

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann; José Alcebiades De Oliveira Junior; Diogo de Almeida Viana dos Santos – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-579-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

Texto de apresentação do Grupo de Trabalho 15 – Direitos Sociais e Políticas Públicas III:

O Grupo de Trabalho 15 – Direitos Sociais e Políticas Públicas III, realizado em 22 de junho de 2026, em formato integralmente on-line, sob o tema “Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos”, coordenado pelo professores Dra. Edna Raquel Hogemann, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Dr. Diogo de Almeida Viana dos Santos, da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e Dr. José Alcebíades De Oliveira Junior, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, integrou a programação científica do IX Encontro Virtual do CONPEDI.

A realização de mais uma edição virtual do evento reafirma o compromisso do CONPEDI com a democratização do conhecimento jurídico, promovendo o intercâmbio acadêmico entre pesquisadores, docentes, discentes e profissionais do Direito de todas as regiões do país. Ao ampliar os espaços de diálogo e difusão da produção científica, o encontro fortalece a pesquisa jurídica comprometida com os valores constitucionais, a cidadania e a justiça social.

Inserido nesse contexto, o Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas III constituiu um relevante espaço de reflexão crítica acerca dos desafios contemporâneos relacionados à formulação, implementação, avaliação e controle das políticas públicas voltadas à concretização dos direitos fundamentais sociais. As pesquisas apresentadas evidenciaram a centralidade das políticas públicas como instrumentos de efetivação dos direitos constitucionalmente assegurados, abordando temas que perpassam áreas como saúde,

O elevado nível acadêmico dos trabalhos apresentados confirmou a relevância da pesquisa jurídica brasileira no campo dos direitos sociais e das políticas públicas, contribuindo para a construção de respostas inovadoras aos desafios enfrentados pela sociedade e pelas instituições democráticas.

Por fim, registra-se o reconhecimento ao Instituto Toledo de Ensino de Bauru – ITE Bauru, parceiro institucional desta edição do evento, cuja colaboração reforça o compromisso conjunto com a excelência acadêmica, o fortalecimento da pós-graduação em Direito e a produção de conhecimento jurídico voltado à promoção da justiça social e da efetividade dos direitos fundamentais.

A título de registro, o trabalho de autoria da coordenadora do presente GT, Dra. Edna Raquel Hogemann e Matheus Novais da Silva, intitulado: A Função Jurídica das Comissões de Heteroidentificação Como Garantia da Política Pública de Cotas No Ensino Superior: Entre a Discricionariedade e o Devido Processo Legal, apesar de fazer parte do GT Direitos sociais e Políticas Públicas II, foi apresentado neste GT, conforme permitido pelo regulamento do CONPEDI.

Registre-se a ausência dos autores dos trabalhos intitulados: a) Direito Humano À Alimentação Adequada E Ação Estatal: Análise Do Acesso À Alimentação Nas Políticas Nacionais De Alimentação E Nutrição Do Brasil e, b) Direito E Políticas Públicas Na Federação Brasileira: Competências, Coordenação Interfederativa E Reconstrução Institucional Após a EC 132/2023, que por esse motivo deixaram de ser apresentados.

Eis a relação os trabalhos apresentados:

1. O FEDERALISMO BRASILEIRO COMO ÓBICE PARA A CONCRETIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA – Antonio Henrique Da Silva , Flávia Moreira Guimarães Pessoa , Jadson Correia de Oliveira.

4. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: OBSERVAÇÕES A LUZ DO PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA - Maira Andreza Pacheco Fonseca Portella.

5. A PROTEÇÃO AO DIREITO À MATERNIDADE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ANÁLISE DA DIGNIDADE A PARTIR DA TEORIA DE MARTHA NUSSBAUM - Marcelino Meleu , Aleteia Hummes Thaines , Maria Talita Schuelter

6. POLÍTICAS PÚBLICAS E MORTE SOLITÁRIA DA PESSOA IDOSA: IMPLICAÇÕES E PREVENÇÕES - Ana Maria Viola De Sousa , Felipe Marquette de Sousa.

7. A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ABORDAGEM DAS CAPACIDADES DE AMARTYA SEN - Evander Dayan de Mattos Alencar , Rafael Rodrigues De Souza , Ana Elizabeth Neirão Reymão.

8. AUTODECLARAÇÃO RACIAL: DIGNIDADE E O DIREITO DE SE AUTOIDENTIFICAR: PRESUNÇÃO DE BOA-FÉ DOS PARDOS QUE INTEGRAM A ZONA CINZENTA - Henrique Ribeiro Cardoso , André Felipe Santos de Souza , Fagner Nascimento Soares.

9. VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: UM RETROCESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE IGUALDADE DE GÊNERO? Ana Maria Viola De Sousa , Felipe Marquette de Sousa.

10. ANÁLISE DA EFICÁCIA SOCIAL DA LEI 8.313/1991 NA DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À CULTURA: LIMITES DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE INCENTIVO CULTURAL NO BRASIL - Carolina Rosa de Oliveira Silva.

13. DA BIOPOLÍTICA DA EXCLUSÃO À DIGNIDADE HUMANA: O PAPEL DO COOPERATIVISMO NA REGIÃO NORTE DO BRASIL - Heloisa Prado Pereira de Oliveira.

14. DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: GOVERNANÇA E OS LIMITES DA VALIDADE NORMATIVA NA ESTABILIDADE INSTITUCIONAL DO SENAC - Rosangela Pereira Gonçalves Brigagão.

15. BARREIRAS INSTITUCIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SALÁRIO-MATERNIDADE RURAL: GÊNERO, BUROCRACIA ADMINISTRATIVA E JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA - Sara Karoline Guerra Dias , Linara Oeiras Assunção.

