

EIXO TEMÁTICO 10 | QUESTÕES SOBRE ENVELHECIMENTO, INFÂNCIA E JUVENTUDE

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS INFÂNCIAS E JUVENTUDES COM NECESSIDADES EM SAÚDE MENTAL: projetos societários em disputa

Sayonara Genilda de Sousa Lima¹
Sofia Laurentino Barbosa Pereira²

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar os projetos em disputa no âmbito das políticas públicas voltadas as infâncias e juventudes com necessidades em saúde mental. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a temática, com o qual, espera-se expor a disputa entre os projetos societários que afetam o cuidado com o público em questão. Diante disso, conclui-se que os lapsos causados pela disputa entre os projetos democráticos e neoliberal devem ser articulados, por meio, da articulação entre as políticas públicas e a responsabilização do Estado.

Palavras-chaves: Políticas Públicas; Infâncias e Juventudes; Projetos em disputa.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the projects in dispute within the scope of public policies aimed at children and youth with mental health needs. To this end, a bibliographical survey on the subject was carried out, with which it is expected to expose the dispute between the societal projects that affect the care for the public in question. In view of this, it is concluded that the lapses caused by the dispute between the democratic and neoliberal projects must be articulated, through the articulation between public policies and the accountability of the State.

Keywords: Public Policies; Children and Youth; Projects in dispute.

1 INTRODUÇÃO

¹ Assistente Social. Especialista em Políticas Públicas para Crianças e Jovens pela UFPI. Mestre em Políticas Públicas pela UFPI. Doutoranda em Políticas Públicas pela UFPI.

² Assistente Social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Professora do departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

No Brasil o processo democrático enfrenta um dilema cuja raiz está na confluência perversa entre dois projetos políticos distintos: o projeto democrático, o qual prioriza os espaços públicos e a participação da sociedade civil; e o projeto neoliberal, que aprecia o encolhimento das responsabilidades do Estado frente as demandas sociais. A confluência perversa está no fato dos projetos em questão apontarem para direções opostas e até antagônicas, mas ambos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (Dagnino, 2004).

Nessa conjuntura, Behring (2009) destaca que há uma desresponsabilização e o desfinanciamento das políticas públicas pelo Estado, o que leva a uma degradação dos serviços públicos que passam a ser privatizados. E toda essa perda trazida pela iniciativa neoliberal, desde os anos 1990, tem tido um maior agravamento na atual conjuntura, em que há um avanço das políticas ultraneoliberais, nas quais os sucessivos cortes e a privatização na saúde pública, na previdência e na assistência social têm assolado os poucos direitos conquistados pela população brasileira no âmbito da proteção social.

Diante disto, propõe-se analisar os projetos em disputa no âmbito das políticas públicas voltadas as infâncias e juventudes com necessidades em saúde mental. Para tal, apresenta-se como as políticas públicas de saúde, de atendimento a criança e ao adolescente e de saúde mental infantojuvenil vem se organizando para ofertar cuidado para as infâncias e juventudes com necessidade em saúde mental, em meio aos desmontes vivenciados na realidade brasileira.

Para isso, realizou-se um levantamento bibliográfico relacionado ao tema trabalhado, assimilando as concepções e explorando os aspectos já publicados dessa trajetória, com o propósito de contribuir com as reflexões sobre a temática.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A Política de Saúde no Brasil, a partir da construção do seu Sistema Único, o SUS, apresenta-se como uma das conquistas significativas para o cuidado das infâncias e juventudes com necessidades em Saúde Mental. De modo que essa construção teve seu auge, em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que propôs mudanças significativas na política de Saúde que vinha sendo executada no Brasil, ao expressar nos seus princípios, um conceito ampliado de saúde (Bertolli Filho, 2000).

Com isso, a VIII Conferência indica não só a criação do Sistema Único de Saúde, mas de

uma Reforma na política de Saúde, cuja análise destaca a politização como o impulsionador que possibilitou a inclusão das propostas da Reforma Sanitária na agenda do governo (Bravo, 2008). Em vista disso, grande parte das reivindicações do movimento sanitário foram incluídas na Constituição Brasileira, que destinou uma seção sobre saúde com os conceitos da VIII Conferência de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo, assim, a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com participação da população (Vasconcelos; Pasche, 2007). Consagra-se, desta forma, a saúde como política de seguridade social, assim como a Previdência e a Assistência Social.

