

Relato de experiência

Journals
BAHIANA
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH**Toda linha tem um ponto de partida: relato de um psicólogo residente sobre a construção da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil de Dias d'Ávila/BA****Every line has a starting point: a report by a resident psychologist on the construction of the Dias d'Avila/BA Health Care Line for Children and Youth****Cada línea tiene un punto de partida: un informe de un psicólogo residente sobre la construcción de la Línea de Atención Sanitaria Infantil y Juvenil Dias d'Ávila/BA**Wellington Ramos Gomes Junior¹ Dhara Santana Teixeira² ¹Autor para correspondência. Centro Universitário Nobre (Feira de Santana). Bahia, Brasil. ramosgomesjr@gmail.com²Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil.

RESUMO | INTRODUÇÃO: As Linhas de Cuidado têm-se mostrado como importantes ferramentas para a gestão do cuidado, facilitando o fluxo assistencial, integrando serviços, instituições e atores responsáveis pelo cuidado àquela população específica; no campo da saúde mental infantojuvenil, essas ferramentas mostram-se como objetos importantes na luta pelo cuidado integral, humanizado e em liberdade. **OBJETIVO:** Descrever o processo inicial de planejamento, discussão e elaboração da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil do município de Dias d'Ávila-BA. **METODOLOGIA:** A experiência relatada ocorreu durante estágio na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, quando o autor era residente no Programa de Residência em Saúde da Família (FESF-SUS/FIOCRUZ). Para tal, foram utilizadas anotações e registros pessoais do autor, além de fichas e livros de registro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, no formato de relato de experiência. **RESULTADOS:** Durante as discussões, além do debate de temas centrais, como racismo e sexismo, foram levantadas possibilidades assistenciais e critérios de encaminhamento, tendo como referência o CAPS. **CONCLUSÃO:** Os objetivos da pesquisa foram cumpridos e, além disso, relatar essa experiência proporcionou ao campo, de modo geral, um olhar mais cuidadoso em relação ao tema proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Política de Saúde. Gestão em Saúde. Criança. Adolescente.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The Lines of Care have been shown to be important tools for care management, facilitating the flow of care, integrating services, institutions and actors responsible for care to that specific population. In the mental health field for children and adolescents, these tools are important objects in the fight for integral, humanized and free care. **OBJECTIVE:** To describe the initial process of planning, discussion and elaboration of the Line of Care in Children and Youth Mental Health in the city of Dias d'Ávila-BA. **METHODOLOGY:** The experience reported occurred during an internship in the Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Psychosocial Care Network) of the city, when the author was a resident of the Programa de Residência em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ (Family Health Residency Program). For this purpose, the author's personal notes and records were used, as well as records from the Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Psychosocial Care Center). This is a descriptive study, with a qualitative approach, in the experience report format. **RESULTS:** During the discussions, in addition to the debate on central themes, such as racism and sexism, assistance possibilities and referral criteria were raised, using the CAPS as a reference. **CONCLUSION:** The research objectives were fulfilled and, in addition, reporting this experience provided the field, in general, with a more careful look at the proposed theme.

KEYWORDS: Mental Health. Health Policy. Health Management. Child. Adolescent.

Submetido 24/11/2022, Aceito 10/01/2023, Publicado 14/07/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e4237

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4237>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsáveis: Mônica Dalto, Marilda Castelar

Como citar este artigo: Gomes Junior, W. R., & Teixeira, D. S. (2023).

Toda linha tem um ponto de partida: relato de um psicólogo residente sobre a construção da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil de Dias d'Ávila/BA. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e4237. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e4237>



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Las Líneas de Atención han demostrado ser herramientas importantes para la gestión del cuidado, facilitando el flujo de la atención, integrando servicios, instituciones y actores responsables de la atención a esa población específica. En el campo de la salud mental de niños y adolescentes, estas herramientas son objetos importantes en la lucha por una atención integral, humanizada y gratuita. **OBJETIVO:** describir el proceso inicial de planificación, discusión y elaboración de la Línea de Atención en Salud Mental Infantil y Juvenil en la ciudad de Dias d'Ávila-BA. **METODOLOGÍA:** La experiencia relatada ocurrió durante una pasantía en la Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Red de Atención Psicossocial) de la ciudad, cuando el autor era residente del Programa de Residência em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ (Programa de Residencia Salud de la Familia). Para ello se utilizaron notas y registros personales del autor, así como registros y libros del Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Centro de Atención Psicossocial). Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, en formato de informe de experiencia. **RESULTADOS:** Durante las discusiones, además del debate sobre temas centrales, como el racismo y el sexismo, se plantearon posibilidades de asistencia y criterios de derivación, tomando como referencia el CAPS. **CONCLUSIÓN:** Los objetivos de la investigación se cumplieron y, además, el relato de esta experiencia proporcionó al campo, en general, una mirada más detenida sobre el tema propuesto.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental. Política de Salud. Gestión en Salud. Niño. Adolescente.

Introdução

Historicamente, o cuidado voltado à saúde mental de crianças e adolescentes foi marcado por uma lógica assistencialista, higienista, centralizada e fragmentada, pautada na construção de um modelo com tendência à institucionalização (Oliveira & Jacó-Oliveira, 2019). O Estado brasileiro, conforme aponta a Linha-Guia de Saúde Mental de Minas Gerais (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006), não tem se responsabilizado pela assistência em Saúde Mental para crianças e adolescentes, deixando-a habitualmente a cargo de instituições filantrópicas e religiosas (Hoffmann, Santos & Mota, 2008).

Embora o atual modelo de cuidado tenha sido pensado, reivindicado e estruturado considerando as demandas dos grupos vulneráveis, podemos perceber que os parâmetros para a sua constituição descenderam do modelo de cuidado em saúde mental voltado ao adulto (Reis et al., 2010; Oliveira & Jacó-Oliveira, 2019). Teixeira e Jucá (2014) reafirmam esse problema quando apontam muitos avanços na implantação de modelos substitutivos aos manicômios, porém esses avanços são mais tímidos quando se tratam da assistência às crianças e adolescentes.

É válido destacar que importantes conquistas marcam essa história, como: a) a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que trazem, pela primeira vez, as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos; b) a própria lei do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080 (1990), como consequência do Movimento da Reforma Sanitária; c) a lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, [2001], e Portaria 336, [2002], e Portaria 3.088 [2011]), que redirecionam o modelo assistencial em saúde mental com a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); d) a criação de conselhos e as realizações dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infantojuvenil.

