

# *Panorama das Políticas de Saúde Mental* Infantojuvenil na América Latina e Caribe: desafios e perspectivas

Iagor Brum Leitão<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-6174-253X) (iagor.leitao@edu.ufes.br)

Luziane Zacché Avellar<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0003-3125-2174) (luzianeavellar@yahoo.com.br)

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, Brasil.

**Resumo:** A insuficiência de políticas e recursos específicos para Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) afeta o desenvolvimento de crianças e adolescentes na América Latina e Caribe, onde jovens menores de 18 anos representam cerca de 30% da população. Com 20% de prevalência de transtornos mentais nessa faixa etária, cerca de 53 milhões necessitam de cuidados em saúde mental. Este estudo, por meio de uma revisão de literatura narrativa, analisou as políticas de SMIJ em oito países da região — Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México, Paraguai, Venezuela e Brasil. O objetivo foi identificar marcos regulatórios, diretrizes orientadoras e os principais desafios no cuidado em SMIJ, além de comparar o cenário da SMIJ desses países com o brasileiro. Utilizaram-se dados de bases como SciELO, LILACS, PubMed e publicações governamentais e de organizações como OMS, OPAS e UNICEF, além de demais publicações recuperadas no “Google Scholar”, “ResearchGate” e “Academia.edu”. Observaram-se legislações progressistas e marcos regulatórios que reconhecem os direitos das crianças e adolescentes, mas também há baixo investimento, precariedade de serviços e práticas fragmentadas e medicalizantes. O estudo enfatiza a importância de garantir recursos e investimentos substanciais para a SMIJ, indo além das leis e regulamentações.

► **Palavras-chave:** Saúde mental infantojuvenil. Serviços de saúde. Saúde pública. América Latina.

Recebido em: 08/02/2023      Revisado em: 09/02/2024      Aprovado em: 04/07/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350110pt>

Editor responsável: Rossano Lima      Pareceristas: Maria Cristina Couto e Patricia Defini

## Introdução

O campo de estudos em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) tem-se expandido consideravelmente nas últimas décadas. Descobriu-se que problemas de Saúde Mental (SM) em adultos frequentemente se originam na infância, antes dos 14 anos de idade (OPAS; OMS, s.d). Além disso, sabe-se que quanto mais vulnerabilidades crianças e adolescentes (C.A.) forem expostos, como deslocamento forçado, estrutura familiar instável, pobreza, abusos, maus-tratos, privação de convívio social, falta de oportunidades e incentivos escolares e culturais, maior o impacto potencial em sua SM (OMS, 2020a).

Na América Latina e Caribe, onde jovens menores de 18 anos constituem cerca de 30% da população (Erskine *et al.*, 2017), a prevalência de transtornos mentais nesta faixa etária atinge cerca de 20%, o que representa uma necessidade de cuidados para pelo menos 53 milhões de crianças e adolescentes (Benjet, 2009). No entanto, é alarmante constatar que, na região, existem apenas 3,4 profissionais de SM para C.A. a cada 100.000 habitantes. Agravando a situação, apenas 58% dos países relatam possuir políticas de SMIJ, independentes ou integradas às políticas de saúde como um todo (OMS, 2020b).

Um recente editorial da revista *The Lancet: Child & Adolescent Health* (Lancet, 2022) alertou que crescer na América Latina e Caribe implica enfrentar desafios marcados por desigualdade e adversidades. Grupos vulneráveis, incluindo adolescentes afro-caribenhos, jovens de famílias de baixa renda, membros da comunidade LGBTQIAP+ e indígenas, estão expostos a riscos significativamente maiores de desenvolver problemas de SM. Além disso, a região apresenta a segunda maior taxa de mortalidade adolescente do mundo, predominantemente impulsionada por atos de violência, além de uma média diária de 11 suicídios de adolescentes por dia (Lancet, 2022).

A insuficiência de políticas e recursos específicos para SMIJ compromete o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, incidindo diretamente sobre os indicadores de educação, saúde, produtividade econômica e bem-estar social. Assim, a falta de investimento em SMIJ não apenas resulta em custos elevados para os sistemas de saúde, em decorrência da necessidade de intervenções potencialmente mais complexas e onerosas em fases posteriores da vida (Fatori *et al.*, 2018), mas também contribui para perpetuar ciclos de vulnerabilidades socioeconômicas.

No intuito de contribuir para a temática, este estudo objetivou descrever um panorama das políticas em SMIJ adotadas em oito países da América Latina e Caribe – Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, México, Paraguai, Venezuela e Brasil. Buscou-se identificar os principais marcos regulatórios externos e internos à SMIJ, as diretrizes e princípios orientadores, além dos principais desafios enfrentados por esses países no cuidado em SMIJ. Adicionalmente, realizou-se uma comparação entre o panorama da situação da SMIJ desses países com o contexto brasileiro.

Este trabalho pretende contribuir para o debate sobre as políticas SMIJ, destacando as especificidades, necessidades e possíveis caminhos para fortalecer as práticas de SMIJ na região, frequentemente destacada por estudos internacionais pela falta de políticas (Zhou *et al.*, 2020). Essa análise ganha urgência à medida que a pandemia da Covid-19 intensificou as necessidades de SM e revelou fragilidades nos sistemas existentes. Durante isolamento social, a pandemia evidenciou uma série de preocupações sobre a SM das crianças e jovens, demonstrando como eventos e crises globais podem impactar de forma significativa essa população (UNICEF, 2021). Diante disso, se muito antes da pandemia, organizações internacionais, familiares, pesquisadores, profissionais de saúde, entre outros, já alertavam que governos estavam investindo muito pouco na promoção, proteção e cuidado de crianças e adolescentes, o cenário atual reforça o quanto a SMIJ deve constituir pauta-chave no bojo da saúde pública.

## Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, método que permite uma análise abrangente de diversas fontes de dados, seguida da descrição e discussão do “estado da arte” (Siddaway *et al.*, 2019). A escolha dessa metodologia foi justificada pela necessidade de integrar uma variedade de fontes de dados para alcançar os objetivos propostos.

Foram pesquisados artigos disponíveis nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. As buscas foram conduzidas utilizando duas palavras-chave: “saúde mental infantojuvenil” e “políticas de saúde mental infantojuvenil”. Cada palavra-chave foi combinada com o nome de cada país considerado na revisão (exemplo: “saúde mental infantojuvenil na Argentina” ou “políticas de saúde mental infantojuvenil na Argentina”), bem como com a expressão “América Latina e Caribe”. As buscas foram realizadas em português, inglês e espanhol, sem restrição quanto ao ano de publicação.

No entanto, a revisão narrativa, ao contrário das revisões sistemáticas e integrativas, oferece maior flexibilidade metodológica, não se restringindo a estratégias de busca pré-definidas (Siddaway *et al.*, 2019). Essa flexibilidade foi crucial para este estudo, uma vez que buscas iniciais com palavras-chave predefinidas revelaram uma escassez de artigos especificamente focados no tópico. Assim, realizamos buscas adicionais em plataformas acadêmicas como “*ResearchGate*” e “*Academia.edu*”, bem como no “*Google Scholar*”, com o objetivo de identificar outros trabalhos potencialmente relevantes, como livros e capítulos de livros, resumos expandidos, dissertações e teses.

Também foram analisados legislações, portarias, relatórios, planos de governo, cartilhas e demais publicações que informavam as disposições dos sistemas de saúde e serviços de SMIJ disponíveis para cada país pesquisado. Para identificar esses documentos, foram realizadas buscas em *websites* governamentais, como Ministérios da Saúde, e de organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A seleção desses documentos foi orientada por sua relevância para o tema, conforme indicado pela literatura científica existente e pela análise dos próprios documentos.

A seleção desses países foi intencional e baseada em suas semelhanças com o Brasil. Muitos desses países compartilham desafios socioeconômicos semelhantes como pobreza, desigualdade de renda, exposição à violência e acesso limitado a serviços de saúde e educação. Compartilham valores, tradições familiares e sistemas de crenças similares, ainda que se considere ampla diversidade cultural. Tais aspectos permitiram uma comparação mais contextualizada e relevante. Reconhecemos, no entanto, que toda escolha de amostra implica limitações. A inclusão de todos os países da região excederia os limites apropriados para um único artigo científico. Assim, a limitação da amostra foi uma decisão metodológica necessária e não reflete uma avaliação do valor dos países não incluídos na análise. Desse modo, esperamos que pesquisas futuras possam expandir este trabalho e explorar a SMIJ em outros contextos da região.

## Resultados e Discussão

Optou-se por organizar a seção de resultados e discussão de maneira conjunta. Cada país foi analisado individualmente, em sequência alfabética. O Brasil, sendo

objeto de comparação detalhada, é discutido por último. Após as análises individuais, realizou-se a discussão panorâmica da situação da SMIJ na região, dialogando com o contexto da SMIJ brasileira.