16. DO PAPEL A REALIDADE: UMA ABORDAGEM JURÍDICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA EM CONTEXTO URBANO - Luciana Fonseca Da Silva , Allan Carlos Moreira Magalhães.

17. DIREITOS HUMANOS E O DIREITO À ALIMENTAÇÃO: O COMPROMISSO INTERNACIONAL DO GOVERNO BRASILEIRO NA EFETIVAÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA - Cecília Moraes de Almeida Lôbo , Erica Divina Oliveira De Almeida.

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: OBSERVAÇÕES A LUZ DO PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

PUBLIC MENTAL HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: OBSERVATIONS IN LIGHT OF THE PRINCIPLE OF ABSOLUTE PRIORITY

Maira Andreza Pacheco Fonseca Portella

Resumo

O presente artigo analisa a trajetória histórica e normativa da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil, evidenciando as tensões entre avanços legais e fragilidades práticas na efetivação da política pública. Inicialmente marginalizada, a saúde mental infantojuvenil esteve marcada por exclusão, institucionalização e ausência de reconhecimento da infância e adolescência como sujeitos de direitos. A partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), consolidou-se a doutrina da proteção integral, estabelecendo o princípio da prioridade absoluta. O estudo destaca o processo histórico de criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi). Contudo, evidencia-se a discrepância entre o arcabouço jurídico-constitucional e a realidade prática. Nesse contexto, busca uma breve análise da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes a luz do princípio da prioridade absoluta, por intermédio de observações literárias, ressaltando a necessidade de compromisso estatal permanente para assegurar esse direito como dimensão essencial da cidadania.

Palavras-chave: Saúde mental, Infância e adolescência, Políticas públicas, Capsi

Abstract/Resumen/Résumé

This article analyzes the historical and normative trajectory of mental health care for children and adolescents in Brazil, highlighting the tensions between legal advances and practical weaknesses in public policy implementation. Initially marginalized, child and adolescent

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Mental health, Childhood and adolescence, Public policy, Raps, Capsi

INTRODUÇÃO

As ações de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, nem sempre foram concebidas dentro de uma perspectiva de direitos, historicamente nota-se que no Brasil a temática hoje tratada no campo das políticas públicas, ocupou uma posição marginalizada, marcada pela institucionalização. Essa realidade reflete a herança de desigualdades estruturais e de práticas excludentes, que relegaram a saúde mental infantojuvenil um lugar secundário nas políticas públicas e no ordenamento jurídico.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) alterou esse quadro ao consagrar a saúde como direito fundamental e dever do Estado (art. 196). No campo específico da infância e adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) consolidou a doutrina da proteção integral, erguida sobre o princípio da prioridade absoluta (art. 227 da CF), impondo ao Estado, à família e à sociedade a responsabilidade compartilhada de garantir, com precedência, os direitos fundamentais desse grupo. Todavia a despeito do avanço legal, os desafios para garantia deste direito assegurado pela legislação, se apresenta como uma meritória ação a ser enfrentada.

De acordo com análise divulgada pelo jornal da USP, a partir de dados do Ministério da Saúde, entre 2014 e 2024 os atendimentos relacionados a transtornos de ansiedade no Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram crescimento expressivo entre crianças e adolescentes. No grupo de 10 a 14 anos, o aumento foi de quase 2.500%, enquanto, entre adolescentes de 15 a 19 anos, o crescimento ultrapassou 3.300%.

Esse cenário evidencia o crescimento contínuo das demandas relacionadas à saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, a urgência da ampliação e fortalecimento da rede pública de atenção psicossocial. Isso porque o princípio da prioridade absoluta foi estruturado a partir do reconhecimento da condição peculiar de desenvolvimento de crianças e adolescentes, impondo ao Estado o dever de assegurar respostas imediatas, preferenciais e efetivas às suas necessidades fundamentais, em face de tal característica singular.

Neste prisma, o presente artigo busca responder ao seguinte problema: de que modo a trajetória histórica e normativa da saúde mental infantojuvenil no Brasil reflete a tensão entre o reconhecimento jurídico e a efetividade prática das políticas públicas? Para tanto, no discorrer,

analisará os marcos legais centrais, como a Lei nº 8.080/1990, que regulamentou o SUS, e a Lei nº 10.216/2001, que consolidou a Reforma Psiquiátrica; discutirá a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), avaliando seu papel como instrumentos de garantia do direito fundamental à saúde; e por fim examinará os desafios que comprometem a plena realização do princípio da prioridade absoluta.

A metodologia adotada é qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental de legislações, artigos acadêmicos e relatórios institucionais voltados ao tema.

Conclui-se ser urgente fortalecer políticas públicas que contemplem a saúde mental de crianças e adolescentes, superando entraves estruturais e assegurando a efetividade da proteção integral. Nesse sentido, a consolidação e/ou fortalecimento de uma rede ampla, intersetorial e democrática é condição indispensável para que a saúde mental deixe de ser um campo de invisibilidade e se afirme como dimensão essencial da cidadania e dos direitos humanos.

1. O PERCURSO HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

A atenção à saúde mental infantojuvenil no Brasil desenvolveu-se de maneira tardia e marginalizada, sobretudo quando comparada ao tratamento destinado aos adultos em sofrimento psíquico. Até o século XIX, crianças e adolescentes que manifestavam comportamentos considerados “socialmente inaceitáveis” eram classificados como “loucos” e, por conseguinte, submetidos à reclusão em hospitais psiquiátricos, compartilhando o mesmo espaço destinado aos adultos (REIS ET AL., 2010).