Essas conquistas apontam para a construção de uma nova política de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, de caráter intersetorial, com base territorial. A principal e mais recente base legal sobre saúde mental infantojuvenil é o documento intitulado “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”, produzido por técnicos do Ministério da Saúde (MS) e promotores do Conselho Nacional do Ministério Público, que estabelece linguagem e entendimentos comuns que visam qualificar o acesso e as ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2014).

Para que as mudanças legislativas possam estar inseridas nas práticas de saúde de forma contundente, o documento citado levou em conta a proposta “Caminhos para uma Política Nacional em Saúde Mental Infanto-juvenil” (Ministério da Saúde, 2005), que estabeleceu as seguintes diretrizes para efetivação de ações de acolhimento, escuta e cuidado:

1) a criança e o adolescente são sujeitos e, como tais, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma;

- 2) acolhimento universal, sendo imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda, que deve ser recebida, ouvida e respondida;
- 3) encaminhamento implicado e corresponsável;
- 4) construção permanente da rede e da intersetorialidade;
- 5) trabalho no território, para além dos aspectos geográficos, mas em quanto territórios de relações;
- 6) avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental.

A efetivação dessas diretrizes é perpassada por conquistas e retrocessos, e tendo em vista os processos da Reforma Sanitária, entende-se que houve um distanciamento entre os gestores, profissionais da assistência e usuários, que não dialogam sobre o sistema de saúde (Yasui, 2006). Paralelo ao movimento da Reforma Sanitária, o movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta-se como crítica ao modelo psiquiátrico clássico e busca a transformação dos modos operantes sobre a loucura (Amarante, 2010), partindo do entendimento de que as reuniões, comissões, grupos de discussão e outras formas coletivas de gestão do cuidado são adotadas como estratégia para a superação do modelo manicomial (Amarante, 2007).

Porém, desde 2016, após o golpe parlamentar sofrido pela presidenta Dilma Rousseff e concomitante ascensão neoliberal principalmente com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018, as crianças e adolescentes portadoras de transtorno mental vêm perdendo direitos. A crescente ascensão da ideologia manicomial no Brasil desponta como fator crucial para esse desmonte e pode ser exemplificado por alguns normativos que foram propostos nesse período, como:

- 1) a nota técnica nº 3/2020, que trata do novo financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e encerra o incentivo financeiro à implantação de equipes NASF, que se configuram como dispositivo importante para a inserção da psicologia (bem como outros núcleos profissionais) na APS e, conseqüentemente, para a qualificação das ações em promoção e prevenção em Saúde Mental dentro dos territórios;
- 2) a resolução nº 3/2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que valida e financia

as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, que são instituições de modelo asilar, com reclusão e encarceramento.

Esses últimos acontecimentos, somados ao desfinanciamento dos serviços substitutivos como os CAPS, ao clima de ameaças institucionais e às Emendas Constitucionais 95 (2016) e 109 (2021) - que, dentre outras coisas, impedem investimentos em áreas sociais, congelam salários de servidores públicos e desautorizam a realização de concursos públicos - nos alertam sobre o fato de que os direitos sociais, inclusive a Reforma Psiquiátrica, não estão dados, mas foram conquistados com dificuldade pelos movimentos sociais (Campos, 2013; Nunes Junior, 2017). Nos alertam também para a fragilidade atrelada ao fato de o Brasil não ter ainda uma política nacional de saúde mental infantojuvenil.

Então, é preciso implantar e implementar modelos contra-hegemônicos de cuidado em saúde, gratuitos e de qualidade, garantindo que esse cuidado seja feito no território, com as pessoas e suas culturas, a partir de suas demandas e realidades. As Linhas de Cuidado têm sido utilizadas nas políticas públicas de saúde para auxiliar gestores na tomada de decisão, bem como na ampliação do acesso aos usuários, sempre pautando-se na importância da efetividade da APS como coordenadora do cuidado. Portanto, tendo em vista o contexto apresentado, faz-se importante que as práticas em saúde comprometidas com a Reforma Psiquiátrica brasileira sejam teorizadas e divulgadas.

Considerando esse contexto de desmonte das políticas públicas de saúde mental, de angústias vividas por profissionais e usuários que ainda não contam com uma política nacional que norteie os serviços, e da possibilidade do uso das linhas de cuidado como proposta contra-hegemônica, o objetivo deste relato é descrever o processo inicial de planejamento, discussão e elaboração da Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil do município de Dias d'Ávila-BA. Tendo em vista todas essas dificuldades, o relato de experiência também se apresenta como instrumento teórico-metodológico importante de diálogo e troca de experiências entre diferentes atores da saúde pública, nas diversas regiões do Brasil que, notadamente, têm usado da criatividade para operar o SUS numa realidade de desmonte e desgoverno.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Tem o formato de relato de experiência, no qual o pesquisador é ator participante do fenômeno observado (observação participante), num processo de observação, descrição e reflexão sobre o fenômeno em questão (Appolinário, 2007). O relato de experiência pode ser entendido como a descrição de um fenômeno que forneça relevante contribuição para seu campo epistemológico e/ou de *práxis*; uma experiência, exitosa ou não, que permita a reflexão e o aprimoramento do cuidado em saúde (Gerhardt & Silveira, 2009).

Mussi, Flores e Almeida (2021) também dialogam nesse sentido, explicitando que, além dessa descrição da experiência vivida, é mediante o esforço acadêmico-científico explicativo, com aplicação crítica e reflexiva, e com o apoio teórico-metodológico necessário, que se pode apontar a importância dos relatos de experiência. Desse modo, o conhecimento científico pautado nesse tipo de escrita pode contribuir na melhoria de intervenções, além de possibilitar o diálogo com pares que vivenciam situações de trabalho semelhantes; um estímulo à *práxis* criativa, como dito por Noal et al. (2020).

Este relato é fruto do Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Trata-se de uma experiência vivida por um psicólogo durante estágio na Rede de Atenção Psicossocial do mesmo município de lotação da residência, Dias d'Ávila-BA.