Após percorrer todo esse caminho, o Brasil dá início à consolidação do seu Sistema Único de Saúde (SUS), que ao ser criado pela Constituição Federal de 1988, é regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, ambas sancionadas em 1990, as quais estruturam o SUS e são complementadas pelas legislações estaduais e municipais, assim como, as Normas operacionais Básicas (NOBs), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e as resoluções dos conselhos de saúde, que orientam a operacionalização do Sistema (Alencar Júnior, 2019).

Diante desse arcabouço, o sistema, os serviços e as práticas de saúde passam por uma reorganização embasada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Destaca-se que os princípios doutrinários conferem legitimidade ao Sistema, sendo eles: a Universalidade, que assegura a todos o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios; a Integralidade, que é o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; a Equidade, que garante a assistência à saúde em função da situação de risco, condições de vida e da saúde dos indivíduos (Brasil, 1990).

Já os princípios organizativos vão dar racionalidade ao funcionamento do Sistema. São eles: a Descentralização, com ênfase na municipalização; a Regionalização e a Hierarquização, que juntos buscam a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através de assistência integral, contínua e de boa qualidade. Há, ainda, a Participação popular, que busca a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema, que é assegurado pela lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990).

Posto isso, o SUS apresenta-se como um arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde brasileira e tem por objetivo coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo em todos os níveis de atenção (Vasconcelos; Pasche, 2007).

Salienta-se que na sua organização do SUS, a iniciativa privada manifesta-se como participante dos serviços de saúde em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, demonstrando assim que a Política de Saúde foi estruturada para que o Estado fosse hegemônico na condução das ações. Contudo, a operacionalização da Política de Saúde pensada pela Reforma Sanitária não ocorreu como previsto.

Inicia-se, nesse mesmo período, um processo de despolitização e de perda das forças progressivas, dando espaço às Políticas de Ajuste Neoliberal que, no Brasil, têm sido responsáveis pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural, pelo desmonte e sucateamento das políticas de proteção social (Bravo, 2008). Esse contexto evidencia as contradições e os tensionamentos entre projetos societários que enviesam a política pública de saúde brasileira.

Então, apesar da Constituição e das Leis indicarem um Sistema de Único de Saúde como direito de todos e dever do Estado, o que se tem é a coexistência de outros sistemas que se encontram voltados para o mercado (Paim, 2014). A Saúde, no contexto neoliberal, está vinculada ao mercado, com ênfase na redução de custos e nas parcerias com a sociedade civil. Desta forma, segundo Bravo, Peláez e Meneses (2020), três projetos tensionam a política de saúde no Brasil: o primeiro é o da reforma sanitária, no qual a saúde possui um caráter universal, concebida como um direito social de responsabilidade do Estado. O segundo é o projeto privatista, que se orienta pelo mercado e a exploração da doença como fonte de lucro. Já o terceiro é o da Reforma Sanitária flexibilizada, que é regulada por arranjos institucionais para a adequação da política de saúde às exigências da política macroeconômica, diminuindo a proposta inicial da reforma sanitária. Este último foi um projeto que se consolidou nos governos petistas.

Desta forma, o acirramento entre esses projetos societários demonstra o embate entre a lógica de caráter público e a lógica privatista. Tal embate condiz com o sistema capitalista em sua fase neoliberal, cujo aprofundamento do desmonte na política de saúde é percebido no desfinanciamento das políticas públicas e no incentivo a uma maior participação da gestão privada (Bravo; Pelaez; Meneses, 2020).

Com destaque para a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, no governo Temer, que congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação, a qual foi aprofundada no governo Bolsonaro, que deu continuidade ao desfinanciamento e às parcerias público-privadas, com a extinção do Programa Mais Médicos e a proposta de privatização da atenção básica

(Matos, 2021). Na conjuntura da pandemia do Coronavírus, diante das divergências para seu enfrentamento, o Brasil teve três ministros, cuja terceira gestão efetivou-se promovendo o negacionismo, a censura e o obscurantismo, o que agravou a pandemia no país. Contudo, a pandemia reforçou a importância de fortalecer o SUS em todas as suas áreas, pois este atendeu, cuidou e vacinou a população brasileira durante a crise sanitária (Bravo; Meneses, 2021).

Mesmo diante dessa conjuntura de desmonte e precarização, o SUS manteve suas inovações: como o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento dos determinantes sociais, a promoção da saúde, o acolhimento, a redução de danos, o enfoque no território e na intersetorialidade (Paim, 2014). Além de cobertura vacinal e da assistência a milhares de pessoas na rede pública, entre outros.

