

Artigo de Reflexão

Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil

Reflections on psychosocial care in the field of children and adolescents mental health

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes^a , Thelma Simões Matsukura^a ,
Isabela Aparecida de Oliveira Lussi^a , Sabrina Helena Ferigato^a , Giovana Garcia Morato^a 

^aUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Como citar: Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725-740. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>

Resumo

O objetivo deste estudo foi discorrer e refletir sobre a Atenção Psicossocial para a infância e adolescência, bem como apontar os impasses e os principais desafios presentes neste campo na atualidade. Trata-se de um ensaio reflexivo, apresentado com base na análise de documentos institucionais e apontamentos da literatura científica que sustentam o aporte teórico da Atenção Psicossocial e o percurso histórico das transformações na assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil. Foi possível elucidar aspectos concernentes ao campo da atenção psicossocial, em geral, e da saúde mental infantojuvenil, em específico, e discuti-los com vistas a avançar nos debates que dizem respeito à oferta e à estrutura de cuidado no Sistema Único de Saúde. Considera-se que análises críticas possam ser construídas, produzindo subsídios teóricos para estudos posteriores, além de viabilizar a afirmação do fortalecimento desse campo para a população infantojuvenil.

Palavras-chave: Política de Saúde, Saúde Mental, Criança, Adolescência.

Abstract

The objective of this study was to discuss and reflect on Psychosocial Care for children and adolescents, as well as to point out the impasses and the main challenges in this field today. This is a reflexive essay, based on the analysis of institutional documents and notes from the scientific literature that support the theoretical contribution of Psychosocial Care and the historical path of transformations in child and adolescent mental health care in Brazil. It was possible to elucidate aspects related to the field of psychosocial care in general and child and adolescent mental health in particular, and to discuss them in order to advance in the debates regarding the supply and structure of care in the *Sistema Único de*

Recebido em Jan. 10, 2019; 1ª Revisão em Fev. 27, 2019; 2ª Revisão em Abr. 27, 2019; Aceito em: Maio 27, 2019.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Saúde. It could be possible to construct critical analyzes, producing theoretical subsidies for later studies, besides enabling the strengthening of this field for the children and adolescents.

Keywords: Health policy, Mental health, Child, Adolescence.

1 Introdução

O resgate do percurso histórico da constituição da assistência em saúde mental à população infantojuvenil no Brasil evidencia que este é bastante singular e tardio, se comparado ao da população adulta, de forma que as políticas públicas específicas destinadas a este segmento têm sido construídas e propostas principalmente nos últimos anos (Taño & Matsukura, 2015). Nesse sentido, tomando como ponto de partida tal percurso histórico, bem como os determinantes sociais, políticos, econômicos e ideológicos que demarcaram e vêm delineando um modelo de assistência a essa população, é fundamental elucidar e refletir sobre como a Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes tem se constituído e se configurado atualmente no Brasil, bem como seus impasses e desafios.

Antes de iniciarmos, porém, cabe aqui uma observação importante relativa às recentes alterações no âmbito das políticas públicas de saúde mental brasileira e que têm sido implantadas por meio de diretrizes e normativas constantes na Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, ainda que sem a aprovação das instâncias formais de controle social do SUS. Tem-se, por exemplo, a alteração da estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual são retiradas as estratégias e ações referentes ao ponto da reabilitação psicossocial (geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais) e, ainda, a inclusão dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção (Brasil, 2017).

Embora seja possível dimensionar os impactos negativos e as ameaças que tais medidas representam para as práticas de cuidado e todo o modelo assistencial vigente desde o início dos anos 2000 – o campo da Atenção Psicossocial –, alertamos que tais medidas não serão abordadas neste ensaio, uma vez que a análise reflexiva aqui apresentada não alcança os fatos tão recentemente ocorridos. Não obstante, posicionamo-nos aqui compartilhando a preocupação e a disposição para o enfrentamento pela garantia do que temos investido e desenvolvido no campo da saúde mental brasileira.

Assim, consideramos que refletir sobre a atenção em saúde mental infantojuvenil com base em seus paradigmas e nos determinantes socio-históricos que a produzem é um investimento necessário não só pelas particularidades e especificidades apresentadas pela população de crianças e adolescentes, que solicita um olhar singular acerca de suas necessidades e estratégias de cuidado, mas também em razão da história da assistência a esse segmento ter se construído, por muito tempo, distanciada do que foi todo o processo crítico ao modelo psiquiátrico hegemônico no campo da saúde mental no Brasil.

Ressalta-se que existe um hiato entre os percursos de constituição da assistência no campo da saúde mental para o adulto e o de constituição para a infância e adolescência

que certamente impõe uma investigação e reflexão crítica sobre o que o encontro entre essas histórias produziu (ou vem produzindo) nas construções teórico-práticas da Reforma Psiquiátrica, especialmente quando a população infantojuvenil passa a ser incorporada à agenda das políticas públicas de saúde mental e, portanto, passa a ter estratégias, programas, financiamento e dispositivos organizados para o seu cuidado, induzidos pelas políticas de Estado.

