mais convenientes para você. A entrevista pode ser realizada de forma online, via Google Meet, com o áudio gravado para transcrição e análise posterior.

Sua participação será extremamente valiosa para a pesquisa, que tem como objetivo maior contribuir para o diagnóstico da situação da rede de atenção à saúde mental infantojuvenil de São Mateus, podendo servir de base para indicar melhorias futuras.

Caso tenha interesse ou dúvidas, fico à disposição para conversarmos e alinharmos os detalhes.

Desde já, agradeço muito sua atenção e espero contar com sua colaboração!

Atenciosamente,

Iagor Leitão

E-mail: iagor.leitao@edu.ufes.br

Telefone/WhatsApp: (27) 99763-0256

Anexo 2 – Roteiro de Entrevista e Questionário Sociodemográfico**Questionário Sociodemográfico**

1. Nome Completo: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Formação/Profissão: _____
5. E-mail: _____
6. Telefone para Contato: _____
7. Serviço(s) Público(s) em que Atua: _____
8. Função(ões): _____
9. Tempo de Atuação (em anos ou meses): _____
10. Tipo de Vínculo Empregatício:
 - ☐ Concursado
 - ☐ Processo seletivo
 - ☐ Designação temporária
 - ☐ Comissionado
 - ☐ Outro: _____
11. Vínculo:
 - ☐ Municipal
 - ☐ Estadual
 - ☐ Outro: _____
12. Você considera que realiza atividades em Saúde Mental Infantojuvenil, de modo direto ou indireto?
 - ☐ Sim
 - ☐ Sim, parcialmente
 - ☐ Não
 - ☐ Não sei dizer

Roteiro de Entrevista

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

1. Descreva suas atividades relacionadas ao trabalho em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ). *(Pedir para descrever as atividades mais diretas e indiretas e quais são as mais predominantes)*
2. Como tem sido sua experiência com o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no município? *(Pedir para exemplificar com suas vivências)*
3. Quais as características predominantes das crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental no município?
4. Descreva, segundo sua experiência, um caso típico de saúde mental infantil (criança) e como ele é atendido no município *(Pedir o mesmo para adolescentes)*
5. O que você considera um caso grave de saúde mental de uma criança ou adolescente? Como esses casos graves são atendidos no município? *(Pedir para exemplificar com base em sua vivência)*
6. Qual é sua opinião sobre a composição, disposição e funcionamento da Rede de Saúde Mental em São Mateus para o cuidado de crianças e adolescentes?
7. Quais são, na sua opinião, os principais pontos fortes para o trabalho/cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil em São Mateus?
8. Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho/cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes?
9. Na sua opinião, considerando a realidade de São Mateus, quais as principais necessidades para tornar o cuidado em saúde mental infantojuvenil mais efetivo?
10. Para ampliarmos a compreensão da rede de cuidado em SMIJ no município, você pode me indicar o contato de duas pessoas que você considera parte da rede de SMIJ aqui no município? Você pode indicar profissionais da sua própria unidade de trabalho ou de outras unidades. Pode, inclusive, indicar profissionais de outros setores da rede de saúde, profissionais da assistência social, do setor hospitalar, da gestão, proteção e garantia de direitos etc. Também pode indicar profissionais de diferentes formações (técnica ou superior) ou cargos (administrativo, gestão ou “linha de frente”). O principal critério é que você considera que esse(a) profissional, que atua no setor público, tem relevância para o cuidado em SMIJ no município.

Profissional 1: _____. Motivo: _____

Profissional 2: _____. Motivo: _____

Anexo 3 – Roteiro de Entrevista para o Estudo de Itinerários Terapêuticos

Instruções para o Início da Entrevista

1. *Apresentação inicial:*
 - Apresentar-se como pesquisador.
 - Apresentar os participantes e seus papéis na pesquisa.
2. *Leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):*
 - Ler o TCLE em voz alta para os participantes.
 - Esclarecer possíveis dúvidas relacionadas ao termo e à pesquisa.
 - Solicitar as assinaturas do TCLE.
3. *Orientações sobre o funcionamento da entrevista:*
 - Explicar o número de questões que serão abordadas.
 - Incentivar a participação ativa de todos os participantes, garantindo um espaço de fala sem julgamentos.
 - Informar sobre a duração estimada da entrevista.
4. *Início da gravação de áudio:*
 - Solicitar o consentimento para gravar a entrevista.
 - Informar que o áudio será utilizado apenas para transcrição e análise.