## Argentina

A Constituição Argentina, de 1994, é um marco legal para a garantia de direitos de C.A. Define um sistema de segurança social para proteger crianças desamparadas, desde a gestação até o fim do ensino fundamental (Argentina, 1994). Por sua vez, a aprovação das leis 26.061/2005, (*Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*) (Argentina, 2005), e 26.657/2010, (*Ley Nacional de Salud Mental*) (Argentina, 2010) representam marcos regulatórios mais afirmativos para a SMIJ.

A Lei de Proteção destaca que C.A. têm o direito de receber atenção integral à sua saúde, acesso igualitário a serviços e ações de prevenção, promoção, informação, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde. Além disso, estabelece que instituições de saúde devem priorizar o atendimento a crianças (Argentina, 2005). Já a Lei de SM, apesar de não citar diretamente C.A., estabelece princípios para garantir o direito à proteção da SM de todas as pessoas com transtornos mentais. Reconhecendo a SM como um processo influenciado por aspectos históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos, ela preconiza o direito a um atendimento integral e humanizado em saúde e assistência social, por meio do acesso gratuito, igualitário e equitativo a serviços e recursos necessários (Argentina, 2010).

A SMIJ na Argentina é enquadrada nos três níveis de complexidade no sistema de saúde. O primeiro nível conta com o serviço do *Centro de Atención Primaria de la Salud* (CAPS), que é primeiro ponto de contato da população com a rede de serviços em saúde. O segundo nível inclui hospitais gerais e pediátricos para problemas urgentes ou demandas espontâneas. O terceiro nível é composto por hospitais e centros especializados em SM, como os *Centros Especializados en Salud Mental* (CESM) (Barcala *et al.*, 2020). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ.

Apesar de um sistema federal de saúde, cada uma das 23 províncias argentinas e a cidade autônoma de Buenos Aires têm suas próprias leis. Desse modo, embora a *Ley Nacional de Salud Mental* (LNSM) defina as diretrizes que organizam o sistema federal de atenção à SM, a plena aplicação é uma decisão soberana das províncias,

o que contribui para que ideologias de profissionais e gestores tenham maior peso do que as diretrizes das políticas públicas nacionais que deveriam orientar suas atuações (Flore, 2015).

Pesquisadores argentinos compreendem que a resposta insuficiente às demandas de SMIJ também está relacionada à prevalência do modelo biomédico e ao paradigma positivista que o sustenta, mesmo diante dos marcos regulatórios que enfatizam a necessidade de uma abordagem ampliada de SM. Argumentam que ainda persiste uma concepção funcionalista da prática, que não aborda de forma abrangente os processos que geram ou causam agravos à SM, negligenciando o entendimento desta como um campo de ação coletiva. Portanto, evidenciam a necessidade de fortalecer as práticas ampliadas no campo da SMIJ, com o objetivo de responder às demandas das C.A. sem incorrer em processos de medicalização (Barcala, 2019; Barcala *et al.*, 2020; 2022).

Apesar dos avanços no âmbito da SMIJ nas últimas décadas, a literatura argentina destaca a falta de correspondência entre as necessidades de atenção e a disponibilidade de uma rede de serviços capaz de oferecer respostas adequadas. O investimento insuficiente em recursos humanos e capacitação para abordagens interdisciplinares é apontado como um dos principais obstáculos para o funcionamento integral das redes intra e intersetoriais de SMIJ (Augsburger; Gerlero, 2020; Barcala, 2022; Flore, 2015).

## Chile

No Chile, a *Constitución Política de la República de Chile*, de 1980, constitui o primeiro marco legal para C.A. Ela garante o direito à saúde, coordenado e controlado pelo Estado. Assegura acesso igualitário a ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Embora não mencione explicitamente C.A., ela garante o direito à vida, à integridade física e psíquica de todas as pessoas, independente da faixa-etária (Chile, 1980).

No Chile, ocorreram avanços significativos na área da SMIJ nos últimos anos, impulsionados pela implementação de programas específicos. O primeiro foi a implementação do *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, em 2000, que teve como objetivo estabelecer uma rede de serviços de SM abrangendo todas as faixas etárias. Assim como ocorreu no Brasil com a criação da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), o plano chileno buscou a composição de múltiplos dispositivos para a atenção em SM (Barra *et al.*, 2019). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ como no Brasil.

Um marco efetivo para a SMIJ chilena é o subsistema de proteção à infância intitulado “*Chile crece contigo*” (ChCC), implementado em 2007 e oficializado como política pública em 2009 por meio da Lei 2.0379/2009 (Chile, 2009). O ChCC desempenha papel fundamental na promoção da SM materna e das C.A. no país, oferecendo suporte, proteção e acompanhamento a crianças e suas famílias em situações de vulnerabilidade por meio de um sistema integrado de intervenções e ações sociais (Chile, 2015).

No âmbito do ChCC, destaca-se o *Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil* (PASMI). Seu objetivo é fornecer diagnóstico e tratamento para crianças entre 5 e 9 anos com problemas de SM, ao mesmo tempo em que promove competências parentais em famílias com crianças nessas condições. O PASMI oferece uma série de serviços, incluindo avaliações diagnósticas integrais por médicos, psicólogos e trabalhadores sociais, consultas de SM individuais e em grupo, visitas domiciliares integrais e consultorias em SMIJ. Além disso, o programa integra-se com outros programas de SM da APS, como o *Programa de Salud Mental Integral* e o *Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicossocial* (Poblete, 2022).

Os *Centros de Salud Familiar* (CESFAM) e os *Centros Comunitario de Salud Mental Familiar* (COSAM) se destacam como serviços de saúde e SM importantes. Os CESFAM são parte da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto os COSAM fazem parte da Atenção Secundária. Ambos os serviços atendem todas as faixas etárias e contam com equipe multiprofissional (Chile, 2022).

Apesar dos avanços na área da SMIJ, ainda existem desafios consideráveis devido à desigualdade social no Chile. Embora seja classificado como de alta renda desde 2013 pelo Banco Mundial, as desigualdades persistentes são uma preocupação (UNICEF, 2017). A pobreza, como importante determinante social da saúde e SM, é maior entre a população infantil do Chile (22,4%) em relação a outros grupos vulneráveis (Chile, 2014). Além disso, o acesso aos cuidados em SMIJ ainda é limitado em áreas carentes, rurais e montanhosas, obrigando as famílias a viajarem para municípios maiores em busca de atendimento para suas crianças e jovens (Barra *et al.*, 2019).

## Colômbia

Na Colômbia, a *Constitución Política de Colombia*, de 1991, também é marco legal para garantia de direitos a C.A. A Lei 1.098/2006, que institui o *Código de la Infancia y la Adolescencia* (Colômbia, 2006), constitui importante marco regulatório externo à SMIJ propriamente dita. Já as leis nº 1.438/2011 (Colômbia, 2011), por meio da qual se reforma o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde, e nº 1.616/2013, por meio da qual é promulgada a *Ley de Salud Mental* (Colômbia, 2013), constituem marcos mais afirmativos à SMIJ.

A Constituição colombiana reconhece direitos fundamentais a C.A, como à vida, integridade física, saúde, segurança social, alimentação equilibrada, educação e cultura. Protege contra abandono, violência física ou moral, abusos, exploração laboral ou econômica e trabalhos perigosos. Estabelece que o Estado deve implementar uma política de prevenção, reabilitação e integração social para indivíduos com deficiências físicas, sensoriais e psíquicas, aos quais será prestada a atenção especializada necessária (Colômbia, 1991).

A *Ley 1.098/2006* estabelece uma doutrina de proteção integral para C.A., garantindo o exercício de seus direitos, afirmando que todas as C.A. têm direito a uma saúde integral. Proíbe que instituições de saúde, públicas e privadas, se recusem a atender crianças que precisem de cuidados médicos. Se uma criança ou adolescente não é beneficiário do regime contributivo ou subsidiado, o Estado assume o custo dos serviços de saúde (Colômbia, 2006).

Já a *Ley 1.438/2011* visa fortalecer o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde por meio de um modelo de prestação de serviços de saúde baseado na estratégia de APS. É baseada em princípios como universalidade, solidariedade, igualdade, obrigatoriedade, prevalência de direitos, enfoque diferencial, equidade, qualidade, eficiência, participação social, progressividade, livre escolha, sustentabilidade, transparência e descentralização administrativa (Colômbia, 2011).

Ainda sobre essa lei, ela inclui uma seção intitulada *Atención Preferente y Diferencial para la Infancia y la Adolescencia*, que abrange os artigos 19, 20 e 21. O primeiro garante serviços gratuitos de reabilitação física e mental para C.A. vítimas de violência física, sexual e abuso. O segundo estabelece a corresponsabilidade do Estado e dos pais ou representantes legais na gestão da saúde das C.A. O terceiro obriga as entidades de saúde a denunciarem casos de negligência ou violência contra essa população vulnerável (Colômbia, 2011).

