

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: DAS FRAGILIDADES ÀS INTENCIONALIDADES

Michelle dos Santos Cassol<sup>29</sup>  
Magda do Canto Zurba<sup>30</sup>

## INTRODUÇÃO

Neste trabalho apresentamos um estudo sobre documentos históricos a respeito das políticas de cuidado e atenção à infância e adolescência. Este estudo teve apoio do KOAN - Laboratório de Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento Humano do Departamento de Psicologia da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, através do Projeto de Extensão “Saúde mental e as ações psicológicas no contexto da atenção psicossocial.”

As evidências nos mostram uma certa inteligibilidade das políticas públicas no sentido de responsabilizar as famílias e desonerar o Estado de suas obrigações de zelar e promover saúde mental na infância e adolescência. Neste sentido, apontamos que para além de meras fragilidades das políticas de saúde mental para a infância e adolescência, há também um propósito, ou seja, uma intencionalidade revestida de um aparente descuido destas políticas. Entendemos que este processo resulta em consequências danosas, tanto para os sistemas de saúde, como para as instituições relevantes de cuidado à infância - tais como a escola e a família, bem como para a própria condição das crianças e adolescentes.

---

<sup>29</sup> Bacharelado em Direito (PUC-RS). Graduanda em Psicologia (UFSC).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/0601619025508779>

<sup>30</sup> Pós-doutorado em Psicologia Social (PUC-SP). Doutorado em Educação (UFSC). Professora Titular do Departamento de Psicologia (UFSC). CV: <http://lattes.cnpq.br/6389120640892981>

Historiadores e antropólogos apontam, desde o início da formação da sociedade brasileira, o desgaste a que estas foram expostas em circunstâncias da consolidação dos primeiros anos da industrialização nacional. Vale mencionar o robusto e clássico trabalho de June E. Hahner, historiadora de Nova Iorque que pesquisou minuciosamente as relações entre pobreza e política no Brasil, desde o final do período colonial até os primeiros anos do século XX. Quanto ao início do período republicano brasileiro, a autora assinalou:

As crianças pequenas sofriam extremamente com as doenças, especialmente aflições gastrointestinais. Um médico assegurou que os recém-nascidos eram responsáveis por 65% das mortes por doenças gastrointestinais no Rio de Janeiro. (...) As crianças e os adolescentes pareciam os mais vulneráveis à tuberculose, a mais mortal doença no Rio de Janeiro. Um exame em trabalhadores da Imprensa Nacional, de doze a quatorze anos em 1907, encontrou três quartos deles sofrendo desta clássica doença dos locais insalubres de trabalho e dos cortiços. (HAHNER, J. 1993, p. 227).

## **BREVE HISTÓRICO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES BRASILEIROS**

Desde o início da formação do pensamento brasileiro, crianças e adolescentes eram considerados meros objetos tutelados pelo Estado e vítimas de uma sociedade que “coisificava” a infância (LIMA & VERONESE, 2012). As primeiras políticas públicas envolviam repressão, controle e institucionalização. Nossa história foi marcada por políticas que não respeitavam a singularidade das crianças e adolescentes (Brasil, 2014).

O Estado, desde o princípio, pouco fez em relação às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. As primeiras iniciativas de políticas públicas foram dois modelos de controle social: a “Roda dos Expostos” e os “Institutos Disciplinares”.

Ainda no período colonial, A Roda dos Expostos surgiu nas Santas Casas de Misericórdia no ano de 1726 e consistia no recolhimento de crianças recém-nascidas vítimas de abandono, com garantia do anonimato da identidade de quem as abandonava (DINIZ, ASSIS & SOUZA, 2018). Esta política colaborou para a prática do abandono e da mortalidade infantil, além de retirar do Estado o dever de prestar assistência material às famílias empobrecidas e de promover políticas voltadas para a saúde, educação e moradia.

Em 1902 surgiram os Institutos Disciplinares por meio da Lei nº 844, já no período republicano. Os institutos eram parte de uma visão higienista em saúde, apoiada por juristas brasileiros que reivindicavam leis mais severas de controle social para reprimir o aumento de crianças e jovens nas ruas e possíveis epidemias. O Estado, portanto, atuou com o objetivo de promover a internação de crianças e jovens em situação de abandono e daqueles que eram considerados como “perigosos”.

Ou seja, desde a modernidade, nossas duas primeiras políticas brasileiras de cuidado à infância e adolescência foram baseadas em dois importantes pressupostos: a) abandono; b) repressão. No primeiro caso, abandono à sorte por negligência do Estado (Roda dos Expostos); no segundo caso, repressão de crianças e jovens para salvaguardar a liberdade do restante da sociedade (institutos disciplinares).