É relevante destacar que tal perspectiva se coadunava com a visão reducionista acerca da infância e da adolescência, desconsiderando suas especificidades como sujeitos em desenvolvimento. Nesse período, as primeiras legislações voltadas à infância surgiram em contexto de criminalização da pobreza e de responsabilização penal precoce, vinculadas à doutrina da situação irregular, materializada nos denominados Códigos de Menores.

A lógica normativa e institucional então vigente possuía caráter essencialmente repressivo: crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade eram institucionalizados ou

submetidos a medidas disciplinares, não sendo tratados como sujeitos de direitos, mas como objetos de intervenção estatal. Assim, o Estado exercia uma tutela autoritária, pautada no controle social, destinado, sobretudo a crianças e adolescentes pobres, vistos naquele contexto como “criminosos em potencial”, isto é, como uma verdadeira ameaça.

Em um período considerável da história nacional, a questão permaneceu como verdadeiro “estado de coisas” (RUA, 1998), sem mobilizar a agenda governamental, embora provocasse respostas pontuais de grupos sociais diante das graves consequências da ausência de políticas públicas específicas. Durante décadas, crianças e adolescentes permaneceram invisibilizados no campo da saúde mental.

Esse panorama produziu, no Brasil, um tratamento marcado pela exclusão e pela violência institucional, replicando um modelo de controle social direcionado a pobres, abandonados, delinquentes e pessoas em sofrimento psíquico (COUTO, 2001; RIBEIRO, 2006). As poucas práticas assistenciais implementadas tinham como foco a contenção da pobreza e do abandono, vistos como entraves ao progresso nacional, e não o enfrentamento do sofrimento mental (COUTO E DELGADO, 2015).

As políticas de assistência voltadas à infância e à adolescência, durante quase um século, foram dirigidas a uma categoria sociologicamente indefinida, sem distinção clara entre demanda jurídica e social. De acordo com Couto e Delgado (2015), tais políticas se estruturaram sobre quatro elementos centrais: (1) uma representação de crianças e adolescentes ancorada na noção de “menor”; (2) a doutrina da situação irregular como marco jurídico, que conferia amplo poder discricionário ao juiz, tratando como caso de justiça situações de pobreza, abandono ou vitimização; (3) a função tutelar e de controle exercida pelo Estado; e (4) a institucionalização como principal forma de intervenção.

Nesse cenário, as questões relacionadas ao sofrimento mental infantojuvenil permaneceram encobertas por uma agenda de combate à pobreza e ao abandono. O interesse primordial não era o cuidado em saúde mental, mas sim a formação de cidadãos socialmente disciplinados e economicamente produtivos.

Somente a partir da década de 1970, no bojo das lutas pela redemocratização e pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a lógica manicomial começou a ser contestada. O

processo foi impulsionado por marcos como a Reforma Psiquiátrica, a Constituição de 1988, que reconheceu crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/1990), consolidando a doutrina da proteção integral (REIS ET AL., 2010; AMSTALDEN ET AL., 2010).

Diante desses referenciais, a assistência em saúde mental foi progressivamente reestruturada. O fortalecimento de movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e a Luta Antimanicomial, a aprovação da Lei nº 10.216/2001, a Declaração de Caracas (1990) e as Conferências Nacionais de Saúde Mental possibilitaram a transição de um modelo hospitalocêntrico para uma rede territorializada e comunitária (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN E ALVES, 2014). Foi quando houve uma mudança no modelo assistencial ofertado para pessoas que demandavam atenção em saúde mental, assumindo o viés da integração social e a proteção da cidadania, enfatizando o cuidado em liberdade, até que em 2002, surge os chamados CAPSi, trazendo uma nova perspectiva de cuidado para crianças e adolescentes.

1.1 LEIS QUE INSTITUEM O SUS E A RAPS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS, TRAJETÓRIA NORMATIVA E CONSOLIDAÇÃO DO CUIDADO PSICOSSOCIAL

Preliminarmente, diante da temática em análise, impõe-se a necessidade de apresentar algumas considerações iniciais acerca do conceito de política pública, em sua acepção mais ampla e ontológica. Parte-se do pressuposto de que compreender a gênese de determinada área do conhecimento revela-se essencial para apreender seus desdobramentos, finalidades e trajetória histórico-institucional.

Thomas Dye sintetiza de maneira clássica que “public policy is what ever governments choose to do or not to do” (DYE, 2010, p. 3). A formulação demonstra que tanto a ação quanto a omissão governamental produzem efeitos concretos na vida social, evidenciando a centralidade das escolhas estatais no processo de alocação de valores. Na mesma direção, Secchi (2017) define política pública como uma diretriz formulada para enfrentar um problema público, ressaltando que ela possui dois elementos fundamentais: a intencionalidade pública e a resposta a um problema coletivo. Em suas palavras, “a razão para o estabelecimento de uma política pública

é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” (SECCHI, 2017, p. 2).

Nessa perspectiva, a política pública pode ser entendida como um processo dinâmico, constituído por etapas interdependentes que articulam atores, instituições e recursos. Conforme destaca Souza (2006), esse ciclo envolve agenda, formulação, decisão, implementação e avaliação, fases que, ainda que não se sucedam de forma linear, permitem identificar oportunidades de inovação e pontos de veto. Secchi (2017) acrescenta que o processo de elaboração das políticas públicas, também denominado *policy cycle*, pode ser analisado em sete fases: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção. A respeito da primeira fase, o autor explica que “um problema público é a diferença entre o que é, e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2017, p. 44). Já na formação da agenda, trata-se da seleção de um conjunto de temas considerados prioritários e relevantes para a ação governamental (SECCHI, 2017).