O presente ensaio busca discorrer e refletir sobre a Atenção Psicossocial, com ênfase na infância e adolescência, bem como apontar os impasses e desafios desse campo. Para tanto, este ensaio foi elaborado com base na análise e reflexão de documentos institucionais e na literatura nacional que sustentam o campo da Atenção Psicossocial e sobre o percurso das transformações e da assistência na saúde mental infantojuvenil no Brasil. Quanto aos documentos institucionais, leis, normativas e programas instituídos com a finalidade de implantação de políticas de saúde, estes foram acessados, em versão eletrônica, nos sítios eletrônicos ministeriais.

Buscamos evidenciar, ainda que a partir de um sobrevoo, os conceitos basais que sustentam as práticas e, na sequência, refletir sobre o panorama histórico-político da assistência em saúde mental infantojuvenil, oferecendo, assim, elementos para uma discussão que avance na compreensão sobre a constituição do paradigma psicossocial no campo da infância e adolescência.

2 Localizando e Conceituando a Atenção Psicossocial

O campo da saúde mental e suas políticas, que vêm sendo construídas desde meados da década de 1980, tem como horizonte uma transformação profunda daquilo que se denomina *atenção*, concebida como um conjunto de estratégias de cuidado e atendimento à população em sofrimento psíquico (Yasui & Costa-Rosa, 2008). A Atenção Psicossocial, em sua origem, descendeu dos subsídios teórico-práticos de diversas experiências históricas internacionais, como a Psiquiatria de Setor francesa, a Psiquiatria Comunitária americana, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e especialmente a Psiquiatria Democrática italiana (Costa-Rosa et al., 2003). Além destas, no contexto nacional, a produção da saúde mental enquanto política pública recebeu contribuições significativas da Saúde Coletiva. Esses aportes foram sendo (re)construídos e singularizados no encontro com a dimensão das experiências práticas brasileiras, advindas especialmente dos processos de desinstitucionalização e construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/ Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e outros equipamentos substitutivos (Costa-Rosa et al., 2003).

Importa ressaltar que os aportes teóricos subjacentes a essas experiências transitam, principalmente, por conceitos da Sociologia e Psicologia de modo ampliado, além dos concernentes a aspectos mais específicos da Filosofia da Diferença, da Psicanálise e do Materialismo Histórico (Costa-Rosa et al., 2003). Nesse sentido, a concepção de Atenção Psicossocial foi e vem sendo nutrida por bases epistemológicas e práticas diversas que culminaram na construção de políticas sociais brasileiras no campo da saúde mental.

É nesse caldeirão de saberes e experiências, influências e investimentos que a Atenção Psicossocial foi se constituindo, firmando-se hoje no país como o termo que designa a política pública de saúde mental do Ministério da Saúde, delimitando, nas últimas

décadas, “[...] um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e médico centrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas” (Costa-Rosa, 2013, p. 9).

O alcance desta dimensão e *status* pela Atenção Psicossocial também se assenta, no Brasil, na fundamental sistematização teórica empreendida por Costa-Rosa (2000), que buscou, com base nas considerações acerca das práticas em saúde mental em duas esferas – a político-ideológica e a teórico-técnica –, apresentar alguns parâmetros que possibilitassem elucidar a Atenção Psicossocial como um paradigma emergente em contraposição ao paradigma Asilar. Nessa direção, os quatro parâmetros principais se apresentam como:

- 1) Formas de conceber o “objeto” e instrumentos de trabalho – que dizem respeito à maneira como se compreende o trinômio saúde-doença-cura, bem como os instrumentos utilizados nas intervenções;
- 2) Características de organização da instituição – remete às formas de relações intra-institucionais e, conseqüentemente, às distintas maneiras de gestão dos poderes;
- 3) Características das formas de relacionamentos estabelecidas com a população atendida – referem-se às distintas possibilidades de intercâmbio entre sujeito e equipamentos de assistência;
- 4) Características dos resultados produzidos pelas intervenções empreendidas no que se refere à terapêutica e ética – congrega os fins políticos e socioculturais decorrentes da prática produzida.

É com esta estrutura, e por meio do alinhamento de pares de opostos entre os modos das práticas (Modo Asilar x Modo Psicossocial), que o autor buscou evidenciar e sustentar o Modo Psicossocial como um paradigma emergente a ser afirmado no campo da saúde mental (Costa-Rosa, 2000).

A defesa era que, em oposição ao modo asilar – paradigma das práticas prevalentes até então – se designasse o modo psicossocial como paradigma que foi se estruturando respaldado nas práticas difundidas pela Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa, 2000).

Verifica-se, assim, que a estrutura atual do campo da Atenção Psicossocial também foi sendo nutrida por teorizações e exercícios reflexivos que, somados aos eventos históricos internacionais e às experiências de transformação assistenciais nacionais, como já apontados, permitiram hoje assumir a Atenção Psicossocial como “[...] um conjunto de saberes e práticas organizados, de forma persistente e consistente, por um discurso ético-político [...]” (Costa-Rosa, 2013, p. 20), que modifica não apenas o modo como se trata em saúde mental, mas transforma também a forma como a sociedade civil se relaciona com as loucuras que produz e com as pessoas em sofrimento psíquico.