Por fim, a *Ley 1.616/2013* busca garantir o exercício pleno do direito à SM à população colombiana, priorizando C.A. e se soma a *Lei 1.098/2006*. Destaca-se o Capítulo V, que contém uma seção sobre atenção integral e preferencial em SMIJ. Afirma-se que as entidades e empresas de planos de saúde devem dispor de serviços integrais em SM com modalidades específicas de atendimento para C.A., garantindo atendimento adequado e acessível em promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, intervenção, cuidado e reabilitação psicossocial (Colombia, 2013).

Pesquisadores colombianos afirmam que política de SM do país pressupõe uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, o que implica considerar o ser humano como um sistema aberto em constante interação com o meio ambiente (Castaño-Pulgarín; Betancur-Betancur, 2019). Para Henao *et al.* (2016), entretanto, apenas será possível ter certeza do cumprimento da política de SM se ela responder assertivamente às necessidades das C.A. e da população deslocada e vítima da violência.

A Colômbia sofreu décadas de violência que impactaram fortemente a SM da população. Estudos recentes relatam que a população infantojuvenil mais necessitada em SM é aquela vítima de deslocamentos forçados, especialmente por conflitos armados. Este grupo apresenta maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático, transtornos depressivos e ansiosos, problemas de SM relacionados a abusos físicos, sexuais e maus-tratos, bem como ideações e tentativas de suicídio (Rivera *et al.*, 2020).

O sistema nacional de saúde na Colômbia fornece 30 sessões de psicoterapia individual ou em grupo para cada paciente, independentemente do estágio do transtorno mental, e sessões ilimitadas para vítimas de conflitos armados. No país, existem aproximadamente 900 psiquiatras, incluindo 45 especializados em SMIJ apenas, e 1.500 psicólogos responsáveis pelo fornecimento de cuidados em SM em geral. Esses profissionais atuam em centros médicos especializados, hospitais gerais e instituições psiquiátricas, tanto no setor privado quanto no público, com a maioria concentrada nas dez maiores cidades colombianas (Chaskel *et al.*, 2015).

Quanto aos serviços de SMIJ, Agudelo-Hernández e Rojas-Andrade (2023) relatam a existência de Hospitais Dia para C.A., Unidades de Saúde Mental, Serviços de Emergência Psiquiátrica e Ambulatórios de Saúde Mental, que atendem todas as faixas etárias. No entanto, não especificam se esses serviços são administrados pelo setor público ou privado. Ainda assim, observam uma baixa disponibilidade de serviços de SM em quatro departamentos da Colômbia e a implementação completa

de todos os serviços em apenas dois departamentos. Os serviços comunitários foram os menos implementados, enquanto os serviços de emergência e hospitalização tiveram maior presença em nível territorial.

## Cuba

Em Cuba, a *Constitución de la República de Cuba* (Cuba, 1976), o *Código de la Infancia y la Juventud* (Cuba, 1978), recentemente atualizado para o *Código de las Familias* (Cuba, 2022), configuram marcos legais regulatórios externos à SMIJ propriamente dita. Cuba não possui uma legislação específica de SM. Elementos relacionados a essa área são incorporados à *Ley de Salud Pública* (Cuba, 1983), a qual constitui base para as ações de saúde, que incluem as de SMIJ.

Cuba adota uma abordagem humanista e socialista em seu sistema de saúde, oferecendo acesso livre aos cuidados de saúde financiados pelo Estado (Cuba, 1983). O Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano é o primeiro sistema único gratuito e integral nas Américas, com cobertura universal e direção central, sendo gradualmente estabelecido a partir de 1959 e alcançando plena integração em 1970. Prioriza a APS, com ênfase na prevenção de doenças e promoção à saúde (Serrate, 2023).

Na área da SM, Cuba iniciou em 1959 modificações nos hospitais psiquiátricos com o objetivo de humanizar a assistência. Após 1995, serviços psiquiátricos foram estabelecidos em todos os hospitais gerais e pediátricos do país. Também foi lançado um sistema nacional composto por 101 *Centros Comunitários de Saúde Mental* (CCSM), situados no âmbito da APS (Gorry, 2013).

O CCSM atende desde crianças até idosos e abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com transtornos mentais leves e graves. A equipe é multidisciplinar, incluindo enfermeiros especializados, psiquiatras, psiquiatras infantis e psicólogos. Em relação ao profissional de enfermagem, vale destacar que todos recebem formação em Psiquiatria Social para atuarem no CCSM. O serviço é de portas abertas e busca ser integrado à comunidade, com abordagens preventivas e de reabilitação, tornando o atendimento mais acessível à população (Dal Prá *et al.*, 2015; Gorry, 2013). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público cubano exclusivo em SMIJ.

No que se refere as leis de proteção à infância, o *Código de la Infancia y la Juventud*, de 1978, já garantia a condição de sujeito em plenos direitos às C.A. A recente atualização para o *Código de las Familias* (Cuba, 2022) é entendido como

uma modernização dos direitos, avançando em questões relacionadas a processos de adoção, situações de divórcio e outras garantias legais (Granma, 2022).

Cuba possui uma população de 11,2 milhões de habitantes, dos quais 2,3 milhões são C.A., representando 21% do total (UNICEF, s.d.). Tem o maior número de médicos *per capita* do mundo, com o dobro da taxa dos Estados Unidos, o que permite uma ampla cobertura médica para sua população. Além disso, conta com um dos maiores números de psiquiatras infantis por habitante na América Latina, com 200 especialistas para uma população de 11 milhões de habitantes. Os médicos cubanos realizam visitas domiciliares regulares, o que contribui para a identificação de problemas de SM e SMIJ e oferece oportunidades de cuidados a tempo nessa área (Kleinberg, 2018; Hill, 2015).

Não foram encontrados artigos que abordam em detalhes a situação da SMIJ em Cuba, tanto em termos epidemiológicos quanto em relação à abrangência e acesso aos serviços nessa área. Nas buscas, encontrou-se apenas os que abordam a epidemiologia do suicídio em adolescentes cubanos. Apesar do suicídio ser apontado como terceira principal causa de morte em adolescentes entre 15-19 anos no país, estudos indicam uma redução nas taxas de tentativas e de suicídios consumados no país, estando as taxas menores ou iguais a países desenvolvidos (Corona-Miranda *et al.*, 2018).

Cuba enfrenta desafios econômicos e restrições devido a seu sistema socialista e aos bloqueios econômicos impostos pelos Estados Unidos. Também está passando por mudanças demográficas e enfrenta desafios relacionados ao envelhecimento da população. Os recursos limitados afetam a disponibilidade e a qualidade dos recursos destinados à SM. Mesmo assim, a literatura descreve que Cuba tem alcançado indicadores positivos de saúde em geral, incluindo uma expectativa de vida mais alta e baixas taxas de mortalidade infantil (Kleinberg, 2018; Hill, 2015).

## México

No México, a *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* é um marco regulatório importante no que se refere a direitos. O artigo 1º estabelece que todas as pessoas têm o direito aos direitos humanos reconhecidos na Constituição e em tratados internacionais, sendo responsabilidade das autoridades promover, respeitar, proteger e garantir esses direitos. O Estado é obrigado a prevenir, investigar, sancionar e reparar violações aos direitos humanos (México, 1917).

No que diz respeito à saúde, a Constituição assegura o acesso efetivo aos serviços de saúde por meio da ampliação da cobertura do sistema nacional de saúde. Além disso, apoia-se a nutrição da população indígena, especialmente das crianças, por meio de programas de alimentação. Todos têm o direito à proteção da saúde, e a lei estabelece as bases e modalidades para o acesso aos serviços (México, 1917). Por sua vez, a *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, de 2014, reconhece C.A. como titulares de direitos, firmando o compromisso do governo mexicano em adotar uma abordagem integral, transversal e baseada em direitos humanos no planejamento e implementação de políticas e programas governamentais destinadas a esse público (México, 2014).

Apesar de ser classificado como um país de renda média-alta pelo Banco Mundial, o México também enfrenta desafios decorrentes da desigualdade social, o que se reflete em deficiências nos setores da saúde, educação, alimentação e serviços básicos. Além disso, a violência resultante dos conflitos entre narcotraficantes e o exército, juntamente com a violação sistemática dos direitos humanos, como desaparecimentos forçados e corrupção generalizada, cria um clima de medo e desconfiança na população, impactando também os serviços de saúde (Klein, 2016).

Apenas 2% do gasto público em saúde são direcionados a SM no México, sendo que 80% desse valor são destinados a despesas relacionadas a hospitais psiquiátricos. Essa alocação limitada de recursos resulta em financiamento insuficiente para a rede de serviços de SM, incluindo ações comunitárias. Além disso, as crises econômicas têm levado o país a uma redução gradual dos gastos públicos em saúde, incluindo a SM (Klein, 2016).

O México possui 544 *Centros de Salud*, dos quais quase a metade estão alocados na capital. Os centros são classificados em portes I, II e III. Apenas os de porte II e III tendem a oferecer serviços de psicologia e psiquiatria. Em geral, os centros enfrentam desafios relacionados à infraestrutura de qualidade inferior, recursos materiais e humanos insuficientes, falta de qualificação profissional e de coordenação entre os gestores locais (Solano *et al.*, 2016). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público exclusivo em SMIJ.