Sublinha-se que em 2023 houve nova mudança no governo brasileiro, assumindo, pela terceira vez, o presidente Luís Inácio da Silva o qual nomeou para o Ministério da Saúde a Nísia Trindade, ex-presidente da Fiocruz, a qual tem por desafio recompor a política de saúde brasileira, em meio as tensões entre os projetos societários em disputa.

Em suma, considerando as inovações e os desmontes, é necessário reconhecer as dificuldades que o SUS possui para sua efetivação e empenhar-se pela concretização dos seus princípios e diretrizes para que possa integrar, de maneira efetiva, as políticas públicas de atenção para as infâncias e juventudes com necessidades em saúde mental e todos os demais segmentos da população.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei 8.069 de treze de julho de 1990, origina-se como norma regulatória dos artigos 227 e 228 da Constituição Federal, os quais asseguram os direitos da infância e juventude.

A referida lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, que devem gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, em que lhes devem ser asseguradas todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e de dignidade. Os direitos enunciados no ECA devem ainda ser aplicados a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação, ficando sob a responsabilidade da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos

referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, garantindo, assim, que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Além disso, a lei garante que se deve levar em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento (Brasil, 1990).

Ademais, o ECA apresenta em seu art. 86 a política de atendimento, que deverá acontecer através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, tendo em seu desenho, como princípios estruturantes, a integração das políticas sociais básicas e a intersetorialidade das ações, as quais necessitarão ser operacionalizadas por um Sistema (Monfredini, 2013).

Nesse sentido, objetivando efetivar a garantia dos direitos às infâncias e juventudes pela promoção e proteção disposta no ECA, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), por meio da Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, elabora os parâmetros para institucionalização e definição das competências do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

Este Sistema busca promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, entre outros, em sua integralidade, tendo como beneficiário todas as crianças e os adolescentes, que deverão ser considerados como sujeitos de direitos e pessoas em condição singular de desenvolvimento, necessitando ser organizado em três eixos estratégicos de ação: defesa, promoção e controle da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes (Conanda, 2006).

O primeiro eixo estruturante do Sistema de Garantia de Direitos é o da defesa, que tem por objetivo garantir acesso à justiça, assegurando em concreto a impositividade e exigibilidade dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Esse eixo tem por espaços de operação as Varas da Infância e suas equipes, as Varas criminais especializadas, os Tribunais do júri, as comissões judiciais de adoção, as Promotorias de Justiça, os Centros de Apoio Operacional, as Procuradorias de Justiça, as Defensorias Públicas, a Advocacia Geral da União, os Conselhos Tutelares, entre outros (Conanda, 2006).

O segundo eixo estruturante é o da promoção dos direitos, operacionalizado pelo

desenvolvimento da política de atendimento da criança e do adolescente, expresso no artigo 86 do ECA. O desenvolvimento dessa política implica na satisfação das necessidades básicas de crianças e adolescentes; na participação da população, através de suas organizações representativas; na descentralização política e administrativa; e no controle social e institucional (interno e externo) da sua implementação e operacionalização. Este eixo situa-se no campo da formulação e operação de políticas, onde são criadas as condições materiais para que a liberdade, a integridade e a dignidade de crianças e adolescentes sejam respeitadas, e suas necessidades básicas atendidas (Conanda, 2006).

Já o eixo do controle da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes zela pelo cumprimento dos preceitos previstos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, ao garantir o controle das ações públicas de promoção e defesa dos direitos humanos da criança e do adolescente através das instâncias públicas colegiadas próprias, em que se assegure a paridade da participação de órgãos governamentais e de entidades sociais, tais como: conselhos e fóruns dos direitos de crianças e adolescentes; conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; órgãos e poderes de controle interno e externo de fiscalização contábil, financeira e orçamentária. Os conselhos dos direitos da criança e do adolescente são deliberativos e devem acompanhar, avaliar e monitorar as ações públicas de promoção e defesa de direitos de crianças e adolescentes, deliberando previamente a respeito através de normas, recomendações e orientações (Conanda, 2006).

Contudo, percebe-se um aumento no número de Organizações Não Governamentais (ONGs) que ofertam serviços para as infâncias e juventudes, em detrimento das ações público estatais, o que configura a transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil. Para Dagnino (2004) “o crescimento acelerado e o novo papel desempenhado pelas organizações não-governamentais” (p. 148) evidenciam os deslocamentos causados pelo projeto neoliberal.

