



**Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2023;4(20):90-97**

## **Relato de Experiência**

**DOI:**

<https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.893>

**ISSN:** 2675-2913

**Qualis:** B2

**Recebido:** 10/11/2022

**Aceito:** 09/08/2023

# **O cuidado de adolescentes em crise de saúde mental em um hospital geral: um relato de experiência**

## ***The care of adolescents in mental health crisis in a general hospital: an experience report***

Rody Costa de Oliveira<sup>1</sup> , Gabriela Fernandes Chaves Lira<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Psicóloga hospitalar na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Pós-graduanda em saúde mental e atenção psicossocial pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS.

<sup>2</sup> Assistente social na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Mestre em política social e professora substituta na Universidade de Brasília.

**Correspondência:** rody.costa13@gmail.com

---

## **RESUMO**

Este trabalho tem como objetivo apresentar percepções sobre o cuidado de adolescentes em crise de saúde mental em um Hospital Geral. Trata-se de um relato de experiência em que foi utilizada a metodologia de natureza qualitativa, buscando transpor observações apreendidas a partir da realidade cotidiana, pautadas numa concepção crítica de saúde mental. A discussão aponta alguns aspectos enquanto desafios a serem enfrentados a partir da observação de atendimentos e manejos em saúde mental de adolescentes no contexto hospitalar, bem como recapitula entraves, barreiras, burocracias de acesso, dificuldades de comunicação entre as redes de atenção à saúde mental do adolescente. A partir das observações, nota-se que há necessidade de políticas de formação continuada, capacitação profissional, aproximação com a população via matriciamento, necessidade de monitoramento e avaliação das ações da rede de cuidados infantojuvenil.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Atenção psicossocial; Crise; Adolescente; Articulação em rede.

## **ABSTRACT**

This work aims to present perceptions about the care of adolescents in mental health crisis in a general hospital. This is an experience report in which a qualitative methodology was used, seeking to transpose observations learned from every day reality, based on a critical conception of mental health. The discussion points out some aspects as challenges to be faced from the observation of care and management in mental health of adolescents in the hospital context, as well as recapitulates obstacles, barriers, bureau cracies of access, communication difficulties between the mental health care networks of the adolescent. From the observations, it is noted that there is a need for continuing education policies, professional training, approximation with the population via matrix support, need for monitoring and evaluation of the actions of the children's and youth care network.

**Keywords:** Mental health; Psychosocial care; Crisis; Adolescent; Network articulation.

---

## INTRODUÇÃO

A partir de uma perspectiva histórica, a atenção à saúde mental começou a ter mais notoriedade ao final da década de 70, quando, no Brasil, teve início o processo de reforma psiquiátrica no contexto de lutas pela redemocratização do país. Os trabalhadores de saúde mental e outros segmentos, sentindo e observando a necessidade de mudança, indignaram-se e denunciaram as lastimáveis condições às quais eram submetidas as pessoas nos hospitais psiquiátricos, e lutaram por reformas urgentes no modelo assistencial<sup>1</sup>.

O ano de 1978 foi marcado pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um dos marcos do movimento social de crítica das condições de assistência psiquiátrica e de busca de novas proposições. Como resultado dessa luta, constituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental, que busca consolidar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) um campo de atenção psicossocial aberto, de base territorial, promotor de reintegração social e cidadania, inserido nos contextos reais de vida das pessoas com experiência de sofrimento psíquico. Esse movimento conta com a participação de diversos atores sociais, sendo fundamental a presença dos usuários dos serviços da rede de atenção psicossocial nessa construção, assumindo o papel de protagonistas na luta pela garantia e produção de direitos<sup>2</sup>.

Na Lei<sup>3</sup> da reforma psiquiátrica constatou-se expressivo avanço na garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico. A legislação dispõe sobre a proteção e os direitos, redireciona o modelo assistencial em saúde mental não centrado no hospital psiquiátrico, traz proibições sobre internação em instituições de caráter asilar. No entanto, ainda deixa muitas lacunas, como, por exemplo, a proibição efetiva da construção de novos hospitais psiquiátricos.

A Lei<sup>3</sup> se expressa como um avanço no campo da saúde mental, viabilizando um olhar ampliado e um cuidado humanizado. Diante dessas construções, passou-se então a vislumbrar possibilidades de um novo paradigma em que o ser humano pudesse ser visto como uma pessoa que vivencia um sofrimento e não mais como uma doença.