Pesquisadores mexicanos afirmam que a cobertura nacional para cuidados de SM, especialmente para C.A., apresenta sérias deficiências no México, as quais são acentuadas em áreas rurais, onde a falta de instituições especializadas dificulta o

acesso aos cuidados. Isso leva as famílias a procurarem curandeiros tradicionais e outros meios “informais” como alternativa (Klein, 2016).

Estima-se que 38,5 milhões de C.A. de 0 a 17 anos residam no país, representando 30,8% da população total (OMS; OPAS, 2011). No entanto, o número de psiquiatras especializados nessa faixa etária é limitado, com apenas 375 relatados em 2018 (Heinze *et al.*, 2019). Dos 544 *Centros de Salud*, apenas 13% atendem demandas relacionadas à SMIJ (Hernández *et al.*, 2022).

A prevalência de problemas de SMIJ no México é quase o dobro da observada em seu vizinho, os Estados Unidos. Isso é atribuído a fatores de risco como pobreza, violência, falta de oportunidades educacionais e profissionais, além da marginalização das populações indígenas (Espinola-Nadurille *et al.*, 2010).

Apesar desse cenário, a SM em geral tem ganhado destaque na agenda legislativa do México. A reforma da *Ley General de Salud* e do *Sistema de Salud Mental*, aprovada em 2022, visa promover uma abordagem integral e humanitária no atendimento a pessoas com transtornos mentais. Essa reforma inclui um modelo de atenção à SM que busca o fechamento definitivo dos hospitais psiquiátricos-asilares e a criação de novas estruturas de atendimento, reconhecendo a importância da SM como uma prioridade ao lado do bem-estar físico (México, 2022). Vale enfatizar, no entanto, que as propostas de modificação e criação de leis não mencionam melhorias específicas para a SMIJ.

## Paraguai

Em documento publicado pelo *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* (Paraguay, 2019), são listados como marcos para o desenvolvimento SMIJ no país: a *Constitución Nacional del Paraguay*, em vigor desde 1992; a Lei n.º 1.032/1996, que cria o *Sistema Nacional Salud*; a Lei n.º 1.680/2001, que cria *Código de la Niñez y Adolescencia*; a Resolução n.º 730/2015, que aprova o *Guía para la Implementación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)*; a Resolução n.º 330/2016, que aprova o *Guía de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en los Servicios de Salud*; e a Resolução n.º 064/2017, que aprova o *Plan Nacional de Salud de Niñez 2016-2021*.

A Constituição paraguaia estabelece o direito fundamental à saúde, sendo o Estado responsável por protegê-la e promovê-la. Dedicar atenção especial à proteção da infância e da juventude nos artigos 54 e 56, estabelecendo que o Estado, a sociedade e a família têm a obrigação de garantir o desenvolvimento harmônico

e integral da criança, assegurando o pleno exercício de seus direitos. Essa proteção abrange medidas para prevenir o abandono, a desnutrição, a violência, o abuso, o tráfico e a exploração. Quanto à juventude, enfatiza a importância de promover condições que permitam sua participação ativa no desenvolvimento político, social, econômico e cultural do país (Paraguay, 1992).

Por sua vez, o *Código de la Niñez y Adolescencia* estabelece que toda C.A. tem o direito à atenção de sua saúde física e mental, incluindo acesso igualitário a serviços e ações de promoção, informação, proteção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e recuperação da saúde. O Estado deve fornecer gratuitamente assistência médica, odontológica, medicamentos, próteses e outros elementos necessários para o tratamento ou reabilitação de C.A. de baixa renda. O código também destaca a importância da proteção contra o uso de substâncias psicoativas por crianças ou adolescentes, por meio de programas permanentes de prevenção e recuperação (Paraguay, 2001).

No âmbito da SM, as *Unidades de Salud de la Familia (USF)* são responsáveis pelo atendimento de nível primário. Essas unidades são classificadas em quatro tipos: *estándar, móvil, satélite* e *ampliada*, e abrangem todas as faixas etárias. Destaca-se o tipo *móvil*, que fornece atendimento em saúde e SM em áreas mais remotas. Já os atendimentos de nível secundário são realizados nos *Centros de Atención de Especialidades (CAES)* e nos *Hospitales Básicos/Distritales*, enquanto os atendimentos de terceiro nível são oferecidos nos *Hospitales Generales y Especializados* (Paraguay, 2019). Não foi possível, entretanto, identificar a presença de um serviço público de SM exclusivo para C.A.

Até 2010, os serviços de SM paraguaios recebiam apenas 2% dos orçamentos da saúde. Não havia recursos suficientes para avaliar e cuidar adequadamente da SM em populações de alto risco, como C.A. (Aboaja *et al.*, 2022). Atualmente, o país continua enfrentando vários desafios em seu sistema de SM, como a distribuição de profissionais e serviços especializados, os quais continuam concentrados na capital e arredores (Domingues *et al.*, 2018).

O Paraguai tem muitos grupos minoritários etnolinguísticos, como os falantes de guarani. Os cuidadores dessas famílias geralmente são analfabetos funcionais e vivem em risco social, contribuindo para que ocorram barreiras significativas ao acesso à saúde e SM em específico. As mulheres cuidadoras são outro grupo vulnerável, pois muitas sofrem violência doméstica, assim como 50% das crianças paraguaias (UNICEF, 2019). Contemporaneamente, também tem ocorrido aumento

de suicídios de adolescentes indígenas, e persistindo históricas violações dos direitos humanos no sistema de SM (Aboja *et al.*, 2022).

O país possui apenas um hospital psiquiátrico, localizado na capital, que é financiado pelo Estado e recebe 84% do orçamento destinado à SM. Apenas 3% dos leitos do hospital são destinados a C.A., não havendo centros de internação específicos para esse público. Em geral, C.A. são atendidos por profissionais da psicologia ou psicopedagogia de forma ambulatorial em centros comunitários ou privados (Domingues *et al.*, 2018; Moujan, 2011).

No país, cerca de 20% da população infantil sofre com algum transtorno mental; entretanto, 75% desses casos não recebem assistência adequada. Além disso, há um déficit de serviços comunitários direcionados aos jovens, o que cria uma barreira geográfica para o acesso a cuidados, especialmente para aqueles que residem fora da capital (Aboja *et al.*, 2022).

Mesmo assim, o UNICEF (2019), em documento intitulado *Care for Child Development: The Experience of Paraguay*, prevê um cenário otimista para a SMIJ no país. Com apoio dessa instituição e de outros parceiros, o governo formou uma Comissão Nacional para a Primeira Infância e implementou políticas para apoiar os direitos das crianças vulneráveis, como uma lei atualizada contra a violência contra C.A. (Paraguay, 2018). Recentemente, o governo paraguaio publicou um novo plano de promoção à saúde (2021-2030). Embora não faça menção explícita à SMIJ, o plano se compromete a desenvolver políticas públicas, estratégias, programas e ações que atuem sobre fatores biológicos, sociais, ambientais e culturais, priorizando as populações vulneráveis, como C.A. (Paraguay, 2021).

## Venezuela

Na Venezuela, a *Constitución de la República Bolivariana*, de 1999, é um marco para a política de saúde e garantia de direitos. Afirma-se que a saúde é um direito social fundamental, intrinsecamente ligado à qualidade de vida e ao desenvolvimento humano, sendo garantida pelo Estado por meio de um sistema de serviços gratuitos. Além disso, enfatiza a necessidade de um sistema descentralizado, multicêntrico e intersetorial, com participação e controle social (Venezuela, 1999).

No que diz respeito aos C.A., destaca-se o artigo 78 da Constituição, que as reconhece como sujeitos de plenos direitos e que devem ser protegidas por legislação, órgãos e tribunais especializados. O Estado, as famílias e a sociedade têm

o compromisso de assegurar, com absoluta prioridade, a proteção integral desses indivíduos, levando em consideração seu interesse superior em todas as decisões e ações que os envolvam (Venezuela, 1999).

A *Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)*, implementada em 2007, também constitui outro importante marco legal externo à SMIJ propriamente dita. Seu propósito é garantir o pleno exercício dos direitos e garantias de todas as C.A. no território nacional, desde a concepção (Venezuela, 2007). A LOPNNA estabelece o *Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes*, que engloba órgãos, entidades e serviços responsáveis pela formulação, integração, coordenação e fiscalização de políticas, programas e ações em níveis nacional, estadual e municipal (Siteal, 2021).

A Venezuela enfrenta desafios significativos na área da SM em geral, o que se reflete na SMIJ. Destina cerca de 3,5% do seu PIB para a saúde, sendo apenas 5% desse valor direcionado especificamente para a SM, com foco nos hospitais psiquiátricos, que recebem 55% do orçamento. Em relação à acessibilidade aos serviços de SM, apenas 1% da população tem acesso gratuito a 80% dos medicamentos psicotrópicos essenciais. Além disso, a Venezuela também enfrenta relatos de violações históricas de direitos humanos em decorrência de regimes autoritários. A falta de efetiva garantias de direitos básicos, a instabilidade política, hiperinflação e a violência contínua têm impactos significativos na SM da população (OMS; OPAS, 2013).

