

SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NO BRASIL

Children and adolescents's mental health: ways of construction of care in Brazil

Leila Andrade Oliveira¹

Ana Maria Jacó-Vilela²

Artigo encaminhado: 28/12/2018

Aceito para publicação: 28/11/2019

RESUMO: O artigo procura traçar o percurso histórico de construção do cuidado com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil desde os anos de 1920 até o momento atual. Destacam-se o pensamento higienista e o olhar sobre a criança pobre num primeiro momento até o entendimento atual da criança como sujeitos psíquicos e de direitos. Procurou-se observar como ela é tematizada em documentos fundamentais para esta política, tais como os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), a Lei Nacional 10.216/01 e as Portarias 336/02 e 3.088/11, apontando duas ações consideradas prioritárias para dar conta das questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil: a implantação dos CAPSi e o desenvolvimento de estratégias para articulação intersetorial.

Palavras-chave: História. Infância e Juventude. Saúde Mental.

ABSTRACT: The article seeks to trace the historical ways of building care for children and adolescents in psychic suffering in Brazil from the 1920s to the present days. Hygienist thinking and looking at the poor child in a first moment up to the current understanding of the child as psychic and rights subjects stand out. It was sought to observe how they are thematized in key documents for this policy, such as the reports of the four National Conferences of Mental Health, National Law 10.216 / 01 and Portaria 336/02 and 3,088 / 11, pointing out two actions considered to be priorities for the mental health of children and adolescents in Brazil: the implementation of CAPSi and the development of strategies for intersectoral articulation.

Keywords: History. Childhood and Youth. Mental Health.

¹ Psicóloga do CAPSi de Queimados. Doutora em Psicologia Social pela UFPB. leila.andrade.oliveira@gmail.com

² Professora Titular concursada da UERJ, onde coordena o Laboratório de História e Memória da Psicologia - Psicóloga pela UFMG, Doutora em Ciências (USP) e Professora Titular da UERJ. Vice-Presidente para a América do Sul da Sociedade Interamericana de Psicologia e Presidente da Divisão 18 (History of Psychology) da International Association of Applied Psychology. jaco.ana@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é apresentar a trajetória dos discursos e dos cuidados dispensados a crianças e adolescentes com transtorno mental no Brasil, desde os anos de 1920 - quando a “infância desvalida” se constitui como questão higiênica -, até os discursos contemporâneos produzidos internamente ao campo da Saúde Mental, que trazem a compreensão de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos. A proposta de oferecer um outro olhar para o passado contribui para a possibilidade de práticas presentes e futuras mais críticas, já que a pesquisa histórica nos permite compreender como conceitos e práticas hoje considerados “naturais” foram se construindo e se consolidando ao longo do tempo. Afinal:

Fundada sobre o corte entre um passado, que é seu objeto, e um presente, que é o lugar de sua prática, a história não pára de encontrar o presente no seu objeto, e o passado, nas suas práticas (DE CERTEAU, 1982, p. 46).

Para atender a este objetivo, utilizamos pesquisa documental e levantamento de fontes secundárias, quais sejam, de comentadores dos documentos, legislações e práticas que foram se instituindo ao longo do tempo que, de uma maneira ou outra, enfocaram o tema da infância. Especial relevo foi dado aos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), considerados dispositivos importantes, posto que nesses encontros são debatidas diretrizes, medidas operacionais e formas de intervenção necessárias, contando com a participação de gestores, trabalhadores, usuários dos serviços de saúde e de movimentos de controle social. Elas também se configuram como espaços cruciais para a interlocução de experiências e ideias provenientes de diversos países do mundo, e das mais variadas localidades do Brasil.

Apontamos a importância desse tipo de estudo para maior compreensão e significância de eventos passados que podem explicar a situação presente ou estado atual do fenômeno estudado.

Assim, a análise de tais fontes nos permitiu constatar que uma política específica de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil se constituiu apenas no século XXI. Durante praticamente toda a nossa história como nação, tal preocupação permaneceu como “estados de coisas” (RUA, 1998): uma situação que, sem entrar na agenda governamental, não mobilizando as autoridades políticas para formularem soluções, permanecia incomodando grupos sociais provocando, assim, algum tipo de resposta por parte desses agentes. A questão não era sequer mencionada ou, quando acontecia, era feita de maneira tangencial até 2001, ano da III CNSM. A partir de então, pode-se afirmar que foram estabelecidas duas ações prioritárias para dar conta das questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes: a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e o desenvolvimento de estratégias para articulação intersetorial.