Argumenta-se, com base no que foi exposto até aqui e justificado, especialmente, pela trajetória de constituição da Atenção Psicossocial no Brasil, que esta se apresenta atualmente como o arranjo estruturante da RAPS, sustentando teórica e

metodologicamente o processo de trabalho e de cuidado que orienta seu funcionamento, bem como a concepção e orientação de seus dispositivos e práticas.

3 O Percurso Histórico das Transformações na Assistência à Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil

A assistência destinada a crianças e adolescentes, no que tange à saúde mental, permaneceu por muito tempo à margem, se comparada ao cenário dos adultos com sofrimento psíquico. Até o século XIX, aquelas crianças e adolescentes que apresentavam comportamentos não aceitos socialmente eram tidos como loucos e, portanto, deveriam ser reclusos em hospitais psiquiátricos, compartilhando dos mesmos espaços que os adultos (Reis et al., 2010). Embora a política induzida não seja essa, a prática ainda se repete em alguns locais do Brasil.

Segundo Reis et al. (2010), no cenário internacional duas correntes principais respaldaram as bases teóricas da psicopatologia infantojuvenil, sendo a primeira denominada de *adultomorfismo* (a mesma compreensão sobre a psicopatologia do adulto era tida para a infância e adolescência) e a segunda que enquadrava as crianças no rol das deficiências intelectuais e os adolescentes na categoria de “delinquentes”. Dessa forma, o cuidado era respaldado por instituições privadas, filantrópicas e assistencialistas, sem responsabilização por parte do Estado.

Observamos então que, para além dos hospitais psiquiátricos, estavam presentes modos semelhantes de exclusão e violência para a população infantojuvenil, sendo, por muitas décadas, esses modos a solução para os problemas sociais decorrentes também da falta de uma política de cuidado a essa população (Couto, 2001; Couto et al., 2008; Ribeiro, 2006).

Esse cenário perdurou por muitas décadas no Brasil e foi somente a partir de eventos importantes – como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, a Constituição de 1988 e o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que as transformações se iniciaram, por meio de ações induzidas pelo Estado e movimentos sociais organizados (Reis et al., 2010; Brasil, 2005; Amstalden et al., 2010).

Além disso, após esses marcos, outros fatores contribuíram para a reforma do modelo assistencial destinado a crianças e adolescentes, ainda que em um primeiro momento não as alcançasse. Dentre eles, apontamos a construção de movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial, a aprovação da Lei nº 10.216, a Declaração de Caracas e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (Amarante, 1995; Schechtman & Alves, 2014). Neste percurso foram implantados serviços substitutivos para adultos, visando à criação de uma rede integrada de atenção à saúde mental, respaldada por serviços de atenção territorial e comunitária (Brasil, 2005; Amstalden et al., 2010).

No que tange à infância e à adolescência, foi somente a partir do ano 2000 que surgiram os primeiros CAPS infantojuvenis (CAPSij) e, no campo político, somente em 2004 o Ministério da Saúde instituiu o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, com apoio de setores governamentais e não governamentais, visando construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma Política Pública de Saúde Mental dirigida a esta população (Brasil, 2012, 2014a).

Verificamos, aqui, que a construção de um aparato teórico-técnico-institucional destinado ao cuidado de crianças e adolescentes surge num momento em que tal estruturação já vinha ocorrendo no âmbito da assistência à população adulta, ou seja, é neste momento que as histórias se encontram, de forma que a experiência do movimento de Reforma Psiquiátrica e todo o seu desdobramento no contexto brasileiro passa a ser aporte e suporte para a construção de um campo de assistência em saúde mental infantojuvenil.

Consideramos a criação dos CAPSij como a primeira ação do Estado para o enfrentamento das questões da saúde mental da criança e adolescente, sendo, portanto, uma resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado com essa população que não encontrava seu lugar no campo da Atenção Psicossocial (Couto & Delgado, 2015).

Seguindo os movimentos da época, em 2005, o Ministério da Saúde lança mão de uma cartilha cujo título evidenciava a tentativa de um direcionamento político específico para o campo da saúde mental infantojuvenil. O documento intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” destaca o fórum como importante articulador político para a infância e adolescência e aborda os princípios do cuidado com essa população, enfatizando a compreensão de que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos; de acolhimento universal; de encaminhamento implicado; de construção permanente da rede; e de importância do território e da intersetorialidade. Além disso, esse documento considera que para promover o desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como para que estes atinjam suas potencialidades, a sociedade, por meio de ações do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família (Brasil, 2005).

No entanto, estudos apontam que a assistência realizada no campo da saúde mental infantojuvenil para aqueles que se encontram em situação de intenso sofrimento apresenta-se ainda bastante defasada quanti e qualitativamente e, embora os CAPSij figurem como pontos de atenção prioritários para estes sujeitos, permanecem fragilidades na garantia do cuidado, o que culmina, imediatamente, na impossibilidade de uma atenção integral e efetiva (Taño & Matsukura, 2015).