Em documento intitulado *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en La República Bolivariana de Venezuela*, a OMS (2013) descreve que a Venezuela possui 78 estabelecimentos de SM ambulatoriais disponíveis, porém nenhum deles é exclusivamente dedicado a C.A. Entre os usuários atendidos nesses estabelecimentos, 55% são mulheres e 9% são crianças ou adolescentes. O relatório também informa a existência de 11 hospitais psiquiátricos vigentes no país, que representam uma taxa de 4,1% de leitos para cada 100.000 habitantes. Todos esses hospitais estão conectados aos serviços de SM ambulatoriais, sendo que 8% dos leitos psiquiátricos são destinados a C.A. Dos atendidos, 50% são mulheres e 7% são crianças ou adolescentes. Ao final, enfatiza-se a necessidade de fortalecer a assistência em SMIJ, a fim de atender às necessidades específicas dessa faixa etária.

No contexto das políticas públicas de saúde na Venezuela, destaca-se o programa *Misión Barrio Adentro (MBA)*, iniciado em 2003. O programa foi viabilizado por meio de um acordo com Cuba, que forneceu médicos para suprir a escassez de

médicos venezuelanos dispostos a participar dessa nova iniciativa de saúde, idealizada pelo governo de Chávez e semelhante ao Programa Mais Médicos brasileiro.

O MBA representa uma política que coordena integralmente os aspectos relacionados à saúde, educação, cultura e esporte, priorizando os preceitos da APS. Seu foco principal é oferecer serviços de saúde às comunidades, especialmente as mais marginalizadas, rurais, povoadas, fronteiriças e indígenas, que representam cerca de 60% da população excluída (Becerra; Colmenares, 2010).

Atualmente, o MBA conta com cerca de 8.500 pontos de consulta, incluindo as Unidades de Saúde, conhecidas como *Consultorios Populares* (CP). Além disso, há consultórios improvisados em residências de membros da comunidade que cederam espaço para apoiar o programa. Estima-se que aproximadamente 6.900 desses pontos de consulta funcionem em cômodos dentro de casas em áreas populares, sendo que a meta é substituí-los gradualmente por 4.600 consultórios populares a serem construídos (Ros *et al.*, 2008).

Um destaque no campo da promoção em SMIJ dentro do programa MBA é o *Barrio Adentro Deportivo*, que objetiva o desenvolvimento do esporte, principalmente para C.A., como forma de combater as drogas e promover o direito ao esporte. Para esses grupos, foram construídas quadras esportivas nas áreas populares, intituladas de *Centros Pilotos Deportivos Comunitarios*, as quais oferece diversas disciplinas esportivas, tanto individuais quanto coletivas, para crianças e jovens de 4 a 17 anos de idade (Aguirre, 2008; Ros *et al.*, 2008).

Estudos venezuelanos apontam que a implementação do MBA tem ampliado significativamente a cobertura da população que, por muito tempo, não tinha acesso aos serviços básicos de saúde. No entanto, destacam problemas na qualidade dos serviços e a escassez de recursos materiais e humanos nas unidades de atendimento, o que tem gerado controvérsias em torno do programa (Bonvecchio *et al.*, 2011; Cancel, 2007). Além disso, é necessário destacar que não foi possível identificar claramente, com base na literatura analisada, como o programa MBA se organiza para atender às demandas específicas da SM, sobretudo em relação à SMIJ. Também não foi possível identificar a presença de um serviço específico ou estratégico em SMIJ.

## Brasil

No Brasil, vários marcos legais e regulatórios são fundamentais para SMIJ, incluindo a Constituição Federal (Brasil, 1988), o Estatuto da Criança e do

Adolescente (ECA) (Brasil, 1990a), a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990b), a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e as Portarias nº 336/2002 (Brasil, 2002) e nº 3.088/2011 (Brasil, 2011). Além dessas regulamentações, existem importantes documentos ministeriais que estabelecem diretrizes específicas para o cuidado em SMIJ (Brasil, 2005; 2011; 2014).

A Constituição de 1988, embora não mencione especificamente a SMIJ, é um marco legal que garante direitos fundamentais. Reafirma a saúde como direito universal e dever do Estado, promovendo acesso igualitário a serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Enfatiza os deveres da família, sociedade e Estado em assegurar direitos das crianças e adolescentes, incluindo saúde, dignidade e respeito. Destaca a necessidade de programas de prevenção e atendimento especializado para jovens com deficiências ou dependentes de drogas (Brasil, 1988).

Por sua vez, o ECA constitui outro marco regulatório externo à SMIJ propriamente dita. Garante todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana para C.A., assegurando-lhes oportunidades para desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. Para adolescentes com “doença ou deficiência mental”, o ECA prevê tratamento individual e especializado em local adequado. Além disso, assegura cuidado em saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), para promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca a necessidade de programas de prevenção e atendimento especializado para jovens com deficiências ou dependentes de drogas (Brasil, 1990a).

Já a Lei da Reforma Psiquiátrica foi uma importante base para a posterior política de SMIJ no Brasil, pautada em um modelo de base comunitária e sob o paradigma da Atenção Psicossocial. A lei foca na proteção e direitos das pessoas com transtornos psíquicos e substitui o antigo modelo hospitalar por uma rede de atenção humanizada e alinhada aos princípios doutrinários do SUS (Brasil, 2001). No entanto, não especifica diretamente a população infantojuvenil. Isso levou alguns autores a argumentarem que a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode não ter sido suficientemente inclusiva em relação às especificidades da SMIJ (Cirino, 2004; Couto, 2012).

A literatura brasileira concorda que a inclusão de C.A. nas políticas de SM se deu de maneira tardia, somente após o início do século 21. O marco político efetivo para a SMIJ nacional foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), estabelecido pela Portaria nº 336/2002. A criação dos CAPSij não só proporcionou um espaço até então inexistente para o cuidado em SMIJ no SUS,

mas também iluminou a questão do sofrimento psíquico na infância e adolescência, tema que por muito tempo foi negligenciado pela saúde pública (Reis *et al.*, 2010).

O atraso da implementação de políticas de SMIJ no Brasil pode ser compreendida à luz das históricas ações higienistas e eugenistas destinadas à C.A., que visavam responder aos problemas de pobreza e abandono (Couto, 2012). Assim, as primeiras políticas voltadas para C.A. foram moldadas pela lógica da “menoridade”, por meio de um marco jurídico da situação irregular (Brasil, 1979). Nesse cenário, as ações do Estado caracterizavam-se mais por um enfoque pedagógico corretivo do que clínico ou psicossocial e refletiam uma concepção ultrapassada sobre as fases do desenvolvimento humano, que negava o sofrimento psíquico infantil como uma condição de existência. Assim, C.A. em situações de vulnerabilidade biopsicossocial eram frequentemente encaminhados para instituições filantrópicas, asilos e hospitais psiquiátricos sob a tutela do poder público (Taño; Matsukura, 2015).

Atualmente, apesar de alguns avanços, a política de SMIJ brasileira ainda enfrenta desafios devido à sua não linearidade, refletindo um campo de intensas disputas ideológicas e metodológicas, evidenciadas pelo choque entre dois paradigmas de atenção: o modelo psicossocial, que enfatiza a integração e o suporte comunitário, e o modelo manicomial, que é caracterizado por abordagens medicalizantes e institucionalizantes. Essa dualidade se revela através de diversas ações governamentais que refletem abordagens conflitantes no tratamento de questões relacionadas a SMIJ (Lima *et al.*, 2023).

Um exemplo marcante dessa discrepância ocorreu quando o então Ministério da Justiça e Segurança Pública, criado pelo governo Bolsonaro (2019-2022), junto com Conselho Nacional da Políticas de Drogas (CONAD), regulamentou, através da Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 (BRASIL, 2020), o acolhimento de adolescentes com problemas de uso ou dependência de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Esta resolução foi amplamente contestada por diversos setores da saúde e direitos humanos, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), que emitiu uma recomendação contrária a essa resolução. Argumentou que ela contraria os princípios protetivos estabelecidos pelo ECA, pelo próprio SUS, pelo Sistema de Garantia de Direitos e pelas diretrizes da Atenção Psicossocial.

Assim, entende-se que o desafio principal enfrentado pela SMIJ brasileira reside na sustentação e efetiva aplicação das diretrizes ministeriais para o cuidado. Essas diretrizes incluem a “consideração de crianças e adolescentes como sujeitos

de direito e de desejo”, “acolhimento universal”, “encaminhamento implicado”, o “trabalho no território” e a “avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de SM” (Brasil, 2014). Vale ressaltar que todas as práticas de cuidado devem ser orientadas pela lógica da Clínica Ampliada, devendo o cuidado ser intersetorial e estar intimamente ligado às práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização (Brasil, 2009; 2013).