A ausência dessas políticas, contudo, não impediu que uma série de intervenções de cunho assistencial fossem realizadas, embora sem visar o sofrimento mental, mas objetivando responder aos problemas da pobreza e do abandono, considerados produtores de efeitos incapacitantes e empecilho ao desenvolvimento do país como “nação civilizada” (COUTO e DELGADO, 2015).

As intervenções sobre a saúde das crianças, assim como o discurso jurídico sobre elas, acompanharam o plano político, ideológico e social do país desde o início do período republicano, transformando-se em projetos de saúde e de sociedade, tornando-se dispositivo regulador dos modos de vida nas cidades e produzindo diferentes versões sobre uma mesma realidade ontológica. Assim é que crianças e adolescentes pobres, delinquentes, abandonados, com transtornos mentais ou outro tipo de deficiência ou característica que os enquadrassem na categoria dos desviantes foram institucionalizados, seguindo a lógica da exclusão da diferença.

1.1 Higienismo e infância: o ideal preventivo

Na virada dos séculos XIX-XX observa-se a penetração da perspectiva higienista no Brasil, fortemente influenciada pelo positivismo e pelo evolucionismo social, enfatizando a crença em uma funcionalidade natural e em um processo evolutivo linear da sociedade, bem como no poder da ciência e da técnica na condução desta evolução (COSTA, 1999) ao realizar a transposição

do modelo das ciências biológicas para o estudo do homem e da sociedade. Momento da passagem do Império para a República, bem como da abolição da escravidão dos africanos, as elites política e intelectual se aliavam em torno de um ideal de modernização, entendido como a inserção do Brasil no modelo do capitalismo industrial, segundo os moldes europeus.

No esforço de “civilizar o país”, a elite brasileira se mobilizou especialmente em torno da necessidade de “salvar a criança de hoje para salvar o adulto de amanhã” (BULCÃO, 2006). A infância eleita como foco central, entretanto, era aquela que não correspondia ao imaginário burguês, justificando o modelo de exclusão que será construído. Com iniciativas voltadas para sua educação e controle, procurou-se intervir sobre comportamentos considerados desviantes das camadas pobres - vadiagem, mendicância, promiscuidade - para salvar o Brasil do “atraso”.

Assim, em 1923, grandes expoentes da elite intelectual brasileira se articularam em torno da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)³, que se caracterizava, em seu discurso, por um forte objetivo preventivista, tendo a criança como alvo. A instituição foi ainda responsável por uma produção teórica abundante sobre as diferentes infâncias e suas adjetivações: desvalida, criminosa, em perigo, perigosa, anormal. Por exemplo, citamos o primeiro artigo do número 1 dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, a revista da Liga: intitulado “Hygiene mental da creança – baseada sobre as leys da psychologia”, é um artigo de Waclaw Radecki (1887-1953) que, didaticamente, apresenta o que a psicologia tem a dizer sobre o tema, apontando as características da vida intelectual e afetiva do infante.

Médicos higienistas e membros da LBHM fundaram clínicas de orientação infantil vinculadas a órgãos do governo, tais como o Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental (SOHM) da Secretaria de Instrução Pública do Distrito Federal (Rio de Janeiro), criado em 1934 no Rio de Janeiro e dirigido por Arthur Ramos (1903-1949), a Clínica de Orientação Infantil, criada por Durval Marcondes (1899-1981), em São Paulo, em 1939, além do Centro de Orientação Juvenil

³ Citamos: Juliano Moreira, Franco da Rocha, Afrânio Peixoto, Ulisses Pernambucano, Renato Kehl, Arthur Ramos, Henrique Roxo, Ernani Lopes, Durval Marcondes, Evaristo de Moraes, Moncorvo Filho, Lemos Britto, Ataulpho de Paiva, Mello Mattos e Waclaw Radecki, polonês e único psicólogo então existente no país, com formação em Varsóvia e Genebra.

(COJ), clínica de higiene mental infantojuvenil criada no Rio de Janeiro em 1946, vinculada ao Ministério da Educação e Cultura.

Tais serviços recebiam crianças encaminhadas por instituições de ensino em razão de apresentarem problemas de aprendizagem e tinham por objetivo oferecer diagnóstico e serviços de higiene mental à infância, realizando o exame médico psicológico na direção da prevenção de transtornos mentais, com especial interesse no ajustamento da criança à escola.