Perez e Passione (2010) destacam que esses novos atores se configuram como fundações empresariais, entidades caritativas e filantrópicas, as quais reforçam o discurso da ineficiência do Estado e saem em defesa do mercado, enfatizando práticas clientelistas e fragmentadas.

Tal cenário evidencia a disputa entre a cultura de direitos, premissa do projeto democrático; e a cultura da benevolência e da caridade, da responsabilização da sociedade civil, condição do projeto neoliberal, o que coloca em desvantagem a implantação da política pública

de atendimento as infâncias e juventudes, a qual deve ser pautada na superação da fragmentação e na efetivação dos direitos.

4 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil representa a luta das pessoas com transtorno mental, de seus familiares e dos trabalhadores da Saúde Mental por um serviço de saúde digno, que respeite as suas singularidades e lhes garanta a reinserção no convívio social (Leme, 2013). Portanto, compreende-se a reforma psiquiátrica como um processo que busca a transformação da sociedade, em torno do tema loucura, com a construção de novas realidades, que possam acolher as pessoas na sua integralidade.

Na realidade brasileira, essa compreensão encontrando-se inserida na Política Nacional de Saúde Mental a qual foi materializada em 2001, com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial neste campo (Brasil, 2001). Com base nesse redirecionamento, a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 institucionaliza os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de base comunitária, os quais devem ofertar atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes, realizando o acompanhamento e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso às diversas políticas públicas e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2002).

Nesse cenário se estrutura o cuidado com as infâncias e juventudes com necessidades em saúde mental, cujo processo de implantação da Política inicia-se a partir de duas formulações consideradas estratégicas para o cuidado integral deste público. A primeira é a oferta de CAPSi, que tem a responsabilidade de ordenar a demanda em um território específico. E a segunda estratégia é a articulação da saúde mental com os setores historicamente envolvidos no cuidado das infâncias e juventudes, como a Assistência Social, a Educação, a Saúde geral e o Sociojurídico, com vistas a estruturar, de maneira ampliada, redes intersetoriais de cuidado, apropriadas para dar respostas às questões da saúde mental infantojuvenil (Couto; Delgado, 2016).

Contudo, destaca-se que novas normatizações foram sendo inseridas na política pública de saúde mental, o que gerou mudanças na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica, nesse contexto, aponta-se a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, consolidada na Portaria nº 3/2017,

a qual apresenta direcionamentos como a ambulatorialização do cuidado, voltado para a prescrição medicamentosa em detrimento à lógica do cuidado no território, alicerçada no acolhimento e no vínculo; remanicomialização da saúde mental com um forte investimento nos manicômios, em avaria ao repasse dos serviços de Caps; utilização de até 20% da capacidade dos leitos em hospital geral para alas psiquiátricas, multiplicando internações, com menos investimentos na reabilitação psicossocial; e ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas, de 4.000 para 20.000 vagas (Guimarães; Rosa, 2019). Essa circunstância exhibe a ênfase, por parte do governo Federal, do projeto manicomial, ao investir em dispositivos segregadores, voltados para a prática de centralização na doença, em desfavor da lógica antimanicomial.

Enfatiza-se, nessa conjuntura, a Nota Técnica de nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019, do Ministério da Saúde, a qual dá continuidade aos desmontes anteriores, ao legitimar as Comunidades Terapêuticas (CTs), descaracterizar os Caps como serviços substitutivos e resgatar, entre outras situações, a internação de crianças e de adolescentes em hospitais psiquiátricos como alternativa assistencial:

Vale ressaltar que não há nenhum impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes (Brasil, 2019, p. 24).

Isso fere o princípio da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica e os direitos conquistados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além desse, tem-se a Portaria 596/2022, que susta o Programa e o Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A extinção do financiamento desse componente importante da Raps coincide com o lançamento do Edital de Chamamento Público nº 3/2022, do Ministério da Cidadania, com o intuito de selecionar Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestem atendimento como hospital psiquiátrico. Tem-se um desfinanciamento do serviço público para o financiamento de instituições privadas totalitárias, descaracterizando os princípios da reforma psiquiátrica que se voltam para o cuidado em liberdade. E para finalizar a exemplificação da desconstrução vivenciada pela Política de Saúde Mental, no atual cenário, registra-se a extinção da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que aconteceu

por meio do Decreto nº 11.098, o qual remaneja os cargos e a saúde mental deixa de existir na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, ficando subordinada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Tal fato revela-se como uma incongruência, uma vez que a atenção básica é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesse contexto de desmontes, apreende-se, ainda, o direcionamento do governo, entre os anos de 2019 e 2022, para as legislações propostas ao uso/abuso de álcool e outras drogas e ao suicídio. Não se verifica formulações destinadas à dimensão ampla da Saúde Mental, quiçá, à saúde mental infantojuvenil, com incentivos e investimentos para a ampliação dos serviços assistenciais e não hospitalares.