## **QUEM SE IMPORTA COM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES?**

A primeira regulamentação da assistência e proteção só veio a ocorrer em 1923 através do Decreto nº 16.272. Podemos destacar uma leve mudança no eixo anterior, que era baseado em abandono e repressão. Contudo, nesta política percebemos a “herança” da trajetória anterior, pois os termos “menores abandonados” e “delinquentes” são marcantes neste novo decreto. Passam a ser considerados “menores abandonados” todas aquelas pessoas com idade inferior a 18 anos que não tinham lugar para morar, as que se encontravam em desam-

paro, as órfãs ou morando nas ruas, bem como aquelas consideradas “delinquentes”. Dado o exposto, a pobreza era vista como causadora de criminalidade e abandono, mas mais do que isto, a lei de alguma forma responsabilizava as famílias pobres pela incapacidade de sustento de suas crianças, acompanhando o estigma de delinquência.

Em 1924 surge o primeiro Juizado de Menores no Brasil. O “Juiz de Menores” estava autorizado a promover a internação de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade. Posteriormente, temos a instituição do Código de Menores de 1927, que estabeleceu a Doutrina Jurídica do Menor e designa crianças e adolescentes pelo rótulo da “menoridade”, destacando o caráter depreciativo conferido às crianças em contexto de institucionalização (LIMA & VERONESE, 2012).

Durante a vigência do Código de 1927, que durou longos anos, foram criadas políticas voltadas à infância e juventude, com destaque para a “Política Nacional do Bem-Estar do Menor” (PNBEM), que deu origem à “Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor” (FUNABEM) e às FEBEMs (Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor). Apesar de apontarem um anseio educacional, as práticas pedagógicas deste período destinadas às crianças e adolescentes eram de caráter corretivo-repressivo e de contenção institucionalizada, sem se preocupar com sua condição de pessoa em processo de desenvolvimento (DINIZ, ASSIS & SOUZA, 2018).

Em 1979 foi aprovado um novo Código de Menores, que passou a adotar a “Doutrina da Situação Irregular”. A nova legislação determinava quais eram as crianças e os adolescentes que receberiam amparo, a partir de seis situações distintas que as definiam em “situação irregular”: 1) as que estavam privadas de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória; 2) as que eram vítimas de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; 3) as em perigo moral; 4) as desassistidas juridicamente; 5) aquelas com desvio de conduta; 6) as autoras de infração penal (BRASIL, 1979, art. 2º).

Apesar da lei não tutelar apenas sobre situações de abandono e delinquência, a mesma em nada contribuiu para melhorar a situação de muitos meninos e meninas brasileiras em situação de vulnerabilidade, tampouco rompeu com a lógica punitivista. Um dos resultados da aplicação do Código de Menores foi que o Estado se manteve negligente e continuou a institucionalizar a pobreza, além de reforçar o preconceito e a discriminação ao criar novas categorias para designar as “situações de irregularidades” que envolviam crianças e adolescentes (LIMA & VERONESE, 2012).

## IMPACTOS DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ NOS CUIDADOS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Com o advento da Constituição Federal de 1988, inaugurou-se um novo modelo, o da “Doutrina da Proteção Integral”, que surgiu para romper com a lógica voltada para o controle e isolamento de meninos e meninas pobres. A Doutrina da Proteção Integral está disposta no artigo 227 da Constituição Federal e reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, compreendidos como pessoas em processo de desenvolvimento e, por conta disso, busca com absoluta prioridade a real efetivação dos direitos fundamentais de forma compartilhada entre a família, o Estado e a sociedade (BRASIL, 1988).

O preceito legal reconhece crianças e adolescentes como titulares de direitos e a sua condição específica de pessoa em desenvolvimento. Tais fundamentos serviram como base para a criação e aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069, de 13.07.1990), a fim de conceber em lei a proteção integral da infância e adolescência brasileira (LIMA & VERONESE, 2012).

Neste entendimento, a implementação do Estatuto demanda colaborações específicas para a Psicologia, pois o reconhecimento de que crianças e adolescentes são sujeitos em formação e que situações de riscos pessoais ou sociais podem resultar em prejuízos para o seu desenvolvimento, fez com que se passasse “*a ressignificar toda a polí-*

*tica nacional em prol dos melhores interesses de crianças e adolescentes”* (LIMA & VERONESE, 2012, p. 57). Nesta perspectiva, jovens e crianças passaram a gozar dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, garante o atendimento prioritário em saúde, incluindo o tratamento em saúde mental, os quais têm assegurado tratamento individual e especializado.