Assim é que o atendimento à saúde mental da infância no Brasil teve como uma de suas origens a preocupação com questões escolares, especialmente no sentido de encontrar explicações para o fracasso escolar. Percebemos aqui a estreita relação entre a psiquiatria infantil, a deficiência mental e a psicologia, cujas práticas tinham viés pedagogizante e adaptativo (JACÓ-VILELA e OLIVEIRA, 2018).

No que diz respeito à infância pobre e/ou delinquente, o saber médico demonstra grande preocupação e interesse, terminando por transbordar para o campo jurídico. Conforme Couto e Delgado (2015), a convergência dos discursos médico e jurídico fundamentou as práticas assistenciais no período inicial da República, influenciando decisivamente as ações do poder público dirigidas a crianças e adolescentes.

1.2 O Laboratório de Biologia Infantil e a criminalização da infância pobre

Pouco a pouco a visão intervencionista do Estado na problemática da infância pobre e/ou delinquente vai se fortalecendo, até que em 1923 é criado o Juízo de Menores e, em 1927, é promulgado o 1º Código de Menores pelo Decreto 17943-A, esclarecendo para qual infância estava destinado: os expostos (menores de sete anos em situação de abandono), os abandonados (de 7 a 18 anos, sem habitação, meios de subsistência ou responsáveis), os vadios (que, vivendo com pais ou tutores, não trabalham nem estudam), os mendigos (que pedem esmola para si ou para outrem), os libertinos (que convidam ou se entregam a atos obscenos e à prostituição) (BRASIL, 1928).

Segundo Bulcão (2006):

Outras definições foram traçadas em relação aos menores delinquentes: diferenciações entre infante e adolescente, responsabilidade criminal, prisão e outros tipos de penalização, substituição do regime penitenciário pelo regime educativo-disciplinar, além de diferenciações entre pena e medidas de segurança. Esta parte tratava também de menores anormais, da periculosidade do menor delinquente, da prisão preventiva, da internação provisória e do segredo de justiça no processo e na audiência (BULCÃO, 2006, pp. 51-52).

Em 1936 nasce o Laboratório de Biologia Infantil (LBI), no Rio de Janeiro. Previsto na lei, ele procura dar conta da necessidade de criação de novos dispositivos assistenciais que respaldassem cientificamente as decisões da Justiça no trabalho de distribuição das crianças pelas instituições de recolhimento disponíveis. Acreditando que o dispositivo forneceria as bases científicas para a assistência à infância abandonada e delinquente, observamos que fatores psíquicos, sociais, intelectuais e físicos passam a concorrer para a concepção das causas do comportamento desviante, além da causalidade moral (OLIVEIRA, 2000).

Assim, se por um lado o higienismo melhorou as condições sanitárias em grandes centros, como o Rio de Janeiro e provocou o crescimento do número de menores de 18 anos recolhidos a centros de assistência, por outro, contribuiu para a construção de um imaginário em que as famílias pobres foram, gradativamente, consideradas (e se considerando) incapazes de criar seus filhos, seja pela miséria em que viviam, seja pelo sentimento de incompetência desenvolvido. Desta forma, os espaços de assistência especializados constituíram um processo de desqualificação das formas de vida das famílias pobres, que produziu e sistematicamente reforçou a produção de subjetividades incompetentes, de famílias incapazes de solucionar seus problemas, ainda hoje denominadas de “famílias desestruturadas”.

As políticas de assistência à infância e adolescência, assim como o tipo de resposta que proporcionaram durante quase um século, foram dirigidas para uma categoria sociologicamente indefinida, não havendo, na prática, uma distinção entre demanda jurídica e social. Couto e Delgado (2015) enfatizam que tais políticas tiveram uma matriz composta por quatro elementos estruturantes,

quais sejam: 1) uma representação de criança e adolescente ancorada no conceito de "menor"; 2) a doutrina da situação irregular como marco jurídico, a qual tinha por base o poder discricional do juiz, tratando como caso de Justiça o abandono, a carência, a pobreza, a vitimização etc.; 3) a concepção e atuação do Estado com função tutelar e de controle; e 4) a institucionalização como proposta de intervenção.

Nesse contexto, as questões do sofrimento mental ficaram encobertas por uma agenda construída para superar os danos atribuídos à pobreza e ao abandono. O interesse era a formação de cidadãos socialmente adequados e economicamente produtivos, importantes para a construção da sociedade "moderna" pretendida.