Questionário Sociodemográfico

1. Nome completo dos participantes da entrevista:
 2. Composição familiar:
 3. Gênero da criança/adolescente:
 4. Nome completo da criança/adolescente:
 5. Idade da criança/adolescente:
 6. Formação/profissão dos pais ou cuidadores:
 7. Escolaridade da criança/adolescente:
 8. Condição médica ou psiquiátrica da criança/adolescente (declarada pelos pais/cuidadores):
 9. Cor de pele da criança ou adolescente (declarada pelos pais/cuidadores):
-

Como citar esta tese: Leitão, I. B. (2025). *O cuidado em saúde mental infantojuvenil em municípios interioranos e sem Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij): desafios, experiências e caminhos para a atenção psicossocial infantojuvenil brasileira* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. Orientadora: Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar.

Roteiro de Entrevista

1. O que motivou a busca por cuidado ou tratamento para o(a) [nome da criança/adolescente]?
2. Vocês se lembram dos lugares pelos quais passaram em busca de cuidado ou tratamento?
 - *Incentivar a descrição de todos os lugares, incluindo serviços de saúde, assistência social, espaços comunitários ou outros ambientes que procuraram.*
3. Dentre os lugares que vocês passaram, houve algum que marcou positivamente? E algum que marcou negativamente?
 - *Explicar que “positivamente” se refere a lugares onde se sentiram acolhidos e bem atendidos.*
 - *“Negativamente” significa lugares onde a experiência foi insatisfatória ou frustrante.*
4. Como vocês descreveriam essa busca por cuidados?
 - *Pedir exemplos que ilustrem as vivências dos participantes.*
5. Agora gostaria que desenhassem juntos, nesta cartolina, os caminhos percorridos desde o momento em que sentiram necessidade de buscar cuidados para o(a) [nome da criança/adolescente].
 - *O objetivo é criar um mapa visual dos itinerários terapêuticos, destacando os locais percorridos e as experiências vividas.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO CAMPUS
GOIABEIRA - UFES



Apêndice – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos de cuidado em saúde mental infanto-juvenil em município do interior do Espírito Santo

Pesquisador: Igor Brum Leitão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67659022.6.0000.5542

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP-UFES)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.956.155

Apresentação do Projeto:

Estudos na área de SMIJ têm sido crescentes e publicados em maior número nos últimos dez anos, conforme apontam as revisões de literatura de Taño e Matsukura (2015), Tristão, Quintanilha e Avellar (2015), Leitão, Constantinidis e Avellar (2019) e Vechiatto e Alves (2019). No entanto, academicamente, verifica-se que estão em menor número as investigações científicas sobre as experiências de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico onde não há este equipamento (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil [CAPSij]). Para Lourenço (2017), municípios que não dispõem deste serviço, de modo mais acentuado demandam aos gestores a implementação de programas e ações de cuidado especialmente na AB em conjuntura com outros equipamentos da RAS, RAPS e SUAS disponíveis, assim como com setores “informais” em relação ao mandato público para o cuidado, como escolas, instituições não-governamentais e comunidade. No intuito de contribuir para com a temática, este projeto de doutorado tem como objetivo compreender como ocorrem os processos de cuidado em saúde mental infanto-juvenil (SMIJ) em um município de interior e médio porte (São Mateus - ES). Dois estudos são propostos: 1) Estudo qualitativo por meio de grupos focais com profissionais e gestores dos serviços públicos do município, responsáveis por prestar cuidados em saúde mental infanto-juvenil; 2) Estudo qualitativo por meio de entrevistas com familiares cuidadores de crianças e adolescentes que recebem algum cuidado da rede pública de saúde mental do município. No primeiro estudo, a análise será por meio da técnica “Classificação Hierárquica