## **AS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Com o advento do SUS, previsto também na Constituição de 1988, passamos toda a década de 90 implantando políticas públicas que atendiam a dois aspectos fundamentais: os princípios do ECA (1990) e à consolidação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

A RAPS é resultante de um conjunto de serviços que formam um equipamento bastante complexo, capaz de substituir o modelo manicomial até então preservado nas legislações anteriores à constituição cidadã.

A Política Nacional de Saúde Mental, quando finalmente instituída em 2011, tinha por objetivo consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, pois a proposta era garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pelas comunidades e pelas cidades. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fruto da luta antimanicomial e foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, que prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou com transtorno mental no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde).

Dentro desta lógica, foram instituídos os CAPS-i (Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência), que participam da mesma lógica da rede CAPS - adulto e álcool/drogas. A proposta ideal de todos os CAPS é de atender a população com sofrimentos de média complexidade em saúde mental, evitando a necessidade de internação hospitalar psiquiátrica ou o abandono de casos mais complexos nas

unidades dos bairros, ondes as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não dão conta de acolher a estes sofrimentos contínuos.

Uma peculiaridade importante dos CAPS-i é que, além de atender os casos moderados a graves, este dispositivo se relaciona com a rede (RAPS) e com as ações intersetoriais (escolas, ONGs, etc.). Neste sentido, a visão de cuidados e sintomas aponta para que a infância/adolescência não seja carregada de rótulos, mas que seja protegida pelo trabalho colaborativo entre diferentes atores sociais. Nos CAPS, o atendimento não é só psiquiátrico ou psicológico, mas inclui um Projeto Terapêutico Singular - PTS, em que várias áreas disciplinares da equipe cuidam tanto do paciente identificado como de sua rede familiar, com atendimentos em grupos, individuais e oficinas de educação em saúde.

Importante salientar que alcançamos o modelo de CAPS-i para a infância e adolescência justamente após um longo processo de construção dos serviços e da reforma psiquiátrica. Mas principalmente, como vimos no histórico das legislações, por decorrência do fato de que estes sujeitos passaram a ser entendidos cada vez mais como “sujeitos de direitos”, principalmente após o advento da Constituição de 1988 e da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

## **O SIMBOLISMO DA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS E OS RETROCESSOS NA CONCEPÇÃO DE CUIDADO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Ressaltamos que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) é composta por diversos serviços, entre eles o dispositivo CAPS-i, que acabou se consolidando como uma das principais políticas de atenção em saúde mental à infância e adolescência no Brasil nos últimos 25 anos. Os CAPS-i dialogam com as escolas, com os Conselhos Tutelares, com os serviços de territórios de moradia das pessoas, bem como com os dispositivos intersetoriais de assistência e educação. No entanto, em

fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica nº 11, promoveu diversas alterações nos serviços oferecidos pela RAPS e instituiu uma Nova Política de Saúde Mental no Brasil.

Sobre as ações destinadas à população infanto-juvenil, o referido documento no seu item 5.2 dispõe que:

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente”, além de “ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019, p. 21).

Destarte, desde que ocorram preferencialmente em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência, ressalvadas as exceções em benefícios dos pacientes.

Cumprе esclarecer, que o tema em questão foi fundamentado por meio de um parecer técnico emitido por um conselho médico local: o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), o qual foi elaborado em resposta à Consulta nº 6.769/10 do Ministério da Saúde. O referido Conselho afirma, que a *“internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas”* (BRASIL, 2019, p. 21), dentre tais exigências, está a proibição da permanência de crianças e jovens na mesma área de abrigo hospitalar de adultos (quarto, enfermaria ou ala), mesmo na hipótese de atividades de lazer ou práticas terapêuticas.

A entidade, no entanto, assevera que havendo indicação clínica-médica devidamente embasada por laudos, sendo estas em função do tratamento e: *“desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra”* (BRASIL, 2019, p. 21). O documento não menciona quais seriam as

exceções previstas e/ou possíveis, bem como delega ao poder biomédico uma decisão que historicamente vinha sendo compartilhada por setores diversos que compõem a RAPS.