Nessa direção, o estudo de Fernandes & Matsukura (2015) identificou que, ainda que o CAPSij seja um dispositivo que preconiza ações que extrapolem os muros da instituição e alcancem o território, grande parte das propostas de cuidado ocorrem ainda internamente, em formatos ambulatoriais. Hipotetizamos, no entanto, que a prevalência de ações intramuros não ocorra por ideologia de funcionamento do serviço, mas, principalmente, por ainda haver dificuldade estrutural, formativa e de recursos humanos que truncam os esforços para superar ações estritamente internas e setoriais e avançar, ampliando-as para outros contextos sociais.

Na busca por viabilizar condições de avanço para a saúde mental, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando o cuidado em saúde a grupos mais vulneráveis, dentre os quais as crianças e os adolescentes (Brasil, 2011).

Especificamente, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil publicou, em 2014, um documento compilando as produções na área correspondentes ao período de 2005 a 2011, reafirmando o que já vinha em processo de construção, mas também incorporando novas recomendações. A título de exemplo, neste documento apontava-se “Os Desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da RAPS”. A discussão se pautou na necessidade de qualificar o debate sobre a RAPS e seus pontos de atenção, bem como formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens a esta. As proposições apresentadas visavam ao fortalecimento e à resolutividade da Atenção Básica no cuidado em saúde mental infantojuvenil; ao estímulo e ao fortalecimento das ações intersetoriais e à aproximação com a Educação (Brasil, 2014a).

Em consonância com o Fórum, no mesmo ano, em 2014, o Ministério da Saúde elaborou outro documento intitulado “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado”. Este documento aponta para a construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil fundamentado em algumas diretrizes, reafirmando e ampliando os mesmos princípios apontados, em 2005, pelo Ministério da Saúde. Além disso, ressalta uma série de aspectos específicos a essa população, como a garantia à saúde como direito fundamental, a constituição da RAPS, o papel da educação, a problemática do uso de álcool e outras drogas, a proteção social integral, entre outros (Brasil, 2014b).

Assim, ao considerarmos os processos de transformação do modelo de assistência em saúde mental para a infância e adolescência, é imprescindível conhecer, avaliar e descrever como têm sido efetivadas as transformações teórico-práticas, alinhando a prática a uma reflexão crítica (Taño & Matsukura, 2015; Cunha & Boarini, 2001). E, ainda, reconhecer que, em tal complexidade e desafios presentes no campo da saúde mental infantojuvenil, certamente haverá demanda por maiores investimentos em diferentes esferas da gestão do SUS visando à construção de um modelo de Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (Couto & Delgado, 2015).

4 Os Desafios da Constituição do Campo da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

Como explicitado na seção anterior, as propostas políticas de saúde mental que regem o cuidado destinado à infância e à adolescência atualmente partem de um modelo institucional fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, operacionalizado, principalmente, por meio da RAPS. Nessa direção, compreendemos que, dentro dessa perspectiva de cuidado em rede, os equipamentos e profissionais assumem a função social do cuidado. Portanto, para além de pontos de atenção, a RAPS preconiza dimensões que dizem respeito ao acesso, ao vínculo e à articulação dos pontos de atenção.

Embora este cenário, que congrega concepções, organização e práticas de cuidado, integre dimensões da denominada *Atenção Psicossocial*, é fundamental compreender, como aponta Yasui (2009), que esta não pode ser concebida como uma mera modificação dos serviços de saúde mental, traduzida em mudanças na organização institucional para a gestão do cuidado ou nos processos de trabalho, mas, antes, necessita fazer-se concretamente por meio da construção de espaços que sejam produtores de relações sociais, as quais estejam alicerçadas em princípios e valores que tenham como

horizonte a transformação social e, conseqüentemente, a construção de espaços sociais para as pessoas em sofrimento psíquico.

Importa ressaltar que, ainda que o autor supracitado defenda os princípios, valores e dimensões que devem estar incorporados à prática da Atenção Psicossocial, faz-se necessário problematizar e refletir sobre qual maneira a RAPS se configura e se operacionaliza efetivamente na prática cotidiana do cuidado à população infantojuvenil. Essa discussão se justifica quando se resgata o percurso histórico da constituição da RAPS, pois, apesar de ter sido pensada e estruturada considerando as demandas dos distintos grupos vulneráveis, a hipótese é a de que os parâmetros para a sua constituição descenderam, em sua maioria ou até integralmente, daquilo que se tinha enquanto modelo e filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta, justamente pelo percurso histórico de transformação da assistência e porque era somente para este segmento que existia algo estruturado, de fato.