Descendente (CHD). No segundo estudo, a análise será por meio da Análise de Similitude (AS).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como ocorrem os processos de cuidado em saúde mental infanto-juvenil (SMIJ) em um município de interior e médio porte.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o funcionamento da rede de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes do município;
2. Caracterizar as principais demandas em saúde mental de crianças e adolescentes no município sob a ótica dos profissionais e gestores dos serviços públicos responsáveis por prestar cuidados em saúde mental infanto-juvenil;
3. Apreender concepções de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes produzidas pelos profissionais e gestores dos serviços públicos responsáveis por prestar cuidados em saúde mental infanto-juvenil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os eventuais riscos desta pesquisa são constrangimento ao falar sobre o assunto, incomodo em relembrar situações e desgaste emocional. Neste caso, será respeitado o momento do participante, seu direito de continuar ou não a entrevista em grupo neste momento, bem como o acolhimento do seu sofrimento pelo pesquisador responsável, Igor Brum Leitão, que é psicólogo atuante e devidamente registrado no Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo (CRP/ES), sob a inscrição CRP 16/5350.

A participação nessa pesquisa poderá contribuir para a temática da Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) e de modo acentuado para o conhecimento desse seguimento no município de São Mateus, o que pode favorecer com dados para melhorias no sistema público de saúde mental da região.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo por meio de grupos focais com profissionais e gestores dos serviços públicos responsáveis por prestar cuidados em saúde mental infanto-juvenil.

Serão convidados por meio de E-mails enviados em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e de Assistência e por divulgação nos canais formais e informais da RAPS do município, como

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.075-910

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



grupos no Whastapp. Serão convocados profissionais de saúde (concursados ou não), de Ensino Superior e Técnico, os quais atuam em Serviços da Atenção Básica, além dos profissionais do CAPS e do ambulatório de saúde mental no município, assim como os gestores dos serviços. O intuito é convocar todos aqueles que compreendem que realizam de modo direto ou indireto o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Nesse sentido, optar-se-á por não induzir a participação de nenhum profissional em específico, mas sim todos aqueles que consideram que desenvolvam algum trabalho em saúde mental com o público infanto-juvenil ou que se sintam mobilizados a contribuir com o tema e fenômeno investigado. Estima-se a participação de 20 a 30 participantes.

Estudo 2 – Estudo “itinerários terapêuticos” familiares/cuidadores que buscam cuidado em saúde mental para suas crianças e adolescentes. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, cujo objetivo será investigar e descrever a trajetória percorrida por famílias. Participarão familiares/cuidadores, maiores de dezoito anos, responsáveis pela criança ou adolescente que está em cuidado em saúde mental na rede pública de saúde no município de São Mateus, ES. Poderão participar da entrevista um ou mais cuidador responsável (por exemplo, pai e mãe; mãe e avó; somente pai; somente a mãe etc.). Procedimento de Coleta de dados: serão coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos da pesquisa foram entregues de forma satisfatório, incluindo cronograma ajustado à aprovação do CEP, Folha de rosto assinada, TCLE envolvendo os grupos distintos de participantes e metodologias de pesquisa, Carta de anuência das instituições envolvidas no estudo e Instrumentos a serem utilizados na pesquisa anexados no projeto.

Recomendações:

Recomenda-se correção ortográfica nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN	
Bairro: Goiabeiras	CEP: 29.075-910
Município: VITORIA	
Telefone: (27)3145-9820	E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2047642.pdf	02/03/2023 13:37:15		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/03/2023 13:36:45	Iagor Brum Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familiares_estudo_2.docx	02/03/2023 10:08:42	Iagor Brum Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_estudo_1.docx	02/03/2023 10:08:32	Iagor Brum Leitão	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.docx	02/03/2023 10:06:42	Iagor Brum Leitão	Aceito
Folha de Rosto	CEP_Folha_de_rosto_doutorado_Iagor_PPGP.pdf	02/12/2022 07:39:59	Iagor Brum Leitão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	29/11/2022 14:35:41	Iagor Brum Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_autorizacao_da_pesquisa_secretaria_de_saude.pdf	29/11/2022 14:33:34	Iagor Brum Leitão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_instituicao_cooparticipante.pdf	29/11/2022 14:32:44	Iagor Brum Leitão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 21 de Março de 2023

Assinado
por: KALLINE
PEREIRA
AROEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.075-910

Município: VITORIA

Telefone: (27)3145-9820

E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com