Por mais efervescentes que sejam as conquistas através da legislação, esses avanços se dão sob muitos limites na prática dos serviços de atenção à saúde da população, uma vez que a assistência à pessoa em so-

frimento psíquico, no país, ainda tem grande enfoque no modelo hospitalocêntrico.

Mesmo com a legislação vigente e os progressos terapêuticos e políticos, ainda se dissemina uma prática dicotômica, realizada de maneira rígida e focada de forma estrita no adoecimento psíquico, sem levar em conta a integralidade e o contexto no qual a pessoa está inserida, ignorando processos, determinações e estruturas que desencadearam sofrimentos.

Para Amarante<sup>4</sup>, os caminhos da reforma psiquiátrica se dão a partir de um processo social complexo que vai além da reestruturação do modelo assistencial. Trata-se de um movimento contínuo com inovação de atores, conceitos e princípios. De acordo com o autor, diferentes dimensões inter-relacionadas formam esse movimento, considerando o contexto brasileiro. São elas: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Desse modo, o processo de reforma psiquiátrica, compreendido na perspectiva da desinstitucionalização, constitui um percurso complexo e vivo.

Por assim dizer, a reforma psiquiátrica precisa ser cotidianamente construída e sua percepção expandida a partir de uma compreensão das relações históricas e sociais que atravessam os sujeitos<sup>5</sup>. Ademais, é importante essa construção a partir da perspectiva da luta antimanicomial, que tem como objetivo principal superar uma sociedade que perpetua uma lógica excludente e segregacionista.

Nesse sentido, compreender a reforma psiquiátrica brasileira a partir de uma concepção crítica e radical é perceber não apenas as quatro dimensões, mas para além delas. Além disso, entendê-la no bojo das relações, da sociedade capitalista e das contradições, nos dá elementos para assimilar a maneira concreta com que esses limites se materializam.

Ao longo dos anos, novas estratégias são desenvolvidas na tentativa de viabilizar acesso aos direitos no campo da saúde mental. Existe uma Portaria<sup>6</sup>, por exemplo, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), propõe a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento e com necessidades decorrentes do uso/abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que não reforcem a lógica manicomial. Os serviços substitutivos componentes da RAPS são: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidade de Acolhimento (UAs); e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Entretanto, por se fazer no campo de disputas e contradições, ainda que um grande avanço, a Portaria que dispõe sobre a RAPS, apresenta na constituição de seus serviços as Comunidades Terapêuticas, que contrapõem a proposta de um modelo pautado no cuidado integral, com respeito à vida e às diversidades.

Nesses percursos da reforma psiquiátrica, são encontrados obstáculos que precisam ser enfrentados dia a dia. Ainda que sejam significativas as conquistas alcançadas com a implementação do Sistema Único de Saúde e da RAPS, políticas e serviços públicos de saúde e assistência social vêm sendo desmontados por grupos de interesse privado. Foram incluídos os hospitais psiquiátricos no centro da RAPS (conforme portaria<sup>7</sup>), por exemplo, o que acaba se tornando contrário à Lei da Reforma Psiquiátrica e sobretudo à perspectiva antimanicomial. Alguns recursos federais, que antes eram voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados e, em contrapartida, representantes de entidades privadas passaram a ganhar cada vez mais espaço na agenda pública<sup>8</sup>.

Nesse sentido, alguns segmentos são historicamente invisibilizados. A assistência destinada a crianças e adolescentes, no que diz respeito à saúde mental, permaneceu sem foco, por certo tempo, quando comparado ao cenário de adultos<sup>9</sup>. Por falta de investimentos e disposição do setor público, foram estabelecidas, para crianças e adolescentes, instituições totais com modelos de atenção que não priorizavam a produção de cuidado integral, e não tinha como centralidade o cuidado em liberdade e a relação com outros setores sociais.

