

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

**PRODUÇÃO DO COMUM E POLÍTICAS DE SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIS: CONVERGÊNCIAS E
DISTANCIAMENTOS**

Laura Sanches Rocha

São Carlos

2025

Laura Sanches Rocha

PRODUÇÃO DO COMUM E POLÍTICAS DE SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIS: CONVERGÊNCIAS E
DISTANCIAMENTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental, da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

Orientadora: Prof^a Dr^a Sabrina Helena Ferigato

São Carlos

2025

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001



DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para os devidos fins, que **Laura Sanches Rocha**, em 24/02/2025, defendeu a Dissertação de Mestrado intitulada "Produção do Comum e Políticas de saúde mental infantojuvenis - convergências e distanciamentos", tendo sido APROVADO(A).


DECLARAMOS ainda que a Comissão Julgadora foi constituída pelos seguintes membros:

Membros efetivos:

Prof(a) Dr(a) Sabrina Helena Ferigato, orientador(a) e presidente	PPGTO/UFSCar
Prof(a) Dr(a) Juliana Araújo Silva	UFRJ
Prof(a) Dr(a) Maria Fernanda Barboza Cid	PPGTO/UFSCar

Esta declaração tem validade de até 60 dias, período que o(a) aluno(a) dispõe para entrega da versão final de sua dissertação.

São Carlos, 24/02/2025

Documento assinado digitalmente
 **LUZIA IARA PFEIFER**
Data: 05/02/2025 11:27:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Coordenação do PPGTO/UFSCar

*Para Sophia, Francisco, Melanie
e todas as crianças e adolescentes
que acompanho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Terreiro de Umbanda Caboclo Akuan, local sagrado de muita fé, que fortalece, ampara e cuida de dezenas de pessoas, inclusive de mim. É neste espaço que o reencantamento com a magia e o mistério da vida se manifesta e as coisas ganham sentido. Lá, todos nós ganhamos fôlego.

Agradeço à minha mãe por ser meu exemplo maior em tudo, minha referência e minha melhor amiga. Agradeço ao meu pai, meu irmão, meus avós maternos e nosso cachorrinho Zeca por serem minha amada família em Franca.

Agradeço ao Breno e nossa cachorrinha Kiara por serem a família que estamos construindo com muito amor e cumplicidade. Vocês são meu refúgio e minha fonte de alegria diária em Campinas e onde mais estivermos.

Agradeço aos meus sogros e minha cunhada pelo amor e carinho que sempre oferecem a mim, seja através de chamadas de vídeo ou juntos em sua casa em João Pessoa.

Agradeço à equipe de profissionais do CAPSij Paulínia, mulheres com quem divido as responsabilidades de um trabalho tão digno e delicado. Tenho muita admiração e orgulho do que fazemos. Essa dissertação é também fruto da nossa luta diária. Agradeço especialmente às coordenadoras Mariana e Valéria por viabilizarem meus deslocamentos semanais para as aulas em São Carlos.

Agradeço aos pacientes e familiares que acompanho neste mesmo serviço. Vocês ampliam a forma como vejo o mundo, me atravessam, geram questionamentos e trazem ensinamentos e desafios todos os dias, aterrando meus pés no chão.

Agradeço à minha orientadora prof^a Sabrina Ferigato, pela generosidade, ética e competência ímpares. Com você, o caminho acadêmico é mais leve, alegre e bonito de trilhar.

Agradeço à banca de qualificação e defesa, prof^a Maria Fernanda Barbosa Cid e prof^a Juliana Araújo Silva, pela dedicação, comprometimento, parceria e orientações fundamentais para nutrir minha motivação em seguir com a pesquisa e aprimorá-la.

Agradeço à UFSCar, ao Departamento de Terapia Ocupacional e ao Laboratório LaFolia por me receberem enquanto aluna e pesquisadora e por fomentarem a produção de conhecimento no e pelo SUS.

*Deve ter alamedas verdes
A cidade dos meus amores
E, quem dera os moradores
E o prefeito e os varredores
E os pintores e os vendedores
As senhoras e os senhores
E os guardas e os inspetores
Fossem somente crianças.*

(Chico Buarque - "Os Saltimbancos")

RESUMO

As políticas públicas de saúde mental infantojuvenis no Brasil têm uma história de institucionalização recente que remonta aos últimos vinte e cinco anos. O cuidado em saúde mental para infância e adolescência vem sendo, desde então, firmado sob a compreensão de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e a garantia de seu cuidado em liberdade, seguindo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos. Em paralelo a isso, o conceito interdisciplinar da “produção do comum” vem ganhando notoriedade enquanto um princípio político que visa se opor ao modo de vida neoliberal e capitalista. Esse conceito, inspirado pela Filosofia da Diferença, já vem sendo trabalhado no campo da Saúde Coletiva, enfatizando práticas coletivas, comunitárias e participativas e pode dialogar com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa pesquisa busca traçar uma ponte entre as políticas de saúde mental infantojuvenis e o conceito de produção do comum, identificando, através dos discursos presentes nos principais documentos que regem as políticas, possíveis correlações, seja com propostas potencialmente indutoras ou potencialmente supressoras de produção do comum. O projeto tem como objetivo geral analisar de que forma a produção do comum se correlaciona com as políticas federais de saúde mental para crianças e adolescentes. Para tanto, propõe-se como objetivos específicos: a) mapear e analisar documentos oficiais que respaldam as políticas de saúde mental infantojuvenis no Brasil, e b) identificar as correlações entre os enunciados que orientam as políticas públicas de saúde mental infantojuvenis e a produção do comum. A fim de alcançar tais objetivos, utiliza-se a metodologia da análise documental, realizada nas seguintes etapas: levantamento dos principais documentos a serem analisados, leitura flutuante, leitura seletiva, categorização dos trechos selecionados e análise descritiva e reflexiva dos dados. Os resultados preliminares apontam diálogos possíveis entre os discursos das políticas de saúde mental infantojuvenis e a produção do comum, que foram sistematizados em 2 eixos: (1) Discursos potencialmente indutores do comum (incluindo temas como Garantia de direitos, Inserção social, Controle social, Território, Trabalho e articulação de redes, Propostas de cuidado em coletivos, Intersetorialidade, Acesso universal aos serviços, Trabalho colaborativo, Saúde enquanto produção, Autonomia do sujeito, Integralidade, Fomento ao trabalho em equipe e Horizontalidade) e (2) Discursos potencialmente supressores do comum,

que incluem práticas e discursos que podem suprimir as práticas comunizadoras (como o Risco de patologização das infâncias e adolescências e o Trabalho segmentado em seu processo). Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para a qualificação das políticas intersetoriais voltadas para as infâncias e adolescências, para os campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, bem como para o núcleo da Terapia Ocupacional.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Política de Saúde. Análise Documental. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT:

Public policies for child and adolescent mental health in Brazil have a recent history of institutionalization, dating back approximately the last twenty-five years. Since then, mental health care for children and adolescents has been shaped by the understanding of these individuals as subjects of rights and by the guarantee of their care in freedom, following the principles of the Psychiatric Reform and Human Rights. In parallel, the interdisciplinary concept of the “production of the common” has gained prominence as a political principle aimed at opposing the neoliberal and capitalist way of life. This concept, inspired by the Philosophy of Difference, has been explored in the field of Collective Health, emphasizing collective, community-based, and participatory practices, and it may enter into dialogue with the assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform. This research seeks to build a bridge between child and adolescent mental health policies and the concept of the production of the common, identifying, through the discourse present in key policy documents, possible correlations—whether potentially conducive to or suppressive of the production of the common. The general objective of this project is to analyze how the production of the common correlates with federal mental health policies for children and adolescents. To this end, the following specific objectives are proposed: (a) to map and analyze official documents that support child and adolescent mental health policies in Brazil; and (b) to identify correlations between the statements guiding public mental health policies for children and adolescents and the production of the common. To achieve these objectives, a document analysis methodology is employed, structured in the following stages: identification of the main documents to be analyzed, floating reading, selective reading, categorization of selected excerpts, and descriptive and reflective data analysis. Preliminary results indicate possible dialogues between the discourses of child and adolescent mental health policies and the production of the common, which were systematized into two axes: (1) Discourses potentially conducive to the common (including topics such as Guarantee of rights, Social inclusion, Social control, Territory, Work and network articulation, Collective care proposals, Intersectoriality, Universal access to services, Collaborative work, Health as a process of production, Subject autonomy, Comprehensiveness, Support for teamwork, and Horizontality); and (2) Discourses potentially suppressive of the common, which include practices and narratives that may inhibit common-

producing practices (such as the Risk of pathologizing childhood and adolescence, and Fragmented work processes). It is expected that the results of this research will contribute to the improvement of intersectoral policies aimed at children and adolescents, to the fields of Mental Health and Collective Health, as well as to the field of Occupational Therapy.

Key-words: Mental Health. Psychosocial Care. Health Policy. Document Analysis. Occupational Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nuvem de palavras com os temas abordados nos resultados da análise documental.....	61
Figura 2 – Gráfico de frequência dos temas abordados.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos documentos analisados.....	45
Quadro 2: Destaques das Leis e Portarias com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.....	47
Quadro 3: Destaques do documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.....	51
Quadro 4: Destaques do documento “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.....	53
Quadro 5: Destaques do documento “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.....	55
Quadro 6: Destaques das Leis e Portarias com discursos potencialmente supressores da Produção do Comum.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA - Análise do Comportamento Aplicada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

DOU - Diário Oficial da União

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

GM - Gabinete do Ministro / Gabinete da Ministra

IS - Integração Sensorial

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MLA - Movimento da Luta Antimanicomial

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

Apresentação	16
Capítulo 1: Contextualização teórica	20
1.1 As Políticas de Saúde Mental infantojuvenis	20
1.2 Os serviços de saúde mental no Brasil na atualidade	26
1.3 A Produção do Comum	30
1.4 A Infância no tecido social	33
1.5 Objetivos.....	38
1.5.1. Objetivo geral.....	38
1.5.2 Objetivos específicos.....	38
Capítulo 2: Percurso Metodológico	39
2.1 Metodologia da Pesquisa	39
2.2 Procedimentos Metodológicos.....	40
2.3 Coleta, tratamento e análise dos dados.....	41
Capítulo 3: Resultados e Discussão	44
3.1 Apresentação dos Resultados.....	44
3.2 Discussão	57
3.2.1 Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores.....	60
3.2.2 Eixo Temático B: Discursos Potencialmente Supressores	68
Considerações Finais.....	72
Referências bibliográficas	74

Apresentação

*Mesmo que o mundo fosse se desintegrar amanhã,
ainda assim plantaria minha macieira.*

Martinho Lutero

Esse estudo é fruto de inquietações e indignações que precisavam tomar forma e expressar-se de modo a produzir algo construtivo. Os questionamentos que impulsionaram a realização deste mestrado não se encerram com a conclusão do mesmo, mas organizam-se de maneira estratégica para fortalecer a necessidade de persistir em práticas de cuidado em saúde mental sensíveis às necessidades das crianças e adolescentes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

São tempos muito exigentes. Acredito que foi em busca de uma rota de fuga que a temática do Comum me atraiu e ocupou espaço central na pesquisa aqui apresentada. Esse estudo trata de analisar as políticas nacionais de saúde mental infantojuvenil à luz do referencial teórico da “Produção do Comum”, tema interdisciplinar que tem ganhado força em diversas áreas como a Filosofia, Sociologia, Economia, Ecologia, Geografia, Saúde Coletiva e outros campos das Ciências Humanas, das Ciências da Natureza, da Comunicação e da Saúde.

O conceito de “comum”, no qual nos aprofundaremos na etapa teórica desta dissertação, em linhas gerais se refere a tudo aquilo que só existe quando compartilhado, ou seja, compreendendo o comum enquanto uma produção e não uma qualidade dada a priori. Entendemos, baseado em Dardot e Laval (2017), que é por meio da atividade e implicação com algo que aquilo pode se tornar “comum”.

A princípio, o projeto dessa pesquisa traçava um caminho metodológico de imersão em campo e análise de cenas de produção do comum em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) que, por conveniência, seria o serviço onde já atuo como terapeuta ocupacional desde 2022. Essa abordagem visava uma tentativa de aproximação da produção do comum com as práticas de cuidado pautadas na Atenção Psicossocial acompanhando a rotina de um serviço de saúde mental. Através de uma imersão cartográfica, analisaríamos como os processos de trabalho podem favorecer ou obstruir práticas “comunizadoras”, ou seja, aquelas que produzem possibilidades de encontros, presença, engajamento e vivências de pertencimento no coletivo.

O projeto inicial precisou ser reformulado quando encontrou entraves na Secretaria Municipal de Saúde. Durante os trâmites para obtenção de autorização de pesquisa em campo, houve um lapso temporal de seis meses entre a formalização do pedido aos órgãos competentes do município e o retorno com uma negativa, apesar de meus insistentes contatos para dar celeridade e clareza ao processo. Não soubemos ao certo a razão para a lentidão, tampouco para a recusa em aprovar a realização da pesquisa *in loco*, mas a dificuldade de comunicação com os profissionais responsáveis pelo trâmite institucional e a pouca transparência durante o processo foram suficientes para que o percurso de pesquisa precisasse ser recalculado, já nos fornecendo pistas sobre as dificuldades de relação intersetorial encontradas em âmbito local, no caso, as dificuldades entre a Educação e a Saúde, setores fundamentais para a formulação e implementação de Políticas Públicas de Saúde Mental infantojuvenis.

O projeto foi reescrito para a realização de um trabalho teórico, considerando o prazo enxuto do mestrado e almejando a possibilidade de desenvolvermos a pesquisa com maior autonomia, sem depender das temporalidades e das autorizações dos comitês avaliadores. Manteve-se o que eu considerava central no estudo: a temática da produção do comum no campo da saúde mental infantojuvenil. O objeto da pesquisa passou a ser as Políticas de Saúde Mental para crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), documentos oficiais que norteiam o cuidado a essa população no SUS. A partir da seleção inicial desses materiais, objetivou-se analisá-los a fim de compreender como as políticas de saúde mental infantojuvenis podem dialogar e favorecer práticas de produção do comum e o quanto podem se distanciar desse referencial, obstruindo as possibilidades de manifestação de práticas “comunizadoras”. O comum não é um conceito que compõe o bojo de referenciais teórico da Reforma Psiquiátrica que contribuíram para fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental, mas a meu ver, dialoga diretamente com princípios e práticas da Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial a partir da interface entre Filosofia e Ciências da Vida.

Foi refletindo sobre essas questões e sobre meus próprios processos de trabalho que realizamos o presente estudo, intitulado: “*Produção do Comum e Políticas de saúde mental infantojuvenis - convergências e distanciamentos*” como requisito mínimo para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

da Universidade Federal de São Carlos sob a orientação da Prof^a Dr^a Sabrina Helena Ferigato.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro deles é o capítulo conceitual que trata da contextualização teórica dessa dissertação. Nele, são apresentados os referenciais da Atenção Psicossocial e um breve resumo da trajetória do desenvolvimento das políticas de saúde mental infantojuvenis no Brasil e sua atual organização. É também neste capítulo que apresentamos o ‘Comum’ enquanto conceito e prática política, com destaque para alguns de seus pensadores como Michael Hardt, Antonio Negri, Pierre Dardot e Christian Laval. Já para ancorar a compreensão da infância no âmbito social e sua relação com as políticas públicas, apresentamos o referencial teórico da Sociologia da Infância, especialmente as contribuições de Jens Qvortrup.