Em termos de perfil dos usuários nos serviços de atenção, há uma predominância expressiva de C.A. com problemas relacionados a agressividade, hiperatividade, desatenção, uso de álcool ou outras drogas, comportamento suicida, depressões, psicoses e autismos. A maioria dos usuários dos CAPSij são provenientes de famílias de baixa renda, muitas vezes em situação de extrema vulnerabilidade social, vivendo nas ruas ou em conflito com a lei (Leitão *et al.*, 2020; Tomazelli *et al.*, 2023).

Desde a implementação do CAPSij, observa-se um crescimento no volume de pesquisas na área da SMIJ, notadamente no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil. No entanto, a grande parte desses estudos se concentra predominantemente nesse serviço especializado. Isso evidencia uma lacuna no conhecimento sobre práticas de cuidado em contextos em que esses serviços especializados não estão disponíveis (Souza *et al.*, 2021). Além disso, mesmo nas cidades que dispõem do serviço, são identificadas dificuldades pertinentes, como a dificuldade de um cuidado efetivamente intersetorial e das práticas territorializadas (Leitão; Avellar, 2020).

## **Discussão panorâmica e relacionada ao contexto brasileiro**

Políticas de SMIJ são fundamentais pois orientam as ações de profissionais e serviços que respondem a essas demandas. Constatou-se que apenas Brasil, Argentina, Chile e Colômbia possuem políticas específicas voltadas a esse segmento. Contudo, a análise sugere que todos ainda enfrentam uma não linearidade em relação à aplicação plena dessas políticas.

Cuba, apesar de ter seu sistema de saúde reconhecido mundialmente, não possui uma política nacional específica para SMIJ. Esta ausência também é observada no México, Paraguai e Venezuela. No México e no Paraguai, a atenção em SMIJ ainda é fortemente centrada no modelo hospitalocêntrico, com a maior parte dos recursos públicos destinados aos Hospitais Psiquiátricos. Isso é um contraste notável no caso do Paraguai, em que se identificou importantes marcos regulatórios relacionados a

garantia de direitos de C.A e uma política de saúde e saúde mental que menciona a necessidade uma rede integrada de serviços.

Fora o Brasil, não foi possível confirmar com precisão a existência de serviços exclusivos e estratégicos para cuidados em SMIJ nos países analisados. Nesse contexto, destaca-se a relevância do CAPSij como uma política pública brasileira valiosa e pioneira, que pode servir como modelo para os demais, adaptando-a às suas realidades locais. Argentina, Chile, Colômbia, incluindo o Brasil, implementaram políticas específicas em SMIJ no início do século 21, sendo o Brasil o pioneiro nesse sentido. Além do Brasil, não foram encontradas demais discussões que destacam explicitamente esse atraso específico.

O Brasil se distingue de todos os países por possuir uma política pública na qual C.A. podem ser atendidos de forma universal em uma rede de serviços públicos em vários níveis, dentro do SUS. Além disso, destacou-se por estabelecer diversas bases, diretrizes, princípios e recomendações técnicas ministeriais para o cuidado desta população pautado no paradigma da atenção psicossocial.

Entre os outros países analisados, a literatura científica argentina se destacou pelo elevado número de publicações críticas que enfatizam a necessidade de uma política de SMIJ intersetorial, baseada em princípios psicossociais e não medicalizantes. Esse enfoque crítico, similar ao observado no Brasil, indica um movimento significativo de pesquisadores argentinos preocupados com as abordagens de cuidado em SMIJ. No entanto, o Brasil lidera tanto em número quanto em atualidade de estudos sobre o tema, ocupando a Argentina a segunda posição.

Por sua vez, o Chile se destacou como o único país com programas estratégicos vigentes para a SMIJ, como o PASMI, juntamente com um sistema integrado de intervenções e ações sociais abrangentes (ChCC). Essa abordagem serve como um exemplo valioso para o Brasil, destacando a importância de desenvolver e implementar programas que assegurem e ampliem o investimento efetivo nessa área crítica da saúde pública.

A revisão evidenciou que a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) (ONU, 1989) foi um impulso significativo para a transição de modelos centrados na tutela de menores para modelos baseados na proteção integral de direitos. Assim, destaca-se que organizações mundiais desempenham papel fundamental ao criar e promover instrumentos internacionais que estabelecem diretrizes e padrões para a proteção dos direitos. Ao adotar tais princípios como base, os países se comprometem

a implementar políticas que garantam a aplicação efetiva desses princípios. A CDC, em particular, destaca-se como um exemplo marcante desse papel, uma vez que foi ratificada por diversos países ao redor do mundo como matriz para o desenho das políticas destinadas às C.A.

Nesse aspecto, o México foi o último a implementar uma legislação completa de proteção a C.A., enquanto Cuba foi pioneira nesse aspecto, seguido pelo Brasil. No caso brasileiro, a ratificação da CDC culminou na criação do ECA, que estabeleceu a negligência dos direitos básicos de C.A. como um crime. No entanto, os impactos dessas mudanças na área da SMIJ só se tornaram evidentes no início do século 21, quando surgiram iniciativas e propostas voltadas para o desenvolvimento de políticas de SMIJ no país (Couto, 2012).

Em geral, apesar dos avanços políticos alcançados, a implementação de políticas e a adaptação dos serviços de SMIJ têm sido lenta e fragmentada em todos os países. Mesmo sendo uma questão econômica desafiadora, é importante ressaltar que as leis destacam a prioridade na formulação de políticas públicas para C.A. No entanto, na prática, observa-se uma falta de efetivação dessas políticas, o que prejudica o direito ao cuidado em SM, especialmente para C.A. em situação de maior vulnerabilidade biopsicossocial.

Nessa perspectiva, embora as constituições, leis e decretos estabelecem modelos de atenção à SMIJ baseado em princípios psicossociais, a aplicação efetiva desses modelos ainda está distante de ser plenamente consolidada e aplicada. Essa discrepância é evidenciada tanto pelo fato de que persistem práticas medicalizantes, incoerentes com os princípios orientadores, quanto pelo baixo investimento governamental nesse campo, resultando em insuficiente capacitação, criação, ampliação e manutenção de serviços.

Essas constatações são corroboradas por Zhou *et al.* (2020). Os pesquisadores listam alguns desafios para a SMIJ, incluindo baixa conscientização e vontade pública, estigma associado a transtornos mentais, preconceitos culturais contra C.A., falta de dados estatísticos e avaliações de programas em SMIJ, escassez de recursos e consequências não intencionais do apoio internacional, como a diminuição das responsabilidades locais e insustentabilidade. Para superar esses desafios, apontam a necessidade de orçamentos dedicados à SMIJ e o fortalecimento do papel da pesquisa e dos pesquisadores no processo político.

Nos países analisados, incluindo o Brasil, mesmo com o avanço nas últimas décadas, ainda existem desafios consideráveis no âmbito da SMIJ, como a desigualdade social, barreiras no acesso a serviços básicos e disparidades regionais. As regiões rurais e de interior são as mais afetadas pela escassez de profissionais qualificados e pelo déficit de serviços disponíveis. Além disso, a violência, os conflitos armados, deslocamentos forçados e a marginalização de populações indígenas continuam a exercer impacto significativo na SM dessa população, especialmente em países como Colômbia, México e Venezuela.

Ainda nesse tema, vale ressaltar a escassez de estudos que analisam especificamente as barreiras de acesso aos cuidados em SMIJ nos países pesquisados. Por sua vez, estudos conduzidos no Brasil são mais facilmente encontrados, como os que investigam o percurso percorrido pelas famílias de C.A. usuárias dos serviços de CAPSij. A busca tende a ser descrita pelos familiares como um processo longo, desgastante e frustrante, muitas vezes comparado a uma “peregrinação”. Durante esse percurso, também se observa uma combinação de busca por cuidado em sistemas “informais”, que englobam modelos alternativos com caráter místico ou espiritual, especialmente a religião, e sistemas “formais”, que se referem aos serviços de saúde privados e públicos (Delfini *et al.*, 2017; Paz *et al.*, 2022).

No Brasil, as diretrizes ministeriais enfatizam que as ações para o cuidado em SMIJ serão mais abrangentes e efetivas à medida que houver maior disponibilidade de equipamentos e equipes capacitadas para essa atuação (Brasil, 2011; 2013; 2014). Contudo, em virtude do extenso território nacional, proporcionar atenção integral em todo o país representa um desafio considerável. Por exemplo, embora o CAPSij seja o primeiro marco efetivo para a SMIJ no Brasil, a quantidade de unidades implantadas ainda é bastante limitada. Até 2016, havia apenas 210 CAPSij em todo o país, distribuídas em 172 municípios (Macedo *et al.*, 2017).