A relevância social das políticas públicas é destacada por Lima (2017), para quem, ainda que o país vivencie crises políticas recorrentes, tais práticas são fundamentais para promover transformações sociais, reduzir desigualdades e fortalecer a cidadania. Frequentemente negligenciadas, constituem instrumentos indispensáveis ao desenvolvimento humano, à efetivação da cidadania e à promoção de justiça social.

As políticas públicas abrangem diversas áreas, como saúde, educação, cultura, moradia, transporte, segurança, assistência social, entre outras, e visam atender ao interesse coletivo. Sem a devida articulação entre objetivos, metas e estratégias, a ação governamental corre o risco de fragmentar-se em iniciativas isoladas, pouco eficazes e marcadas por desperdício de recursos públicos.

Nesse cenário, sobressai a política pública de saúde, concretizada por meio da implementação de serviços, programas e projetos destinados a assegurar direitos básicos da população de maneira universalizada, independentemente de gênero, raça, escolaridade ou condição socioeconômica. Entretanto, trata-se de um campo emblemático na análise das políticas públicas, pois evidencia, de forma prática, a tensão entre os princípios normativos e os limites institucionais e orçamentários da ação estatal.

Insta nesta perspectiva reassaltar que no caso brasileiro, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) materializa os valores democráticos defendidos por Lasswell, ao buscar responder a problemas coletivos de forma equitativa e integral, todavia, os desafios de subfinanciamento, desigualdades regionais e fragmentação da rede de atenção, revelam que a saúde continua sendo um espaço em disputa, no qual escolhas políticas determinam quem tem acesso, em que condições e com quais consequências.

1.1.2 FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DO SUS E A VIRADA PARADIGMÁTICA DE 1988

A Constituição da República de 1988 representou um marco na história dos direitos sociais no Brasil, ao elevar a saúde à condição de direito fundamental de todos e dever do Estado (art. 196). Esse dispositivo constitucional rompeu com a lógica securitária e assistencialista que prevalecera durante grande parte do século XX, em que o acesso aos serviços de saúde estava condicionado à inserção no mercado de trabalho formal.

O modelo anterior era centrado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, cuja atuação se destinava prioritariamente aos trabalhadores contribuintes, deixando grande parcela da população, especialmente os mais pobres, desempregados e trabalhadores informais, excluída da assistência médica. Assim, a saúde pública era fragmentada: de um lado, um atendimento previdenciário voltado aos segurados; de outro, políticas focalizadas e de caráter filantrópico para os que não tinham acesso formal à previdência. Essa estrutura reforçava desigualdades e tratava a saúde não como direito universal, mas como privilégio atrelado à contribuição financeira.

A partir da década de 1970, movimentos sociais e sanitários passaram a denunciar a ineficiência e a injustiça do modelo excludente. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira destacou-se nesse processo. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu um marco histórico na consolidação dessas ideias. Pela primeira vez, contou-se com ampla participação popular e de diferentes segmentos sociais. A conferência consolidou a noção de que a saúde deve ser entendida em sentido amplo, determinante para a consagração constitucional de 1988.

No art. 196, a Constituição dispôs que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças

e assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços. Neste contexto, nasce a ideia do Sistema Único de Saúde, um modelo organizacional, ancorado em basilares constitucionais.

Assim em 1990, essas diretrizes receberam concretização normativa com a edição da Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS e estabeleceu seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua saúde.

Do ponto de vista jurídico, essas inovações significaram reconhecer a saúde não apenas como prestação clínica ou hospitalar, mas como uma política pública intersetorial universal. Esse processo de transformação institucional reflete, em última instância, a passagem de um paradigma restritivo e excludente para um modelo universalista e democrático, que se alinha aos tratados internacionais de direitos humanos e ao princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais. A saúde, no Brasil pós-1988, deixou de ser privilégio de categorias específicas e consolidou-se como direito de cidadania, exigindo do Estado um dever prestacional amplo, com planejamento, gestão participativa e políticas públicas capazes de garantir o acesso a todos de maneira igualitária.

1.2 CRIAÇÃO DA RAPS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 não apenas universalizou o direito à saúde, mas também abriu caminho para transformações profundas nos diferentes campos da política sanitária, inclusive no âmbito da saúde mental. A lógica universalista e democrática da Reforma Sanitária, consolidada na Carta Magna, forneceu as bases jurídico-institucionais para o questionamento do modelo hospitalocêntrico¹ e para a emergência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que, embora já em formação desde a década de 1970, encontrou nas diretrizes do SUS o ambiente político e normativo propício à sua consolidação.

No campo da saúde mental, o Brasil vivia até então sob o predomínio do modelo asilar, centrado em hospitais psiquiátricos e marcado por práticas de exclusão, segregação e violação de direitos. Os manicômios eram concebidos como locais de internação de longa permanência, nos

¹ Expressão utilizada por Paulo Amarante (1995) para designar o modelo centrado na internação psiquiátrica e na centralidade do hospital como eixo do cuidado em saúde mental.

quais as pessoas em sofrimento psíquico eram apartadas da sociedade e submetidas a tratamentos que, muitas vezes, implicavam mais em controle social do que em cuidado efetivo. Essa realidade começou a ser duramente questionada a partir da década de 1980, em sintonia com o processo de redemocratização do país e com o fortalecimento dos debates sobre cidadania e direitos humanos.

A Declaração de Caracas (1990), promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi um marco internacional ao recomendar a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários de atenção psicossocial. No Brasil, esse documento dialogou diretamente com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas no bojo do SUS, que enfatizavam a necessidade de reorganizar o modelo de atenção com base em princípios de cidadania, territorialidade e participação comunitária.

Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, redirecionou o modelo assistencial, estabelecendo os direitos das pessoas com transtornos mentais e consagrando o princípio do cuidado em liberdade, em substituição à lógica da internação compulsória e prolongada.

A partir dessa legislação e de portarias subsequentes do Ministério da Saúde, foi estruturada uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/2002, que se tornaram o dispositivo central da atenção psicossocial no território. Esse processo culminou, em 2011, na instituição formal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088/2011, posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação nº 3/2017.

A RAPS foi concebida como uma rede articulada e descentralizada de serviços, em conformidade com os princípios constitucionais do SUS, símbolo da superação do paradigma manicomial, ao propor o cuidado em liberdade, no território e de forma intersetorial.

Do ponto de vista jurídico-constitucional, é possível afirmar que a RAPS representa a concretização, no campo da saúde mental, do comando inscrito no art. 196 da Constituição Federal, segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas que reduzam riscos e assegurem acesso universal e igualitário. Da mesma forma, a RAPS materializa a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF) e a proibição de tratamentos cruéis, desumanos ou

degradantes (art. 5º, III, CF), princípios constitucionais que balizam o processo de desinstitucionalização e de garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico.

Portanto, a RAPS não é apenas uma inovação organizacional, mas uma política pública que revela um instituto jurídico-político de obrigação do Estado, no qual expressa uma clara mudança de paradigma: da exclusão manicomial para o cuidado comunitário; da tutela sobre a loucura para a afirmação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, inclusive no campo da infância, por intermédio da previsão dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSis).

1.2. 1 NORMATIZAÇÃO INFRALEGAL: PORTARIA GM/SM Nº336/2002 COMO MARCO REGULATÓRIO DO CAPSI

A consolidação da rede substitutiva à lógica hospitalocêntrica ganhou robustez normativa com a Portaria GM/MS nº 336/2002, que regulamentou a criação, modalidades e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo a versão infantojuvenil (CAPSi). Essa normatização marcou um ponto de virada: de maneira inaugural, o ordenamento jurídico-infralegal do SUS reconhecia formalmente a centralidade de dispositivos comunitários de base territorial para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

A concepção territorial da política pública abre margem para o entendimento compartilhado do cuidado, onde a participação da família adquire um papel relevante, especialmente no processo de construção dos chamados “PTS”, projetos terapêuticos singulares. Ações tornam-se individualizadas, formuladas com base nos determinantes sociais e patológicos de cada usuário do serviço, previamente delineadas em conjunto com as equipes multidisciplinares que compõe a instituição.

Não obstante, não podemos esquecer que a própria Constituição Federal prevê a corresponsabilidade da família, da sociedade e do Estado na garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, com fulcro no art. 227, neste sentido a norma infralegal reforça o caráter estruturante e participativo da família, rompendo, portanto com a perspectiva generalista e asilar.

Assim, no desenho institucional estabelecido, o CAPSi tornou-se o serviço de referência especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, deficiência intelectual associada a sofrimento psíquico, neuroses graves, transtornos do espectro autista e uso prejudicial de álcool e outras drogas, com fulcro no art. 7º § 4º, VI da portaria 3.088/2011.

Ademais, a portaria promoveu a organização de um fluxo articulado de atendimento para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, dentre os quais, elucidados no parágrafo anterior, inserindo o CAPSi como porta de entrada estratégica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para avaliação, acolhimento e encaminhamento aos serviços de cuidado integral, inclusive de acolhimento infantojuvenil situados dentro da lógica da saúde, como no caso das Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), configurando importante marco de inovação no campo da saúde mental destinadas a crianças e adolescentes.

2. REALIDADE DO CAPSI NO CONTEXTO NACIONAL

Apesar dos avanços normativos promovidos sobretudo a partir da regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) pela Portaria GM/MS nº 336/2002, a política pública de saúde mental destinada a crianças e adolescentes ainda se apresenta de forma incipiente, marcada por fragilidades estruturais, baixa cobertura assistencial e dificuldades na consolidação da rede de atenção psicossocial (COUTO; DELGADO, 2015). Insta no entanto salientar, que tal realidade não pode ser dissociada dos processos societários mais amplos, atravessados pela lógica do capital², que incidem na precarização dos serviços públicos e produzem reflexos evidentes de ineficiência, sucateamento e insuficiência de cobertura.

Durante muito tempo, as necessidades de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico permaneceram fora da agenda governamental, sendo apenas com o advento da Constituição de 1988 que começaram a ser incorporadas à estruturação de uma rede de atenção também voltada ao público infantojuvenil. Todavia, a despeito da previsão legal, a falta de compromisso dos governos subsequentes, sobretudo no que se refere à alocação de recursos e financiamento,

² A crítica de Karl Marx à lógica do capital ressalta que a acumulação capitalista tende a produzir desigualdades estruturais e a subordinar esferas sociais, como a saúde, à racionalidade econômica, o que resulta em precarização dos serviços públicos e exclusão de parcelas vulneráveis da população (MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013).

comprometeu seriamente a efetividade da política pública de saúde mental. O resultado tem sido a existência de serviços inflados pela demanda, mas frágeis em sua capacidade de resposta.

Segundo estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), os investimentos em saúde mental destinados à expansão da rede e à construção de novos CAPS foram historicamente reduzidos. Até 2016, apenas pequena parcela do orçamento da área era direcionada a investimentos, totalizando, em média, R\$ 118 milhões anuais. Após esse período, os recursos passíveis de monitoramento nessa rubrica tornaram-se praticamente inexistentes, evidenciando o descompasso entre a previsão normativa e a execução concreta da política pública (NOBRE; ROSA, 2023).