O segundo capítulo aborda o percurso metodológico da pesquisa, apresentando o referencial teórico e as etapas para a realização deste trabalho, que consistiram em uma seleção dos documentos que comporiam o objeto de estudo da pesquisa e sua posterior organização, leitura, sistematização e análise. A metodologia utilizada para o desenvolvimento dessa pesquisa foi a análise documental. Foram analisados sete documentos, entre Leis Federais e Portarias, que compõem as normas organizacionais e deliberativas para o funcionamento da Atenção Psicossocial infantojuvenil. A análise e tratamento dos dados se baseiam em pressupostos metodológicos da Análise de Conteúdo de Bardin e nos pressupostos teóricos da Atenção Psicossocial e da Filosofia da Diferença.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados e as discussões obtidas através da análise dos dados. Nesta etapa da produção textual se desenvolvem as relações entre a produção do comum e as políticas de Atenção Psicossocial no contexto infantojuvenil.

E finalmente, o trabalho se encerra com as considerações finais, nas quais são apresentadas as conclusões da pesquisa, bem como suas limitações e sugestões para futuros estudos. Ao final do texto, estão descritas as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho.

Considero esta dissertação uma produção científica artesanal, pois foi sendo moldada na interação entre distintos referenciais teóricos, similar a uma colcha de

retalhos que vai ganhando forma com tecidos diversos, ou a uma pintura em aquarela, composta por diferentes tons na interação entre água e pastilhas coloridas, em uma rigorosa escavação documental. Ela é fruto das tormentas da minha própria trajetória profissional em saúde mental infantojuvenil, trabalho que me motiva e com o qual aprendo constantemente. Foi escrita com a intenção de promover reflexões sobre esse campo tão caro à terapia ocupacional. Boa leitura.

Capítulo 1: Contextualização teórica

*Com enfado, o clínico se dirigiu ao menino:
— Dói-te alguma coisa?
— Dói-me a vida, doutor.
(Mia Couto – “O menino que escrevia versos”)*

1.1 As Políticas de Saúde Mental infantojuvenis

As políticas de saúde mental infantojuvenis no Brasil tem uma história de institucionalização recente, cujo início de seu desenvolvimento e incorporação à agenda das políticas públicas se deu efetivamente a partir do começo do século XXI, sendo este um percurso relativamente tardio quando comparado ao percurso da população adulta. Antes disso, crianças e adolescentes com transtornos mentais eram prioritariamente atendidos pelos setores da educação e assistência social, que ofertavam propostas assistenciais excludentes e disciplinadoras, muitas vezes em detrimento das reais necessidades dessa população (Fernandes et al., 2020, Taño; Matsukura, 2015). Tudo isso, no solo de uma história coletiva marcada por traumas profundos, incluindo infâncias e famílias indígenas dizimadas, desterritorializadas e crianças afrodescendentes escravizadas e/ou separadas de suas famílias, alijadas de direitos básicos nos longos séculos de escravização e colonização brasileira, lançadas à sua própria sorte com o fim legal da escravidão. A falta de uma política de atenção às reais necessidades de crianças e adolescentes na saúde mental produziu práticas de violência, exclusão e total desamparo (Brasil, 2014, Couto; Delgado, 2015, Taño; Matsukura, 2015).

Para a melhor compreensão a respeito das políticas de saúde mental de crianças e adolescentes, cabe retomar brevemente o campo de estudos da psicopatologia infantojuvenil. De acordo com Reis et al. (2010), o desenvolvimento da psicopatologia infantojuvenil no mundo se organizou a partir de duas bases teóricas distintas, sendo a primeira a “projeção do sistema psicopatológico adulto sobre o universo infantil” (p. 110), prática denominada de “adultomorfismo” e, a segunda, que classificava as psicopatologias da infância centrando-se no desempenho intelectual. A partir da temática da incapacidade intelectual, os primeiros diagnósticos genuínos da psicopatologia infantil classificavam os pacientes em três grupos:

- os “idiotas”, aqueles incapazes de adquirir o domínio da linguagem;

- os “imbecis”, capazes de se comunicarem oralmente, mas sem adquirir o domínio da leitura e escrita;
- e os “débeis”, aqueles capazes de falar, ler e escrever, mas ainda possuindo capacidades intelectuais inferiores à outras pessoas (Reis et al., 2010).

A ideia da classificação diagnóstica a partir do déficit intelectual se estendeu também para os adolescentes, porém em uma lógica que os associava à figura da delinquência, posto que a problemática dirigida a esta parcela da população não era mais da dimensão escolar e pedagógica, mas sim dos distúrbios da ordem social. Apesar de indiscutivelmente redutora e limitante, tal nosografia foi fundadora de um direcionamento para a psiquiatria e a psicopatologia infantojuvenil, capaz de estabelecer sua diferenciação frente ao adultomorfismo e distinguir seu campo de estudos e especificidade (Reis et al., 2010).

Algumas iniciativas de nomes como Itard, Bourneville, Montessori, e posteriormente de Pestalozzi e Piaget contribuíram decisivamente para a construção do campo da saúde mental infantojuvenil. Entretanto, há de se destacar a obra inédita e histórica de Leo Kanner, cujo estudo descritivo sobre o funcionamento de uma criança autista em uma publicação de 1943 constituiu um divisor de águas para o campo, inaugurando uma dupla ruptura com as propostas diagnósticas da psicopatologia da época, pois até aquele momento, as crianças autistas estavam submetidas à classificação nosográfica baseada no déficit intelectual (Taño, Matsukura. 2015). Inaugura-se de forma mais precisa a Psiquiatria Infantil. Reis et. al. afirmam:

(...) de um lado, [Leo Kanner] descreve um transtorno grave, próprio da criança, sem procurar correspondência no universo psicopatológico do adulto e, de outro lado, abre um espaço para considerações de ordem da psicopatologia infantil na independência dos fenômenos de déficit intelectual (2010, p. 115).

No Brasil, o desenvolvimento desse campo encontrou similaridades ao que vinha acontecendo mundialmente, porém guardou diferenças frente ao projeto de sociedade que estava sendo construído no país. Durante o período colonial, são poucas as referências a qualquer tipo de assistência à saúde mental infantojuvenil. A estruturação desse campo de estudos, intervenção e cuidados passa a ter registros sistematizados a partir do surgimento das primeiras teses em psiquiatria e psicologia por

pesquisadores nacionais e também após a criação do Hospício Dom Pedro II, em 1852, primeiro hospital psiquiátrico brasileiro (Taño; Matsukura, 2015, Ribeiro, 2006).

A institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil perdurou enquanto modelo assistencial por oito décadas durante o século XX e foi realizada por instituições do campo da assistência social e filantropia. Diferentemente do que se deu no campo da saúde mental com a população adulta que, indiscutivelmente foi segregada, internada e violada em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2011; Arbex, 2013), a população infantojuvenil teve a internação em educandários e reformatórios enquanto principal proposta de intervenção pelo Estado brasileiro. A tutela do Estado sobre crianças e adolescentes promoveu, nos anos 1920, a construção de um modelo de assistência filantrópico cuja premissa era o controle e a proteção social, voltado especialmente à população pobre, autora de atos infracionais, com deficiências ou transtornos mentais. Durante décadas, essas intervenções foram utilizadas incessantemente, tornando-se a principal resposta para as problemáticas sociais que envolviam crianças e adolescentes pobres e vulneráveis. A criação do Pavilhão Bourneville, em 1904, no Hospital Nacional de Alienados e do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil no Engenho de Dentro (RJ) em 1942, bem como o confinamento de crianças registrados em imagens do Hospício de Barbacena foram marcos históricos no campo da psiquiatria infantojuvenil, mas não eram serviços ou propostas assistenciais predominantes para o cuidado ofertado à referida população (Arbex, 2013, Couto; Delgado, 2015, Taño; Matsukura, 2015).

Os modos de intervenção baseados na institucionalização foram sustentados também por um complexo aparato médico-jurídico que fundamentavam as ações do Estado e os meios escolhidos para colocá-las em prática (Couto; Delgado, 2015). O Movimento de Higiene Mental, por exemplo, tinha como pilar de suas ações a aposta na prevenção e educação em saúde, mas acabava por validar as intervenções baseadas no isolamento e institucionalização quando se deparava com casos para os quais os métodos de prevenção falhavam. Durante a década de 1920, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), um marco na história da psiquiatria infantil no Brasil, por ser a primeira entidade assumidamente preocupada com o desenvolvimento mental da população brasileira, incluindo a infância. Através de ações assistenciais de caráter repressivo e de viés eugenista, a LBHM atuou junto às crianças e suas famílias

influenciando o modo de organização familiar e veiculando a ideia de que as orientações médicas adequadas são capazes de prevenir os desvios de conduta, as insanidades e a delinquência (Couto; Delgado, 2015, Taño; Matsukura, 2015).

A ideologia propagada pela LBHM encontrou eco na proposta jurídica que instituiu o Código de Menores de Melo Mattos, em 1927, fornecendo amparo legal para a constituição da categoria social do “menor”, definindo uma legião de crianças e adolescentes retirados da tutela familiar e colocados sob tutela do Estado, em prol da proteção da infância. Com devido respaldo jurídico, fortaleceram-se e justificaram-se as ações higienistas que separavam crianças em risco do seu meio familiar (Reis et al., 2010). Como afirmam Couto e Delgado:

A convergência desses dois discursos – o jurídico e o médico – deu a tônica e fundamentou as políticas assistenciais nos primeiros tempos da República, influenciando decisivamente as ações do poder público dirigidas às crianças e aos adolescentes (2015, p. 26).

Assim sendo, as ações de assistência à infância e adolescência no Brasil, durante boa parte do século XX, estiveram baseadas em propostas que culminaram em modos de cuidado geradores de privação de liberdade e violação de direitos, com forte apelo médico e jurídico (Taño; Matsukura, 2015).

O comprometimento com as crianças e adolescentes passou por alterações que transformaram a conformação do Estado antes baseada na tutela, disciplinarização e segregação em propostas de assistência baseadas nos princípios da educação, proteção e do cuidado em liberdade. A década de 80 do século passado inaugurou um período de mudanças profundas no que diz respeito às políticas instituídas para a infância e adolescência no país. Política é aqui entendida a partir da definição proposta por Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2010) como:

o conjunto de princípios, diretrizes e normas que regulamentam as práticas sociais e a gestão dos bens públicos, em função de um bem individual e coletivo (seja a saúde, a educação, a justiça, a cultura, etc.) – é fruto do reconhecimento e da afirmação dos direitos e das necessidades dos sujeitos. Portanto, toda Política, no Estado Democrático de Direito, é fruto de um processo histórico e de construção para a superação de vácuos ou de regulamentações para garantir e proteger os direitos humanos fundamentais (p. 33).

Essas políticas foram resultados das emergentes discussões mundiais a respeito dos direitos humanos e contribuíram para uma nova concepção de proteção para

infância e juventude. Dois marcos legais fundamentais para a renovação dessa concepção foram a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, a nível mundial, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989 e a promulgação, a nível nacional, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. Ambos os acontecimentos ajudaram a estabelecer condições jurídicas para o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. No Brasil, o ECA é o principal marco legal que estabeleceu condições de cidadania para a infância e adolescência brasileira, substituindo o Código de Menores e inaugurando um momento ético-político para a regulação de políticas que tenham como concepções fundamentais a noção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. A doutrina de proteção integral instituída pelo ECA rege, desde então, todas as políticas públicas voltadas à infância e adolescência (Brasil; 2005, 2014; Couto; Delgado, 2015).

A renovação das funções do Estado brasileiro para com crianças e adolescentes com transtornos mentais foi possibilitada pela conjuntura de eventos históricos no campo da saúde que tinham como pano de fundo o processo de redemocratização do Brasil pós-ditadura e a promulgação da Constituição de 1988, promovendo mudanças no papel do Estado enquanto garantidor de direitos para a população como um todo. A Reforma Sanitária, que teve como evento notório a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a consequente proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, estabeleceu os princípios e diretrizes para um novo sistema público de saúde, de base territorial, descentralizado, universal, com atendimento integral e participação popular (Couto; Delgado, 2015; Paim; 2009).

Além disso, movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978 e posteriormente o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) catapultaram o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), criando estratégias de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e novas formas de cuidado em saúde mental, tendo como horizonte o fim dos manicômios e o estabelecimento de outro lugar social para a loucura (Amarante; Nunes, 2018; Brasil, 2014; Couto; Delgado, 2015).

Entretanto, apesar dos marcos legais e o contexto histórico e social, novos avanços nas políticas de saúde mental infantojuvenis no Brasil só foram amplamente debatidos no início do século XXI, com destaque para a III Conferência Nacional de

Saúde Mental (CNSM) (Brasil, 2002a), evento que priorizou o tema e aprofundou o debate sobre os cuidados ofertados às crianças e adolescentes com transtornos mentais. As deliberações advindas da III CNSM promoveram a integração das propostas de saúde mental já pautadas pela RP e as necessidades da população infantojuvenil, que passaram a ser compreendidas como sujeitos psíquicos e com direitos de atendimento nos serviços substitutivos que, posteriormente, viriam a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A mobilização da III CNSM contribuiu para a efetivação de políticas públicas tendo em vista que, apenas dois meses após o evento, foi publicada a portaria 336/2002 que estabelece as tipologias de CAPS, inclusive o tipo “infantil”¹, voltado exclusivamente para o atendimento de crianças e adolescentes (Brasil, 2002b). Esta foi a primeira portaria do SUS com orientações para o campo da saúde mental infantojuvenil. Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil composto por setores do governo e da sociedade civil, objetivando construir coletivamente as bases, princípios e diretrizes de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. A criação dos CAPSij e do Fórum foram as primeiras ações do Estado brasileiro para o enfrentamento das reais necessidades em saúde mental para a referida população (Couto, Delgado; 2015, Fernandes et al., 2020).

A inserção da pauta da saúde mental infantojuvenil no debate público, apesar de tardia e fortemente dependente dos movimentos que a antecederam, como as Reformas Psiquiátrica e Sanitária no campo da saúde e da promulgação do ECA no campo jurídico e dos direitos humanos, trouxe uma nova compreensão a respeito do sofrimento psíquico na infância e adolescência e propostas políticas que inauguraram possibilidades de cuidado a essa população. A atual política busca superar a histórica prática institucionalizante, antes baseada em um ideário higienista que contribuiu para o quadro de abandono e exclusão ao qual milhares de crianças e adolescentes ficaram submetidos nos interiores de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos por todo o Brasil (Amstalden, Hoffmann, Monteiro; 2010).

¹ No presente estudo será adotado a terminologia CAPS infantojuvenil (CAPSij) para se referir ao serviço de atenção psicossocial destinado à crianças e adolescentes e não apenas CAPS infantil, como cunhado na Portaria 336/2002. Essa prática já é adotada pelo município de São Paulo através da Portaria 2375/2016, como forma de reconhecer as necessidades da população adolescente nos respectivos serviços.