Quanto à intervenção sobre crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, então classificados como anormais, verifica-se que antes mesmo da atuação da LBHM, a exclusão em hospitais psiquiátricos, misturados aos adultos, era uma realidade. As exceções a essas situações de promiscuidade são o Pavilhão Bourneville anexo ao Hospital da Praia Vermelha no Rio de Janeiro, criado em 1902; a Ala Infantil do Hospital Juqueri, em 1921, em São Paulo; e mais tarde, em 1942, o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Tais iniciativas, entretanto, foram pouco relevantes para a formulação da agenda de política pública destinada à infância e adolescência em sofrimento psíquico.

Portanto, ainda que sob o pretexto de proteção e cuidado, a assistência à infância no Brasil foi pontuada pela exclusão e pelo confinamento de crianças e adolescentes pobres, delinquentes, abandonados, com transtornos mentais ou outro tipo de deficiência ou característica que favorecesse enquadrá-los na categoria dos desviantes. Assim, de modo geral, crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidos ou foram submetidos a processos de institucionalização fora do sistema psiquiátrico asilar corrente, especificamente em instituições filantrópicas ou de assistência social ficando, assim, invisíveis, por décadas, até mesmo para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (COUTO, 2004).

2 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, a prática da exclusão de pessoas em sofrimento psíquico passou a ser questionada a partir dos anos de 1970, na esteira das discussões e mobilizações sociais pela redemocratização e pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que colocou o tema da saúde na agenda de discussões do Estado, procurando reverter uma lógica historicamente construída pautada no modelo curativo, centrado mais na doença e no tratamento do que na prevenção e na promoção da saúde e, conseqüentemente, tendo o hospital como referência.

Tornou-se claro que, ao invés de recuperar habilidades, o processo de institucionalização terminava por reduzi-las ainda mais, além de apresentar outros efeitos trágicos tais como o rompimento dos laços familiares, sociais e comunitários. As conseqüências de uma vida formalmente administrada (GOFFMAN,1987) na (trans)formação de subjetividades, além da constatação de violências de todas as ordens que ocorriam nos manicômios, passaram a ser denunciadas, inicialmente por trabalhadores da saúde mental, culminando com a proposta de se fazer o movimento contrário, ou seja, a desinstitucionalização.

A partir daí temos o início do processo de construção da conformação atual de discursos e práticas de cuidado com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, efetivados agora como política de governo. Como exemplos, do ponto de vista do ordenamento jurídico, temos a promulgação da Carta Constitucional de 1988, trazendo em seu bojo dois marcos legais importantes para a infância e juventude: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema Único de Saúde (SUS), que, em 2018, completou 30 anos.

A promulgação de Lei n.º 8.069/90, conhecida como ECA, afirma a condição cidadã de crianças e adolescentes, demolindo a doutrina da situação irregular até então praticada. Ao contrário desta, a doutrina proposta pelo ECA, de proteção integral, altera a condição jurídica de “menores” para a de sujeitos de direitos. Nos anos finais do século XX, portanto, seriam substituídos todos os elementos constitutivos da matriz de leitura dos problemas da criança e adolescente anteriormente elencados, alterando radicalmente a posição assumida pelo Estado: de tutela e controle para a proteção e o bem-estar social. No campo da intervenção, abre-se espaço para o cuidado em liberdade e a reabilitação psicossocial, ao invés da institucionalização (BRASIL, 1995).

No âmbito da Saúde, o SUS torna-se direito universal e dever do Estado, nos termos do artigo 196 da Constituição de 1988. A lei que o cria também traz um caráter democrático para as questões da saúde, caracterizando-se por princípios como universalidade, integralidade, igualdade e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua saúde (BRASIL, 1990).

No que tange especificamente à Saúde Mental, observamos uma série de transformações acompanhando as discussões que ocorreram no processo político-social da redemocratização brasileira, formando os fundamentos do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira definido por Amarante (1995) como: “(...) processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (p. 91), cujas marcas distintivas são: a crítica ao asilo, incidindo sobre os pressupostos da psiquiatria, com a condenação de seus efeitos de normatização e controle; e a defesa da cidadania do louco como valor fundante e organizador do processo (DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2002). Assim, o Movimento trata de promover a reorganização tanto das diretrizes quanto do modelo assistencial, redefinindo o objeto de intervenção.