Foi durante o movimento de redemocratização do país, no qual estava inserida a luta pela reforma psiquiátrica, que houve a possibilidade de olhar a criança e o adolescente enquanto cidadãos e provocar transformações importantes. A Constituição Federal de 1988 afirmou a cidadania das crianças e dos adolescentes, na condição de sujeitos de direitos que resultou na promulgação de uma Lei<sup>10</sup>, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), certificando a necessidade do Estado garantir a proteção integral desses sujeitos, com a constituição de ambientes e de vínculos sociais e familiares afetivos, o pertencimento a um

território e a seu tecido social, a educação em escolas, a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O contexto provocado pela Lei 10.216/01<sup>3</sup>, propiciou a possibilidade para mudanças da atenção às crianças e adolescentes, como a promulgação da Portaria n.º 336/2002<sup>11</sup>, que criou condições de financiamento para a construção de CAPS em território nacional, dentre eles a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

O direcionamento para atenção à saúde mental específica para população infantojuvenil foi tardiamente incluída na construção da Política Nacional de Saúde Mental, mas está inserida no processo de reforma psiquiátrica e de consolidação da política<sup>2</sup>. A transformação do campo é uma ação recente que tenta preencher lacunas na assistência à esse segmento.

O cuidado em saúde mental à crianças e adolescentes, segundo os princípios e diretrizes norteadores para a construção de políticas infantojuvenil, apresentado em documento lançado pelo Ministério da Saúde em 2005<sup>12</sup>, deve prever o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede e a intersetorialidade na ação do cuidado, de modo a possibilitar ações emancipatórias e gerar uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as vivências que cada sujeito faz a partir de seu território.

Dessa forma, faz-se necessária a consolidação de estratégias que estejam em conformidade com o paradigma da atenção psicossocial e fortaleçam a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, em contraponto ao modelo manicomial, considerando tais planejamentos em todos os níveis de atenção e frente às demandas específicas dos sujeitos, de qualquer faixa etária, em sofrimento psíquico.

## METODOLOGIA

Este trabalho, trata-se de um relato de experiência acerca da percepção sobre a passagem de adolescentes em crise de saúde mental no Hospital Geral. Utilizou-se a metodologia de natureza qualitativa, a qual visa repassar as experiências através de uma perspectiva que se aprofunda no âmbito dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias estatísticas<sup>13</sup>.

Nesse sentido, o relato de experiência busca transpor observações apreendidas a partir da reali-

dade cotidiana e está pautado numa concepção crítica de saúde mental, a partir de referências que a compreendem como campo de produção de vida, de maneira coletiva e não individualizante<sup>5</sup>.

Para desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: observações, anotações em diário de campo, levantamento de categorias centrais e busca de referencial teórico de Saúde Mental para embasamento de análise crítica.

As observações e anotações se deram no pronto-socorro de um Hospital Geral, localizado em uma Região Administrativa do Distrito Federal. A partir delas, foram construídas e elaboradas análises acerca do processo de trabalho desenvolvido no cenário selecionado.

Ademais, o trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência acerca de atendimentos e manejos em saúde mental de adolescentes no pronto-socorro de um Hospital Geral, bem como recapitular entraves, barreiras, burocracias de acesso, dificuldades de comunicação entre as redes de atenção à saúde mental do adolescente, com intuito de possibilitar reflexões referentes a essas implicações na Atenção Psicossocial.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante meses de atuação na equipe do pronto-socorro do Hospital Geral, algumas impressões acerca do fazer em saúde mental foram apreendidas. Diante da leitura da realidade, associada às reflexões teóricas, foi possível observar de que maneira tem sido realizado o manejo de adolescentes em crise que são encaminhados à unidade hospitalar, sendo possível elaborar vários questionamentos sobre a implementação, ou não implementação da reforma psiquiátrica nesse espaço.

Vale ressaltar que o Hospital Geral é um componente da RAPS dentro dos modelos substitutivos de cuidado, conforme dispõe a Portaria 3088/2011<sup>6</sup>, inseridos na atenção hospitalar. Por isso, é importante pensar a atuação nesse espaço de maneira alinhada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e não ignorar que existem outros serviços fundamentais na atenção à crise, sendo o hospital, um desses equipamentos.

No que diz respeito ao acolhimento de adolescentes, constatou-se que, na emergência, ao realizar condutas de manejo e estabilização de crise, os profissionais ainda demonstram certo despreparo para

trabalhar com saúde mental na perspectiva de produção de vida. Kovaleski<sup>14</sup> aponta para a incipiente formação no campo da saúde mental, o que pode ser constatado quando, por vezes, a equipe assistencial do pronto-socorro, se pergunta por que o adolescente se encontra naquela unidade, reforçando a ideia do isolamento/distanciamento, com a visão de que no hospital geral não é local para pessoas serem acolhidas quando necessário, em momentos de crise.