Cabe destacar, entretanto, que é fundamental que todos os serviços de saúde, SM e SMIJ em específico, fortaleçam sua presença no território, não com o objetivo de centralizar o cuidado, mas sim de estabelecer alianças e redes comunitárias. Nesse sentido, destaca-se que embora serviços especializados sejam recomendados, sua simples existência não garante uma atuação efetiva em SMIJ. As ações serão sempre mais potentes quando realizadas em rede, com a criação de parcerias e a integração de diversos atores no processo de cuidado em SMIJ, como famílias, escolas, instituições religiosas, organizações da sociedade civil, entre outras.

## Considerações finais

Com base nos objetivos propostos, foi possível obter uma visão panorâmica SMIJ adotadas na América Latina e Caribe. Os resultados apontam uma realidade da SMIJ complexa e desafiadora. De um lado, temos legislações progressistas e marcos regulatórios que reconhecem os direitos das C.A., estabelecendo diretrizes para uma abordagem integral e comunitária em SM, bem como práticas ampliadas e territorializadas. Por outro, constatamos, ao mesmo tempo, relatos de baixo investimento, precariedade de serviços e recursos humanos, práticas e ações fragmentadas e medicalizantes, o que depõe contra a retórica oficial de integralidade e/ou universalidade do cuidado.

Assim, a revisão indica que é necessário avançar além das leis e diretrizes. Programas e planos em SMIJ devem ser elaborados e implementados de forma factível, garantindo recursos e investimentos substanciais em capacitação de equipes e ampliação dos serviços, especialmente em regiões afastadas dos centros urbanos, como comunidades rurais e municípios do interior. É fundamental que a SMIJ não ocupe uma posição secundária na agenda da saúde pública. Afinal, as leis de proteção à C.A., inspiradas na CDC, prometem prioridade ao público infantojuvenil na formulação de políticas públicas. Essa prioridade, vale ressaltar, é baseada no reconhecimento de que estão em uma fase sensível de desenvolvimento e merecem atenção especial para garantir seu bem-estar físico, emocional e social.

No que se refere às limitações deste estudo, considera-se que, apesar dos esforços nos processos de busca, publicações governamentais relevantes para a SMIJ podem ter sido inadvertidamente omitidas. Isso pode ser atribuído à incompletude e desatualização de muitos *websites* oficiais dos Ministérios da Saúde nos países pesquisados. Nesses casos, a presença de *links* que levam a páginas com erro e a ausência de documentos claramente identificáveis que detalham a composição dos serviços públicos ou gratuitos de SM e SMIJ impôs limitações. Considera-se que tais fatores podem ter influenciado os resultados obtidos sobre alguns países, em que discrepâncias nos níveis de informação podem ser originadas por essa possível omissão, ou mesmo refletir em disparidades no enfoque da SMIJ.<sup>1</sup>

## Referências

ABOAJA, A. *et al.* Mental health in the republic of Paraguay. *BJ Psych International*, v. 19, n. 1, p. 10-12, 2022.

- AGUDELO-HERNÁNDEZ, F.; ROJAS-ANDRADE, R. Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, p. 1-10, 2023.
- AGUIRRE, V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva*, v. 4, n. 2, p. 221-238, 2008.
- ARGENTINA. *Constitución de la Nación Argentina*. Buenos Aires: Infojus, 1994. Disponível em: <https://abc.gob.ar/secretarias/sites/default/files/2021-08/Constitucion%20Nacional.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.
- ARGENTINA. *Ley 26.061: Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, 2005. Disponível em: [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_los\\_Derechos\\_de\\_las\\_Ninas\\_Ninos\\_y\\_Adolescentes\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.
- ARGENTINA. *Ley 26.657: Ley Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Acesso em: 10 out. 2023.
- AUGSBURGER, A. C.; GERLERO, S. S. Políticas de salud mental infanto-juvenil: modalidades de cuidados en el primer nivel de atención. In: M. P. GONZÁLEZ et al. (Orgs.), *Infancias: contextos de acción, interacción y participación* (p. 393-420). Universidad Autónoma de Chiapas, Editora da Universidade de Brasília, Editorial Universidad Surcolombiana, Universidad Nacional de Rosario, 2020.
- BARCALA, A. Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. *Interface (Botucatu)*, v. 23, p. 1-17, 2019.
- BARCALA, A. et al. La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina: mapeo de respuestas institucionales e interdisciplinarias. *INFEIES - RM Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es)*, v. 9, n. 9, p. 1-16, 2020.
- BARCALA, A. et al. Políticas de Saúde Mental e Niñez na Argentina: Nova Normativa e Brechas na Implementação. *Hacia la Promoción de la Salud*, v. 27, n. 1, p. 102-117, 2022.
- BARRA, F. et al. Evolução de programas de saúde mental e desenvolvimento infantil no Chile. *Rev Panam Salud Publica*, n. 43, 2019.
- BECERRA, M. T.; COLMENARES, I. R. Barrio Adentro y Alma Ata. *Revista de Ciencias Sociales*, v. 16, n. 3, p. 515-525, 2010.
- BENJET, C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. In: RODRÍGUEZ, J. J.; KOHN, R.; AGUILAR-GAXIOLA, S. (Orgs.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2009. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

BONVECCHIO, A. *et al.* Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica de Mexico*, v. 53, supl. 2, p. 275-286, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. *Diário Oficial da União, Brasília*, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental*. Brasília: MS Editora, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: MS Editora, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS Editora, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979*. Institui o Código de Menores. Brasília, DF: Presidência da República, 1979. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/l6697.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Gabinete do Ministro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 10 out. 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Gabinete do Ministro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 10 out. 2023.
- CANCEL, D. In Venezuela, two public-health systems grow apart. *The Lancet*, v. 370, n. 9586, p. 473-474, 2007.
- CASTAÑO-PULGARÍN, S. A.; BETANCUR-BETANCUR, C. Salud mental de la niñez: significados y abordajes de profesionales en Medellín, Colombia. *CES Psicología*, v. 12, n. 2, p. 51-64, 2019.
- CHASKEL, R. *et al.* Mental health in Colombia. *BJ Psych International*, v. 12, n. 4, p. 95-97, 2015.
- CHILE. *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Ministerio de Desarrollo Social. Disponível em: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Chile Crece Contigo*. Chile Atiende. Disponível em: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2161-chile-crece-contigo>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Constitución Política de la República de Chile*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1980. Disponível em: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Establecimientos de Salud*. Ministerio de Salud. Disponível em: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Ley 2.0379: crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2009. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006044>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Ley Nº. 20.379: Crea el Sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia, Chile Crece Contigo*. Diario oficial, v. 12, 2009. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20379>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud: Programa Nacional de Salud de la Infancia*. Disponível em: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-actualizacion-de-norma-tecnica-para-la-supervision-de-salud-integral-de-ninos-y-ninas-de-0-a-9-anos-en-aps/>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CHILE. *Política Nacional de Niñez y Adolescencia*. Sistema integral de garantía de derechos de la niñez y adolescencia. 2015 - 2025. Consejo Nacional de la Infancia, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/167>. Acesso em: 10 out. 2023.
- CIRINO, O. Apresentação. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 9-12). Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2004.

COLOMBIA. *Constitución Política de Colombia Actualizada con los Actos Legislativos a 2015*. Edición especial preparada por la Corte Constitucional. Corte Constitucional, 2015. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

COLOMBIA. *Ley 1098 de 2006*: por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Congreso de la República, 2006. Disponível em: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1098\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html). Acesso em: 10 out. 2023.

COLOMBIA. *Ley 1616 de 2013*: por la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República, 2013. Disponível em: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html). Acesso em: 10 out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Recomendação Conjunta nº 1 de 2020*. Brasília, 2020. PDF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/imagens/Recomendacoes/2020/RecConjunta001.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

CORONA-MIRANDA, B. *et al.* Attempted and completed suicide in Cuban adolescents, 2011-2014. *MEDICC Review*, v. 20, n. 1, p. 36-41, 2018.

COUTO, M. C. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)* Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2012.

CUBA. *Código de la Infancia y la Juventud*. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. Ministerio de Justicia, 1978. Disponível em: <http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2016/07/Ley-No.-016-Código-de-la-Niñez-y-la-Juventud.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Constitución de la República de Cuba*. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1976. Disponível em: <https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-06/Constitución-de-la-República-de-Cuba-1976.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Ley 156/2022*. Código de las Familias. *Gaceta Oficial*. Ministerio de Justicia, 2022. Disponível em: <https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-09/goc-2022-o99.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CUBA. *Ley nº 41*. Ley de la Salud Pública. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983. Disponível em: [https://salud.msp.gob.cu/wp-content/uploads/2019/02/RM\\_2\\_2010.pdf](https://salud.msp.gob.cu/wp-content/uploads/2019/02/RM_2_2010.pdf) . Acesso em: 10 out. 2023.

DAL PRÁ, K. R. *et al.* O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 91-103, 2015.

DELFINI, P. S. *et al.* Peregrinação familiar: a busca por cuidado em SM infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 12, p. 1-13, 2017.