Entende-se que o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes (e adultos) não se resolve apenas em serviços ambulatoriais ou com tratamento medicamentoso (ABRASCO, 2019). Pessoas que estão em sofrimento mental necessitam de uma escuta atenta e de um cuidado integral, resguardado o direito de receber o melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo às suas necessidades, consoante ao disposto na Lei 10.216/01 e demais legislações correlatas (BRASIL, 2001). Com relação aos serviços de Hospitais-Dia e Hospital Psiquiátrico, esclarece-se que a opção de internação nunca foi vedada pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que a Lei nº 10.216/01 está ainda em vigor, sendo que prevê a internação, em qualquer de suas modalidades, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Por outro lado, a Lei 10.216/01 veda a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, em locais que não possuam o melhor tratamento ou que atentem contra a dignidade da pessoa humana.

De mais a mais, o Estatuto da Criança e do Adolescente têm por fundamento três princípios: liberdade, respeito e dignidade. Portanto, toda e qualquer medida que envolva restrição de liberdade de adolescente deve ser guiada por esse trinômio, com observância as Lei nº 10.216/01, Lei nº 12.594/12 (SINASE) e ao Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90). Nessa senda, destaca-se a Lei do SINASE (Lei nº 12.594/12), que preconiza a intersetorialidade e a corresponsabilidade entre a família, o Estado e a sociedade, além de promover ações educativas no atendimento ao adolescente em sofrimento psíquico. Esse sistema de garantias entende que a equipe interdisciplinar é primordial para auxiliar estes indivíduos, que devem ser atendidos na medida de suas necessidades e com apoio de psicólogos, pedagogos, advogados, assistentes sociais, entre outros.

Ademais, a territorialidade encontra-se ausente na nova política de saúde mental, contrariando o preconizado na Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011. A RAPS defende que os serviços oferecidos na rede sejam realizados o mais próximo das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias, pois considera que somente assim será possível atingir sua função social e evitar estigmas sociais (ABRASCO, 2019).

Ressalta-se que uma das conquistas da Reforma Psiquiátrica é de uma rede que pressupõe ser substitutiva e, sobretudo, substitua os serviços manicomialis que por muitos anos promoveram violência, utilizados na maioria das vezes para higienizar as cidades, no intuito de esconder a pobreza, o diferente, para normatizar e retirar a responsabilidade do Estado.

## **DA INTENCIONALIDADE DA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO CUIDADO INFANTOJUVENIL**

A “nova” política de saúde mental é, de fato, uma face contemporânea da mesma e “velha” política de cuidados à infância e adolescência que tínhamos desde os tempos do Brasil colonial. Este retrocesso traz à tona os princípios básicos do abandono e da repressão, uma vez que desconsidera os serviços como substitutivos ao modelo manicomial.

A Nova Política de Saúde Mental no Brasil representa um risco para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao autorizar a inclusão de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas entre os dispositivos de cuidado centrais em saúde mental. A luta antimanicomial reforça a necessidade de desconstrução do modelo asilar e combate ao manicômio em suas variadas formas, seja por meio do hospital psiquiátrico, da comunidade terapêutica ou até mesmo através dos hospitais de custódia (CFP, 2019).

A Nota Técnica nº11/2019 aponta para um retrocesso em tudo aquilo que foi conquistado em termos de proteção e de direitos às pessoas com transtornos mentais e em relação aos serviços que já são

oferecidos pela RAPS, além de fomentar o retorno à lógica manicomial (CFP, 2019). A Associação Brasileira de Saúde Coletiva em nota pública argumenta que não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contra-Reforma Psiquiátrica, pois:

a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é colocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a comunidade terapêutica, instituição manicomial correspondente (ABRASCO, 2019, p. 2)

Existe uma inteligibilidade clara neste aparente retrocesso casual, não se trata de mera negligência do Estado. Na verdade, a intencionalidade consiste em regredir o modelo jurídico da criança e adolescente como sujeito de direitos, colocando-os novamente sob uma perspectiva “coisificada”, inclusive contrariando o ECA. Além disso, o cuidado em saúde retrocedeu tanto que atingiu a todos - inclusive os adultos - uma vez que retomou o paradigma biomédico já ultrapassado no campo das ciências, modelo este que se baseia sobretudo no intuito repressivo e disciplinar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade em que viviam muitos meninos e meninas pobres nas primeiras décadas do Brasil era dramática e estava marcada por descaso e condenação moral. Em termos de assistência e proteção de crianças e adolescentes, o que tínhamos era um modelo marcado pelo controle estatal, de uma política centralizadora e institucionalizante. Não existiam políticas públicas que atendessem às famílias nas suas necessidades de sobrevivência e a pobreza era reconhecida como geradora de delinquência e crianças abandonadas nas ruas. A solução de enfrentamento para a situação do abandono estava na institucionalização desta parcela da sociedade, que se utilizava de práticas repressoras e de obediência, sob a justificativa de reeducação moral e preparação para o trabalho.