A experiência a ser relatada situa-se no campo da gestão em saúde e ocorreu nos últimos cinco meses nos quais estive no estágio junto à Referência Técnica da RAPS de Dias d'Ávila-BA, atuando no CAPS I; mais precisamente entre agosto e dezembro de 2020. É importante destacar que o compromisso ético, pautado no sigilo, na autonomia, na beneficência e não maleficência, foi considerado neste relato.

Dias d'Ávila tem sua população estimada em 82.432 habitantes (IBGE, 2020) e faz parte da região metropolitana de Salvador, integrando a Região de Saúde de Camaçari. Nesse período, a configuração da RAPS municipal contava com um CAPS I, uma (01) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Geral, o Centro de Assistência Farmacêutica (CAF) e dezenove (19) equipes de Saúde da Família (eSF), apoiadas por

três (03) equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF); além de uma rede privada com clínicas e comunidades terapêuticas.

Durante o estágio, a atuação se deu tanto na assistência, realizando atendimentos, teleatendimentos, acolhimentos, conduzindo oficinas e manejando situações de crise, por exemplo, quanto nos espaços deliberativos, como colegiado, grupo de trabalho, e as próprias reuniões de gestão. Além dessa agenda do estágio, um ou dois dias por semana eram destinados à assistência na APS. As etapas descritas a seguir contemplam a fase inicial de proposição e planejamento metodológico da construção do instrumento em questão.

O relato apresenta aspectos operacionais (Como foi feito? O que foi feito? Com quais instrumentos?) e analíticos (Com base em que? Quais foram as dificuldades? O que chamou atenção?), apresentados em discussão única a partir de referenciais teóricos e legais. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram a agenda e registros pessoais, livro ata das reuniões de equipe, livro dos registros de acolhimento e as fichas de matrícula no serviço.

Relato de experiência e discussão

A Linha de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil começou a ser construída através de encontros entre gestores e trabalhadores do CAPS, com diferentes etapas que serão descritas a seguir. A ideia de sua construção surgiu das necessidades de melhoria nas relações entre os atores daquela rede e nas ofertas de cuidado, visando assim facilitar a distribuição de tarefas, a definição de responsabilidades e a sensação de pertencimento à própria RAPS. Quanto a essas necessidades, destaco a dificuldade assistencial no cuidado às crianças e adolescentes apontada pela equipe responsável, a falta de documentos, instrumentos e bibliografia suficiente para subsidiar um cuidado de qualidade, e a fragilidade da atuação em rede para esse público.

O caminho metodológico percorrido iniciou-se em agosto de 2020 com a realização de um levantamento documental, a fim de traçar o perfil das crianças e adolescentes que frequentaram o CAPS entre janeiro e agosto de 2020. Para tanto, foram analisados os prontuários das crianças e adolescentes

regularmente matriculados no CAPS e o livro de registros de acolhimento para crianças e adolescentes que acessaram o CAPS via demanda espontânea.

Visando a construção coletiva da Linha de Cuidado, nos meses seguintes, foram realizados encontros formativos conduzidos pelos residentes, pela Coordenadora do CAPS, pela Referência Técnica da RAPS e por apoiadora pedagógica matricial vinculada ao programa de residência. Estes encontros eram realizados a partir de objetivos interligados e eram configurados da seguinte forma:

1) Turnos Pedagógicos: espaços pedagógicos para residentes do segundo ano que estivessem no mesmo campo de práticas; tinham o objetivo de discutir a relação entre teoria e prática no âmbito da gestão em saúde, conduzidos por apoiadora pedagógica matricial. Discutimos o levantamento teórico e legal, planejamos e avaliamos a condução das Reuniões de Equipe e revisamos a escrita da Linha de Cuidado.; algumas vezes, esses turnos contavam com a presença da Referência Técnica da RAPS e/ou a Coordenadora do CAPS.

2) Rodas de Discussão de Casos: discussão conduzida por uma profissional médica especialista (mediante articulação prévia com serviço especializado de outro município), que atendia as famílias pela manhã e discutia os casos no turno oposto, uma vez ao mês. Durante essas tardes, toda a equipe do CAPS, residentes e Referência Técnica da RAPS se reuniam com essa profissional para discutir os casos de crianças e adolescentes considerados mais desafiadores pela equipe.

3) Reunião de Equipe: as reuniões do CAPS aconteciam semanalmente, com duração de quatro horas. Entre setembro e dezembro, a última reunião do mês (um dia após a discussão de casos) era destinada totalmente à discussão e construção coletiva da Linha de Cuidado, assim como temas que surgiram durante as discussões. Eram conduzidas pelos residentes e/ou Referência Técnica da RAPS.

O último encontro (dezembro) foi destinado à apresentação do documento parcial à equipe, visto que, a partir de janeiro, uma nova gestão municipal assumiria. Os passos seguintes, de diálogo com os outros serviços da rede - assim como serviços de outros setores - ficaria para o ano seguinte, a depender das decisões da nova gestão municipal. Ou seja, o relato não contempla o processo total da construção

documental, porém aponta os caminhos metodológicos adotados no processo de planejamento.

Em todos os encontros foi utilizada a Metodologia da Roda, ou Método Paideia, que presume um espaço coletivo de cogestão das demandas e trabalha “não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados” (Campos, 2013, p. 3). Portanto, a metodologia utilizada nos encontros dialoga com a proposta inicial da construção de uma linha de cuidado que considere a realidade dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. As rodas aconteceram sem ordem linear, estabelecendo relações de coprodução, de modo que os planejamentos e produções de um espaço indicariam os planejamentos e produções dos outros.

Uma questão crítica apontada frequentemente pelos profissionais da APS e do CAPS foi o sentimento de sobrecarga. No caso da equipe do CAPS, essa sobrecarga era atribuída à responsabilidade de coordenar o cuidado em saúde mental, com muitas demandas e poucas possibilidades de encaminhamento - visto que o hospital municipal e, conseqüentemente, seus serviços ambulatoriais de psicologia, psiquiatria e neurologia não se faziam presentes em espaços deliberativos da RAPS.

Além dessa sobrecarga sentida pela equipe do CAPS, esse distanciamento entre os serviços aponta também uma articulação fragilizada e a conseqüente descontinuidade do cuidado. Se não há integração entre os níveis de atenção e ações de cunho comunitário, permanece uma lógica pautada na doença, no sintoma; ou seja, transfere-se um modelo pautado na segregação, antes restrita aos muros dos hospitais, para outros dispositivos, lançando mão de procedimentos pontuais e fragmentados (Nogueira & Brito, 2017).