- DOMINGUES, J. *et al.* Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai: simetrias e assimetrias. *Argumentum*, v. 10, n. 3, p. 63-78, 2018.
- ERSKINE, H. E. *et al.* The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, v. 26, n. 4, p. 395-402, 2017.
- ESPINOLA-NADURILLE, M. *et al.* Mental health care reforms in Latin America: child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatric Services*, v. 61, n. 5, p. 443-445, 2010.
- FATORI, D. *et al.* The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. *Journal of Mental Health*, v. 27, n. 6, p. 588-594, 2018.
- FLORE, A. L. Políticas y prácticas de los servicios públicos de Salud Mental de la Ciudad de Córdoba. In: LUCIANI CONDE, L.; BARCALA, A. (Eds.). *Salud Mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 267-282). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2015.
- GORRY, C. Community mental health services in Cuba. *MEDICC Review*, v. 15, n. 4, p. 11-14, 2013.
- HEINZE, G. *et al.* Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud mental*, v. 42, n. 1, p. 13-24, 2019.
- HENAO, S. *et al.* Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 34, n. 2, p. 175-183, 2016.
- HERNÁNDEZ, E. I. *et al.* Past, present, and future of Child Psychiatry in Mexico. *Salud mental*, v. 45, n. 1, p. 1-2, 2022.
- HILL, F. *Prevention better than cure in Cuban healthcare system*. BBC News, 2015. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/health-35073966>. Acesso em: 10 out. 2023.
- KLEINBERG, J. Briefing on the Cuban mental health system: In anticipation of future training and consultation opportunities. *Group*, v. 42, n. 3, p. 195-224, 2018.
- LEITÃO, I. B. *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, v. 31, p. e190011, 2020.
- LEITÃO, I. B.; AVELLAR, L. Z. 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. *Estilos da Clínica (USP)*, v. 25, n. 1, p. 165-183, 2020.
- LIMA, F. A. C. *et al.* Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33078, 2023.
- MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.
- MÉXICO. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 06-

06-2023. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponível em: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

MÉXICO. *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Disponível em: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/837243/LGDNNA\\_26\\_05\\_23.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/837243/LGDNNA_26_05_23.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

MÉXICO. *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones*. Secretaría de Salud, 2022. Disponível em: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref131\\_16may22.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

MOUJAN, M. C. A. Presente y futuro de los servicios de salud mental en Paraguay. *Eureka (Asunción) en Línea*, v. 8, n. 2, p. 171-182, 2011.

OMS. *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive*. World Health Organization. Geneva: 2020a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS. *Mental Health ATLAS 2020*. World Health Organization. Geneva: 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS. *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR?sequence=4>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)*. OMS; OPAS, 2013. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/venezuela\\_who\\_aims\\_report.pdf?sfvrsn=87a39c5e\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/venezuela_who_aims_report.pdf?sfvrsn=87a39c5e_3&download=true). Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México*. OMS; OPAS, 2011. Disponível em: <https://extranet.who.int/mindbank/item/448>. Acesso em: 10 out. 2023.

ONU. *Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 1988. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

OMS; OPAS. *Saúde mental dos adolescentes*. OMS; OPAS, s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 10 abr. 2024.

PARAGUAY. *Constituição de la República del Paraguay*. Convención Nacional Constituyente, 1992. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/py\\_3054.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Ley 6202/2018*: que adopta normas para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. Gaceta Oficial de la República del Paraguay, 2018. Disponível em: <https://py.vlex.com/vid/ley-no-6202-adopta-745840865>. Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Ley nº 1.680/01*. Código de la Niñez y la Adolescencia. Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Asunción, Paraguay, 2001. Disponível em: [https://mec.gov.py/talento/cms/wp-content/uploads/2018/04/codigo\\_de\\_la\\_ninez\\_final\\_2013.pdf](https://mec.gov.py/talento/cms/wp-content/uploads/2018/04/codigo_de_la_ninez_final_2013.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIISS*. Paraguay. Asunción: OPAS/OMS, 2019. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

PARAGUAY. *Política nacional de promoción de la salud 2021/2030*. La Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Municipalidad de Limpio: Asunción, 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/3d409d-PoliticaNacionaldePromociondeLaSalud.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

PAZ, L. M. *et al*. Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 10, n. 1, p. 33-48, 2022.

PERIÓDICO GRANMA. *Código de las Familias en Cuba: ¿Qué ventajas y novedades ofrecería el proyecto para la adopción?* Órgano oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Disponível em: <http://www.escambray.cu/2022/codigo-de-las-familias-en-cuba-que-ventajas-y-novedades-ofreceria-el-proyecto-para-la-adopcion/>. Acesso em: 10 out. 2023.

POBLETE, M. *Política de Salud Mental para menores de edad en Chile Con foco en el 'Programa de Salud Mental Infantil' y 'Programa Habilidades para la Vida'*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2022. Disponível em: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33399/1/BCN\\_Politica\\_salud\\_mental\\_para\\_menores\\_de\\_edad\\_Chile\\_final.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33399/1/BCN_Politica_salud_mental_para_menores_de_edad_Chile_final.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

REIS, A. O. *et al*. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS* (p. 186-210). São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

RIVERA, A. *et al*. Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: findings from the Colombian national mental health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 14, n. 1, p. 1-8 2020.

SERRATE, P. C. F. Integración sinérgica de los sistemas y servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 49, n. 2, 2023.

SIDDAWAY, P. *et al.* How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annual Review of Psychology*, v. 70, n. 1, 2019.

SITEAL. *Venezuela: primera infancia*. UNICEF, 2021. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/pt/pais/primer-infancia-pdf/venezuela#:~:text=A%20Venezuela%20promulgou%20a%20Lei,gozo%2C%20dos%20seus%20direitos%20e>. Acesso em: 10 out. 2023.

SOLANO, N. S. *et al.* Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, v. 48, n. 4, p. 258-264, 2016.

SOUZA, T. T. *et al.* Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2575-2586, 2021.

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

THE LANCET. Adolescence in Latin America and the Caribbean. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, v. 6, n. 11, 2022.

TOMAZELLI, J. *et al.* Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. *Psicologia USP*, v. 34, e210002, 2023.

UNICEF. *Care for Child Development: The Experience of Paraguay*. United Nations Children's Fund, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/en/media/32161/file>. Acesso em: 10 out. 2023.

UNICEF. *Construir el futuro: Los niños y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países ricos*. Report Card N°14 de Innocenti, Centro de Investigaciones de Unicef, Florencia, 2017. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/892-construir-el-futuro-los-ni%C3%B1os-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-en-los-pa%C3%ADses.html>. Acesso em: 10 out. 2023.

UNICEF. *State of the World's Children 2021: Latin America and the Caribbean regional brief*. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/108126/file/SOWC-2021-Latin-America-and-the-Caribbean-regional-brief.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

UNICEF. *Situación de los niños en Cuba: distintos datos e investigaciones muestran el alto nivel de protección y desarrollo que poseen los niños, niñas y adolescentes de la Isla*. Fondo das Nações Unidas para a Infância, s.d. Disponível em: <https://www.unicef.org/cuba/situacion-de-los-ninos-en-cuba>. Acesso em: 10 out. 2023.

VENEZUELA. Constituição de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Asamblea Nacional. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_venezuela\\_1006.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_venezuela_1006.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

VENEZUELA. *Ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes*. Asamblea nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponível em: [https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4\\_ven\\_ley\\_org\\_prot\\_ninos\\_adolc.pdf](https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ley_org_prot_ninos_adolc.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

ZHOU, W. *et al.* Child and adolescent mental health policy in low-and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 1-8. 2020.

## Nota

<sup>1</sup> I. B. Leitão e L. Z. Avellar: concepção, análise dos dados, redação, revisão crítica, aprovação da versão final. Responsáveis por todos os aspectos do trabalho, na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

## *Abstract*

### *Overview of Child and Adolescent Mental Health Policies in Latin America and the Caribbean: Challenges and Perspectives*

The lack of specific policies and resources for Child and Adolescent Mental Health (CAMH) affects the development of children and adolescents in Latin America and the Caribbean, where individuals under 18 years of age represent about 30% of the population. With a 20% prevalence of mental disorders in this age group, approximately 53 million require mental health care. This study, through a narrative literature review, analyzed CAMH policies in eight countries of the region — Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Mexico, Paraguay, Venezuela, and Brazil. The aim was to identify regulatory milestones, guiding principles, and the main challenges in CAMH care, as well as to compare the situation in these countries with that of Brazil. Data from databases such as SciELO, LILACS, PubMed, governmental publications, and organizations such as WHO, PAHO, and UNICEF were used, along with other publications retrieved from "Google Scholar," "ResearchGate," and "Academia.edu." The analysis revealed progressive legislation and regulatory frameworks that recognize the rights of children and adolescents, but there is also low investment, precarious services, and fragmented, medicalizing practices. The study emphasizes the importance of securing substantial resources and investments for CAMH, going beyond laws and regulations.

► **Keywords:** Child and adolescent mental health; Health services; Public health; Latin America.