As ações governamentais estavam pautadas por ideias higienistas, que tinham por objetivo promover a preservação da ordem social, realizando uma verdadeira limpeza nas ruas, recolhendo e depositando crianças e adolescentes em instituições disciplinares. Estes indivíduos até o final da década de 1980 não eram considerados sujeitos de direitos e não existia uma proteção que levasse em conta o seu desenvolvimento.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a criança passou a ser considerada prioridade nacional, atribuindo responsabilidade compartilhada à família, ao Estado e à sociedade. Esses direitos foram recepcionados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que orientados pelo paradigma da Doutrina da Proteção Integral e pela condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento, gozam de prioridade absoluta de seus direitos.

A Reforma Psiquiátrica, fruto do Movimento Antimanicomial, foi um marco na vida de muitas pessoas com transtorno mental, pois atua na lógica da não internação e colabora para o estabelecimento da necessidade de respeito a dignidade da pessoa humana e aos direitos de cidadania, além favorecer a construção de um modelo de atenção à saúde mental em respeito aos direitos humanos. Sendo assim, dois dispositivos importantes foram criados a partir da Reforma Psiquiátrica: a Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011. Muito embora crianças e adolescentes se encontrem atualmente sob o paradigma da proteção integral, nossa sociedade ainda insiste em confiná-las em locais de isolamento. A situação da infância e juventude brasileira ainda caminha entre avanços e retrocessos, ainda há muitas crianças e adolescentes vivendo em extrema pobreza. No entanto, por sua condição de pessoas em processo de desenvolvimento dependem de uma proteção maior.

Assim, uma política de saúde mental infantojuvenil só é possível se levar em conta sua condição de pessoa em processo de desenvolvi-

mento e se existir uma rede sensibilizada, que promova o cuidado, o acolhimento e o respeito por elas. A base para tudo isso é a superação dos modelos de abandono e de repressão, substituídos pela visão de sujeito de direitos, já implícita na maior parte das políticas públicas dos últimos trinta anos. Por isso, o retrocesso de algumas orientações desde 2019 para cá surpreendem e adquirem um simbolismo claro quanto à intencionalidade e inteligibilidade destas “novas” políticas, que na verdade são apenas velhos paradigmas revestidos com nomes diferentes.

Por tudo isso, compreende-se que a Nova Política de Saúde Mental representa um verdadeiro retrocesso para a saúde mental brasileira, além de contrariar a lógica do cuidado e tratamento terapêutico humanizado.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, mar. 2019. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/> Acesso em: 15 set. 2022.

AMARANTE, Paulo.; NUNES, Mônica O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência e Saúde Coletiva, Salvador, v.23, n.6, p.2067-2074, mar.2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067-&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602067-&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS. Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público, 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado, out. 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927**. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Rio de Janeiro, out. 1927. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm)

BRASIL. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores**. Brasília, out. 1979. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília, jul. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm) Acesso em: 15 set. 2022.

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 relaciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, abr. 2001. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).** Brasília, jan. 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm) Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf) Acesso em: 15 set. 2022.

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).** Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 15 set. 2022.

CFP. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde.** Brasília, fev. 2019. Disponível em <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> Acesso em: 15 set. 2022.

DINIZ, Isabel A.; ASSIS, Márcia O.; SOUZA, Mayra F. S. **Crianças institucionalizadas: um olhar para o desenvolvimento socioafetiva.** Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, jan./jun. 2018. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15978/13036> Acesso em: 15 set. 2022.

HAHNER, June E. **Pobreza e política: os pobres urbanos no Brasil - 1870-1970.** Traduzido por Cecy Ramires Maduro. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1993.

LIMA, Fernanda S.; VERONESE, Josiane R. P. **Os direitos da criança e do adolescente: a necessária efetivação dos direitos fundamentais.** Coleção Pensando o Direito no Século XXI. Florianópolis: Fundação Boiteux, v. 5, 2012. Disponível em <http://funjab.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2012/09/VD-Direito-da-Crianca-18-09-2012.pdf> Acesso em: 15 set. 2022.

VERONESE, Josiane P. **Direito da Criança e do Adolescente. Novo curso - novos temas.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2017.

VERONESE, Josiane P. **Olivas da Aurora: Direito e Literatura.** Florianópolis: EMAIS, 2018.