A título de exemplo, o CAPS direcionado ao adulto é destinado à população com transtorno mental severo e persistente; assim, sua organização e oferta de cuidado devem estar pautados por essas características apresentadas pela população assistida. No entanto, questionamos se, ao projetar essa estrutura e concepção de CAPS para a população infantojuvenil, não se incorre em alguns riscos, como: 1) Ao assumir o transtorno mental severo e persistente como “critério” que baliza a avaliação sobre os casos que serão ou não acompanhados no serviço, corre-se o risco de negligenciar uma experiência de sofrimento psíquico, sua dimensão e impactos nesta etapa da vida; 2) Deixar de acolher o que se apresenta como de menor gravidade (que pode vir a ser potencialmente grave) e/ou, como frequentemente se verifica, acolher a todo tipo de sofrimento sem, no entanto, contar com estrutura e suporte que essa realidade demanda (Beltrame & Boarini, 2013). Desta forma, é factível que, ainda que teoricamente o espelhamento da estrutura do CAPS para a infância e adolescência fosse adequado, a implementação conjunta aos CAPSij de outros equipamentos e/ou estratégias de cuidado dariam maior aporte e sustentação para a viabilização de um cuidado pautado na atenção psicossocial.

O que se reconhece, e estudos na área também têm evidenciado, é sobre a absoluta relevância dos CAPSij e das ações que ali têm sido corajosamente desenvolvidas e de seu fundamental papel no cuidado com essa população. Não obstante, concomitantemente, verificam-se limites que, acreditamos, não estão exatamente colocados nem na esfera das ações dos trabalhadores da saúde mental infantojuvenil e nem no modo psicossocial adotado como premissa das ações (Delfini et al., 2009; Taño & Matsukura, 2014; Fernandes & Matsukura, 2016).

Sobre os principais limites, compreendemos que estes estão vinculados a uma necessidade de ampliação e expansão das políticas e de garantias de execução, considerando, de fato, a complexidade e singularidade da infância e adolescência (Taño & Matsukura, 2014; Fernandes & Matsukura, 2016).

Tomando o cuidado implicado e em rede, conforme explicitado no modo psicossocial e nas atuais políticas e, retornando aqui a questão do sofrimento psíquico intenso, é possível rapidamente questionar sobre como responder ao sofrimento psíquico de menor intensidade em uma rede intra e intersetorial que ainda está se constituindo?

Assim, consideramos que defender o cuidado implicado e em rede, ainda que claramente legítimo, requer, para sua viabilidade, também estender tal premissa

enquanto política, ações e recursos, tanto para o próprio setor saúde (na atenção especializada, Atenção Básica e rede de urgência) quanto para os outros setores que também precisam estar investidos e comprometidos nesta direção. Sem esse avanço, o enorme esforço e compromisso reconhecido nas ações do campo se vêm na responsabilidade de algo que, sem amparo – legal, financeiro, de recursos humanos, técnicos e de diversas ordens –, não têm condição de alcançar.

Ao assumir essa compreensão, é possível justificar, em partes, porque implementar uma rede de cuidados para a infância e adolescência é ainda frágil, posto que nunca houve um modelo de assistência suficientemente estruturado para essa população que sustentasse uma necessária proposta de cuidado em rede.

Essa reflexão encontra materialidade em evidências apontadas pela literatura, como o fato de existirem inúmeras fragilidades no que tange ao cuidado ofertado, por exemplo, fragilidades estas que perpassam desde o número insuficiente de equipamentos no território, a qualidade do cuidado, a compreensão sobre a lógica de funcionamento da rede e, principalmente, uma tendência à supervalorização e sobrecarga dos CAPSij como únicos dispositivos existentes capazes de responder às demandas dessa população, visto que as equipes da Atenção Básica ainda não reconhecem essa demanda como uma demanda da qual eles devem ser corresponsáveis (Horta et al., 2013; Ronchi & Avellar, 2010).

Essa condição de fragilidade, mais do que denunciar os limites na operacionalização teórico-técnica da Atenção Psicossocial, fere alguns de seus princípios substanciais que ainda não foram suficientemente investidos, em parte, pela persistente condição crônica de subfinanciamento do SUS. Ou seja, o contingenciamento de recursos e a relação histórica que a saúde em geral estabelece com a saúde mental leva os municípios a destinar majoritariamente o cuidado desse segmento populacional a um único dispositivo – como o CAPSij, por exemplo – o que coloca em risco pilares de sustentação de um modelo de saúde em rede e ao mesmo tempo os pilares da Atenção Psicossocial, como os apontados por Yasui (2010) (intersetorialidade, interdisciplinaridade, participação e implicação do sujeito no cuidado, bem como organização horizontal dos dispositivos de cuidado), evocando o modelo asilar instituído que até então se tem buscado superar.

Retomando a questão do centramento dos cuidados nos CAPSij, resultados de estudos têm identificado o CAPSij como principal dispositivo de cuidado, muitas vezes sendo abordado como única possibilidade para responder às demandas implicadas na complexidade do sofrimento nesta etapa da vida, sejam elas do campo da própria saúde, sejam as advindas da educação ou das famílias (Hoffmann et al., 2008; Delfini et al., 2009; Falavina & Cerqueira, 2008; Fernandes & Matsukura, 2016).