Analisando sua trajetória, contudo, percebemos que o peso maior das discussões e preocupações esteve voltado, de maneira geral, para o adulto, deixando as questões específicas da criança e do adolescente em sofrimento psíquico em um plano secundário. A apreciação de diferentes documentos do setor saúde é fundamental para entender como a política de Saúde Mental brasileira os compreende. Assim, em decorrência de nossa pesquisa documental, analisaremos os relatórios das quatro CNSM; a Lei Nacional 10.216/01, marco legal que direciona a assistência em saúde mental em âmbito nacional; a Portaria Ministerial 336/02, que define as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu papel na rede de atenção à saúde mental; a Portaria 3.088/11, sobre a rede de atenção à saúde mental e suas posteriores transformações; e, por fim, os dois documentos específicos publicados pelo Ministério da Saúde - *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2005) e *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* (2014).

A I e a II CNSM, realizadas respectivamente em 1987 e 1992, refletem o tom das discussões do momento. A primeira, realizada um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco na constituição do novo sistema de saúde brasileiro e a segunda contando com a presença inédita de usuários e familiares como delegados, trazem críticas ao modelo manicomial, formulando as linhas gerais do que seria construído na Saúde Mental nos anos seguintes, sendo o tema da criança e do adolescente tratado de forma tangencial. Pondera-se, na primeira, a necessidade de limitação da internação psiquiátrica de crianças, e na segunda, entende-se como necessária a inclusão do tema nas capacitações do SUS e a criação de uma comissão de proteção dos direitos de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental no Ministério da Saúde, tendo o ECA como base.

Durante a década de 1990, foram realizadas muitas iniciativas para mudanças na forma de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico até que a Lei 10.216 fosse promulgada, após tramitação de cerca de 11 anos. Várias leis estaduais foram elaboradas, inspiradas no então Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado⁴. Em todas elas são previstas a substituição progressiva da assistência em hospitais psiquiátricos por outros dispositivos ou serviços, tais como centros de atenção diária e leitos em hospitais gerais; a necessidade de notificação das internações involuntárias, além de definirem os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nenhuma delas, contudo, faz referência à especificidade do tratamento de crianças e adolescentes, assim como também não há qualquer menção sobre essa demanda específica na Lei nacional.

Após 9 anos da realização da II CNSM, temos, em 2001, mesmo ano da promulgação da Lei, a III CNSM precedida de um Seminário Nacional voltado para discutir especificamente os caminhos possíveis para uma política pública de saúde mental da infância e adolescência. Contundente sobre o tema, a III CNSM constituiu-se como um divisor de águas na história da saúde mental de crianças e adolescentes no país. Priorizando a questão e convocando o Estado,

⁴ O denominado Projeto Paulo Delgado, depois Lei 10.216/01, demorou, como dito, onze anos para ser aprovado no Congresso Nacional. Neste intervalo, alguns estados promulgaram suas próprias leis a respeito da Saúde Mental, influenciados pelo Projeto. Foram eles: Espírito Santo e Rio Grande do Sul, 1992; Ceará, 1993; Pernambuco, 1994; Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Paraná, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, 1995 (BRASIL, 2003a).

cobrou que as ações político-assistenciais necessárias não fossem adiadas e que novos olhares e fazeres no que diz respeito ao cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não tardassem a acontecer.

Na esteira das resoluções globais sobre saúde mental, a III CNSM aponta a necessidade de o cuidado ser realizado em dispositivos de base comunitária, calcado na lógica do território, da operação em rede e da inclusão social. No âmbito específico da temática da criança e do adolescente destacam-se, dentre outras deliberações: a orientação pelos princípios do ECA, da Lei 10.216/01 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ratificando o entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos psíquicos e de direitos; a exigência de que a rede substitutiva inclua a atenção à criança e ao adolescente através da implementação e normatização de CAPSi pelo Ministério da Saúde; a intersetorialidade como marca distintiva e estruturante do cuidado; o combate à prática da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e filantrópicos (BRASIL, 2001b).

No ano seguinte, a Portaria GM n.º 336/02 estabelece as diferentes modalidades de CAPS e, dentre eles, o CAPSi:

(...) unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes⁵, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2003a, p. 123).