[Figueiredo](#) (2006) alerta sobre uma questão muito comum, que pude observar durante a residência, quando aponta a dificuldade dos profissionais da APS em diferenciar as demandas que poderiam ser atendidas no nível primário e as que deveriam ser compartilhadas com o nível especializado, ou até dificuldade em reconhecer as reais demandas de saúde mental. [Nogueira](#) e Brito (2017), ao relatarem a construção de uma linha de cuidado em saúde mental numa cidade do Piauí, também apontaram que essa dificuldade implica numa falta de notificação e o conseqüente acompanhamento dos casos. Além disso, percebi que essa dificuldade também é produto do afastamento entre os atores integrantes daquela rede.

Na literatura, essas dificuldades também são frequentemente apontadas e entendidas como reflexo dos seguintes fatores: dificuldade dos profissionais em lidar com este campo de atuação; desresponsabilização pelo cuidado; burocratização e sucateamento da assistência; e falta de investimento na educação permanente desses profissionais (Cavalcante, Jorge & Santos, 2012; Delfini & Reis, 2012; Taño & Matsukura, 2015).

É importante demarcar que algumas ações e iniciativas para a qualificação da RAPS já vinham sendo tomadas, como a criação de um Grupo Condutor com encontros periódicos (interrompidos por conta da pandemia), reuniões mensais com todas as equipes de NASF, além da elaboração de um mapa dinâmico da rede para uso da equipe CAPS (instrumento para observar as relações entre os serviços e também as ofertas assistenciais existentes, construído também durante o meu estágio), e ações de matriciamento em Saúde Mental.

O apoio matricial, ou matriciamento, é entendido como um novo modo de produzir saúde, configurando-se como “a oferta de suporte técnico e especializado para equipes interdisciplinares em saúde, com objetivo de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Figueiredo & Campos, 2009, p. 2). Portanto, o apoio matricial pode ser entendido como um caminho interessante para a superação dessas dificuldades inerentes ao trabalho em rede e vinha sendo adotado, através das visitas domiciliares e atendimentos compartilhados, como estratégia de aproximação entre a equipe do CAPS e as eSF.

Além disso, é importante frisar que a presença dos profissionais residentes foi apontada pela equipe como fundamental, tanto na construção da Linha de Cuidado, quanto na qualificação do serviço de maneira geral, desde a inserção da RAPS enquanto campo de estágio da residência. Inclusive, o início desse percurso aqui relatado resgata construções da turma anterior de residentes, demonstrando a preocupação coletiva em dar sentido e aplicabilidade aos produtos desenvolvidos por esses profissionais.

Dessa forma, o primeiro passo foi retomar um levantamento das crianças e adolescentes acompanhadas pela equipe do CAPS no ano de 2019, feito pela turma anterior, a fim de atualizá-lo. Essa atualização, que aconteceu em agosto de 2020, levou em conta tanto as crianças e adolescentes matriculadas no serviço (cuidado longitudinal, com acompanhamento

periódico da equipe multiprofissional do CAPS), quanto aquelas que acessaram o acolhimento à demanda espontânea (cuidado pontual, ofertado para todos os cidadãos com queixa em saúde mental).

Para análise da faixa etária, consideramos a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1986), que aponta a infância como o período entre 0 e 9 anos, já a adolescência representa a segunda década da vida, dos 10 aos 19 anos (considerando aqueles entre 15 e 19 anos como adolescentes jovens). Utilizando essa referência, identificamos que o público infantojuvenil do CAPS era constituído predominantemente por adolescentes (tanto entre os matriculados, quanto entre os acolhidos via demanda espontânea).

Comparando com o levantamento anterior, percebeu-se uma redução significativa na quantidade de crianças e adolescentes matriculados no CAPS: de 46 em 2019, para 19 até agosto de 2020. Essa redução foi atribuída, pela equipe, à implantação de novas especialidades no ambulatório (como neuropediatria e fonoaudiologia), também como uma das ações de qualificação da RAPS. Mesmo com essa drástica redução no número de casos matriculados, os profissionais e a gestão apostam que não houve danos ao processo de cuidado dessas crianças, em sua maioria portadoras de transtornos graves, que muitas vezes eram matriculadas apenas para realizarem o atendimento psiquiátrico no CAPS. Ou seja, o atendimento continuou predominantemente ambulatorial, porém mais especializado.

Com essa redução, o perfil infantojuvenil acompanhado pelo CAPS de Dias d'Ávila assemelha-se ao indicado pela literatura nas pesquisas atuais, com predominância do sexo masculino e com maioria de hipóteses diagnósticas da ordem do comportamento, emoção e/ou humor (Delfini & Reis, 2012), com destaque também aos transtornos de desenvolvimento, como autismos e retardos (maior dificuldade técnica da equipe), e alguns casos de psicose.

Quanto à análise do público infantojuvenil que acessou o acolhimento à demanda espontânea do CAPS, entre janeiro e agosto de 2020, levou-se em consideração os campos principais do livro-ata utilizado para registro:

1) Origem: indicando se o usuário e/ou família procuraram o serviço por vontade própria ou se foram encaminhados por outro dispositivo da rede.

Categorias encontradas: Demanda Espontânea; Atenção Primária à Saúde (APS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Dispositivo de outro município ("externo");

2) Destino: indicando o desfecho daquele acolhimento, que poderia ser interno ou externo. Categorias encontradas: Segunda Escuta (interno); Ambulatório (Neuropediatria); Matrícula; Atenção Primária à Saúde (APS); Outros.

3) Queixa: indicava sinais, sintomas e possíveis classificações nosológicas para aquela demanda. Categorias encontradas: Alterações e/ou Transtornos de Humor; Sinais e/ou sintomas psicóticos; Alterações e/ou Transtornos de Desenvolvimento; Dificuldade de Aprendizagem; Agressividade; Queixas Neurológicas)

A maior parte das famílias acessou o acolhimento por conta própria, indicando um possível reconhecimento do CAPS enquanto serviço de referência em Saúde Mental pela população - ou, em contrapartida, o não reconhecimento dos outros níveis de atenção como corresponsáveis pelo cuidado em saúde mental. Ademais, uma grande parte dessa demanda espontânea trazia em seus relatos encaminhamentos informais do serviço (indicando a necessidade de implementação efetiva das fichas de referência, documento de comunicação entre os serviços adotado pelo município).