1.2 Os serviços de saúde mental no Brasil na atualidade

Atualmente o paradigma da Atenção Psicossocial rege as políticas de saúde mental que vêm sendo construídas no Brasil desde meados dos anos 1980. Este paradigma se opõe radicalmente ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador, que tinha o manicômio como seu principal local de ação e cujas práticas de segregação, exclusão e violação de direitos resultaram em uma escancarada impotência terapêutica com altos índices de cronificação e iatrogenia de seus pacientes (Costa-Rosa, 2013; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003).

As diversas experiências internacionais que aspiravam transpor a hegemonia teórico-prática do paradigma psiquiátrico vigente até metade do século XX, como a Psiquiatria de Setor francesa, a Psiquiatria Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e especialmente a Psiquiatria Democrática italiana forneceram subsídios e influenciaram fortemente as práticas de saúde mental no contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica. Essas experiências tiveram como base conceitos advindos dos campos da Filosofia da Diferença, da Psicanálise, do Materialismo Histórico e outras bases epistemológicas da Sociologia e da Psicologia e se caracterizaram por um modo radicalmente distinto de conceber as relações terapêuticas e por inaugurar uma ética que se opunha às práticas asilares (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Fernandes et al., 2020). Mais do que uma mera “importação” teórico-prática da experiência da Psiquiatria Democrática italiana, para Morato (2019), a Atenção Psicossocial no Brasil:

(...) parece intitular a própria experiência brasileira de transformação e de conformação de um campo assistencial consequente à somatória de lutas, militâncias, experiências pioneiras emblemáticas e referenciais teórico-práticos (2019, p. 46).

Como afirma Costa-Rosa:

O termo “psicossocial” que designa o paradigma em princípio expressava apenas aspectos psíquicos e sociais secundários à prática psiquiátrica, porém, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições dos movimentos de crítica mais radical à psiquiatria e a elaboração teórica das práticas dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), aspira ao estatuto de conceito, definindo um novo campo da práxis (2013, p. 9).

Portanto, a Atenção Psicossocial sustenta teórica e metodologicamente as políticas públicas de saúde mental no SUS, orientando os processos de trabalho e o modo de funcionamento de seus dispositivos e práticas de cuidado. Enquanto

paradigma, ela busca modificar não somente a maneira como se oferta a assistência em saúde mental, mas transformar o modo como a sociedade se relaciona com as pessoas em sofrimento psíquico e com o tema historicamente estigmatizado da loucura (Fernandes et al., 2020).

No início do século XXI no Brasil, para construir uma lógica substitutiva à lógica manicomial na perspectiva da Atenção Psicossocial foi proposto um conjunto de ações e de serviços públicos de saúde mental responsável por oferecer tratamentos específicos aos usuários com transtornos mentais em seus diversos níveis de complexidade. O processo histórico que culminou com o envio ao Congresso Nacional do projeto de lei de extinção dos manicômios, Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, passou por alterações que modificaram a proposta original, retirando o termo “extinção” e explicitando as acirradas disputas de interesse econômico e valores sociais que operam até hoje no campo da Atenção Psicossocial. Apesar das modificações, a Lei 10.216/2001 se instituiu enquanto política de saúde pública no SUS e criou novas condições para a viabilização de modificações estruturais nas práticas direcionadas à concretização da Atenção Psicossocial enquanto arranjo estruturante da RAPS (Costa-Rosa, 2013; Fernandes et al., 2020).

A Portaria nº 3.088/2011 instituiu a RAPS, promovendo a ampliação e articulação de serviços de base comunitária e inserção territorial, voltados para a saúde de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas desde a atenção primária até a quaternária, organizados em rede. Os objetivos gerais dessa rede são o acesso à Atenção Psicossocial para toda a população, a promoção de vínculo dos usuários e seus familiares aos serviços da rede e a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção da RAPS para a qualificação do cuidado em saúde mental (Brasil, 2014).

A RAPS é organizada nos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Dentre os serviços que compõem a RAPS, há os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS devem acolher

peças com transtornos mentais graves, oferecendo acompanhamento clínico terapêutico e objetivando a participação social desses grupos (Brasil, 2004b).

Os CAPS podem se estruturar de acordo com a quantidade de habitantes do município e horário de funcionamento no qual operam em três formas: CAPS I, II e III. Os CAPS I estão voltados às cidades que comportam entre 20 mil a 70 mil habitantes, enquanto os CAPS II situam-se em municípios com 70 mil a 200 mil habitantes. Ambos funcionam em dias úteis e horário comercial. Já os CAPS III tem funcionamento 24h com ofertas de leito hospitalidade integral e atuam todos os dias da semana. No que diz respeito à organização por demandas, os CAPS podem ser: Adulto – voltado ao cuidado de pessoas com 18 anos ou mais com transtornos mentais e sofrimento psíquico grave e persistente, Infantojuvenil – voltado ao cuidado de crianças e adolescentes com até 18 anos que apresentam transtornos mentais e sofrimento psíquico grave e persistente, e o CAPS AD (álcool e drogas), destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2004b; Taño, 2014).

Em 2017, foi instituído o Caps AD IV, voltado para atendimentos de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, especialmente do crack, por meio da Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Esse serviço seria implantado em municípios com população acima de 500.000 habitantes e capitais de Estados, com organização para atender pessoas de todas as faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes, com funcionamento 24h, contando com no mínimo 10 e no máximo 20 leitos de observação (Brasil, 2023).

Apenas três CAPS AD IV foram implementados em todo o país, respectivamente nos estados do Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e, em 2023, a Nota Técnica nº 02/2023 propôs a revogação da Portaria 3.588/GM de 2017 por entender que a mesma não estaria de acordo com os princípios básicos da RP e por verificar a indução para que os CAPS IV se tornassem serviços hospitalares, comprometendo a finalidade, objetivos e diretrizes da RAPS. Em junho de 2023, a Portaria 3.588/GM de 2017 foi revogada pela Portaria nº 757/GM (Brasil, 2023a; 2023b).

A regulamentação dos CAPSij prevê que eles devem ter capacidade operacional para assistir para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Sua clientela típica são prioritariamente crianças e adolescentes com transtornos mentais

severos, tais como psicóticos, autistas, deficientes intelectuais com comorbidades psiquiátricas, neuróticos graves, pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e outros casos que impossibilitem crianças e adolescentes de estabelecerem laços sociais, realizarem projetos de vida, como situações de alta vulnerabilidade social (Brasil, 2003; Brasil, [s.d]).

Os dados mais recentes do Ministério da Saúde obtidos em outubro de 2024² registraram um total de 323 CAPSij habilitados e em funcionamento em todo o país, distribuídos da seguinte forma: 15 CAPSij na região Centro-Oeste, 66 CAPSij na região Nordeste, 11 CAPSij na região Norte, 60 CAPSij na região Sul e 171 CAPSij na região Sudeste. Acre e Roraima são os únicos estados que não possuem nenhum CAPSij registrado em seus territórios. Na região Sudeste estão localizados os três estados com maior número de CAPSij, sendo eles São Paulo, com 86, Minas Gerais com 46 e Rio de Janeiro com 35 serviços registrados no Ministério da Saúde.

São fortes os argumentos contrários à perversidade das práticas manicomiais e favoráveis à ampliação da clínica e ao processo de cuidado preconizado pela Atenção Psicossocial, produzidos no atendimento por uma equipe multiprofissional em serviços como os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência, os Serviços Residenciais Terapêuticos, as Unidades de Acolhimento, entre outros. (Brasil, 2004b; Campos, 2013). As estratégias de cuidado em saúde mental na perspectiva da Atenção Psicossocial reorganizam territórios geográficos e existenciais, incluindo propostas de cuidado pautadas em ações coletivas tais como grupos terapêuticos, oficinas, eventos norteados pelo preceito da participação social e inserção na comunidade (Brasil, 2015).

Yasui (2010), ao refletir sobre a Atenção Psicossocial e a produção dos atos de cuidar em saúde mental, elabora conceitos-ferramentas que estão em consonância com a Portaria 336/2002, documento do Ministério da Saúde que institui as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. O autor compreende tais conceitos como constituintes do funcionamento e cotidiano dos serviços de saúde mental do SUS, apesar de nem sempre estarem claros e distinguíveis para os profissionais, gestores e usuários. Para além de instrumentos da Reforma Psiquiátrica, os conceitos-ferramentas são instrumentos que provocam reflexão ao campo da saúde como um todo. Yasui (2010) nomeia seis: o ato

² Dados obtidos através de solicitação de acesso à informação pela plataforma “Fala.BR” sob número de Protocolo NUP 25072.059713/2024-42.

de cuidar; o território; a responsabilização; o acolhimento; o projeto terapêutico e a rede intersetorial.

A partir desta perspectiva de cuidado, o paradigma da Atenção Psicossocial e as estratégias da RAPS, em tese, podem dialogar com o referencial teórico da **produção do comum**, conceito advindo do campo da Filosofia da Diferença e que foi se aproximando nos últimos anos do campo da Saúde Coletiva brasileira (Teixeira, 2015; Teixeira *et al.* 2023).

1.3 A Produção do Comum

Para desenvolvermos a compreensão a respeito da produção do comum, convém iniciarmos o raciocínio partindo do conceito propriamente dito. Nos últimos anos, o conceito de “comum” vem ganhando notoriedade e sendo reivindicado em diversas produções, com intuito de resgatar seus significados e se posicionar enquanto uma alternativa contrária aos avanços das políticas neoliberais (Teixeira, 2015). Como afirma Tonucci Filho (2019) em sua crítica às abordagens do comum, este conceito se insere em um campo de debate epistemológico interdisciplinar que atravessa os campos da economia, antropologia, ecologia, direito, geografia, história e, no caso dessa pesquisa, o campo da saúde coletiva e saúde mental.

O comum tem sua origem na palavra inglesa *commons*, normalmente associada a recursos materiais de uso coletivo, como água, terra, ar, e demais dádivas da natureza, e recursos imateriais, como a linguagem, o conhecimento, a informação e outros resultados da produção social. O conceito, portanto, reúne recursos produtivos de interesse global cujos principais problemas se relacionam à sua distribuição, o seu uso, o modo como são geridos e sua sustentabilidade (Teixeira, 2015, Hardt; Negri, 2016). Historicamente, o termo *commons* origina-se dos campos agrícolas europeus cujo cultivo era compartilhado, mas que ao longo do tempo foram cercados e privatizados, passando a ser de uso exclusivo de algumas pessoas e do Estado, configurando a ascensão de uma elite no controle de um recurso produtivo (Hess, Ostrom, 2007; Teixeira, 2015). Não apenas os *commons* da Europa medieval foram destruídos, mas os regimes fundiários das civilizações indígenas das Américas e, atualmente, quase que toda a superfície do planeta Terra, passou pelo processo de delimitação, sendo dividida entre propriedades públicas e privadas (Hardt; Negri, 2016).

Dardot e Laval (2017) em seu livro “Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI” fazem um resgate histórico do conceito no capítulo intitulado “Arqueologia do Comum”. Em sua obra, os autores defendem a ideia do comum enquanto um substantivo, um conceito que afirma um *princípio político*, se afastando da ideia geral de que o comum possa ser um mero adjetivo. Assim sendo, Dardot e Laval não trabalham com a ideia de “bem comum”, pois o comum não é uma qualidade de algo, mas sim um princípio por excelência, a premissa de um raciocínio que fundamenta o que vem depois.

Os autores afirmam o comum como um princípio político, entendendo política enquanto toda forma de “atividade de deliberação pela qual os homens se esforçam para determinar juntos o que é justo, bem como a decisão e a ação decorrentes dessa atividade coletiva” (Dardot & Laval, 2017. p. 616). Neste sentido, a política não é restrita a alguns “especialistas”, mas é competência de todos que desejam participar dos fazeres deliberativos da esfera pública.

Na perspectiva de Dardot e Laval (2017), nada é, *à priori*, comum, pois “são as práticas coletivas que determinam, em última análise, o caráter comum de uma coisa ou conjunto de coisas” (p. 618). Diferenciando-se da origem da palavra *commons*, os autores argumentam que o comum não pode se confundir com a propriedade inerente de algo, portanto não pode tratar-se apenas de um recurso natural, como a água, ou um produto humano, como a linguagem. Para eles, nada é em essência comum, mas se “comuniza” através de atividades coletivas, o que torna o comum algo de natureza processual, mutável e dinâmica. Neste sentido, mais do que pensarmos o comum, é preciso pensar a produção do comum, como um movimento, um gesto, uma **atividade**, que pode se dar através do que os autores chamam de práticas “comunizadoras”. Há comuns de naturezas diversas em função das pessoas que os instituem e se empenham em conservá-lo, portanto:

A natureza e as propriedades da coisa tomada sob o encargo dos atores naturalmente não são indiferentes ao tipo de atividades, mas é sempre a atividade que “comuniza” a coisa, inserindo-a num espaço institucional pela produção de regras específicas relativas a seu encargo (Dardot; Laval, 2017, p. 618).

Em outras palavras, o comum, é produzido por práticas de **participação**. No momento da discussão dos resultados nesta pesquisa, retomaremos essa dimensão do

comum como uma atividade e como práticas de participação, à luz de conceitos terapêuticos ocupacionais.

Assim, entende-se produção do comum a partir da compreensão de que há coisas que só podem ser compartilhadas, ou melhor, que só podem ser *se* compartilhadas (Teixeira, 2015). O conceito de comum define-se por sua consistência experiencial e concreta e constitui um desafio a ser permanentemente enfrentado. É comum o que é vivido como pertencimento no coletivo. Trata-se de conceito político por excelência: é aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos (Kastrup; Passos, 2013).

Um comum não somente como “conjugação de individualidades”, enquanto sinônimo de unidade ou homogeneidade, mas sim como espaço produtivo por excelência, como pura heterogeneidade não totalizável (Pelbart, 2015; Rios et al., 2021). O conceito de comum que interessa a essa pesquisa é aquele que, nas inter-relações, permite à multiplicidade e à variação florescerem, fortalecendo-as e não se sobrepondo às singularidades (Rios et al., 2021).

O comum tem como princípio o fomento às “coletividades”, “compostas por sujeitos particulares, com necessidades e desejos singulares, em relações de poder constantes” (Ferigato; Carvalho, 2009, p. 53). A produção das coletividades na perspectiva do comum não anula as singularidades individuais, mas coloca-se em contraposição às práticas individualizadoras e generalizações, marcas características de modos de vida na sociedade capitalista contemporânea. Como afirmam Dardot e Laval:

Tornar-se “empreendedor de si mesmo”, “assumir responsabilidades”, “superar suas metas” são injunções que não predispõem à resistência coletiva dos assalariados em posição de dependência e subordinação. Se os que “vencem” sabem muito bem defender coletivamente suas posições, os que naufragam ficam isolados na competição geral e são reduzidos à impotência. Tal descoletivização da ação, que atinge sobretudo os assalariados das bases, explica essa espécie de vazio social que sentimos, essa forma contemporânea da experiência que Hannah Arendt denominava *desolação* (2017, p. 16).