Sua clientela é definida da seguinte maneira: crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, deficiência mental com comorbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves. Tornam-se prioritários os atendimentos a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, aqueles que se encontram no espectro autista,

⁵ Cabe ressaltar a mudança na referência populacional para a abertura de CAPSi: de 200.000 habitantes na portaria de 2002 para 70.000 conforme a Portaria 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em sua edição republicada em 21 de maio de 2013.

psicóticos, neuróticos graves e os que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais devido a sua condição psíquica.

Em 2010 foi realizada a IV CNSM Intersetorial, oito anos depois da última conferência e nove anos após a promulgação da Lei 10.216. Nesse período o modelo de atenção a saúde mental focado em uma perspectiva substitutiva ao modelo hospitalocêntrico ganhou força e reconhecimento, porém foram observadas algumas lacunas na assistência, principalmente em relação aos aspectos para além do setor saúde, por isso a intersectorialidade ganhou um papel de destaque nesse evento. Assim, a IV CNSM, além de ratificar as diretrizes propostas pelas Conferências anteriores, dá especial atenção à integralidade e aos desafios do trabalho intersectorial.

Os documentos específicos sobre infância e adolescência anteriormente citados, publicados pelo Ministério da Saúde em 2005 e 2014, são quase repetitivos no que diz respeito aos princípios e diretrizes do cuidado de crianças e adolescentes em saúde mental, enfatizando a articulação intersectorial e considerando a criança e o adolescente como sujeito psíquico e de direitos.

A Portaria 3.088/11, consolidada pela PRC nº 03, Anexo V, de 28 de setembro de 2017, e alterada em 21 de dezembro de 2017 pela Portaria 3.588/17, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se destina ao cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Além das diretrizes do SUS, os pontos de atenção estabelecidos pela RAPS acrescentam outras para enfrentar o processo de desconstrução do paradigma hospitalocêntrico: combate a estigmas e preconceitos; cuidado no território, com a circulação de pessoas com transtornos por serviços, comunidade e sociedade; aumento da autonomia e cidadania de pessoas em sofrimento psíquico com estímulo à inclusão social; atenção humanizada direcionada às necessidades dos sujeitos visando a elaboração de projeto terapêutico singular; e estratégias de redução de danos.

Assim, a RAPS estabelece sete componentes do cuidado⁶ e, dentro de cada um deles, diversos pontos de atenção. Aqui destacamos os CAPSi no

⁶ Os sete componentes do cuidado estabelecidos pela RAPS são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Reabilitação e de Desinstitucionalização.

componente Atenção Psicossocial Especializada⁷, bem como as Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, por oferecerem serviços específicos para crianças e adolescentes. O CAPSi é previsto para municípios/regiões com população acima de 70 mil habitantes, enquanto a UAI para aqueles com mais de 100 mil habitantes. Esta tem o objetivo de intensificar o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas que se encontram em situação de vulnerabilidade social e familiar, realizando um conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo. São dispositivos relativamente novos, instituídos em 2012⁸ pela Portaria n. 121, cuja estratégia agrega uma tecnologia complexa do cuidado envolvendo diversos atores intersetoriais, traduzindo-se como eminentemente interdisciplinar. Atualmente o Brasil conta com 60 UAs, sendo 22 UAIs. Tais dispositivos são de extrema importância na RAPS, motivo pelo qual se lamenta que, segundo o Relatório de Gestão de 2017, apenas 5,4% da meta de apoiar a implantação de 37 UAI tenha sido alcançada. O Relatório ainda traz a observação de que possivelmente a meta não será cumprida até 2019.

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), ao final de 2002, ano da publicação da Portaria que regulamenta os CAPS, já havia 32 CAPSi no país, indicando uma experiência acumulada em serviços funcionando sob a lógica da atenção diária, antes mesmo de sua regulamentação. Conforme os últimos dados oficiais disponibilizados na publicação *Saúde Mental em Dados 12*, de outubro de 2015, até dezembro de 2014 havia 201 CAPSi habilitados em todo o país (BRASIL, 2015). Com uma taxa de crescimento do dispositivo de 168% de 2006 a 2014, pode-se entender que a questão da saúde mental de crianças e adolescentes tem sido pautada pelos municípios brasileiros (OLIVEIRA, 2018).

2.1 Sobre conquistas e retrocessos

Ao longo desse trajeto de construção/desconstrução/reconstrução de políticas públicas, especificamente no que diz respeito ao cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico podemos destacar como avanços: a

⁷ As demais modalidades de CAPS são: CAPS I, II, AD e III, regulamentados pela Portaria 336/02; AD III, cujas particularidades são descritas na Portaria 130/12; e AD IV previsto na Portaria 3.588/17.