Quanto ao campo "Destino", muitas vezes não é possível avaliar a necessidade de matrícula ou encaminhamento apenas com a escuta do acolhimento; sendo assim, o profissional acolhedor do dia encaminha o caso para uma segunda escuta do núcleo profissional mais adequado àquela queixa. Ou seja, a segunda escuta seria uma espécie de etapa intermediária de avaliação multiprofissional.

Aqui é importante destacar que esse número alto de casos em processo de avaliação tem total relação com a pandemia, pois muitos outros serviços interromperam o atendimento ao público (como a APAE e o ambulatório), outros passaram a funcionar remotamente e em casos de emergência (como o CRAS e o CREAS); além do mais, a APS passou, em certo momento, a dar atenção prioritária aos casos de Covid-19. Esse cenário intensificou o sentimento de sobrecarga e isolamento perante a rede por parte da equipe CAPS, que mantinha alguns casos sob sua

responsabilidade, mesmo entendendo que o ideal seria um encaminhamento.

A configuração do perfil do público que acessou o acolhimento destacou-se pela grande maioria de adolescentes com sintomas de depressão ou ansiedade (transtornos de humor), acompanhados ou não de sinais suicidas. Esse resultado dialoga com a literatura atual no que diz respeito à influência da pandemia de Covid-19 na saúde mental da população, principalmente entre os jovens.

Segundo [Silva Filho](#) (2019), as ideações, tentativas ou atos suicidas podem ocorrer entre crianças, embora sejam raros. Já na adolescência, o suicídio, assim como os comportamentos autolesivos, a agressividade, o abuso de substâncias psicoativas (SPA) são alguns dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo, liderando as principais causas de morte nesta fase da vida. Essa realidade, associada ao contexto da pandemia COVID-19 (isolamento, incertezas, medo da morte, crise econômica), põe em risco crianças, adolescentes e suas famílias ([OMS](#), 2021; [Golberstein](#) et al., 2020).

Havia também os casos de psicose, geralmente com presença de delírios ou alucinações, e os casos com queixas de aprendizagem. Existiam casos de abuso de SPA, porém não apareceram como queixa principal relatada. Também foram acolhidos casos importantes de alterações e/ou transtorno de desenvolvimento que, somados aos casos já acompanhados, tornavam-se um desafio para essa equipe.

Feito o levantamento, com base nessas informações reais das demandas atendidas por aquela equipe, foram organizados os momentos de matriciamento, planejamento, confecção e avaliação das rodas que levariam à construção da Linha de Cuidado. Aqui, se faz necessário destacar que o desejo dos atores envolvidos nessas rodas era de que elas fossem realizadas com muitos outros atores e serviços, mas as orientações de distanciamento social (no contexto da pandemia) não permitiam essa conformação em maior escala. Contudo, essa realidade não impediu que a construção fosse iniciada numa perspectiva de espiral, iniciando as discussões internamente, com a equipe de referência em saúde mental (CAPS) e com gestores, para depois, de forma gradual, os outros atores fossem convidados.

Para os momentos de discussão de caso, havia uma seleção prévia das famílias que seriam atendidas pela profissional matriciadora. Foram levados em conta aspectos como a formação da profissional, a complexidade técnica do caso e a dificuldade de definir sobre matrícula no CAPS e/ou necessidade de compartilhamento com outros serviços, além da diversidade de casos para melhor aproveitamento das discussões. Essas reuniões (3 no total) aconteceram sempre no turno consequente aos atendimentos. No total, foram selecionados 13 casos para discussão, entre matriculados e acolhidos.

No dia consequente à discussão de casos, havia o turno de Educação Permanente para discussão teórica e construção da Linha de Cuidado. Essas reuniões foram importantes, pois todos os profissionais tiveram oportunidade de falar sobre suas dificuldades e dar sugestões sobre como a equipe poderia dar conta das demandas. Cada encontro foi planejado conforme interesses e dúvidas da equipe, bem como percepções dos atores responsáveis pelo planejamento dessas reuniões (Referência Técnica da RAPS, Apoiadora Matricial da FESF e nós, residentes).

Na primeira reunião (setembro), foi adotada uma metodologia expositiva dialogada, com a apresentação dos dados levantados e discussão sobre a proposta de construção do documento, que foi bem recebida pela maior parte da equipe. Acredito ser importante destacar que nessa equipe CAPS, assim como em muitas outras pelo Brasil, existiam forças que operavam em direções distintas de produção de cuidado. Se por um lado era possível observar condutas acolhedoras e progressistas, por outro ficavam nítidas algumas posturas assistencialistas ou de caridade, que afastam-se da ideia do direito à saúde.

Sobre essa realidade, [Merhy \(2007\)](#) aponta que o modelo assistencial operante nos serviços de saúde é centralizado, com hipervalorização da especificidade, funcionando no viés hegemônico do modelo centrado no médico, e que submete a dimensão do cuidado a um papel irrelevante, mercadológico e complementar. Associada a alguns outros avanços na qualificação e contratação de pessoal, destaco que a contratação doravante recente do médico da equipe em questão - que não era psiquiatra e tinha uma postura contra-hegemônica em suas falas - foi importante para tentar reverter a dominação psiquiátrica diante dos outros núcleos profissionais que por muito tempo existiu ali, como um processo naturalizado.

Romper com essa lógica é um dos grandes desafios para os profissionais da saúde mental, pois, ainda de acordo com [Merhy \(2004\)](#), nesse modelo de cuidado, a atuação dos variados núcleos profissionais de uma equipe de saúde ficam submetidas a uma determinada lógica médica, tornando o papel do “cuidador” empobrecido. Esse núcleo cuidador, segundo o autor, que deveria ser compartilhado por todos os integrantes da equipe, é o que deve prevalecer, abrindo assim um espaço de semelhança e equivalência num trabalho compartilhado, que incentive a cooperação entre os diferentes saberes.

Com vistas em ampliar esse aspecto de cuidador e intensificar o trabalho em equipe, o segundo encontro (outubro) foi planejado a partir de dois objetivos: o primeiro de ampliar as discussões sobre um cuidado implicado com a luta contra o racismo e o machismo, com o tema “Interseccionalidades em Saúde Mental Infantojuvenil - Raça e Gênero”; já o segundo, estruturar as ofertas de cuidado possíveis de serem realizadas pela equipe CAPS, a partir das demandas mais frequentes (observadas com a realização do levantamento prévio).