Teixeira (2015) elenca um problema do comum, que tem direta relação com os tempos em que vivemos, marcados pelas características expostas acima. Este problema, o autor afirma, parte de uma questão de sensibilidade para perceber o comum na vida em sociedade. Hardt e Negri (2016) argumentam que as dificuldades na percepção do comum se dão por conta de políticas neoliberais mundialmente dominantes dedicadas a

um projeto de expropriação do comum e individualização do viver. O fenômeno decorrente desse processo, Teixeira (2015) denomina de “eclipse do comum”, problema que coloca desafios coletivos no plano das sensibilidades. Em quais condições de existência estarão aqueles indiferentes à desapropriação de sua própria potência coletiva? Em condições críticas, supõe o autor.

Entretanto, Teixeira (2015) afirma que o fenômeno do eclipse do comum não muda a possibilidade de existência do comum e de que há em tudo que existe algo que resiste às tentativas de apropriação, pois é necessariamente compartilhado enquanto condição de existência. Para Hardt e Negri (2016), diferente do que propõe a obra de Dardot e Laval (2017), muitas coisas em nosso mundo são comuns, como a linguagem, por exemplo. Se assim não fosse, se a linguagem fosse expropriada, perderia sua potência comunicacional, criativa e expressiva. Assim sendo, só com alguma violência, apenas forçosamente, se pode fazer de algo comum, uma “propriedade”, seja privada ou pública.

Pensar as aproximações do campo da saúde mental com a produção do comum é compreender a saúde também como um *valor-afeto* que se experimenta no corpo, capaz de se compor ou se decompor no encontro com outros corpos. Como afirma Spinoza³, há um esforço (*conatus*) de tudo que é vivo para perseverar na existência, não apenas como uma força conservativa do próprio corpo, mas de fato como uma força de expansão da vida. Teixeira *et al.* (2023) rejeitam a concepção de saúde como um valor estático e puramente biológico e, inspirados em Canguilhem⁴, concebem a saúde como a produção de um mundo vivível. Este mundo vivível é, necessariamente, um mundo comum a todos, no qual coexistimos e nos constituímos através das relações, compartilhando com outros seres nossas dores e alegrias (Teixeira *et al.*, 2023).

1.4 A Infância no tecido social

Nesta pesquisa, para discutir políticas de saúde mental infantojuvenis e pensar o lugar conceitual e a abordagem teórica para a infância e adolescência, tomamos de

³ Baruch Spinoza (1632-1677) foi um filósofo de origem luso-judaica considerado um dos primeiros pensadores do Iluminismo Europeu. Suas obras continuam a exercer influência em pensadores da atualidade.

⁴ Georges Canguilhem (1904-1995) foi um filósofo e médico francês conhecido por obras que contribuíram para discussões acerca do estado patológico e da normalidade sob o ponto de vista racionalista.

empréstimo as produções teóricas da Sociologia da Infância, em especial as contribuições de Jens Qvortrup, pesquisador dinamarquês pioneiro nessa área de estudos. É a partir do trabalho de Qvortrup e sua equipe que a infância passa a ser analisada enquanto categoria geracional na estrutura social e as crianças como agentes sociais produtores de cultura. Até então, as crianças e adolescentes haviam sido estudados por outros campos, como a Psicologia, a Medicina e a Pedagogia, enquanto as Ciências Sociais pouco produziam sobre esse tema. Nas principais correntes sociológicas até os anos 1980 havia uma quase inexistência de estudos sobre a infância, o que pode ser visto como sintomático da posição da infância na sociedade (Qvortrup, 2010).

Qvortrup em seu texto “Nove teses sobre a infância” argumenta que a infância é uma categoria minoritária clássica, sujeita a ações marginalizadoras e paternalizadoras. O autor questiona a ideia de que as crianças vivem em um mundo especial supostamente apartado da realidade concreta e defende que elas são particularmente influenciadas pelas forças sociais. Quando supervisionava projetos sobre família e divórcio na Áustria na década de 1980, o sociólogo deu-se conta da falta das crianças nesses estudos e, a partir dessa experiência, liderou o projeto “Infância como Fenômeno Social”, pesquisando a infância em dezesseis países (Qvortrup, 2011).

Qvortrup critica o pensamento sociológico que centraliza a fase de vida adulta e que entende a sociedade enquanto sinônimo de sociedade adulta. A ideia bastante difundida em áreas que atuam com crianças de que os objetivos das ações com esse público são sempre integrar a criança na sociedade com sucesso, sugere que as crianças não são, *a priori*, membros da sociedade. O sociólogo afirma:

É obviamente certo afirmar que uma criança não é um adulto integrado na sociedade, o que não parece, contudo, que isso seja condição necessária para ser completo enquanto indivíduo. As crianças são dessa forma, por definição, excluídas da sociedade, uma vez que a sua integração a esta marca o fato da sua infância ter chegado ao fim (Qvortrup; p. 636, 2010).

O autor defende uma produção de conhecimento que lida com as crianças por elas mesmas, descartando a abordagem pedagógica antecipatória que necessita constantemente fazer referência ao futuro e ao porvir, como uma tentativa de prover “autonomia conceitual” à infância no campo sociológico. Cabe dizer que os estudos sociológicos dessa área utilizam o termo “infância” para referirem-se a todo o período

de desenvolvimento que atravessam as crianças e adolescentes até a maioridade, quando adquirem autonomia e responsabilização jurídica e penal.

Como afirma Couto (2001), a construção histórica do período da infância forja um ideal repleto de qualidades como inocência, pureza, beleza, felicidade e descompromisso para sua inserção na história social. Esse “tempo sem angústias” é idealizado como um tempo de preparação, um caminho retilíneo para a formação dos “homens de amanhã”. Esse ideal afasta a “loucura” enquanto possível condição de existência para crianças, mas é posto em cheque quando se depara com o campo da saúde mental infantojuvenil. Couto (2001) argumenta que a criança em sofrimento psíquico pode macular os ideais românticos sobre a infância, enfeando-se, angustiando-se, mutilando-se, inquietando-se, recusando olhares, contato e afetos. A criança em sofrimento psíquico subverte, portanto, o imaginário social, mas ao mesmo tempo convoca, a todos, o cuidado, o tratamento e a coexistência com ela.

Para Couto (2001), a criança constitui uma ordem própria de existência, capaz de portar uma dimensão subjetiva e encontrar formas singulares e legítimas de lidar com seu mal-estar e suas angústias. Não se trata apenas de “um ser em desenvolvimento”, um “aprendiz” que precisa corresponder às metas estabelecidas, mas sim de alguém capaz de implicar-se no que lhe acontece e lidar com os acontecimentos como lhe for possível (Couto, 2001). Qvortrup (2011) também tece uma crítica ao ideal de criança enquanto um ser apartado da realidade social. Em sua perspectiva, essa abordagem da infância caracteriza as crianças enquanto indivíduos a-históricos, separando as crianças da sociedade em que vivem e distanciando nossa atenção da capacidade de agenciamento das crianças em influenciar as estruturas sociais. Qvortrup sugere que não há somente uma concepção de infância, mas muitas, e que crianças e adolescentes estão constantemente influenciando e sendo influenciadas por pais, professores e outros com quem estabeleçam contato (Qvortrup, 2011).

Torna-se importante conceituar a infância enquanto categoria dentro da estrutural social tal como propõe a Sociologia da Infância, pois essa abordagem possibilita colocar no centro do debate o universo das crianças e a estrutura na qual vivem, em constante interação com outros setores da sociedade. Quando pensamos em termos de categorial estrutural, rompemos com o plano de vida pessoal, mas isso não significa negar a infância enquanto período de vida no plano individual. De fato,

crianças e adolescentes estão atravessando o período de tempo marcado por desenvolvimentos no qual vivenciam transformações significativas, como a passagem da imaturidade sexual à maturidade; da incompetência cognitiva à competência e da incapacidade motora à capacidade. Para Qvortrup (2010), a dinâmica do desenvolvimento infantil coexiste com a noção de infância enquanto categoria estrutural.

Essa categoria estrutural é um espaço social permanente pelo qual todas as crianças passam e permanecem durante toda a sua infância. Quando toda uma geração cresce e torna-se adulta, a infância daqueles indivíduos terá chegado ao fim, mas a categoria estrutural em questão continuará a existir para receber novas gerações (Qvortrup, 2011). Essa categoria se inter-relaciona com categorias estruturais de outras naturezas, como gênero, classe e raça, criando uma diversidade de infâncias e adolescências.

As contribuições da Sociologia da Infância ao incluir analiticamente crianças e adolescentes no debate sociológico são muito relevantes para essa pesquisa, posto que analisam-se as políticas específicas para o cuidado em saúde mental infantojuvenil no contexto do SUS. São discussões que convergem para pontos em comum, tendo em vista que Qvortrup (2011) denunciou em seus trabalhos o “limbo analítico” que impedia pesquisadores de considerar que os efeitos sociais das macropolíticas produzem consequências na vida de crianças e adolescentes, mesmo que de forma indireta ou mediada. As taxas de desemprego, a inflação, os conflitos políticos e outras questões ainda hoje são predominantemente analisadas por lentes que desconsideram os efeitos provocados na população infantojuvenil. Essa população e suas famílias batem à porta das Unidades Básicas de Saúde e dos CAPSij com as mais variadas queixas, muitas vezes transformadas em sintomas quando encontram olhares profissionais menos apurados e sensíveis à realidade que os cerca. Os pacientes que dependem exclusiva ou parcialmente do atendimento ofertado pelo SUS muitas vezes vivem situações de vulnerabilidades sociais que se embaralham com as queixas de saúde e podem ser transformadas em sintomas. Esse fenômeno, denominado “patologização da vida”, é amplamente debatido por Amarante, Pitta e Oliveira (2018), tendo se demonstrado cada vez mais atual, especialmente no campo infantojuvenil.

Ancorada neste contexto contemporâneo de medicalizações e patologizações das infâncias e adolescências, a presente pesquisa preocupa-se em identificar e descrever como as políticas de saúde mental voltadas essa população podem induzir ou suprimir práticas “comunizadoras” que dialogam com a produção do comum e com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Para isso, as fontes primárias de referencial teórico são conhecimentos advindos da Sociologia da Infância, da Filosofia da Diferença e da Atenção Psicossocial.

Algumas perguntas orientam a investigação: O comum, enquanto princípio político, pode se expressar nas políticas de saúde mental infantojuvenis viabilizando práticas comunizadoras? Se sim, em quais diretrizes institucionais de saúde mental infantojuvenil é possível viabilizar essas práticas? E em quais aspectos as mesmas políticas se distanciam dos princípios do comum?

Se o comum se caracteriza como tudo aquilo que só existe quando é necessariamente compartilhado (Teixeira, 2015), não apenas como uma ideia abstrata, mas uma prática cotidiana (Dardot; Laval, 2017), e se tomarmos a saúde como uma produção coletiva, as ações de saúde mental voltadas à população infantojuvenil podem se constituir como produtoras de pistas importantes para o fortalecimento de práticas que compreendam o encontro entre profissionais de cuidado com as infâncias com a produção de comum, o que implicaria em uma afirmação radical da indissociabilidade entre saúde mental infantojuvenil e as infâncias culturalmente produzidas e reinventadas. As políticas de saúde mental podem se mostrar como dispositivos para a produção de uma cultura do cuidado e para o cuidar da produção cultural que sustenta nossas comum(idades) e que afirmam a existência de múltiplas infâncias possíveis em suas diferenças, ou afirmarem a psiquiatrização de corpos infantes que, para existirem, precisam ser extraídos de si mesmos para pertencer à uma normalização das infâncias.

Portanto, ao investigar a expressão da produção do comum na infância e adolescência através das políticas públicas de saúde mental, defende-se a produção do comum como parte de uma estratégia de cuidado na Atenção Psicossocial para essa população, buscando identificar e fomentar práticas comunizadoras neste contexto. Em síntese, essa pesquisa procura identificar semanticamente e contextualmente como os discursos instituídos dialogam ou não com a produção do comum e em quais dimensões isso se dá, partindo da hipótese que o paradigma da Atenção Psicossocial apresenta

diálogos possíveis com as proposições de Dardot e Laval (2017), em especial com as práticas comunizadoras. Apesar de serem referenciais distintos, através desta investigação, busca-se inaugurar aproximações entre ambos os campos.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo geral

- Analisar a expressão da produção do comum nas políticas públicas de saúde mental infantojuvenis por meio do mapeamento e discussão de sua produção documental e discursiva.

1.5.2 Objetivos específicos

- Mapear e descrever as políticas públicas nacionais de saúde mental infantojuvenil dos últimos 35 anos.
- Identificar nos documentos selecionados discursos potencialmente indutores e/ou supressores da produção de comum e de práticas comunizadoras.

Capítulo 2: Percurso Metodológico

2.1 Metodologia da Pesquisa

A presente pesquisa é um estudo teórico de abordagem qualitativa que utiliza a análise documental enquanto metodologia de investigação. A análise documental é “um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (Sá-Silva, Almeida e Guindani; 2009, p. 5). Para ser desenvolvida, essa metodologia pode ter como fonte de pesquisa documentos de diversos formatos, como legislações, jornais, cartas, arquivos multimídia como fotos e vídeos, entre outros, desde que sejam materiais sem tratamento analítico prévio (Oliveira, 2007). Através de diferentes documentos, realiza-se um exame buscando interpretações ou informações complementares referente ao que é estudado, já que o objeto de estudos da pesquisa são os próprios documentos analisados.

Tendo em vista que são os documentos as fontes de dados para a metodologia de análise documental, cabe a desafiadora tarefa de definir o que é um documento. Para Cellard (2008), tudo o que é vestígio do passado e que serve como comprovação de fatos e registro histórico pode ser considerado como documento. Pode tratar-se de textos escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica. Segundo o autor, é possível ampliar essa perspectiva e qualificar como "documento" um relatório de entrevista ou anotações feitas durante uma observação (Cellard, 2008).

Cellard (2008) propõe a categorização dos tipos de documentos para fins didáticos, dividindo-os entre públicos, privados e pessoais:

- **Documentos públicos arquivados:** são documentações geralmente volumosas e complexas, nem sempre acessíveis ao público em geral. Compreendem arquivos governamentais de âmbitos federais, regionais ou municipais, assim como alguns arquivos de natureza jurídica.

- **Documentos públicos não arquivados:** são documentações distribuídas em massa, como por exemplo, os jornais, publicidade, anúncios, boletins paroquiais, materiais gráficos de campanhas eleitorais, etc.

- **Documentos privados arquivados:** são documentos de organizações ou instituições privadas, por vezes de acesso restrito ao público em geral. Compreendem

documentos de organizações políticas, sindicatos, Igrejas e comunidades religiosas, instituições, empresas, etc.

- **Documentos pessoais:** esta categoria reúne autobiografias, diários íntimo, correspondências, histórias de vida, documentos de família, etc.