Os resultados do recente estudo de Silva et al. (2018), que objetivou identificar como tem ocorrido a Atenção Psicossocial junto a adolescentes em um município do estado de São Paulo, apontaram que o CAPSij é o dispositivo da rede que atua como porta de entrada da demanda de saúde mental de adolescentes no município estudado, tendo, portanto, o desafio e um papel solitário na definição dos casos elegíveis ou não para o CAPSij. Além disso, a equipe tem enfrentado dificuldades para viabilizar a RAPS no município e, apesar de pensar em ações intersetoriais e de tentar matriciar a Atenção Básica, os profissionais desse nível de atenção afirmam uma dificuldade no acesso a este dispositivo de adolescentes e à prática constante de encaminhamentos.

Os resultados dos estudos supracitados evidenciam um funcionamento da rede, especialmente no que se refere à figura e função dos CAPSij, na contramão do que está preconizado pela RAPS no campo da Atenção Psicossocial e, compreendemos, como já argumentado, que isto ocorre pela dificuldade de construção de ações em rede junto à Atenção Básica ou à rede de urgência e emergência (RUE), pela ausência de políticas mais amplas e mecanismos de garantia de sustentação para essas ações (Silva et al., 2018; Hoffmann et al., 2008; Falavina & Cerqueira, 2008).

Nesse sentido, embora os CAPS (na condição de principais instrumentos no processo inicial de implementação da política de saúde mental) devam ser concebidos como uma estratégia de mudança na assistência que, primordialmente, materializa-se por meio da organização de uma grande rede de cuidados em saúde mental (Yasui, 2010), o que vem se revelando, de maneira ampla e persistente, é a manutenção de uma prática, nesses dispositivos, ainda consonante com a lógica ambulatorial (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Práticas como essas, que na maioria dos casos levam a produzir processos de individualização do cuidado, isolamento das equipes/profissionais com entraves para o cuidado em rede, baixa satisfação dos familiares, baixa resolutividade clínica e um baixo potencial de transformação social, tendem a se potencializar com o processo crescente de pelo menos 3 fenômenos interligados: 1) o Processo de medicalização da infância (Kamers, 2013); 2) as práticas de psiquiatrização da vida (Martins, 2009); e 3) a crescente interferência do Neoliberalismo na construção das políticas de saúde (Borlini, 2010).

Em relação a este último fenômeno, referimo-nos especialmente à ampliação do projeto privatista e seus efeitos de mudanças nos modelos de atenção derivados da contrarreforma do Estado, sobretudo na política de saúde.

De acordo com Dagnino et al. (2006), estão em disputa três grandes projetos políticos societários: (a) o projeto autoritário (vinculado geralmente a estados de exceção ou a regimes militares); (b) o projeto neoliberal; e (c) o projeto democrático-participativo, este último sendo claramente o projeto que possui maior convergência teórico-prática com os princípios e diretrizes do SUS, como um sistema universal que inclui o controle social e a gestão democrática e participativa como eixos centrais de sua organização. Já o projeto neoliberal tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social e sua submissão aos interesses do complexo médico-industrial.

A análise desses três fenômenos renderia, cada um deles, um novo ensaio exclusivo, no entanto, com base nos estudos já realizados sobre esses processos, apontamos que um caminho comum para superá-los seria o fomento crescente e longitudinal das ações em rede (setoriais e intersetoriais) em suas dimensões econômica, política e sociocultural.

Para Yasui (2010), os CAPS devem ser meio, caminho e não fim. “É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (Yasui, 2010, p. 115).

Apontamos que o desafio atual é justamente pensar estratégias para ativar nos CAPS, especificamente nos CAPSij, seu potencial para o estabelecimento de laços e parcerias com outros dispositivos e profissionais a fim de ser capaz de viabilizar a tessitura de uma rede de cuidados. Isso certamente solicita dos profissionais não só disposição e

envolvimento, mas também qualificação técnica e mesmo estratégica para conceber e construir um modelo de assistência em saúde mental infantojuvenil em rede.

Importa ressaltar que os CAPS, na qualidade de ordenadores do cuidado, juntamente com a Atenção Básica, no âmbito da RAPS, precisam ser reconhecidos como tal pelos profissionais, mas, mais do que isso, esses profissionais precisam ter condições de se dedicar a também criar estratégias de ação para que o serviço cumpra essa meta.

Compreendemos que é a partir dessa transformação que começa a ser possível vislumbrar um modelo de assistência, bem como uma dinâmica de funcionamento da rede, de forma que pilares de sustentação dessa transformação, como o exercício de direitos de cidadania e a inclusão social, possam realmente ser vivenciados pela população assistida. Vale ressaltar que o exercício de direitos de cidadania e inclusão social de crianças, adolescentes e seus familiares aqui apontados, referem-se, por exemplo:

- À possibilidade de ingresso e permanência dessa população na escola, bem como ao acesso a estratégias didático-pedagógicas que atendam às suas reais necessidades e demandas educacionais;
- Ao acesso a atividades de lazer e a diferentes espaços de vida do território, uma vez que estudos apontam que essa população majoritariamente só tem oportunidades de realizá-las quando são propostas pelos CAPSij, como ir ao cinema, ao parque etc. (Fernandes & Matsukura, 2016).
- À possibilidade de participação social em distintas instâncias, assumindo papéis de representação/ação social com vistas a fomentar a visibilidade dessa população, mas também o desenvolvimento de sua autonomia e apropriação de si e de seus desejos como mola propulsora para estar no mundo.
- À garantia de acolhimento e suporte tecno-assistencial aos pais/responsáveis e familiares.