A lei que institui a RAPS no artigo 7º, versa que “O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial (...)”, todavia na efetividade prática do dia a dia nota-se a partir da revisão literária que este instrumento não é sequer preenchido.

Segundo Vanelli e Guazzina (2024), a partir de relatos de profissionais de um CAPSi, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é frequentemente utilizado apenas de forma protocolar no momento da inserção do usuário no serviço, permanecendo posteriormente sem revisão crítica ou aprofundamento. Os autores destacam ainda que o processo de alta constitui uma temática envolta em dificuldades, receios e indefinições, sendo pouco discutido pela equipe.

Observa-se uma maior preocupação com a permanência do usuário do que com a definição de sua saída, o que resulta em situações em que crianças e adolescentes permanecem no serviço por períodos prolongados, chegando à vida adulta sem clareza quanto ao momento ou às condições adequadas para a conclusão do cuidado. Essa prática evidencia lacunas na operacionalização do PTS e limita a efetividade da transição planejada do cuidado psicossocial. Por intermédio da pesquisa, os profissionais relatam que o processo de alta não é assunto amplamente discutido.

“Ah... (risos) é um ponto bem delicado... eu acho que é muito importante falar sobre a alta, a gente fala, se preocupa muito com o acolhimento, o tratamento, e parece que a alta não vem, isso me incomoda, porque a gente tá falando de criança e adolescente, se essa alta não vem então ele vai virar um adulto e vai ter alta quando e que alta é essa né, a alta é não tomar mais medicação, não ir mais no atendimento psi, não participar mais

da oficina, é alta de tudo ou é de algumas coisas né... então esse termômetro de se saber quando se dá alta é bem complicado assim...” (P11). (VANELLI e GUAZZINA, 2024, p. 287)

A sobrecarga de demandas e os problemas relacionados à equipe também figuram entre os obstáculos mais recorrentes. Lima et al. (2017), ao analisar a realidade de um CAPS no interior do Nordeste, identificaram que, além da escassez de financiamento e da demanda superior à capacidade instalada, havia dificuldades de cooperação entre os profissionais, traduzidas em um diálogo fragmentado que comprometia a integralidade da atenção. Nesse sentido, Cézar e Melo (2018) lembram que a comunicação dentro da equipe multiprofissional e entre profissionais e usuários é um dos pilares fundamentais do CAPS, já que tais serviços foram concebidos justamente para romper com as relações hierárquicas tradicionais e instaurar uma lógica coletiva de cuidado.

A precarização também se manifesta na organização do trabalho. Druck (2016), em estudo sobre a saúde pública, aponta que a terceirização acarretou impactos nocivos, como contratações sem concurso, subcontratações em cadeia, desvio de recursos para a esfera privada e alta rotatividade de trabalhadores sem vínculo estável ou garantias de direitos. Mesmo servidores já estabelecidos vivenciaram reduções de direitos, como apontam Morosini et al. (2020). Da mesma forma, Barros e Bernardo (2017) ressaltam que a precarização do SUS atinge diretamente as políticas de saúde mental e, consequentemente, os dispositivos da RAPS, fragilizando os princípios antimanicomial.

Em Campinas, Ruas (2018) identificou processos de sucateamento em um CAPS, a partir de grupos focais com usuários e profissionais. Os relatos apontaram falta de recursos, escassez de trabalhadores frente ao crescimento da demanda e falhas na articulação da rede intersetorial. Nessas condições, avalia o autor que o CAPS acaba assumindo um caráter de pronto-socorro, o que compromete a realização de atividades coletivas e a construção de vínculos de longo prazo. Esse quadro dialoga diretamente com o que os demais autores têm identificado: a insuficiência de investimentos em saúde mental transforma os CAPS, em seus diversos níveis de atenção e complexidade, em serviços sobrecarregados, afastando-os de sua vocação original de reabilitação psicossocial.

Outro estudo, apresentado em um seminário interno de saúde mental no CAPSi Niterói³, revelou que mais de 50% dos casos encerrados no Centro de Atenção Psicossocial daquela região, se deram por abandono do tratamento, o que demonstra tanto a fragilidade do serviço em reter os usuários quanto a descrença das famílias na efetividade do acompanhamento.

Diante desse cenário, fica evidente que a política pública tem sido desenvolvida de maneira precária e ineficiente, tornando-se, neste contexto, inevitável questionar: como ficam as crianças e adolescentes, sujeitos que a própria legislação reconhece como prioritários? Como assegurar-lhes a primazia do cuidado no contexto atual?

3. ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA EM FACE DO PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

A priori, torna-se importante salientar que a análise das políticas públicas demanda a compreensão de sua inserção no processo político e social, especialmente no que se refere às dinâmicas que envolvem formulação, implementação e avaliação das ações governamentais. Nesse sentido, Secchi (2017) ressalta que as políticas públicas podem ser compreendidas como diretrizes formuladas para enfrentar problemas públicos coletivamente relevantes, sendo indispensável observar os processos, atores e conjunturas que permeiam sua construção e execução.

No contexto brasileiro, crianças e adolescentes encontram-se amparados pelo princípio da prioridade absoluta, que constitui um dos pilares fundamentais do ordenamento jurídico em matéria de proteção à infância e à juventude. Mais do que um ideal ético ou político, esse princípio possui caráter normativo vinculante, impondo ao poder público obrigações concretas relacionadas à formulação, implementação, financiamento e monitoramento das políticas públicas em áreas essenciais, como saúde, educação, assistência social e justiça.

O artigo 227 da Constituição Federal de 1988 estabelece expressamente que:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.”

³ Seminário Interno para profissionais do CAPSi Niterói, realizado em Agosto de 2025.