2.2 Procedimentos Metodológicos

Seguindo a proposta de categorização de Cellard (2008), os documentos analisados nesta pesquisa são documentos públicos arquivados. Eles foram selecionados através de levantamento no portal oficial do governo federal (<https://legislacao.presidencia.gov.br/>) utilizando o termo “atenção psicossocial” para a busca. Essa primeira etapa forneceu um levantamento que indicou 125 documentos na plataforma. Os critérios para essa pesquisa incluíram somente a análise de políticas públicas federais, portanto foram utilizadas as ferramentas disponíveis para pesquisa avançada para depurar o primeiro levantamento. Além do termo “atenção psicossocial”, foi selecionado no campo “origem” a opção “Legislativo”, que indicou 21 documentos no total. Foram lidos os resumos de cada um e selecionados três leis que compõem o critério de tratar da regulamentação e implementação das políticas de saúde mental infantojuvenis no SUS. Além destes, o ECA também foi incluído para compor a análise documental desta pesquisa, por ele ser o principal conjunto de normas para proteção dos direitos de crianças e adolescentes.

Para complementar o levantamento feito no portal oficial do governo federal, o artigo “Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais” (Brasil; Lacchini, 2021) foi tomado como base, já que fez uma pesquisa histórica de abordagem qualitativa com um extenso levantamento dos documentos oficiais pertinentes às políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. A partir da leitura desse artigo, foram incluídos na análise três das principais portarias do Ministério da Saúde publicadas em edições do Diário Oficial da União (DOU) que instituem o modo de funcionamento e gerenciamento dos serviços de saúde mental no âmbito do SUS.

Além das sete políticas acima mencionadas, incluímos nesta análise os principais documentos indutores de políticas de saúde mental infantojuvenis, indicados por pesquisadores *ad hoc* que compuseram a banca de qualificação e sugeriram a inclusão de três documentos norteadores do cuidado em saúde mental infantojuvenil no SUS:

“Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” de 2005, “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” de 2014 e “Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” de 2015, contabilizando 10 documentos ao todo.

2.3 Coleta, tratamento e análise dos dados

A coleta e o tratamento dos dados seguiram a seguinte sequência, baseada na análise documental realizada por Belotti, Iglesias e Avelar (2019):

- 1) Leitura flutuante, com o objetivo de ter uma visão geral e contextual do material analisado;
- 2) Leitura seletiva com o intuito de identificar as informações pertinentes ao objetivo da pesquisa, sendo realizado o fichamento dos documentos;
- 3) Categorização dos trechos identificados como produtores de respostas à pergunta da pesquisa, a partir da leitura seletiva e fichamento, com o agrupamento temático dos temas abordados.
- 4) Análise descritiva e reflexiva dos dados, realizando o tratamento, interpretação e discussão dos mesmos em diálogo com a fundamentação teórica da pesquisa.

Crítérios de seleção documental

Os documentos analisados foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- documentos oficiais elaborados e divulgados pelo governo federal a partir de 1990;
- documentos que abordassem os princípios e diretrizes para o cuidado em saúde mental infantojuvenil à luz do paradigma da Atenção Psicossocial da rede pública de saúde;

Já para a seleção de fragmentos do texto, tomamos como critérios a seleção de trechos de documentos cujos discursos abordam a composição de arranjos técnico-assistenciais que se relacionam com a compreensão de produção do comum e a possível indução ou supressão de práticas comunizadoras, através de propostas de cuidado que promovam ações de coletividades com a preservação das singularidades ou propostas

que valorizem a individualização e a generalização ou constringam ações de coletividades.

Os dados de pesquisa foram tratados tomando como base a Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Tal análise consiste em um conjunto de técnicas que busca obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Segundo Bardin (2009), o analista de conteúdo é como um arqueólogo que tem nos documentos que analisa vestígios de algo a descobrir. Na análise há um processo entre a descrição e a interpretação dos dados, sendo a inferência o procedimento intermediário, que permite a passagem de uma etapa à outra. A inferência pode responder a dois tipos de problema:

- O que é que conduziu a um determinado enunciado? Este aspecto ajuda a elucidar as causas e antecedentes da mensagem;
- Quais as consequências que um determinado enunciado pode provocar? Esse aspecto refere-se aos possíveis efeitos produzidos pelas mensagens.

Tendo em vista a natureza desta pesquisa, nos interessa responder a segunda pergunta elaborada por Bardin (2009), ou seja, quais as potenciais consequências dos discursos instituídos nos documentos analisados.

A partir da coleta de dados foi realizada a fase de análise, utilizando-se de alguns pressupostos do referencial teórico-metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Os dados foram categorizados em dois eixos temáticos: **discursos potencialmente indutores de produção do comum** e **discursos potencialmente supressores de produção do comum**. Os eixos temáticos se subdividiram na categoria “temas abordados”. Os dados foram dispostos em seis tabelas no corpo do texto.

Cabe ressaltar que uma pesquisa que utiliza a metodologia da análise documental, ao se debruçar sobre os discursos enquanto seu objeto de estudo, apresenta limites em relação aos resultados que pode coletar. No caso desta pesquisa, a análise documental alcança apenas a ordem dos discursos instituídos nas políticas de saúde mental infantojuvenis e perde a dimensão da efetivação das normas e diretrizes estabelecidas pelas políticas em sua implementação cotidiana. A possibilidade da produção do comum em ato e as contradições advindas do encontro entre usuários,

familiares, profissionais e gestores dos serviços não é contemplada neste estudo. Entretanto, a partir da dimensão do discurso oficial, possibilita-se a apreensão parcial da dinâmica que se dá na materialidade das políticas. Como afirmam Couto e Delgado (2015), se os marcos legais por si só não são capazes de alterar a realidade, em certas circunstâncias eles podem produzir modulações no real, agindo ativamente na produção de novas concepções de práticas e cuidados eticamente sustentáveis.

Capítulo 3: Resultados e Discussão

3.1 Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados se dará, inicialmente, com a caracterização dos documentos analisados (Quadro 1), incluindo informações como o título do documento, sua fonte e ano de publicação e a proposta geral de cada um deles. Posteriormente, será apresentado o Eixo Temático A, composto pelos Quadros 2, 3, 4 e 5 no qual estão dispostos os destaques dos documentos com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum. Em seguida, o Quadro 6 será apresentado, no qual estão dispostos os destaques dos documentos com discursos potencialmente supressores da Produção do Comum, configurando o Eixo Temático B.

Quadro 1: Caracterização dos documentos analisados

Documento	Fonte/Ano	Proposta
Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990.	Casa Civil / Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.	Regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001.	Casa Civil / Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2001.	Institui um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.
Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.	Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, 2002.	Institui as normas e diretrizes para a organização dos CAPS.
Portaria GM/MS nº 1608 de 03 de agosto de 2004.	Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, 2004.	Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes.
“Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”.	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.	Documento elaborado para profissionais de saúde e público em geral o histórico e as atuais propostas políticas de saúde mental infantojuvenil.

Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.	Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, 2011.	Regulamenta 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).
“Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”.	Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público, 2014.	Documento elaborado para instruir profissionais que atuam no sistema jurídico para a garantia de direitos de crianças e adolescentes e no sistema de saúde, especialmente na RAPS.
Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015.	Documento elaborado para instruir gestores e profissionais da RAPS objetivando a ampliação do acesso e a qualificação da atenção ofertada pelo SUS para pessoas com TEA e suas famílias.
Lei Federal nº 13.438 de 26 de abril de 2017.	Secretaria Geral / Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2017.	Altera o ECA para tornar obrigatória a adoção pelo SUS de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.
Lei Federal nº 14.819 de 16 de janeiro de 2024.	Casa Civil / Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos, 2024.	Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

O Eixo Temático A é composto pelos Quadros 2, 3, 4 e 5 com discursos potencialmente indutores da produção do comum. Os dados foram dispostos em quatro tabelas que aglomeraram, primeiro, os discursos provenientes de Leis e Portarias, cuja linguagem se assemelha entre si, advindas do âmbito jurídico e caracterizadas por frases curtas, objetivas e sem detalhamento narrativo, compondo o Quadro 2.

Para apresentar os dados relativos aos discursos das três cartilhas do MS, “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” e “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas

famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” foram elaborados outros três quadros (Quadros 3, 4 e 5, respectivamente) cuja expressão textual caracteriza-se por narrativas com parágrafos longos, descritivos e contextualizados.

Os principais pontos de destaque dos trechos selecionados na análise estão dispostos em negrito e, ao lado de cada trecho, encontra-se uma síntese do tema abordado.

Quadro 2: Destaques das Leis e Portarias com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum

Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores			
Documento	Artigo e Parágrafo	Trecho em destaque	Temas abordados
Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.	Artigo 4º	É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.	Corresponsabilização; garantia de direitos.
	Artigo 6º	Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos , e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.	Menção ao conceito de “Bem Comum”; garantia de direitos.
	Artigo 11º Parágrafo 1º	A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação , em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.	Garantia de direitos.
	Artigo 2º Parágrafo único Incisos II e IX	São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: (...) II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade ; (...) IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.	Inserção social.

<p>Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.</p>	<p>Artigo 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p>	<p>Controle Social.</p>
	<p>Artigo 4º Parágrafo 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p>	<p>Inserção Social.</p>
<p>Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.</p>	<p>Artigo 4º 4.4 Alíneas b, c, d, e.</p> <p>CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (...)</p> <p>b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;</p> <p>c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;</p> <p>d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;</p> <p>e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência.</p>	<p>Território; trabalho e articulação de redes.</p>
	<p>Artigo 4º 4.4.1 Alíneas b, c, d, e, f, g.</p> <p>A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: (...)</p> <p>b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p>	<p>Território; propostas de cuidado em coletivos; trabalho e articulação de redes.</p>

	<p>d - visitas e atendimentos domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.</p>	
<p>Portaria GM/MS nº 1.608 de 03 de agosto de 2004.</p>	<p>Artigo 1º Incisos I, II, III.</p> <p>Constituir Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população.</p>	<p>Intersetorialidade.</p>
<p>Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.</p>	<p>Artigo 1º</p> <p>Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).</p>	<p>Trabalho e articulação de redes.</p>
	<p>Artigo 2º Incisos VII, IX, X.</p> <p>Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: (...) VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (...) IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.</p>	<p>Território; controle social; trabalho e articulação de redes; inserção social; intersectorialidade.</p>
	<p>Artigo 6º Inciso III Parágrafo 4º</p> <p>São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços: (...) III - Centro de Convivência: é unidade pública,</p>	<p>Propostas de cuidado em coletivos.</p>

<p>articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. (...)</p> <p>§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.</p>	
<p>Artigo 7º Parágrafos 2º e 3º</p> <p>O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. (...)</p> <p>§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.</p> <p>§ 3º 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 ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.</p>	<p>Propostas de cuidado em coletivos.</p>
<p>Artigo 12º Parágrafos 1º e 2º</p> <p>O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.</p> <p>§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais.</p> <p>§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e</p>	<p>Território; trabalho e articulação de redes; inserção social.</p>

		renda/empreendimentos solidários / cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.	
Lei nº 14.819 de 16 de janeiro de 2024.	Artigo 2º Inciso III	São diretrizes para a implementação da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares: I – participação da comunidade escolar e da comunidade na qual a escola está inserida; II – abordagem multidisciplinar e intersectorialidade das ações ; III – ampla integração da comunidade escolar com as equipes de atenção primária à saúde e de serviços de proteção social do território onde a escola está inserida.	Intersetorialidade; trabalho e articulação de redes.

Quadro 3: Destaques do documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.

Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores			
Documento	Artigo e Parágrafo	Trecho em destaque	Temas abordados
“Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”.	Capítulo 2 – Princípios para uma política nacional de saúde mental infantojuvenil	Acolhimento universal. Esse princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infantojuvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida.	Acesso universal.
		Encaminhamento implicado. Na forma de cuidado que aqui se propõe, a própria noção de encaminhamento é redefinida e podemos denominá-la de encaminhamento implicado. Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado,	Corresponsabilização; trabalho colaborativo.

	<p>que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Esse trabalho se insere na concepção de rede e sua construção será abordada em diante.</p>	
	<p>Construção permanente da rede. A ideia de rede se desloca de uma acepção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado. Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso. Tal concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território.</p>	<p>Trabalho e articulação de redes.</p>
	<p>Território. É uma das categorias nocionais mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental. Podemos entendê-lo como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito.</p>	<p>Território.</p>
	<p>Intersetorialidade na ação do cuidado. O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra,</p>	<p>Intersetorialidade.</p>

	estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar.	
--	--	--

Quadro 4: Destaques do documento “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.

Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores			
Documento	Artigo e Parágrafo	Trecho em destaque	Temas abordados
“Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”	Capítulo 3 – A saúde como um dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes	Na discussão sobre a saúde como um direito, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde , de maneira pactuada entre as diferentes 19 esferas de gestão e articulada intersetorialmente , de acordo com as especificidades de cada região, de forma a responder às necessidades da população infantojuvenil explícitas na análise da situação de saúde.	Trabalho e articulação em redes; Intersetorialidade.
		Assim, considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação parceira intersetorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes) .	Intersetorialidade; Controle Social.
		É ainda uma atribuição dos gestores de saúde o desenvolvimento de serviços de qualidade e efetivos às necessidades de saúde de crianças e adolescentes nas suas diversidades etárias , de desenvolvimento e de modos de vida. Da atenção básica à especializada, passando pelos serviços de urgência e emergência, os serviços, equipamentos e pontos de atenção da rede de saúde devem estar aptos a viabilizar o acolhimento e a prover o devido cuidado a esses sujeitos.	Garantia de direitos; Trabalho e articulação em redes.

	<p>A noção de saúde adotada no SUS entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações estritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames. Nessa concepção ampliada, entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população.</p> <p>A produção de saúde será sempre a produção de sujeitos, que devem ser responsáveis por seus atos (e por sua demanda, seu sofrimento), mas que – e justamente para o que – também detêm direitos de acesso a todos os cuidados essenciais que devem ser providos pelo Estado e pela sociedade (saúde, educação, moradia, cultura, convivência familiar e comunitária etc.).</p>	<p>Saúde enquanto uma produção; autonomia do sujeito; trabalho e articulação de redes.</p>
		<p>Saúde enquanto uma produção; autonomia do sujeito; garantia de direitos.</p>
<p>Capítulo 4 – A atenção psicossocial de crianças e adolescentes</p>	<p>Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de</p>	<p>Participação e inclusão sociais; trabalho e articulação em redes; autonomia do sujeito.</p>

	cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições.	
--	--	--

Quadro 5: Destaques do documento “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” com discursos potencialmente indutores da Produção do Comum.

Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores			
Documento	Artigo e Parágrafo	Trecho em destaque	Temas abordados
Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde	Capítulo 4 – Diretrizes para o cuidado: 4.1 Integralidade	Quando pensamos sobre cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, se faz necessário destacar o conceito de integralidade em duas dimensões fundamentais: no que se refere ao reconhecimento de um sujeito integral e, por conseguinte, na organização de uma rede de cuidados que se pautem em responder integralmente à diversidade das demandas . Esta concepção de sujeito e de cuidados se coloca em oposição à ineficiência produzida pela visão fragmentada dos sujeitos e pela segmentação de ações e serviços, que têm como consequências a segregação e a exclusão da população em questão.	Integralidade; Trabalho e articulação em redes.
		Nessa direção, a integralidade deve ser considerada como um fundamento, no sentido de tornar o olhar o mais ampliado possível, ou seja, refletindo sobre as relações e as mais variadas interações relativas aos sujeitos que se apresentam nas mais diversas frentes de atuação , como nas políticas de saúde, assistência social, segurança pública, defesa e garantia de direitos e articulações intra e intersetoriais. Para isso, é necessário que, de forma institucional, provoquem-se real aproximação e corresponsabilização entre os serviços e profissionais que desenvolvem o cuidado , para que, considerando-se os	Integralidade; Trabalho e articulação em redes; Intersetorialidade; corresponsabilização.