Com isso, nota-se a disputa entre projetos antagônicos dentro da Política de Saúde Mental. De um lado, o projeto antimanicomial, o qual privilegia o cuidado no território, o Caps, a redução de dados; e do outro, o projeto manicomial, em que prevalece o financiamento ao setor privado, às comunidades terapêuticas, a exclusão. Tal embate aponta para o conflito de interesses dentro da Política de Saúde Mental, em que se apresenta o desmonte do que foi construído pela Reforma Psiquiátrica, com vantagens para o setor privado.

Entretanto, esses desmontes não devem ser vistos como um caminho inevitável, pois traça-se a história a partir das contradições e conflitos que tornam os movimentos de superação possíveis. Evidencia-se, nesse momento, a existência do Projeto de Lei nº 760/22, de autoria da deputada Jaqueline Cassol, que institui o Programa de Suporte à Saúde Mental na Era Digital (Prossmed), com o objetivo de destinar recursos para ações, inclusive em caráter preventivo, para promoção de cuidados à saúde mental de jovens e adolescentes afetados pelo uso de redes sociais e tecnologias da informação (Câmara dos deputados, 2022). Tal projeto encontra-se tramitando na Câmara dos Deputados Federal.

De tal modo, compreende-se que a Política Pública de Saúde Mental infantojuvenil encontra-se em constante movimento, construindo seus caminhos e enfrentando desafios para sua concretização. Nessa direção, destaca-se que a ampliação da oferta de Capsi e a intersetorialidade são estratégias fundamentais para o cuidado integral desse público.

5 CONCLUSÃO

No decorrer desse artigo foi possível refletir sobre como as políticas públicas de saúde, de atendimento as crianças e adolescentes e a de saúde mental infantojuvenil tem se

constituído, em meio a disputa dos projetos societários. Percebe-se que, historicamente, existe o embate entre esses projetos tanto na Política de Saúde (projeto da reforma sanitária *versus* o projeto privatista) como na Política de Saúde Mental (projeto antimanicomial *versus* o projeto manicomial) e na política de atendimento as crianças e adolescentes (projeto democrático *versus* projeto neoliberal), o que demonstra uma relação entre os agentes estatais e os agentes privados no processo de definição dessas políticas.

Tais disputas evidenciam o lapso no cuidado das infâncias e juventudes com necessidades em saúde mental, cuja atenção, muitas vezes, ficou delegada ao setor privado, sendo incluído tardiamente no rol de políticas públicas de direito.

Contudo, a implantação de serviços voltados para esse público em específico pode não atenuar o hiato do cuidado no atendimento das suas amplas demandas. Diante disso, é imprescindível a construção de uma rede de proteção social vasta e efetiva, que envolva as diversas políticas públicas e a sociedade (no caso das crianças, sobretudo as famílias), mas sem que isso resulte na desresponsabilização do Estado e na desproteção social.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, O. G. **Estadualização da saúde no Piauí: a força da ação política**. Curitiba: Editora CRV, 2019.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2000. 71p.

BEHRING, E. R. **As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e suas alterações posteriores**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336** de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde na atual conjuntura, a pandemia do coronavírus e as lutas da frente nacional contra a privatização. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 8., n 35, p. 143-156, 2021.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, Brasília v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 760/22**. Deputada Jaqueline Cassol. Que institui o Programa de Suporte a Saúde Mental na Era Digital. Brasília, DF, 2022

CONANDA. **Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006**. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 2006.

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

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil entiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 111-138, 2019.

LEME, C. C. C. P. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, E. M.; BISNETO, J. A. (Orgs.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. p. 21-32

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 8., n. 35, p. 25-35, 2021.

MONFREDINI, M. I. Proteção integral e garantia de direitos da criança e do adolescente: desafios à intersectorialidade. 2013. 296f. **Tese (Doutorado em 2013)** – Universidade Estadual de Campina, 2013.

PAIM, J. S. *et al.* **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).

PEREZ, J. R.; PASSONE, E. F. K. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de pesquisa**. São Paulo, SP: Fundação Carlos Chagas, 2010. Vol. 40, no. 140 (maio/ago., 2010), p. 649-673.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva, 2006.