Tal comando normativo é reiterado pelo artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que orienta a formulação de políticas públicas, a destinação de recursos e a atuação das instituições responsáveis pelo atendimento infantojuvenil. A promulgação do ECA em 1990, alicerçada na Doutrina da Proteção Integral, deve ser compreendida como um marco civilizatório, por reposicionar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos plenos, impondo à família, ao Estado e à sociedade o dever inalienável de garantir sua dignidade, cidadania e desenvolvimento integral.

Entretanto, o percurso histórico demonstra que o compromisso governamental com a efetivação do princípio da primazia da infância e adolescência foi constantemente relegado a segundo plano. Um exemplo emblemático dessa inclusão tardia consiste na instituição dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) apenas em 2002, por meio da Portaria GM/MS nº 336/2002, doze anos após a promulgação da Lei 8.069/90, que eleva crianças e adolescentes a condição de sujeito de direitos. Tal lapso temporal evidencia a histórica marginalização das demandas infantojuvenis, sobretudo, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Essa negligência estatal é agravada pela ausência de recursos consistentes e contínuos destinados a garantir a execução das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes. Em áreas como a saúde mental, por exemplo, não há garantias mínimas de recursos orçamentários específicos, o que denota descaso com uma parcela da população particularmente vulnerável.

Nesse ponto, a concepção de Dye (2017) mostra-se pertinente ao afirmar que a política pública representa aquilo que os governos decidem fazer ou deixar de fazer, refletindo diretamente os interesses dos grupos de poder. A ausência de investimentos em saúde mental infantojuvenil não pode ser interpretada senão como uma decisão política que, ao priorizar outras agendas, ignora o mandamento constitucional da primazia da infância e adolescência. Para Dye, os gastos governamentais constituem um dos principais indicadores das prioridades de um governo, de modo que a omissão orçamentária revela a marginalização de direitos fundamentais.

O princípio da prioridade absoluta não deixa margem para relativizações: ele impõe que crianças e adolescentes sejam tratados com primazia nas decisões orçamentárias, administrativas

e políticas. A inobservância desse princípio representa, portanto, não apenas uma falha administrativa, mas uma violação do próprio pacto constitucional.

A discussão, portanto, ultrapassa a dimensão meramente técnica e adentra o campo ético e axiológico da ação governamental. Como observa Merino (2008), toda política pública envolve inevitavelmente uma afirmação de valores, tornando-se evidente que as decisões estatais refletem escolhas baseadas em compromissos, ideologias e disputas de poder. Anderson (2011) complementa que, ainda que múltiplos fatores influenciem a tomada de decisão, esta deve ser balizada pela legalidade, ou seja, pela conformidade com a Constituição, os estatutos e as decisões judiciais.

A cobertura populacional dos CAPSi permanece insuficiente. De acordo com a legislação deve-se ter um CAPSi para cada 150. 000 habitantes, mas essa meta ainda não foi alcançada de forma uniforme no Brasil. Inclusive, de acordo com o Relatório Saúde Mental Em Dados 13ª edição⁴, ainda há regiões no Brasil sem a existência de um sequer equipamento.

Neste prisma, a insuficiência da rede de CAPSi, seja em uma análise de amplitude de equipamentos ou da efetividade dos serviços prestados, compromete diretamente a equidade do sistema, uma vez que a ausência de serviços adequados obriga crianças e adolescentes em sofrimento psicossocial a recorrerem a soluções improvisadas, distantes do ideal de atenção comunitária integrada defendido pela reforma psiquiátrica. Tal disparidade não decorre apenas da limitação de recursos, mas da própria decisão política de não ampliar a cobertura e a efetiva oferta de serviços. Trata-se, portanto, de uma escolha deliberada que representa retrocesso ou estagnação no atendimento a uma população que deveria, por força constitucional, estar no centro das prioridades estatais.

O conflito entre essa realidade e o princípio da prioridade absoluta é evidente. Mais do que uma diretriz aspiracional, tal princípio é um comando normativo vinculante: impõe ao Estado o dever de formular, financiar e monitorar políticas públicas específicas para crianças e adolescentes. Quando a política pública em saúde mental infantojuvenil é tratada como opcional

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 13ª edição, ano VI, nº 13*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados13.pdf. Acesso em: 27 ago. 2025.

ou secundária, o poder público viola não apenas o compromisso constitucional, mas também os fundamentos éticos da doutrina da proteção integral.

“As políticas públicas sempre e invariavelmente envolvem uma afirmação de valores. Ao selecionar um problema (ou uma situação problemática, no sentido de Simon, 1983 e 1997), também se está optando por descartar outros à luz de um sistema de valores explícita ou implicitamente adotado.” (MERINO, 2008, P. 11).

Além da escassez de unidades, observa-se a fragilidade na própria dinâmica de funcionamento dos CAPSi. O Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deveria orientar o cuidado de forma individualizada e contínua, muitas vezes é utilizado de forma protocolar, restrito ao momento de acolhimento, sem posterior revisão crítica. A “alta” dos usuários, por sua vez, constitui tema cercado de indefinições e receios. Esse quadro aponta para um serviço que, sobrecarregado, tende a reproduzir lógicas de asilamento, em contradição com o princípio da reabilitação psicossocial.

A precarização estrutural também se reflete nas condições de trabalho das equipes multiprofissionais. Como anteriormente elucidado, os estudos de Lima et al. (2017) identificam não apenas a insuficiência de financiamento e a demanda superior à capacidade instalada, mas também a fragmentação da comunicação entre profissionais, o que compromete a integralidade da atenção.