	<p>diferentes papéis e as especificidades, compartilhem pressupostos e princípios, para o imediato acolhimento e a disponibilização de ofertas adequadas.</p>	
	<p>A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental e sua família. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município ou de uma região. Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações e cooperativas, bem como variados espaços das cidades. É, portanto, fundamento para a construção desta rede um movimento permanente e direcionado para todos os espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas que buscam os serviços de saúde, em especial daquelas que sofrem de transtornos mentais.</p>	Trabalho e articulação em redes; trabalho colaborativo, território.
	<p>A ideia fundamental é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas em um país de acentuadas desigualdades sociais.</p>	Trabalho e articulação em redes.
<p>Capítulo 4 – Diretrizes para o cuidado: 4.3 Arranjos e dispositivos para o cuidado 4.3.1 Profissionais e equipe de referência</p>	<p>Trabalhar em equipe pode propiciar que os profissionais se arrisquem a inventar passos novos e novos atos, se autorizando a propor algo inédito que possa introduzir uma nova perspectiva que possa deslocar a visão muitas vezes estereotipada e fixa que a própria equipe possa ter de cada usuário.</p>	Fomento ao trabalho em equipe.
	<p>A equipe deve também evitar ocupar o lugar daquele que tudo sabe. Uma postura inflexível pode fazer os sujeitos com TEA e suas famílias se fecharem mais em um isolamento, sem compartilhar com as equipes suas construções e novas pistas que possam ser fundamentais para a melhoria da qualidade de vida deles.</p>	Horizontalidade; Fomento ao trabalho em equipe.

<p>Capítulo 4 – Diretrizes para o cuidado: 4.3 Arranjos e dispositivos para o cuidado 4.3.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)</p>	<p>O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos.</p>	<p>Garantia de direitos; autonomia do sujeito; território.</p>
	<p>O atendimento articulado no PTS deve envolver profissionais/ equipes de referência, trabalho em rede e a pluralidade de abordagens e visões, de forma que atendam às diversas demandas inerentes aos casos de pessoas com TEA. Esta é uma tendência mundial e inovadora, que reconhece que o sectarismo e o preconceito de técnicas e leituras só prejudicam o próprio usuário e seus familiares.</p>	<p>Fomento ao trabalho em equipe; trabalho colaborativo.</p>
	<p>O tratamento da pessoa com TEA deve oferecer recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais, suas possibilidades de circulação e seus modos de estar na vida. Deve ampliar suas formas de se expressar e se comunicar, favorecendo sua inserção em contextos diversos.</p>	<p>Inserção social.</p>
	<p>(...) o respeito à singularidade, a diminuição das situações invasivas, a ampliação das possibilidades comunicativas e a inserção social precisam ser eixos na direção de qualquer trabalho terapêutico [com pessoas no espectro do autismo].</p>	<p>Inserção social.</p>

Para a identificação de enunciados com potencial de suprimir a produção do comum, dispostos no Quadro 6, tomou-se como critério o destaque a trechos que apresentam discursos capazes de induzir à práticas de segregação potencialmente individualizadoras e estigmatizantes.

Quadro 6: Destaques dos documentos com discursos potencialmente supressores da Produção do Comum

Eixo Temático B: Discursos Potencialmente Supressores			
Documento	Artigo e Parágrafo	Trecho em destaque	Tema abordado
Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2017.	Artigo 1º Parágrafo 5º	O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º: (...) § 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico .	Risco de patologização. Segmentação do trabalho.

3.2 Discussão

Como mencionado anteriormente nas informações descritas no Quadro 1, cada um dos documentos analisados fornece diferentes dados relativos às políticas de saúde mental infantojuvenis. Os documentos têm naturezas diversas e, portanto, linguagens diversas também. As Leis 8.069 (Lei do ECA) e 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) têm o diferencial de serem leis cujo propósito é a garantia de direitos e responsabilidade do Estado com populações específicas, no caso, crianças e adolescentes e pessoas com transtornos mentais, respectivamente. Portanto, os dados obtidos através da análise documental desses documentos dizem respeito à proteção das populações às quais eles se referem. O ECA aborda diversas dimensões do cuidado à infância e adolescência, desde o direito à educação, ao esporte, à cultura, à profissionalização, os processos de abrigamento, família substitutiva e adoção, as medidas pertinentes aos atos infracionais, as atribuições dos Conselhos Tutelares entre outras. O documento não menciona diretamente o cuidado em saúde mental infantojuvenil, entretanto compreende-se que o mesmo é um instrumento de promoção de saúde mental ao ser um garantidor de direitos para as crianças e adolescentes.

Já a Lei 10.2016 redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e estabelece a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não menciona especificamente o cuidado às crianças e aos adolescentes. Também não

discorre a respeito das propostas de cuidado com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tais especificações foram posteriormente abordadas em portarias seguintes, sinalizando o amadurecimento, aprimoramento e avanço das discussões em saúde mental e Atenção Psicossocial.

Cronologicamente, as duas primeiras leis mencionadas acima são seguidas por três portarias do Ministério da Saúde que são as Portarias GM/MS nº 336 de 2002, Portaria GM/MS nº 1.608 de 2004 e Portaria GM/MS nº 3.088 de 2011. Diferentemente das leis, as portarias são um ato normativo de competência dos Ministérios e suas Secretarias cujo objetivo é o estabelecimento de regras e instruções para aplicação das leis, determinando a organização e funcionamento de serviços de acordo com a sua natureza administrativa (Brasil, 2010). Assim sendo, os três documentos citados acima apresentam dados que revelam quais são os arranjos técnico-administrativos propostos pelo Ministério da Saúde para a efetivação das políticas de saúde mental infantojuvenis.

Entre a publicação dessas portarias, houve a elaboração do documento “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” em 2005, na esteira da elaboração de direcionamentos específicos para o campo em questão. É o primeiro documento elaborado pelo Ministério da Saúde que resgata o histórico das brutais intervenções com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, aponta lacunas e desafios das propostas políticas até então oferecidas, apresenta os princípios e diretrizes operacionais das políticas de saúde mental infantojuvenis e destaca os textos da 1ª Reunião Temática do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, evento pioneiro na área. Essa obra está situada em um momento anterior à criação dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde do SUS denominados Redes de Atenção à Saúde (RAS), portanto anterior à sistematização da rede de serviços de Atenção Psicossocial conhecida como RAPS. Apesar disso, introduz conceitos caros à saúde mental infantojuvenil como Intersetorialidade, Construção de Redes, Território e Encaminhamento Implicado (Brasil, 2005a; Fernandes, et. at. 2020).

Foram produzidos pelo Ministério da Saúde outros dois documentos intitulados “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” e “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” nos anos de 2014 e 2015 respectivamente. O primeiro deles reafirma os mesmos

princípios e propostas de cuidado descritos na cartilha anterior, “Caminhos”, e ressalta as especificidades da população infantojuvenil, trazendo temas como a garantia de acesso à educação, as problemáticas advindas do uso de álcool e outras drogas, a atenção às crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade e violência, a proteção social integral, os acolhimentos e internações e as medidas socioeducativas (Brasil, 2014; Fernandes, et. at. 2020). Já a segunda cartilha, “Linha de cuidado”, não é voltada exclusivamente para o campo da saúde mental infantojuvenil, entretanto se debruça sobre o desenvolvimento humano. O documento discorre sobre as políticas públicas de saúde do SUS em geral e da RAPS, retoma a construção histórica do conceito de autismo, o significado da sua atual definição enquanto Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o processo diagnóstico, que inclui a detecção precoce de risco para TEA, as comorbidades e diagnósticos diferenciais. Ele aborda as diretrizes para o cuidado dessa população, como a defesa da integralidade para o cuidado articulado em rede, a garantia de direitos, os arranjos e dispositivos disponíveis no SUS para acompanhamento clínico e algumas abordagens específicas, como a Integração Sensorial (IS) e a Análise do Comportamento Aplicada (ABA). A cartilha apresenta também um capítulo com orientações para a organização da RAPS, no qual constam os princípios da rede, todos os seus componentes e suas possibilidades de ações, e as articulações da RAPS com a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Por último, trata das articulações intersetoriais com o campo da Educação e Assistência Social para o cuidado à pessoa autista e sua família (Brasil, 2015).

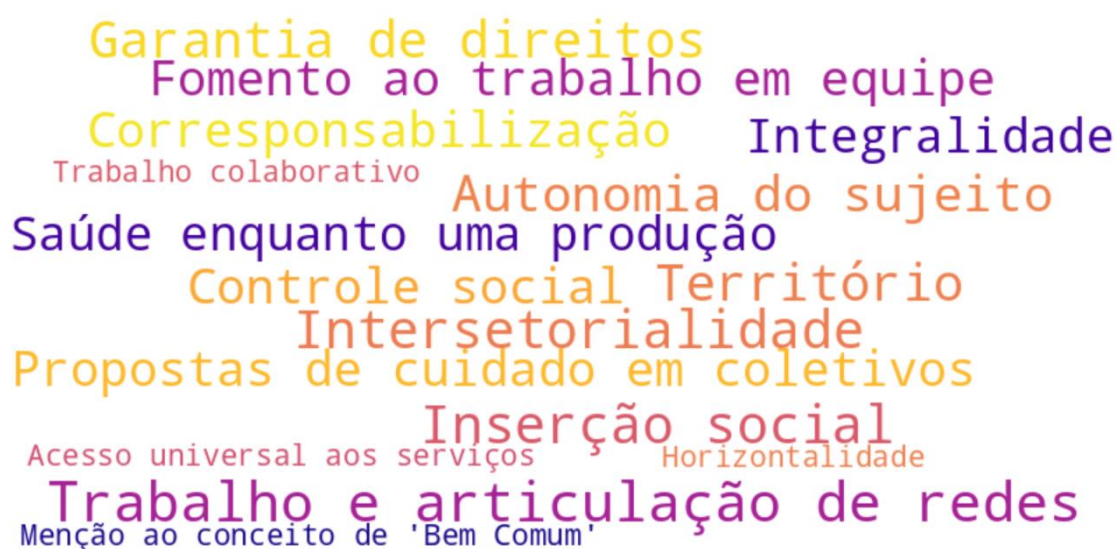
As cartilhas foram seguidas pela publicação de duas leis federais: Lei nº 13.438 de 2017 e Lei nº 14.819 de 2024. A primeira delas altera o 14º artigo do ECA e torna obrigatória a aplicação de protocolos e/ou instrumentos de rastreamento a todas as crianças até dezoito meses nas consultas pediátricas no SUS a fim de avaliar possíveis riscos para seu desenvolvimento psíquico, sem outros detalhes a respeito de quais protocolos ou instrumentos seriam utilizados (Brasil, 2017). Já a segunda lei institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, propondo a disseminação de informações e sensibilização a respeito da temática do cuidado psicossocial, a promoção de saúde mental voltada à comunidade escolar, composta por alunos, pais e responsáveis pelos alunos devidamente matriculados, professores e outros

profissionais que atuam nas escolas, garantir acesso à Atenção Psicossocial, entre outros objetivos dentro de uma dinâmica de atuação intersetorial (Brasil, 2024).

3.2.1 Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores

Com base nos temas abordados indicados nas tabelas de resultados, para melhor apresentar os dados encontrados no Eixo Temático A, foram elaborados uma nuvem de palavras que contribui para ilustrar a diversidade de temas encontrados e um gráfico de barras para representar visualmente a frequência de aparição na análise documental dos temas abordados.

Figura 1 - Nuvem de palavras com os temas abordados no Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores.

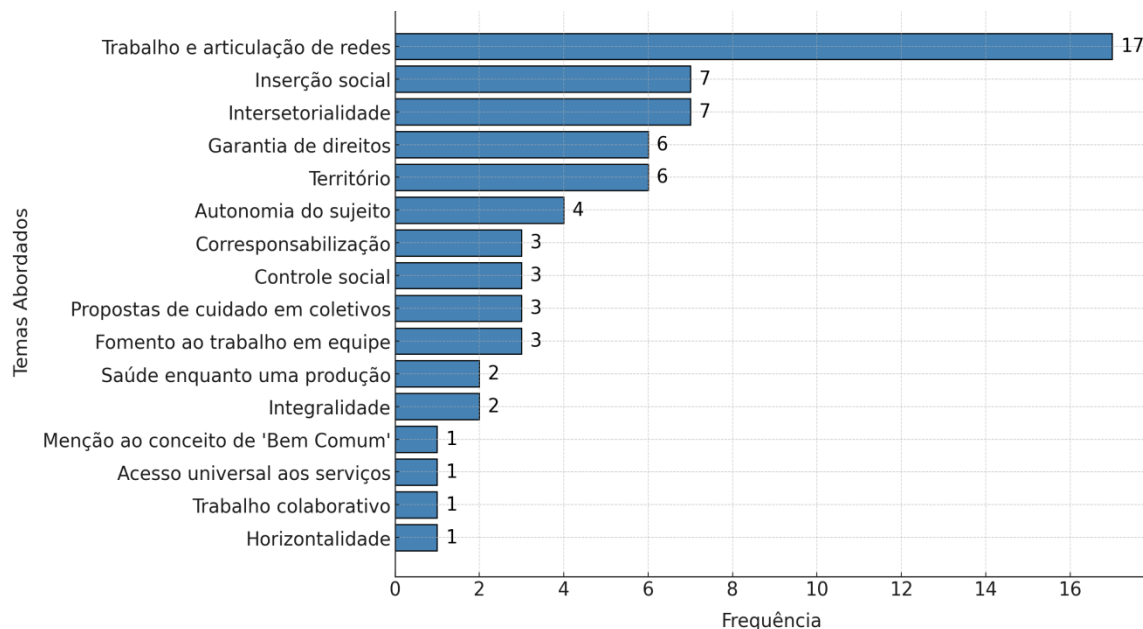


Fonte: Elaboração própria.

Os temas abordados dispostos na nuvem de palavras acima são, em muitos casos, conceitos caros ao campo da Saúde Coletiva e à Atenção Psicossocial e se correlacionam entre si, fazendo parte de um paradigma inaugural no modo de gestão de serviços e de cuidado em saúde mental. Intersetorialidade, inserção social, território, trabalho e articulação de redes, entre outros, são temas amplamente difundidos nas políticas de saúde pública. A análise indica substanciais pontos de convergência entre as políticas de saúde mental infantojuvenis e a produção do comum que serão abordados em seguida.

O gráfico a seguir ilustra a frequência de aparições dos temas abordados na análise documental em ordem decrescente.

Figura 2 – Gráfico de frequência dos temas abordados no Eixo Temático A: Discursos Potencialmente Indutores.



Fonte: Elaboração própria.