Em nota técnica<sup>15</sup> está descrito sobre o tratamento em regime de internação, sua estrutura, de forma a oferecer assistência integral à pessoa em sofrimento psíquico, incluindo serviços médicos, do serviço social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Não obstante, pouco se conhece sobre tais diretrizes. Por desconhecimento do fluxo, e/ou até mesmo do cuidado em saúde mental, não se sabe a sistematização de como esse cuidado acontece dentro do hospital e seus possíveis desdobramentos.

Nesse sentido, observou-se a incipiente formação por parte da equipe na abordagem, manejo e cuidados desses adolescentes em crise de saúde mental. De forma geral, nota-se que não há validação e valorização da saúde mental infantojuvenil pelos profissionais, o que acarreta no desconhecimento sobre o modo de cuidado, na dificuldade técnica, bem como em não articulações com a rede de atenção psicossocial.

Como explicitado por Fernandes<sup>16</sup>, é necessário refletir sobre estratégias que contribuam para a afinidade e maior aproximação dos profissionais com o campo da saúde mental, visando qualificar o cuidado ofertado. Investir na formação continuada, desde a graduação até a educação permanente, e oportunizar situações de discussão e reflexão sobre saúde mental, seriam ações que ampliariam as estratégias e práticas de cuidado junto a esse público.

Em relação à percepção da equipe sobre a demanda, tornava-se evidente os limites de compreensão sobre o cuidado em saúde mental pela ótica da liberdade; percebe-se diversas barreiras na condução das situações, bem como nas discussões que exigem um posicionamento mais crítico. Em discussões de casos, passagem de plantão, por exemplo, ficam marcadas falas da equipe assistencial sobre o adolescente em sofrimento psíquico internado: “esse paciente está dando muito trabalho, não deveria estar aqui”; “tem que pedir transferência para o hospital psiquiátrico”; “ele passou a noite agitado, querendo evadir? Deixa

ir embora, melhor que dá menos trabalho”; “mas este paciente é psiquiátrico, dá um remedinho que ele acalma”, dentre tantos outros comentários que acabam contribuindo com a lógica manicomial.

Percebem-se, ainda, direções para o campo da psiquiatria e psicologia grande parte das vezes que as demandas se apresentam, o que reforça o paradigma biomédico, conforme aponta Amarante<sup>4</sup>.

Já o paradigma psicossocial, conforme também aponta o mesmo autor, caracteriza-se pelo trabalho em equipe na tentativa de um olhar transdisciplinar, priorizando o uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares. Apesar da assistência em saúde mental no Brasil ser pautada nos preceitos da reforma, ainda há na sociedade, o que inclui os profissionais da assistência em saúde, uma visão negativa da pessoa em sofrimento psíquico ancorada no paradigma biomédico, o qual reforça a exclusão e manutenção do estigma social frente a esses sujeitos.

Nota-se que é um desafio a ser enfrentado diariamente, pois nem sempre os profissionais e equipes de saúde presentes nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico estão preparados para atender as demandas de saúde mental existentes. É comum perceber que o velho modelo de atendimento se mantém presente, mesmo que em novos espaços de atuação.

Dentre tantas vivências na assistência ao adolescente que se apresenta em crise ao hospital geral, é possível constatar entraves recorrentes no que diz respeito a continuidade do cuidado em saúde. Para que o acompanhamento possa ser realizado de forma efetiva, torna-se necessário a articulação, a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços, com garantia de continuidade de atenção.

Como estabelecido nos princípios e diretrizes da política pública de saúde mental infantojuvenil brasileira<sup>12</sup>, deve-se priorizar o encaminhamento implicado em que a noção de cuidado passa pela adoção de uma postura de comprometimento dos encaminhadores das crianças e dos adolescentes aos serviços de saúde mental, não deixando que eles fiquem à deriva nessa rede. Porém, na maioria dos casos, de adolescentes que chegam ao hospital geral, não há possibilidade de acesso ao histórico prévio de acompanhamento em

saúde mental, o que se torna uma barreira na proposta do cuidado compartilhado.

Pode-se afirmar que a intersectorialidade na atenção à saúde mental infantojuvenil é fundamento necessário na construção de políticas públicas, necessitando de diálogos intensos com diferentes setores em uma concepção de rede pública ampliada. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou mais um documento<sup>17</sup> que direciona para a construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil fundamentado em algumas diretrizes, como, por exemplo, o cuidado em rede e intersectorial, encaminhamento implicado e o acolhimento. Ressalta também orientações específicas sobre o cuidado com essa população, como a garantia à saúde como direito fundamental, a constituição da RAPS, o papel da educação, entre outros. Na prática, o estabelecimento dessas diretrizes nem sempre acontecem e, em muitas situações, o não fazer impacta nas estratégias que se tem para o cuidado em saúde da população, reforçando os limites em relação a construção da atenção psicossocial.