Casos empíricos, como o estudo interno realizado no CAPSi Niterói⁵, reforçam essa realidade. Em condições de colapso, os CAPSis passam a assumir funções de pronto-socorro, o que compromete a construção de vínculos e atividades coletivas, caindo em total descrédito da população, que por vezes, sem o serviço, acabam tendo o agravamento do quadro de saúde mental infantojuvenil.

Diante desse cenário, é inegável que a ausência de investimentos consistentes e a precarização da rede de atenção psicossocial infantojuvenil resultam em serviços fragmentados, sobrecarregados e distantes da sua finalidade original. Reverter esse panorama exige um compromisso estatal firme com o princípio da prioridade absoluta, expresso na ampliação e distribuição equitativa de CAPSi, na garantia de financiamento mínimo contínuo, na valorização das equipes multiprofissionais e na implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação

⁵ Vide nota de rodapé nº 4.

permanentes. Somente assim a infância e a adolescência poderão ser, de fato, tratadas como prioridade absoluta, e não como promessa constitucional descumprida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode observar, a história crianças e adolescentes, sobretudo no campo das políticas públicas de saúde mental, se estabeleceram de forma marginalizados no acesso às garantias e à proteção estatal, tratados mais como objetos de intervenção do que como sujeitos de direitos.

A análise da política pública de saúde mental infantojuvenil à luz do princípio da prioridade absoluta evidencia um descompasso entre o robusto arcabouço normativo brasileiro e a realidade da execução. Enquanto a Constituição Federal e o ECA estabelecem parâmetros claros de proteção integral, a efetivação de tais garantias permanece condicionada a escolhas políticas, orçamentárias e institucionais que, reiteradamente, negligenciam os direitos infantojuvenis e relegam a infância e a adolescência a posições secundárias.

O princípio da prioridade absoluta não é recomendação, mas obrigação constitucional e ética, devendo nortear todas as decisões do Estado. Sendo assim, tonar-se imprescindível o aprofundamento analítico da demanda, sobretudo com vistas a fortalecer mecanismos de monitoramento e garantir responsabilização estatal, assegurando integralidade, universalidade e efetividade do cuidado como expressão concreta da cidadania e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMSTALDEN, Ana Luísa; COUTO, Maria Cecília de V.; MOTA, Maria Lúcia. *A criança e o adolescente como sujeitos de direitos: reflexões sobre a política de saúde mental*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 3, p. 589-598, 2010.

ANDERSON, James E. *Public policymaking: an introduction*. 7. ed. Boston: Wadsworth Cengage Learning, 2011.

BARROS, Denise; BERNARDO, Luiz. *A precarização do SUS e seus efeitos nas políticas de saúde mental*. Revista de Saúde Coletiva, v. 27, n. 2, p. 451-468, 2017.

BIRKLAND, Thomas A. *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. 5. ed. New York: Routledge, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: . Acesso em: 27 ago. 2025.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: . Acesso em: 27 ago. 2025.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define diretrizes para os CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre redes do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 13ª edição. Brasília: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2015.

CÉZAR, Marlene; MELO, Ana. *O trabalho em equipe no CAPS: desafios e possibilidades*. Psicologia em Estudo, v. 23, n. 1, p. 12-23, 2018.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. *A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008.

COUTO, Maria Cecília de V. *Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: políticas públicas e cidadania*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COUTO, Maria Cecília de V.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais e perspectivas futuras*. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

DRUCK, Graça. *Terceirização no setor público: precarização do trabalho e perda de direitos*. Cadernos CRH, v. 29, n. 77, p. 9-27, 2016.

DYE, Thomas R. Understanding public policy. 13. ed. Boston: Pearson, 2017.

LASSWELL, Harold D. The policy orientation. In: LERNER, Daniel; LASSWELL, Harold D. (orgs.). *The Policy Sciences: recent developments in scope and method*. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, Maria et al. *Desafios da atenção psicossocial: estudo de caso em CAPS no Nordeste*. Revista Saúde em Debate, v. 41, n. 113, p. 105-118, 2017.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

MERINO, Mauricio. *Políticas públicas y democracia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.

MOROSINI, Marcia et al. *A precarização do trabalho no SUS: impactos e perspectivas*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 167-176, 2020.

NOBRE, V.; ROSA, D. *Monitoramento do Orçamento da Saúde: Saúde Mental*. Boletim IEPS n. 7. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-07-2023/>. Acesso em: 15 maio. 2025.

REIS, Alberto Olavo Advincula et al. *Breve história da saúde mental infantojuvenil*. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

REIS, A. O. A.; SILVEIRA, C.; SILVA, T. R. *A infância e a adolescência no discurso psiquiátrico: uma leitura histórico-crítica*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

RUA, Maria das Graças. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Izabel Valladão de (org.). O estudo da política: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RUA, A. *A distinção entre problema político e estado de coisas no campo das políticas públicas*. In: COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

RUAS, João. *Sucateamento da saúde mental: estudo de CAPS em Campinas*. Revista Brasileira de Saúde Mental, v. 10, n. 2, p. 55-70, 2018.

SCHECHTMAN, Alessandra; ALVES, Débora. *A luta antimanicomial e a construção da rede substitutiva em saúde mental no Brasil*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 319-327, 2014.

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Aumento de casos de ansiedade entre jovens abre espaço para desafios e iniciativas de prevenção. Jornal da USP, São Paulo, 2025. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/aumento-de-casos-de-ansiedade-entre-jovens-abre-espaco-para-desafios-e-iniciativas-de-prevencao/>. Acesso em: 14 maio 2026.

VANELLI, Morgana Ieda; GUAZZINA, Felix Miguel Nascimento. *A alta percebida por profissionais de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil*. Psi UNISC, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 1, p. 280-300, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v8i1.18513>. Acesso em: 15 maio. 2025.