O conceito de **território como operador e orientador do cuidado**, mencionado 07 vezes nos dados da pesquisa, no paradigma da Atenção Psicossocial, pressupõe a ideia de um espaço vivo, dinâmico e em construção através das relações que estabelece entre o cenário natural e a história social que os humanos produzem (Yasui, 2010). Os serviços que compõem as ofertas de um território se inserem dentro de uma geografia que considera espaços físicos e densidade populacional, mas não se restringem a esses aspectos, pois o território é “o lugar psicossocial do sujeito” (Brasil, 2005b). Partindo desse princípio, entende-se que trabalhar no território implica trabalhar com os componentes, saberes e forças das pessoas que compõem aquele determinado cenário, construindo coletivamente soluções e resgatando saberes, potencialidades e recursos da comunidade (Yasui, 2010). Na Atenção Psicossocial, o território tem papel fundamental também enquanto orientador das ações dos equipamentos da RAPS (Brasil, 2005b).

Trabalho e articulação de redes, tema que resultou em 17 menções durante a análise documental, dialoga diretamente com o conceito de território, tendo em vista que a articulação da rede é uma produção dinâmica, que exige dos serviços se situarem para fora e além dos limites institucionais.

Yasui (2010) compreende duas dimensões do trabalho e articulação de redes. O primeiro deles retoma a Portaria GM/MS nº 336 de 2002 que define enquanto função primordial dos CAPS: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (Brasil, 2002b). Ou seja, a equipe do CAPS é responsável por ocupar o lugar de referência no cuidado em saúde mental, dialogando, apoiando e intercambiando as ações da RAPS (Yasui, 2010). São diversas as formas de operar essa articulação, mas uma delas é através do Apoio Matricial, um modelo de gestão do trabalho que busca qualificar as ações de saúde no campo da atenção básica através de uma metodologia que compreende a aproximação entre o campo da saúde mental especializada e da atenção básica como imprescindível e objetiva oferecer suporte técnico-pedagógico e assistencial, através do apoio da equipe especializada (Faria; Ferigato; Lussi, 2020; Campos, 1999).

Para além dessa primeira dimensão, o tema de trabalho e articulação de redes pode ser compreendido enquanto promoção de **intersectorialidade**, conceito abordado recorrentemente nesta análise, contabilizando 06 menções. Como afirma Taño (2017, p. 40) “a intersectorialidade se afirma em práticas contextualizadas, apoiada em atores e problemas reais e somente por meio destes pode ser empreendida”. A autora, em consonância com os estudos de Mendes e Akerman (2007), entende que a intersectorialidade tem como finalidade o desenvolvimento social de comunidades através de uma gestão dialógica de conhecimentos em espaços com diversidades de interesses, valores e perspectivas. Locais como fóruns, painéis de debate, oficinas de trabalho, conselhos municipais e outros podem favorecer articulações intersectoriais. Esse modo de gestão não se realiza através de um decreto ou organograma, apesar do apoio legal contribuir para a sustentação, pois sua efetivação depende de uma correlação com as práticas próprias de cada comunidade e território, além de uma interrelação com as problemáticas sobre as quais se pretende atuar (Mendes; Akerman, 2007).

A intersectorialidade no campo da Atenção Psicossocial se faz na medida em que são acionadas não só os serviços de saúde mental, mas extrapolando-os e constituindo um movimento para outros serviços do município, como os que compõem a Educação e Assistência Social, ativando recursos existentes no território e fazendo parceria com outros setores (Brasil, 2015). Ela se estabelece através da relação de um ou mais setores,

objetivando o alcance de resultados que não se efetivaram somente pelo trabalho de um serviço, promovendo assim práticas de criação de redes (Fernandes et. al., 2019).

Na saúde mental infantojuvenil, como é possível averiguar através da análise das três cartilhas selecionadas para essa pesquisa (Quadros 3, 4 e 5) e através de diversos estudos (Fernandes et. al., 2019, Taño, 2017, Machado; Ricci, 2020, Minatel; Taño; Morato, 2022), compreende-se a intersectorialidade enquanto uma premissa básica para o desenvolvimento de diversas ações no território envolvendo crianças, adolescentes, suas famílias e as comunidades, sendo um conceito fundamental para desempenhar ações de cuidado à altura dos desafios complexos da assistência em saúde mental em um país de tantas desigualdades sociais (Brasil, 2015).

Os temas descritos acima se correlacionam e são complementados por outros conceitos também presentes nos resultados dessa pesquisa, como **horizontalidade** (3 menções), **corresponsabilização** (3 menções), **trabalho colaborativo** (3 menções) e **fomento ao trabalho em equipe** (1 menção). Esses conceitos caracterizam aspectos dos processos de trabalho e gestão propostos pela Atenção Psicossocial envolvendo não só a atuação dos técnicos e gestores, mas também o envolvimento de pacientes e familiares nos processos decisórios de cuidado. Taño e Matsukura (2019) afirmam que a corresponsabilização, por exemplo, contribui:

para o aumento da participação comum, na superação de disputas de poder, dando lugar para relações mais transversalizadas que possam oferecer chances para a produção de reflexões, articulações e estratégias coletivamente pensadas (p. 03).

Entretanto, apesar de serem normativas estabelecidas por políticas ministeriais, tais processos de trabalho e gestão não se dão sem constantes tensões e contradições que, na prática, perpetuam disputas entre o modelo de cuidado vigente e o modelo asilar (Yasui; Costa-Rosa, 2008, Severo; Dimenstein, 2011).

Outros princípios constituintes da Reforma Psiquiátrica brasileira estão dispostos enquanto temas abordados na análise da pesquisa, como a **inserção social** (7 menções), **garantia de direitos** (6 menções), **autonomia do sujeito** (4 menções) e **saúde enquanto uma produção** (2 menções). A Lei nº 10.216 de 2001, ao estabelecer um novo modelo de assistência às pessoas em sofrimento psíquico, institui marcos que estão de acordo com discussões a respeito dos direitos humanos a nível internacional e

com os próprios princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para comunidades responsáveis pelo cuidado de si e do outro (Brasil, 2001; 2005b). A responsabilização dos sujeitos só pode ser garantida através da escuta a quem se quer responsabilizar e isso vale também para crianças e adolescentes. Fernandes et al. (2020) entendem que no campo infantojuvenil, a garantia de direitos à palavra e à ação como forma de autonomia promove possibilidades de novos sentidos e inserções sociais, questões latentes tendo em vista a subalternidade a que são submetidas as crianças e adolescentes na esfera social, como já apontado pelo campo da Sociologia da Infância (Qvortrup, 2010, 2011).

Entre os temas abordados acima, característicos da Atenção Psicossocial, e a produção do comum, podemos destacar elementos aqui entendidos como convergentes entre ambos referenciais teóricos. Como propõem Dardot e Laval (2017), compreende-se que são as práticas comunizadoras aquelas capazes de instituir o comum, por meio de um processo dinâmico e contínuo, que exige implicação constante dos envolvidos na atividade em questão. A partir dessa perspectiva, há um comum na Atenção Psicossocial que pode ser acionado e efetuado através da tessitura de uma rede que envolve usuários, familiares, profissionais, gestores e serviços intersetoriais.

Azevedo (2015) argumenta que a RAPS se efetiva através da produção de um trabalho comum. A autora afirma que quando um trabalho conjunto entre diferentes serviços e profissionais consegue se transformar em um trabalho comum significa que houve um aumento na capacidade das equipes de inventar novas estratégias, ampliar as propostas de cuidado e fortalecer os usuários, a própria rede e os profissionais que nela atuam. Esse comum se constitui no plano das atividades e práticas concretas, mas também no plano dos afetos que atravessam essas atividades, através de uma composição entre corpos e mentes por meio da ação.

Inspirada pelas concepções de rede e de comum elaboradas por Fernand Deligny (1913-1996), educador francês e grande referência no campo da educação especial por seu trabalho com crianças e adolescentes considerados inadaptados, delinquentes, psicóticos e autistas na França (Mendes; Castro, 2020), Azevedo (2015) defende que para produzir comum é necessário estabelecer relações de composição entre usuários e profissionais de saúde. Para tanto, o trabalho de Deligny provoca a sair de um hábito

usual no campo da saúde que é cuidar dos outros a partir daquilo que é melhor para nós. Como afirma Azevedo (2015):

A relação de composição que Deligny criava com os autistas, assim como a relação de composição entre profissionais de saúde e usuários da Rede diz respeito a aprender com uma vida que precisa de cuidados, o que é melhor para ela. Na verdade, são aqueles que cuidam que precisam se deslocar do seu lugar de saber, das suas concepções de saúde e autonomia (p. 84).

Em 1968, Deligny inicia um projeto com crianças autistas em Cévennes, região rural no sul da França, que objetivava a criação de um espaço de acolhimento não institucionalizado para a construção de uma vida em comum entre crianças autistas e adultos típicos, a quem Deligny denominou como “presenças próximas”. Neste projeto, o local foi dividido em “áreas de convivência” nas quais três ou quatro crianças conviviam com um ou dois adultos sem formação específica no cuidado com autistas e lá priorizava-se a realização de atividades coletivas envolvendo o cuidado de si e do grupo, como fabricação de pães, afazeres domésticos, criação de animais e marcenaria. Na convivência, crianças autistas e as “presenças próximas” vão inventando formas de viver em comum, movimento possível apenas a partir de uma postura que rejeita a dominação e sujeição do outro. Deligny propunha a criação de uma rede de cuidado e convivência com as crianças autistas, aprendendo com elas o que lhes faz bem ou mal, um processo que se dá através do encontro e da atenção ao mínimo gesto (Azevedo 2015, Mendes; Castro, 2020). É possível compreender a proposta clínica e ética do educador como fomento à produção do comum e às práticas comunizadoras no âmbito da saúde mental infantojuvenil. Deligny, através do projeto em Cévennes,

aprendeu a construir um território existência e mostrou o quanto ter uma vida comum, compartilhar de tarefas diárias de sobrevivência, de trocas afetivas é uma maneira de cada um se tornar mais fortalecido, já que sai de sua condição inicial de isolamento (Azevedo, 2015, p. 90).

O projeto do educador francês em Cévennes se deu de forma pioneira, original, experimental e em dimensões infinitamente menores do que o projeto político técnico-assistencial elaborado para a saúde mental infantojuvenil no Brasil. Todavia, ele pode fornecer pistas para outras investidas em direção à produção do comum no campo da saúde mental infantojuvenil, especialmente no contexto clínico e micropolítico, tendo em vista que dialoga com temas como horizontalidade, autonomia do sujeito e

corresponsabilização, além de exaltar **propostas de cuidado em coletivos e integralidade** no cuidado, temas mencionados 3 e 2 vezes nos resultados respectivamente.

O exemplo da experiência de Deligny é de suma importância, pois a produção do comum não se institui por decreto, mas se constrói nas relações. Dardot e Laval entendem que o comum não se apresenta na forma de um esquema universal com formulações pré-estabelecidas e replicáveis, mas em qualquer forma que ele se apresente, o comum exige a participação coletiva numa mesma atividade em relações colaborativas, horizontalizadas e democráticas (Queiroz, 2020).

Transpondo as ideias de Deligny para o contexto das políticas de saúde mental brasileiras e seus entraves, Azevedo (2015) afirma:

Podemos dizer que uma das ações importantes da RAPS é a tentativa de criação de um território comum de convivência com as diferenças em meio a uma sociedade competitiva, que exige resultados, que julga o que é bom e ruim e por isso tende a varrer para fora de seus muros invisíveis, através da discriminação e exclusão, aqueles que não respondem a tais exigências (p. 85).

Essa afirmação ajuda a dimensionar o desafio estabelecido para a Atenção Psicossocial no Brasil, pois apesar do potencial de convergência entre os princípios da produção do comum e as políticas de saúde mental infantojuvenil aqui analisados, as políticas estão instituídas em um contexto neoliberal que disputa diretamente com os princípios do comum, criando contradições, impasses e limitações brutais na real efetivação da Reforma Psiquiátrica. A produção do comum explicitamente se coloca como uma alternativa radical ao modelo socioeconômico hegemônico no mundo e Dardot e Laval (2017) propõem o caminho da produção do comum como uma revolução gradual, que se efetivaria por meio das conquistas políticas contínuas em um horizonte de coletivização (Queiroz, 2020).

Essa proposição dos autores franceses recebeu contundentes críticas justamente por não apresentar um método sistematizado para alcançar a revolução gradual em direção ao comum, levando a uma desconfiança de sua real efetividade. Negri (2014) argumenta que a obra abandona conceitos marxistas fundamentais como a luta de classes, promovendo um desequilíbrio em sua análise sociológica e foca no que Negri

chama de um “desenvolvimentismo idealista”, com exagerado otimismo em relação ao comum (Negri, 2014, Queiroz, 2020).

Como a produção do comum pode se instituir através de práticas comunizadoras, não apenas como retórica? Dardot e Laval (2017) afirmam:

O comum não é um princípio moral abstrato, nem um tipo de homem. Os homens que agem para construir o comum não se deixam enquadrar previamente num tipo psicológico identificável, nem numa categoria social de contornos definidos: eles são o que suas práticas fazem deles. (p. 54)

Ou seja, para irmos além dos textos possivelmente indutores de políticas é preciso **fazer** intersetorialidade, território, inserção social, etc. Tornar essas palavras de ordem, verbos, fazê-las ação, não apenas pela obviedade de que é preciso praticar o que se construiu e se validou coletivamente/juridicamente, mas por que somente em ato, essas palavras ganham potencial efetivamente comunizador. Como afirmam Yasui e Costa-Rosa (2008):

É necessário reconhecer, e não esquecer, que somos atores de uma prática social, que têm a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir modos mais autônomos de viver e de fazer a diferença (p. 35).

Neste ponto, as contribuições da Terapia Ocupacional podem ser relevantes, uma vez que a atividade humana é um dos principais objetos da profissão. Se produzir comum é uma atividade que exige implicação constante, coobrigação e práticas coletivas enraizadas na realidade na qual as pessoas estão inseridas, então é possível encontrar uma ideia convergente com a “produção de vida”, conceito enunciado por Quarentei (2001) no campo da Terapia Ocupacional. Para a autora, a vida humana é constituída por um *contínuum* incessante de atividades e a produção de vida é o processo permeado por afetos de criação e recriação da vida, produzindo modos e sentidos para estar no mundo, do qual participam terapeutas ocupacionais em suas práticas profissionais (Quarentei, 2001, Albuquerque; Cardinali; Bianchi, 2021).

Quarentei (2001) compreende as atividades humanas como matéria de vida com dupla vinculação: estão ligadas tanto às necessidades de sobrevivência e manutenção da existência quanto ao “mistério” da potência de expressão e criação de mais vida. Ao posicionar as atividades no centro da experiência humana, Quarentei (2001) defende que elas podem criar territórios existenciais a partir do momento em que as ocupamos e

não mais somos ocupados por elas. Essa inversão de sentidos propõe um agenciamento dos sujeitos e coletivos e transformam, na perspectiva de Quarentei (2001), as atividades em **acontecimentos de vida**, plenos de sentido, dualidades, contradições e potências.