Diante dos impasses de ordem teórico-práticos que demandam avanços, mas também e, principalmente, em função das diversas transformações práticas e inovações teóricas que têm sido metabolizadas e exercidas pela Política de Saúde Mental, é que se tem podido falar em Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS) à maneira da Estratégia da Saúde da Família (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Assim, Costa-Rosa & Yasui (2009, p. 125) conceituam a EAPS como

[...] lógica capaz de transcender os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos isolados (mesmo que organizadores da Atenção no Território) e que procura situá-los radicalmente nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A EAPS pauta a Atenção Psicossocial na territorialidade; integralidade; princípio da participação popular e dos trabalhadores no planejamento, gestão e controle dos dispositivos e ações em Saúde; finalmente, a EAPS deverá pautar-se na nova definição de saúde criada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Saúde como variável-efeito dos processos de produção social da vida cotidiana num território; muito longe, portanto do âmbito das ações de Atenção, por menos alienadas que estas cheguem a ser.

Importa ressaltar que a EAPS, na medida em que opera e concretiza o princípio da integralidade na construção da atenção e assistência por meio do matriciamento da Atenção Básica e, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família, tem potencial para viabilizar a produção de novos sentidos à maneira de funcionamento dos CAPS, que atualmente têm figurado suas práticas nos moldes ambulatoriais (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Verificamos, pois, que a implementação e operacionalização da Atenção Psicossocial em suas distintas dimensões, bem como da EAPS, demanda investimentos coletivos, práticas inovadoras e, principalmente, o envolvimento e persistência dos agentes de cuidado. Sobre este último segmento, Yasui & Costa-Rosa (2008) consideram que estes, na condição de equipe, revelam-se base de sustentação, instrumento maior de intervenção e inovação na produção de cuidados no âmbito da Atenção Psicossocial.

Questionamos o quanto há, de fato, uma Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no âmbito do SUS que responda às diferentes demandas e singularidades dos sujeitos sem contar com uma expansão real de aportes tanto na própria área da saúde quanto nas demais.

Ainda, cabe discutir que não há produção de saúde sem produção de saúde mental e de cidadania. Sendo assim, é preciso levar em conta que, ao se propor cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos (Brasil, 2014a). Nessa direção, há um componente fundamental da prática no campo da atenção à saúde geral que diz respeito à produção de subjetividade pelos sujeitos, no entanto, o Ministério da Saúde reconhece que a incorporação desta dimensão pelos profissionais é ainda um desafio (Costa-Rosa & Yasui, 2009) e, para além, é uma lacuna no que se refere à articulação e efetivação das políticas públicas de modo geral (Silva et al., 2018). Para Yasui & Costa-Rosa (2008), os profissionais muitas vezes não aprendem, no processo de formação, maneiras de manejar os impasses na subjetividade e no sofrimento apresentado pelos sujeitos que buscam serviços de saúde mental no âmbito do SUS, impasses estes, muitas vezes, desencadeados por processos de vida no cotidiano.

Ressaltamos que no campo da saúde mental a ética descendente da Atenção Psicossocial determina que os profissionais do cuidado operem como intercessores, viabilizando ao sujeito seu posicionamento e protagonismo no percurso de produção de saúde, permitindo o desenvolvimento e acesso às subjetividades (Costa-Rosa, 2013). Em função da dificuldade de incorporação dessa dimensão nas práticas de cuidado, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde pauta a relevância da inclusão da subjetividade nas práticas de cuidado, ressaltando a importância de haver valorização dos distintos atores implicados no cuidado (pessoas em sofrimento, profissionais, gestores); de estimular o protagonismo e a autonomia de tais atores; de aumentar o nível de corresponsabilização em processos de produção de saúde e de sujeitos, bem como de identificar as necessidades sociais, coletivas e subjetivas no âmbito da saúde (Costa-Rosa & Yasui, 2009).

Verificamos, pois, que a inclusão da subjetividade da existência se estende para além do campo da saúde mental e da saúde, embora haja neste campo um contorno diferenciado acerca desta (Costa-Rosa & Yasui, 2009). Para Costa-Rosa (2013), o Paradigma Psicossocial carrega técnica e eticamente a indissociabilidade entre subjetividade e saúde psíquica.

Argumentamos que assumir a dimensão subjetiva de existência e de processos de vida dos sujeitos, bem como aquela oriunda dos encontros produzidos pela prática do cuidado no campo da saúde mental, revela-se componente fundamental na construção individual e coletiva de percursos de vida, trajetórias singulares e possibilidade de produção de sentido no que se é e no que se pode querer vir a ser, a despeito das diversas e distintas experiências de sofrimento.