Para atingir o primeiro objetivo, foi feito um levantamento de conhecimentos prévios, no qual cada participante respondeu individual e livremente em tarjetas a duas perguntas: a) Como você entende as questões de raça e gênero na infância e juventude? b) Como você observa essas questões no seu contexto de trabalho?

As respostas, em sua grande maioria, indicaram um conhecimento incipiente acerca dessas questões. Respostas simplistas apontavam que o racismo “pode” prejudicar a saúde mental, ou que deveríamos combater o racismo e o machismo. Esses chavões de uso comum demonstraram que a maior parte da equipe entende esses processos como prejudiciais, mas com uma visão ainda distante daquela preconizada legalmente pelas políticas públicas brasileiras, que entendem as questões de raça e gênero como centrais na construção de subjetividades. Então, utilizando de metodologias diversas, como slides, vídeos e roda de discussão, embasadas em referenciais legais e científicos acerca da infância, juventude e interseccionalidade, iniciamos um debate a fim de aprofundar essas discussões.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), aproximadamente, a cada 20 minutos, um

jovem negro do sexo masculino é assassinado no Brasil, majoritariamente moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos (IPEA, 2016). Segundo essa mesma pesquisa, apenas 8% desses casos são julgados, escancarando a violência e sentimento de desamparo estatal aos quais estão submetidos esses jovens.

“A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira” (Ministério da Saúde, 2017), portanto, reconhecer o funcionamento heteronormativo e racista do Estado como fator estruturante na vida de crianças e adolescentes, bem como o aumento das desigualdades sociais, é fundamental para que haja mudança de práticas e posturas nos serviços públicos. Concordo com Mesquita (2020), quando ele enfatiza que os serviços de saúde não podem mais se eximir da responsabilidade de estarem vigilantes e atuantes contra os efeitos do racismo institucional.

Ademais, a superação do racismo e de discriminações nas instituições e nos serviços do SUS está ligada à possibilidade de acolhimento, afeto e da escuta das linguagens infantis para desestabilizar o funcionamento adultocêntrico (Santiago, 2015), e conferir a crianças e adolescentes o status de sujeitos de direitos, como preconizado pela Constituição Federal. Após essas discussões, a equipe conseguiu dialogar sobre suas fragilidades, sugerindo, inclusive, que esse tema fosse abordado durante toda a construção da Linha de Cuidado, para que, em conjunto, pudessem repensar práticas.

O encontro seguiu com a leitura coletiva de documentos federais e estaduais que foram levantados previamente por toda a equipe (como cartilhas, leis, Linhas de Cuidado de outros municípios e estados). Essa etapa visou iniciar uma delimitação de critérios tanto para admissão no CAPS (matrícula), quanto critérios de encaminhamento/compartilhamento do cuidado com outros atores da RAPS; visou também levantar possibilidades assistenciais.

Para tal, foi realizada uma dinâmica de grupos, da seguinte forma: 1) a equipe foi dividida em dois grupos com maior variedade possível de núcleos profissionais em cada um; 2) cada equipe ficou responsável por ler uma parte dos materiais levantados; 3) após a leitura, cada equipe levantou possíveis critérios de

admissão e encaminhamento, além de novas ofertas para o público em questão.

O compartilhamento dessas ideias ficou para o terceiro encontro (novembro), quando cada equipe apresentou e defendeu suas opiniões. Nesse processo de confrontar e defender diferentes ideias, alguns profissionais conseguiam defender melhor seus posicionamentos, com argumentos sólidos, outros ficavam mais calados, outros demonstravam maior resistência às mudanças.

Em suma, o mais importante, na minha experiência enquanto facilitador daquela dinâmica, foi perceber o movimento de reflexão acerca do trabalho em equipe de forma coletiva. Considerando ainda as ideias de Merhy (2004) e Campos (2013), deve-se estar atento aos processos organizacionais que promovam articulações do “núcleo cuidador”, possibilitando ampliação dos espaços de ação em comum de forma cooperativa entre os profissionais e enriquecendo os tipos de ofertas e intervenções em saúde.

O documento foi escrito gradativamente pelos residentes, com devido apoio técnico-pedagógico, a partir do que era produzido nas reuniões durante os Turnos Pedagógicos. Nesses espaços formativos (promovidos pela residência e compostos por residentes, preceptores e apoiadores pedagógicos), foram discutidos, dentre outros temas, o trabalho em equipe, o planejamento e avaliação de espaços coletivos, a análise de informações, a organização das linhas de cuidado, discussão de casos clínicos e protocolos assistenciais, bem como os desafios da gestão pública.

Em dezembro, o documento parcial foi apresentado à equipe para validação. Sua estrutura contém uma introdução com um breve histórico e contextualização sobre saúde mental infantojuvenil, seguida da proposta construída pela equipe sobre quais casos deveriam ser acompanhados no CAPS (alterações de comportamento e/ou humor que provoquem prejuízos relacionais e sociais, autolesão, uso de substâncias psicoativas, alterações na sensopercepção e sofrimento mental decorrente de situações de violências), bem como quais seriam as prioridades clínicas (neuroses graves, psicoses, transtornos leves e moderados do desenvolvimento, ideação suicida, automutilação e situações de violência com sofrimento mental associado).

A escolha dos termos nosológicos e de classificação foi um dos pontos mais conflituosos dessa construção, mas decidiu-se por dar preferência a termos que indiquem os sinais e sintomas e ir discutindo esses critérios ao longo dos processos de matriciamento. Essa decisão vai ao encontro da perspectiva ampliada sobre o processo saúde-doença, que rompe com a lógica reducionista de categorizar pessoas através de “rótulos”, afinal,

“(...) a fronteira entre o transtorno mental e a normalidade é tão difusa que, sempre que expandimos rapidamente o uso de rótulos psiquiátricos para identificar uns poucos indivíduos que precisam de ajuda, nos enganamos com muitos outros que não precisam” (Frances, 2016, p. 107).

A equipe optou também, mesmo tendo levantado algumas possibilidades, por não relatar as ofertas de cuidado sugeridas, entendendo que a pandemia afetaria sua implementação. O CAPS, por ter a característica de coordenador do cuidado em saúde mental infantojuvenil nesse município, teria um papel fundamental na interlocução com os outros pontos da rede para definição final dos critérios de admissão em cada serviço.