A percepção de que o paciente é da rede ainda é um desafio. Compreender tal aspecto propiciaria um cuidado mais adequado e integral, e poderia evitar a divagação do usuário pelos diversos serviços de saúde.

São vários os motivos pelos quais podemos observar os limites colocados para continuação desse cuidado: pode estar associado ao fato da rede de atenção não ter um sistema único de prontuários e evoluções com a história pregressa, o desconhecimento dos profissionais sobre a rede, dificuldade de convergir o sistema, interesses velados que podem travar o acesso da população ao atendimento anterior ou posterior a internação hospitalar.

Dentro de qualquer uma das possibilidades, quem sofre o impacto acaba sendo o sujeito que não tem acompanhamento integral. Dessa forma, o trabalho em conjunto acaba se tornando mais difícil frente a problemática de fluxos, que por mais que estejam estabelecidos, por meio de notas técnicas, pouco se sabe sobre o prosseguimento das demandas.

Para além de tantos desafios encontrados na assistência ao adolescente em crise, esbarramos também com a dificuldade da escuta, do ouvir, de levar em conta a singularidade do sujeito naquele momento da crise. Coimbra<sup>18</sup> aponta que a partir da escuta é possível criar um elo de trabalho integral com o usuário/usuária. Apesar de não ser o indicado, fre-



quentemente presenciamos, enquanto manejo da equipe de saúde, ao invés do processo de escutar, o processo de calar, através de medicações, e variadas formas de contenções. São modos de manejar a crise que acabam reforçando, mais uma vez, o paradigma biomédico, da patologização/medicalização.

O hospital geral por vezes se torna um lugar que pode propiciar mais sofrimento ao invés de ser um lugar seguro para lidar com a crise. As implicações disso se dão com internações prolongadas, evasões hospitalares, estigmatizações e re-internações frequentes.

Um olhar abrangente, uma escuta atenta às necessidades reais dos sujeitos e a garantia do espaço de fala e visibilidade, que podem dizer de si e de seu sofrimento, possibilitaria respostas diferentes. Trata-se de garantir o direito à palavra, legitimar seus saberes e criar possibilidades para que esses adolescentes possam narrar suas vivências, assinalar suas perspectivas e se responsabilizar subjetivamente por suas experiências em suas trajetórias de vidas<sup>11</sup>.

Isto posto, existe uma invisibilidade no debate sobre infância e adolescência no campo da saúde mental, inclusive no processo da reforma psiquiátrica. Quanto às especificidades da adolescência, essa invisibilização histórica pode ser notada no contexto atual a partir de negligências que são observadas na assistência do paciente ao permanecer no Hospital Geral.

Para além do que foi levantado anteriormente, muito profissionais enxergam a entrada do adolescente em crise no pronto-socorro como forma de rebeldia, devido à fase do desenvolvimento em que se encontra. Frequentemente, observa-se uma atuação com julgamentos, a partir de discussões de caso, por exemplo. Por vezes a visão de desvio moral, malcriação e frescura para chamar atenção é carregada nas falas das equipes responsáveis pelo cuidado.

Direcionar o olhar ao sofrimento do adolescente que chega ao serviço, significa cuidar sobre a lógica da atenção psicossocial. Apesar do apagamento histórico sobre o debate de adolescentes adoecidos psiquicamente e violados em seus direitos fundamentais, é necessário trabalhar por um cuidado que possa garantir visibilidade e permita contemplá-los como sujeitos que podem vivenciar sofrimento psíquico, podem entristecer, se angustiar, estar em crise e, cujos sinais dizem de uma subjetividade que interage e responde a tudo que está à sua volta.

Na busca desse olhar e cuidado abrangente, que se dá a partir do paradigma da atenção psicossocial, é que se desenvolve a promoção de uma assistência humanizada, redução das internações, possibilidade de participação familiar, da comunidade e dos usuários como corresponsáveis na reabilitação e na reintegração social.