Quarentei (2001) refere que há fazeres cuja repetição mortífera e vazia efetuam práticas de submissão, exclusão e decomposição dos corpos no sentido que Spinoza entende os bons e maus encontros. No campo da Terapia Ocupacional, a autora propõe duas tarefas para os profissionais que trabalham na perspectiva da produção do comum ou da produção de vida: instituir processos de experimentações e construções através dos encontros e das atividades e constituir-se pertencente a novas ações no mundo. Para Quarentei (2001):

Na vida, na produção algo transborda ou resiste, insiste nos corpos. Algo ainda ou já habita-os. Algo ligado... algo que pertence àquele mistério da potência de criação de mais vida (p. 7).

As proposições de Quarentei encontram consonância com o comum, pois partem da premissa de que o que se quer alcançar deve ser produzido pelas pessoas através de atividades imersas em profundo engajamento e reflexão contínuas. Ambas proposições defendem também a crença na capacidade humana de potencializar suas ações em prol de benefícios coletivos. Teixeira (2015), ao correlacionar produção de saúde e produção do comum, afirma:

a produção do comum nada mais é do que o modo, referido às coisas finitas e determinadas do exterior, pelo qual se dá a produção de potência (potência de vida, força de existir, potência de agir e de pensar), o que se traduz, como problemática exclusiva dos humanos, na produção de alegria, de ideias adequadas e ações virtuosas (p. 35).

3.2.2 Eixo Temático B: Discursos Potencialmente Supressores

Os dez documentos analisados nesta pesquisa trouxeram convergências com os princípios da produção do comum como disposto acima. Isso não significa que os arranjos técnico-assistenciais que regulamentam o funcionamento da RAPS para infância e adolescência de fato atuem na perspectiva de induzir práticas comunizadoras. Estudos dos últimos cinco anos têm demonstrado os desafios do campo da saúde mental infantojuvenil (Fernandes et. al., 2021, Fernandes et. al., 2022, Taño; Matsukura, 2019)

frente ao sucateamento dos processos de trabalho e aos fenômenos de patologização e medicalização da vida de crianças e adolescentes.

Nos documentos analisados, há apenas um trecho da Lei 13.438 que, a partir desta análise, pode ser compreendido com potencial para suprimir a produção do comum através de um discurso que pode incorrer no **risco de patologização** e na **segmentação do trabalho**. Ao tornar obrigatória a aplicação, em consulta pediátrica, de protocolo com intuito de facilitar a detecção de risco para o desenvolvimento psíquico de crianças com até 18 meses de vida, atende-se a uma demanda por avaliações e diagnósticos precoces para transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA, mas abrem-se brechas para um processo complexo que já vem se instaurando na RAPS que é a patologização da infância. Moysés (2020) argumenta que o modo como a lei está instituída, desde 2017, é violento e ignora o que já vinha sendo construído no campo da promoção e vigilância da saúde da criança. A autora compreende que partir da premissa de “risco psíquico” é uma maneira de estigmatizar pacientes e afastar a prática clínica do objetivo que a lei se propõe alcançar: monitorar e detectar possíveis transtornos do desenvolvimento psíquico:

Assim, entrará no consultório, uma-criança-potencialmente-portadora-de-risco-psíquico, não a criança. A Mariazinha, o Pedrinho, o Joãozinho, a Rosinha serão tornados invisíveis, somente o risco psíquico será visível (Moysés, 2020, p. 212).

A criança deve ser avaliada integralmente, visto que, se apresenta problemas no desenvolvimento psíquico, apresentará dificuldades, atrasos ou distúrbios em todas as facetas de seu desenvolvimento. Caso o pediatra perceba sinais de alerta, como afirma Moysés (2020), não será ele o profissional a realizar uma investigação mais específica, pois, sem nenhum demérito à profissão, tal avaliação extrapola a formação do campo da pediatria e também extrapola as práticas da Atenção Básica. É por isso que é fundamental que o trabalho e articulação em rede seja a base na construção de planos terapêuticos. Neste ponto, a Lei 13.438 também dá margens a críticas uma vez que delega exclusivamente aos pediatras a tarefa obrigatória de detectar alterações de desenvolvimento psíquico em crianças no contexto da Atenção Básica, segmentando um trabalho de vigilância que poderia envolver a equipe multiprofissional.

Moysés (2020) defende que a aplicação dessa lei provoca um duplo efeito: crianças típicas e/ou com problemas de outras ordens, como vulnerabilidade social, são identificadas como portadora de risco psíquico, fato que poderá facilmente se transformar em diagnóstico e acompanhar o paciente e sua família ao longo da vida, justificando os problemas que o acometem; e as crianças que necessitam de intervenções precoces devido a alterações no desenvolvimento podem não ser identificadas na avalanche de encaminhamentos e demandas artificialmente construídas.

Essa proposta de atuação pode suprimir a produção do comum na medida em que não dialoga com atuações que coletivizam o cuidado, promovam a integralidade e a atenção singular às necessidades das crianças. A Lei 13.438 obriga a aplicação de protocolo a todos os pacientes de até 18 meses de vida, mas é fato que todos necessitam desta avaliação específica? Moysés (2020) afirma que, levando em consideração a dinâmica de trabalho de uma Unidade de Saúde e o tempo de duração de consultas pediátricas, os profissionais podem colocar em risco as demais ações que auxiliam no exame clínico da criança como sujeito integral a fim de preencher tal protocolo, sendo que já existe a Caderneta da Criança, documento elaborado pelo MS para acompanhar integralmente o crescimento e desenvolvimento infantil de zero a nove anos. Moysés (2020) compreende que a avaliação integral já é capaz de fornecer indícios ao profissional atento de que algo não vai bem com o paciente, sem a necessidade de privilegiar a aplicação universal de protocolo em detrimento de outras ações de cuidado.

(...) o que ela [criança] come, como dorme, com está o cocô, se está crescendo bem, se brinca com outras crianças, se é bem cuidada, se seus olhos brilham ou trazem embutido um pedido de socorro, se tomou as vacinas e tantas outras coisas que vão sendo construídas e pactuadas em cada consulta, na relação do pediatra com o cuidador, com a criança, com a comunidade sob seus cuidados (Moysés, 2020, p. 212).

É também dado relevante para essa pesquisa a diferença quantitativa entre discursos potencialmente indutores e potencialmente supressores presentes nos temas abordados, considerando que foram encontrados respectivamente 15 e 2 temas em cada eixo temático que se correlacionaram à produção do comum. Partindo deste achado, é possível argumentar que as políticas de saúde mental infantojuvenis estão dispostas na direção de um horizonte político progressista de viés anticapitalista, capaz de dialogar com as teorias do comum, tendo em vista que a maioria dos documentos analisados

apresentaram convergências possíveis entre a Atenção Psicossocial e o referencial teórico estudado por Dardot e Laval e outros autores como demonstrado pelo Eixo A.

Em menor número, distanciamentos em relação à produção do comum foram apontados no Eixo B, ampliando a percepção de que o campo das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes vive constantemente uma disputa de interesses que visa minar as conquistas sociais e retroceder à lógica excludente e institucionalizadora. Tal disputa extrapola este campo e se estende à Atenção Psicossocial como um todo (Brasil; Lacchini, 2021), mas, no que tange ao cuidado à saúde mental infantojuvenil no SUS, adquire especificidades próprias desta população, para a qual as ações intersetoriais são chave para real efetividade das intervenções (Fernandes et. al., 2019, Minatel; Taño; Morato, 2022). Quando se realizam cortes orçamentários e desmontes em políticas de educação, cultura, habitação, esporte, a rede de saúde mental é afetada e também se enfraquece. Da mesma forma que, a partir do momento que estes setores estão fortalecidos e atuantes na sociedade, é direta a sua contribuição para a Atenção Psicossocial como um todo, pois promovem acessos aos serviços e garantem direitos (RedePq-SMCA, 2023).

Em consonância com o documento elaborado pela Rede Nacional de Pesquisas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Rede Pq-SMCA) intitulado “Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes”, compreendemos que há uma responsabilidade de transformação social nos territórios de competência da Atenção Psicossocial e suas políticas para infância e adolescência que ultrapassa os cuidados aos acometidos por transtornos mentais e deve ir em direção “aos modos de relação e sociabilidades com vistas à construção de experiências compartilhadas de pertencimento social” (2023, p. 12). O documento afirma que essa função política, entendida pelos autores como pública e civilizatória, só avançará se for uma ação coletiva e participativa, contando com o envolvimento das crianças e adolescentes. Neste sentido, o princípio político do comum, produzindo através de atividades comunizadoras, pode dialogar e apresentar caminhos de efetivação da função maior da Atenção Psicossocial.

Considerações Finais

*A lição sabemos de cor,
Só nos resta aprender*
Beto Guedes

A presente dissertação buscou analisar a intersecção entre as políticas públicas de saúde mental infantojuvenis e o conceito de produção do comum, identificando possíveis convergências e distanciamentos entre os discursos presentes nos principais documentos normativos e as práticas potencialmente indutoras ou supressoras da produção do comum. Com base na análise documental realizada, foi possível identificar que há aproximações possíveis entre os campos estudados e que a produção do comum pode ser um referencial teórico que contribui para o fortalecimento da Atenção Psicossocial.

Os resultados da pesquisa apontam que a incorporação de princípios como **territorialidade, intersetorialidade, corresponsabilização, articulação de redes** entre outros nas políticas analisadas demonstra um alinhamento com a produção do comum, ao favorecerem processos de trabalho de viés coletivo, porém singularizado. Entretanto, também foram identificados aspectos que podem suprimir práticas comunizadoras, como o **risco de patologização** e a **segmentação do trabalho**, os quais reforçam lógicas individuais e biomédicas que destoam do paradigma psicossocial.

No que tange às contribuições desta pesquisa, sugere-se a possibilidade de aproximar o debate sobre a produção do comum na formulação e implementação das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil. A pesquisa também reforça a importância de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e das redes intersetoriais de cuidado, que podem se configurar como espaços estratégicos para a materialização de práticas comunizadoras no cotidiano da atenção às infâncias e adolescências em sofrimento psíquico.

Apesar dos avanços constatados, ainda há desafios a serem superados, tais como a fragilidade na integração entre os diferentes setores da RAPS, a falta de recursos humanos e estruturais adequados e a necessidade de formação contínua para os profissionais que atuam no campo. Esses aspectos são fundamentais para garantir que as práticas de cuidado se distanciem de lógicas normativas e excludentes e, ao contrário, fortaleçam estratégias coletivas de emancipação e protagonismo dos sujeitos atendidos.

Para estudos futuros, sugere-se aprofundar a investigação sobre a produção do comum em experiências *in loco* na Atenção Psicossocial infantojuvenil, considerando que é no campo que de fato encontram-se os maiores desafios, contradições e também as demandas reais para o aprimoramento das políticas já existentes e elaboração de novas propostas por vir.

Dessa forma, espera-se que esta dissertação contribua para o fortalecimento do debate sobre as potencialidades e os desafios da Atenção Psicossocial infantojuvenil no Brasil, ampliando as perspectivas para um cuidado mais coletivo, participativo e comprometido com a transformação social.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, G. M. P.; CARDINALLI, I.; BIANCHI, P. C. Terapia ocupacional e a expressão “produção de vida”: o que dizem as produções brasileiras? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, e2133, 2021.

AMARANTE, P; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. de. (orgs) **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 33-45.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVEDO, A. B. de. O trabalho comum através do aprendizado dos afetos na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 80-93, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-14, 2019.

BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, Brasil, v. 10, n. 1, p. 14–32, 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil**: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Composição da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Institui os parâmetros para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.947, de 10 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas de Informação em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientação para elaboração de portarias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_orientacao_elaboracao_portarias.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Linha de cuidado**

para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E. (orgs). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e efeitos da narratividade.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Tradução: Ana Cristina Nasser. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 295-316.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: Ed. Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: **AMARANTE, P.** (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COUTO, M. C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não.** Brasília, 2001. p. 121-130.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

DARDOT, P; LAVAL, C. **Comum**: ensaio sobre a revolução no século XXI. Tradução: Mariana Echalar. 1. ed. São Paulo: Editora Boitempo, 2017.

FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S. H.; LUSSI, I. A. O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 931-949, 2020.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 53-73.

FERNANDES, A. D. S. A., Cid, M. F. B., Speranza, M., & Copi, C. G. A intersetorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 454–461, abr. 2019.

FERNANDES, A. D. S. A., MATSUKURA, T. S., LUSSI, I. A. O., FERIGATO, S. H., & MORATO, G. G. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 725–740, 2020.

FERNANDES, A. D. S. A., TAÑO, B. L., CID, M. F. B., & MATSUKURA, T. S (org). **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, 2022.

HARDT, M; NEGRI, A. **Bem-estar comum**. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.

HESS, C.; OSTROM, E. **Understanding knowledge as a commons: from theory to practice**. 1. ed. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2007.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263–280, maio 2013.

MACHADO, A. P.; RICCI, E. C. A intersetorialidade na saúde mental infantojuvenil: articulações entre um CAPSI e Unidades de Acolhimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 19, p. 190-205, dez. 2020.

MENDES, M. L.; CASTRO, E. D. Fernand Deligny e uma clínica por vir: mobilizações sobre modos de cuidar em saúde mental na infância e adolescência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 343-355, 2020.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDES, J. C. A.; MENDES, R. (Orgs.). **Promoção da Saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild: CEPEDOC, 2007. p. 85-109.

MINATEL, M. M.; TAÑO, B. L.; MORATO, G. G. Quando crianças pedem rede: terapia ocupacional, intersetorialidade e educação popular no cuidado com as infâncias. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 6, n. 1, p. 822-833, 2022.

MORATO, G. G. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**. 2019. 237 f. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

MOYSÉS, M. A. A. A LEI 13.438 é um risco à saúde das crianças. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 12, n. 31, p. 193–216, mai. 2020.

NEGRI, A. Comum, entre Marx e Proudhon. **Lugar Comum – Estudos em Mídia, Cultura e Democracia**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 282-286, maio/ago. 2014.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisas qualitativas**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PELBART, P. P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl.1, p. 19-26, 2015.

QUARENTEI, M. S. Terapia ocupacional e produção de vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., 2001, Porto Alegre. *Anais [...]* Porto Alegre: ABRATO, 2001. p. 1-8.

QUEIROZ, F. A revolução do comum. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-3, 2020.

QVORTRUP, J. A infância enquanto categoria estrutural. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 631–644, maio 2010.

QVORTRUP, J. Nove teses sobre a "infância como um fenômeno social". **Proposições**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 199–211, jan. 2011.

REDE NACIONAL DE PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES/ RedePq-SMCA. **Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes**. Documento Técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. 2023.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DAMBI-BARBOSA, C.; OLIVEIRA, M. F. A. P. B. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 186-210.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

RIOS, A. G. et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3077–3086, ago. 2021.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, 2009.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na Estratégia de Atenção Psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 340-349, 2011.

TAÑO, B. L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015.

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl. 1, p.27-43, 2015.

TEIXEIRA, R. R. *et al.* **A Reinvenção da vida e da saúde em tempos de pandemia: o lugar da cultura**. 1. ed. São Paulo : Centro de Pesquisa e Formação do Sesc São Paulo : USP - Universidade de São Paulo, 2023.

TONUCCI FILHO, J. B. M. Além do Estado e do Capital: notas sobre três abordagens críticas do Comum. **Crítica Marxista**, Campinas, n.49, p.153-173, 2019.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008.