Nesse contexto, a linha de cuidado, entendida como “imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” (Franco & Franco, 2012, p. 1), mostram-se como importante instrumento de coordenação do cuidado. Ainda segundo Franco e Franco (2012), elas não funcionam apenas através de protocolos estabelecidos burocraticamente, mas também pelo entendimento de que os atores que formam as redes vão fazendo pactos informais, mediante vinculações pessoais ou institucionais. Silva, Sancho e Figueiredo (2016) alertam que a apreensão de linha de cuidado como mero fluxo, que instrumentaliza a gestão e estabelece protocolos, pode ser ampliada e reconfigurada, corroborando com Malta e Merhy (2010), Merhy e Franco (2003) e Merhy (2000), que apontam a importância da dimensão micropolítica e relacional do trabalho em saúde para a efetividade e aplicabilidade desses instrumentos.

Além disso, essa perspectiva burocrática acerca das linhas de cuidado é um entrave para a superação da ideologia manicomial e parece não refletir a realidade das famílias que percorrem os serviços de saúde mental (Mendes, 2011). Para Silva, Sancho e Figueiredo (2016), é importante incorporar e valorizar as subjetividades nas diferentes situações envolvendo o cuidado em saúde, e não apenas atuar sob a forma de prescrições protocoladas e pouco sensíveis às subjetividades.

Os relatos das experiências com linhas de cuidado publicados por Nogueira e Brito (2017) e Martins et al. (2012) apontam que é desafiador operar linhas de cuidado em saúde mental de modo efetivo, principalmente se na realidade em questão é reinante a ideologia manicomial, pois há dificuldade na consolidação de um arranjo organizacional que seja capaz de responsabilizar diferentes serviços e atores componentes de uma rede. Para que isso seja possível, é necessário que sejam oportunizados espaços de trocas entre esses gestores e profissionais para que, juntos, possam pensar e agir de forma integrada na resolutividade das demandas em saúde mental.

Portanto, as principais dificuldades e limitações que se sobressaíram nessa experiência de iniciar uma nova proposta de gestão foram justamente àquelas ligadas ao diálogo com os atores, os desafios da micropolítica: tentar entender o que pensam e desejam os agentes do cuidado; o que, de fato, eles têm de conhecimento acerca do tema proposto; entender o que têm a oferecer e o que precisam aprender; mas, principalmente, entender como esses se articulam para garantir (ou boicotar) os processos.

Outra limitação importante diz respeito aos passos seguintes para implantação da linha de cuidado, pois a necessidade de interromper essa produção surgiu das incertezas causadas pela transição do governo municipal. No Brasil, não há uma tradição de continuidade administrativa no serviço público, e isso ocorre por vários motivos tecnopolíticos e socioculturais, sedimentando a prática da reinvenção de programas/projetos de gestão e favorecendo, assim, a descontinuidade como fenômeno organizacional no cotidiano da administração pública brasileira (Fonseca, 2014).

É preciso, de alguma forma, como propõem [Pereira et al. \(2018\)](#), desfazer esses comportamentos improdutivos que foram naturalizados ao longo do tempo na gestão pública, incentivando, por outro lado, a transição democrática e dialogada entre governos para que os malefícios da "intransição" ao bem-estar social sejam atenuados.

Por fim, chamo a atenção para algumas questões fundamentais trazidas por importantes autores da Saúde Coletiva, e percebidas durante essa experiência: a primeira diz respeito à importância da micropolítica nos processos de trabalho, e em como as relações interpessoais vão configurando o funcionamento da rede; a segunda diz respeito aos processos de gestão necessários para gerenciar o cuidado e o modo como os interesses do usuário são considerados nesses processos decisórios; e, por último, o investimento na Educação Permanente, no matriciamento e nos métodos que possibilitem uma ampliação do olhar profissional ([Merhy, 2007](#); [Mendes, 2011](#); [Campos, 2013](#)).

Considerações finais

O objetivo de descrever esse processo de articulação e planejamento para uma futura implementação de linha de cuidado foi alcançado, bem como as discussões que surgiram em torno dos temas. Foi possível demonstrar que a busca por uma mudança efetiva no processo de cuidado em saúde mental infantojuvenil passa pela necessidade de discussão coletiva do processo de trabalho.

Além disso, percebe-se também que, muito além de questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo pré-estabelecido verticalmente, é preciso que os profissionais desenvolvam a capacidade de interrogar a realidade, o já dado e instituído. Assim, o trabalhador pode se sentir responsável por recriar modos de cuidar, pautando as práticas profissionais baseadas num modelo de atenção centrado nas necessidades e nos desejos dos usuários; só assim será possível pensar em resolutividade, em serviços e instituições que realmente sejam produtores de cuidado.

Como a Linha de Cuidado não foi findada, além de rediscutida com outros atores e serviços, ela deveria ser apresentada à nova gestão municipal, que assumiria no mês/ano seguinte (2021), de modo que a equipe do CAPS fizesse suas propostas de cuidado às crianças e adolescentes. Portanto, recomenda-se que outros estudos sejam feitos a fim de avaliar a implantação (ou não) desse documento guia.

Esta experiência me oportunizou aplicar conhecimentos adquiridos durante atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), discutir e aprender sobre a saúde mental infantojuvenil dentro e fora dos espaços da residência e me aproximou do Movimento da Luta Antimanicomial. Essa iniciativa vai ao encontro das recomendações dos Fóruns de Saúde Mental, e dos marcos legais que apontam as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, como o ECA e o SUS; além disso, vai ao encontro dos movimentos de gestão pública participativa, com aposta no funcionamento em rede e na autonomia dos profissionais que compõem essas redes.

É importante salientar que essa experiência contribuiu para o desenvolvimento de habilidades profissionais importantes para uma atuação implicada e ética, como o trabalho em equipe, a condução de espaços de planejamento, matriciamento e coordenação do cuidado, além da aproximação com instrumentos da gestão. Nessa construção, foi possível refletir sobre qual o cuidado possível de ser ofertado no CAPS, quais as demandas que necessitariam de maior articulação com outros serviços, e foram levantados possíveis critérios de admissão e compartilhamento dos casos. Além disso, foram discutidos temas importantes para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

Por fim, acredito que relatar esse processo permite que o município em questão possa revisar suas experiências, bem como inspirar gestores e trabalhadores do SUS na construção de alternativas para melhoria da eficiência do setor público, além de contribuir com discussões que apontem para um cuidado em saúde mental de caráter emancipatório e democrático.