O paradigma psicossocial tem papel importante de apontar para a construção de novas práticas e serviços em saúde mental. Entretanto é relevante refletir sobre o papel do Hospital Geral dentro do cuidado proposto pelo paradigma da atenção psicossocial.

Infelizmente, a formação incipiente, por todas as áreas, em relação à saúde mental, contribui para fortalecer o saber médico. Nota-se que são poucos os profissionais capacitados para entender e atender demandas mais complexas no que diz respeito a saúde mental. Como mencionado por Fernandes<sup>16</sup>, ainda que se considerem os progressos, há muitos desafios a serem vencidos para que seja possível avançar no processo da reforma psiquiátrica no Brasil, como, por exemplo, a superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental e a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Repensar a insuficiência de uma assistência fragmentada que persiste em não compreender o ser humano em sua integralidade, torna-se urgente. Repensar saberes e as suas práticas reavaliando atitudes, posturas, trabalho em grupo e ética do cuidado é um norte para facilitar o entendimento do sujeito em sua complexidade.

Logo, as apreensões relatadas demonstram necessidades impreteríveis que devem ser pautas cotidianas dos serviços que atendam demandas de crise em saúde mental sobre o cuidado a partir da lógica da atenção psicossocial.

## CONCLUSÕES

As observações apresentadas perpassam sobre aspectos relacionados a atendimentos de adolescentes que chegam à crise de saúde mental no hospital geral, e sugerem alguns pontos enquanto desafios a serem enfrentados e questões importantes a serem refletidas: escuta atenta, articulação com serviços da rede, formação continuada e atenção psicossocial.

Tais aspectos reforçam a necessidade de políticas de formação continuada, capacitação profissional, aproximação com a população via matriciamento, ne-

cessidade de monitoramento e avaliação das ações da rede de cuidados infantojuvenil.

Portanto, o estudo não pretende cessar todas as possibilidades, mas trazer mais elementos a fim de compreender os limites institucionais e a necessidade em continuar pautando e reivindicando uma capilaridade da reforma psiquiátrica em todos os âmbitos.

Em suma, a construção de uma saúde mental de base antimanicomial deve ter como pilar um olhar que perceba as nuances de gênero, raça, classe, ter-

ritório, religião, sexualidade e vários outros atravessamentos que impactam diretamente no processo de sofrimento.

---

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Declaro(amos) que não há conflito de interesses neste artigo.

---

## REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23:2067-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt>
2. Braga CP, D'oliveira AF. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019;24:401-10. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n2/401-410/pt>
3. Brasil. Lei nº 10.216 de 06 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. *Diário Oficial da União.* Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
4. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
5. Costa PH, Mendes KT. Saúde mental em tempos de crise e pandemia: um diálogo com Martín-Baró. *Rev. Psicol. Saúde.* 2021;13(1):217-31. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1367/1208>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 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 (SUS). *Diário Oficial da União.* Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
7. Ministério da Saúde (Brasil). 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 União.* Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
8. Farias LL. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. *Argum.* 2019;11(3):47-66. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>
9. Fernandes AD, Matsukura TS, Lussi IA, Ferigato SH, Morato GG. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2020;28:725-40. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2444/1332>
10. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelece tipos de CAPS por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias. Oficial da União. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
12. Ministério da Saúde (BR). Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf)
13. Minayo MC. Pesquisa Social. 18. ed. Petrópolis: Teoria, método e criatividade. 2002.
14. Kovalski F, Azevedo T, Fantin D, Quandt, Pacheco. Conhecimento dos adolescentes sobre a importância de hábitos de vida saudável. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 5, n. 12, p. 143–160, 2013. DOI: 10.5007/cbsm.v5i12.68708. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68708>
15. Nota Técnica N.º 1/2022 – SES/SAIS/COASIS/DISSA – Critérios de Regulação para internação por transtornos mentais e comportamentais na rede SES/DF. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64120/Nota+T%C3%A9cnica+-+Crit%C3%A9rios+de+Regula%C3%A7%C3%A3o+para+interna%C3%A7%C3%A3o+por+transtornos+mentais+e+comportamentais+na+Rede+SES-DF.pdf>
16. Fernandes AD, Tãno BL, Cid MF, Matsukura TS. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2022;30:e3102. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3102/3606>
17. Ministério da Saúde (BR). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)
18. Coimbra VC, Kantorski LP. The wel coming at a center for psychosocial care. Rev. enferm. UERJ. 2005; 13(1):57-62. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407332>