Na dimensão da saúde como produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, a questão essencial é a garantia do direito à palavra e à ação. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar como um sujeito que age no mundo, e com as crianças e adolescentes não é diferente. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos sentidos e novas formas de inserção na sociedade e na família (Brasil, 2014a). Resta clara a importância e o papel dos gestores públicos e dos profissionais dos diferentes setores na construção do acesso de tais crianças, adolescentes e familiares a essas experiências. Nesse sentido,

É necessário reconhecer, e não esquecer, que somos atores de uma prática social, que têm a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir modos mais autônomos de viver e de fazer a diferença (Yasui & Costa-Rosa, 2008, p. 35).

5 Considerações Finais

Neste ensaio buscamos refletir sobre como tem se constituído o campo da Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil, com base no aporte teórico da Atenção Psicossocial, tendo como fio condutor a contextualização histórico-política da assistência à saúde mental infantojuvenil.

Visando a compreender esse percurso e elucidar de forma reflexiva o cenário atual, trilhamos um caminho no qual se evidenciam os principais limites, fragilidades e desafios a serem superados neste campo. Desafios estes que se revelam, dentre outros, na dicotomia entre o que tem sido proposto de forma teórico-política, mesmo que ainda esteja em construção, e como isso tem, de fato, consolidado-se na prática.

Assim, com base nos parâmetros do paradigma psicossocial, que dizem respeito à compreensão do trinômio saúde-doença-intervenção; às formas de relações intra-institucionais e, conseqüentemente, às maneiras de gestão dos poderes; às distintas possibilidades de intercâmbio entre sujeito e equipamentos de assistência e os fins políticos e socioculturais decorrentes da prática produzida, e a subjetividade do sujeito, foi possível obter elementos para discutir e avançar nos debates que dizem respeito à oferta (rede de dispositivos de cuidado, tendência à “Capsização” ou ao Encapsulamento) e estrutura de cuidado (princípios e diretrizes norteadores do SUS e da Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes).

Esperamos que este ensaio possa contribuir para a discussão vigente e o avanço, por meio de elementos teórico-práticos, para a garantia e efetivação do cuidado, assim como dos direitos a essa população, respeitando as singularidades e complexidade existentes.

Referências

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amstalden, A. L. F., Hoffman, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. (2010). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In E. L. Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 33-45). São Paulo: HUCITEC.
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicol. Cienc. Prof.*, 33(2), 336-349.
- Borlini, L. M. (2010). Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. *Textos & Contextos*, 9(2), 321-333.
- Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011, 23 de dezembro). Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1, p. 59.
- Brasil. (2012). *Portal da Saúde*. Brasília: CAPS. Recuperado em 1 de março de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela
- Brasil. (2014a). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014b). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017, 21 de dezembro). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Costa-Rosa, A., & Yasui, S. (2009). Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares & Y. R. A. Faria (Orgs.), *Olhares – experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial* (pp. 126-137). Goiânia: Kelps.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- Couto, M. C. V. (2001). Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Orgs.), *Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não* (pp. 121-130). Brasília: Ministério da Saúde.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.
- Cunha, C., & Boarini, M. L. (2001). O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 68-76.
- Dagnino, E., Oliveira, A. J., & Panfichi, A. (2006). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In E. Dagnino, A. J. Olvera & A. Panfichi (Orgs.), *A disputa pela*

- construção democrática na América Latina (pp. 13-91). São Paulo: Paz e Terra; Campinas: UNICAMP.
- Delfini, P. S. S., Dombi-Barbosa, C., Fonseca, C. F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(2), 226-236.
- Falavina, O. P., & Cerqueira, M. B. (2008). Saúde Mental Infanto-Juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(1), 34-46.
- 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.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Horta, R. L., Esswein, G. C., & Horta, C. L. (2013). Percepção de profissionais de saúde de CAPS I quanto a demandas relativas ao consumo de crack. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1099-1108.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatria do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.
- Martins, A. L. (2009). A psiquiatria da vida na sociedade de controle. In S. Carvalho, M. E. Barros & S. Ferigato (Orgs.), *Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade* (pp. 119-140). São Paulo: Hucitec.
- Reis, A. O. A., Delfini, P. S. S., Dombi-Barbosa, C., & Oliveira, M. F. A. P. B. (2010). Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. In E. L. Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.), *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 186-210). São Paulo: Hucitec.
- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 29-38.
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 71-84.
- Schechtman, A., & Alves, D. S. (2014). A organização da política de saúde mental. In M. A. S. Jorge, M. C. Carvalho & P. R. F. Silva. *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp.41-58). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Silva, J. F., Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2018). Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSi. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 329-343.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2014). Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 208-216.
- 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.
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-9.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78/80), 27-37.

Contribuição dos Autores

Amanda Dourado Souza Aksahosi Fernandes e Giovana Garcia Morato participaram de todo processo de construção e elaboração do texto, desde a sua concepção, organização de fontes e análise crítica, redação e revisão. Thelma Simões Matsukura, Sabrina Helena Ferigato e Isabela Aparecida de Oliveira Lussi participaram da redação e revisão do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Autor para correspondência

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes
e-mail: amanda.d.fernandes@hotmail.com