Contribuições dos autores

Gomes Junior, W. R. participou da concepção do relato, produção e redação do manuscrito, incluindo a discussão, revisão e aprovação da versão final do artigo. Teixeira, D. S. contribuiu em todas as etapas da concepção e elaboração do artigo, orientando, discutindo e revisando os dados.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz. <https://taymarillack.files.wordpress.com/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>
- Amarante, P. (2010). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz. <https://portal.fiocruz.br/livro/loucos-pela-vida-trajetoria-da-reforma-psiquiatica-no-brasil>
- Appolinário, F. (2007). *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. Atlas. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591596>
- Campos, G. W. S. (2013). *Um Método Para Análise E Co-Gestão de Coletivos: A Constituição Do Sujeito, a Produção de Valor de Uso E a Democracia Em Instituições: O Método Da Roda*. Hucitec. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736572>
- Cavalcante, C. M., Jorge, M. S. B., & Santos, D. C. M. (2012). Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 161–178. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312012000100009>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Presidência da República. Casa Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Delfini, P. S. S., & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 357–366. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000200014>
- Emenda Constitucional nº 109, de 2021*. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167- A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc109.htm
- Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016*. (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
- Figueiredo, M. D. (2006). *Saude mental na atenção básica: um estudo hermeneutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)* [Dissertação de mestrado, Universidade de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da UNICAMP. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/370049>
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129–138. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100018>

- Fonseca, P. (2014, novembro). Transição de governo: realidade ou utopia. Três perguntas para Fernando Coelho. Governança & Desenvolvimento - Consad. http://consad.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Consad-22_PA.pdf
- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores.
- Franco, C., & Franco, T. (2012). *Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde*. DMS UFPEL. <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/estante10.html>
- Gerhardt, T. E., Silveira, D. T. (Org.). (2009). *Métodos de pesquisa*. Editora da UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>
- Golberstein, E., Wen, H., & Miller, B. F. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 174(9). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>
- 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. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000300017>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidade e Estados – Dias d'Ávila. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/dias-davila.html>
- IPEA. (2016). *Atlas da violência 2016*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/atlas-da-violencia-2016/
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990) Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Casa Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Casa Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 593–606. <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt>
- Martins, R. V., Nogueira, Q. D. S., Rossetto, M., Cosentino, S. F., Hildebrandt, L. M., & Dalmolin, I. S. (2012). Saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul: relato de experiência. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 2(3), 553–559. <https://doi.org/10.5902/217976923551>
- Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297–2305. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6), 109–116. <https://doi.org/10.1590/s1414-3283200000100009>
- Merhy, E. E. (2004). *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*. In: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. SUS Brasil: cadernos de textos (pp. 108-137). Brasília. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>
- Merhy, E. E. (2007). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. Merhy, & R. Onocko (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). Hucitec.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316–323. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/lil-394033>

- Mesquita, I. N. (2020). Projeto Dia do Orgulho Negro: uma experiência de saúde antirracista na Atenção Básica. *Revista de Psicologia da UNESP*, 19(no. spe). <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20200012>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2017) *Política nacional de Saúde integral da População negra: uma política do SUS*. 3ª ed. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Editora do Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2020). Nota Técnica nº 3, de 28 de janeiro de 2020. Departamento de Saúde da Família - DESF. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17(48), 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
- Noal, D. S., Freitas, C. M., Passos, M. F. D., Serpeloni, F., Melo, B. D., Kadri, M. R. A. E., Pereira, D. R., Souza, M. S., Magrin, N. P., Kabad, J. F., Meneses, S. S., Lima, C. C., & Rezende, M. J. (2020). Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. *Saúde Em Debate*, 44(spe4), 293-305. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e420>
- Nogueira, F. J. S., & Brito, F. M. G. (2017). Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI. *Revista Pesquisas E Práticas Psicossociais*, 12(2), 374-387. http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/2448/1692
- Nunes Junior, V. (2017). *Direitos sociais: Tomo Direito Administrativo e Constitucional*. Enciclopédia Jurídica da PUCSP. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/54/edicao-1/direitos-sociais>
- Oliveira, L. A., & Jacó-Oliveira, A. M. (2019). Saúde mental de crianças e adolescentes: caminhos da construção do cuidado no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 11(30), 125-144. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69732>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1986). *Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731* [A saúde dos jovens – um desafio para a sociedade. Relatório de um Grupo de Estudos da OMS sobre Jovens e Saúde para Todos. Relatório Técnico Série 731]. WHO.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Suicide. Suicide worldwide in 2021: Global Health Estimates*. [Suicídio. Suicídio no mundo em 2021: estimativas globais de saúde]. WHO.
- Pereira, M. L., Coelho, F. S., Duarte, F. R., Neri, D. F. M., Santos, M. H. P. (2018). Transição de governo no Brasil: um levantamento dos instrumentos normativos dos processos de alternância de poder (1988-2017). *Revista Interface* 15(1), 08-31. <https://repositorio.usp.br/item/002905537>
- Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (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. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Reis, A. O. A., Delfini, P. S. S., Dombi-Barboza, C., & Oliveira, M. F. A. P. B. (2010). Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: E. P. P. Auridsen-Ribeiro, & O. Y. Tanaka (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec.

- Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. (2020). Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>
- Santiago, F. (2015). Gritos sem palavras: resistências das crianças pequenininhas negras frente ao racismo. *Educação em Revista*, 31(2), 129-153. <https://www.scielo.br/j/edur/a/DgFvjxgwpcw7J8748FVVbt/abstract/?lang=pt>
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2006). *Atenção em saúde mental. Biblioteca Virtual do NESCON*. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_em_saude_mental/617
- Silva Filho, O. C. (2019). *Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência*. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz.
- Silva, N. E. K., Sancho, L. G., & Figueiredo, W. S. (2016). Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 843-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
- Taño, B. L., Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 23(2), 439-447. <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865/624>
- Teixeira, M. R., & Jucá, V. J. S. (2014). Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Revista de Psicologia*, 5(2), 70-84. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17890/1/2014_art_rmteixeiravjsjuca.pdf
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Fiocruz.