⁸ Antes de 2012 já havia ao menos uma experiência nesse sentido no país: as então chamadas Casas do Meio do Caminho, na Cidade do Recife (ALBUQUERQUE, 2008).

reafirmação da função do CAPSi como dispositivo estratégico da política; a operação permanente sob o fundamento da intersectorialidade; o agenciamento cotidiano, no território de referência, da rede de cuidados de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes, agora sob o mandato da inclusão, da qualidade de vida e do protagonismo social, pois que esses sujeitos são percebidos agora como responsáveis por sua demanda e sintomas e detentores de lugares autênticos de fala.

A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, não é possível pensar tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente (BRASIL, 2014, p. 17).

Importante ressaltar que, para a infância e adolescência, o Movimento da Reforma Psiquiátrica significou, de fato, a superação da desassistência, além da construção de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras. Embora seja um percurso distinto do dos adultos, é equivalente no que diz respeito à necessária inscrição de princípios e diretrizes potentes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade, considerando a criança e o adolescente como sujeito psíquico e de direitos, cujo cuidado deve ir além dos objetivos de normalização ou adaptação de comportamentos.

Neste ponto é necessário destacar os movimentos realizados pelo Estado brasileiro na direção de um pensamento conservador e neoliberal no que diz respeito às políticas sociais como um todo e do SUS em particular. Paim (2018), discutindo tais questões, problematiza as consequências da Emenda Constitucional 95, de 2016, que congela os gastos para a saúde e educação por vinte anos, bem como o predomínio da doutrina neoliberal que prega o Estado mínimo, o que pode significar a ausência do Estado para quem mais precisa dele. Defende, portanto, que o maior desafio do SUS é político.

Neste sentido, uma limitação de nosso estudo é a apresentação de dados sobre o quantitativo de crianças e adolescentes que vem sendo atendidos na Rede criada neste século. Entretanto, podemos justificar que este não era nosso

objetivo, visto querermos apresentar como os discursos sobre estes sujeitos foram se constituindo no país desde o começo do século XX.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Especificamente no que diz respeito à Saúde Mental, podemos apontar, como ameaças de uma nova ordem de cronicidade, ações claras de desmonte dos dispositivos da RAPS através do reforço da lógica asilar e do estímulo a práticas de cuidados segregacionistas, especialmente a partir de revisão normativa de dezembro de 2017. Tais ações traduzem-se por repasses financeiros⁹ para Comunidades Terapêuticas e pela ênfase na importância dos hospitais psiquiátricos para a RAPS¹⁰, justificando-se o injustificável: a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos.

De fato, a desinstitucionalização é muito mais do que o fechamento de leitos: é o movimento de reintegração de pessoas institucionalizadas à vida social e comunitária, procurando restabelecer minimamente a dignidade que lhes foi roubada, com a conivência do Estado brasileiro. A escolha política do país para o desenho de propostas para o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico não foi pelo rompimento, mas pela convivência de serviços territoriais com o hospital psiquiátrico, acreditando-se que, a partir do desenvolvimento e ampliação dessa forma de cuidado, o confinamento de pessoas em manicômios não seria mais necessário. Assim, adotou-se como estratégia política para o fortalecimento da rede substitutiva a reversão dos recursos dos leitos fechados de hospitais psiquiátricos para o financiamento dos dispositivos da RAPS. Conclui-se, sem muito esforço, a partir das revisões normativas da RAPS ocorridas desde dezembro de 2017, que a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos especializados, eufemismo para manicômios, debilita a rede substitutiva.

⁹ Segundo o Relatório de Gestão de 2017, esperava-se entregar R\$ 87 milhões a essas instituições com o objetivo de dobrar o número de vagas disponíveis e “acolher” mais de 20 mil pessoas em um ano. Vale dizer que as Comunidades Terapêuticas são instituições não governamentais que atuam como espaços de internação de longa duração, em geral de até 9 meses, com viés religioso, cujo objetivo é alcançar a abstinência artificialmente obtida através do isolamento social, desconsiderando as condições singulares de uso e as diversas relações existentes entre sujeito e substância.

¹⁰ Conferir página dedicada à Saúde Mental no portal do Ministério da Saúde - <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas> - que expressa a ideia de que os hospitais psiquiátricos não devem ser fechados, pois são considerados necessários para a rede de cuidados.

Como ignorar o acúmulo de histórias de violação de direitos humanos nessas instituições? Daniela Arbex (2013) denomina de “holocausto brasileiro” o fenômeno em que morreram, em um único hospital-colônia brasileiro, o de Barbacena (MG), cerca de 60 mil pessoas durante algumas décadas do século XX. O genocídio, que contou com a cumplicidade do Estado, dizimou homens, mulheres e crianças apenas por serem epiléticos, homossexuais, prostitutas, alcoolistas, mulheres cuja moral sexual era diferente daquela esperada pela sociedade, ou seja, aquelas que perdiam a virgindade antes do casamento, quer por vontade própria, quer por força de abuso, em geral cometido por seus patrões. Além dessa clientela, a autora também nos apresenta ao que denomina “os meninos de Oliveira”: instituição criada em 1924, no referido município de Minas Gerais, então denominado Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, destinada a indigentes e mulheres e que muda de perfil em 1946, passando a abrigar crianças com qualquer tipo de deficiência física e mental, a maioria rejeitada pelas famílias. Em 1976, por ocasião de seu fechamento, 33 crianças de lá foram encaminhadas para o Hospital Colônia de Barbacena. Elas permanecem na instituição por toda sua existência, sofrendo toda a sorte de violências e abusos e sendo desrespeitadas em suas necessidades como pessoas em desenvolvimento (Arbex, 2013, pp. 87-99). Algumas delas, na velhice, puderam ter sua cidadania resgatada, passando pelo processo de desinstitucionalização, a partir do qual foi possível a mudança para Serviços Residenciais Terapêuticos¹¹.

A história não deve esquecer também que o Brasil chegou até mesmo a ser condenado em cortes internacionais pela morte de Damião Ximenes Lopes em um manicômio cearense¹².

¹¹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos, previstos pela Portaria 3.090/11, constituem-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) tendo como característica fundamental ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares, quando possível.

¹² Em 4 de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes, brasileiro, 30 anos, pessoa em sofrimento psíquico, morreu na Casa de Repouso Guararapes, única clínica psiquiátrica do município de Sobral (CE) e credenciada ao SUS, com sinais de tortura. A necropsia revelou que ele foi sujeito à contenção física, prática comum em manicômios, e foi vítima de diversos golpes por todo o corpo: cabeça, rosto, ombro, punho, joelhos e pé. A família de Damião ajuizou ação criminal e civil indenizatória contra o proprietário da clínica psiquiátrica e também peticionou contra o Estado brasileiro perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, sendo depois auxiliada pela organização não-governamental brasileira Justiça Global que realiza ações para denunciar violações de direitos humanos, que entrou no caso como copeticionária. Em 2006, o Brasil foi condenado.

Devemos, portanto, estar atentos contra uma racionalidade conservadora que tem ameaçado as políticas sociais em geral e, no que diz respeito ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem se materializado em ações de remanicomialização e ataques aos seus preceitos mais caros, tais como a inclusão social, o resgate da cidadania e da dignidade de pessoas em sofrimento psíquico. Especificamente no que diz respeito a crianças e adolescentes é preciso, mais do que nunca, defender radicalmente a ética do cuidado, procurando sempre a inclusão através do cuidado territorial, sob as bases da intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. C. R. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

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

BRASIL. Ato do Poder Legislativo. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1927, vol 1. *Decreto-lei n. 17.943 A*, de 12 de outubro de 1927. Código de Menores. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1987.

_____. 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 1994

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. Constituição Federativa do Brasil. *Brasília*, 1998.

_____. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002*. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2012b.

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

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* 12. Brasília, ano 10, n. 12, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2017*. Brasília, 2018.

BULCÃO, I. Investigando as Políticas de Assistência e Proteção à Infância. Psicologia e ações do Estado. *Tese de Doutorado*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Caso Ximenes Lopes Versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006.

COSTA, J. F. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. In: FERREIRA, T. *A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. *A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30(4): 390-8, 2008.

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, 27(1): 17-40, 2015.

DE CERTEAU, Michel. *Fazer história*. In: _____. *A escrita da história*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

JACÓ-VILELA, A. M.; OLIVEIRA, L. A. O cuidado com a infância no Brasil: da assistência aos desvalidos ao sujeito de direitos. In: VÍRSEDA-HERAS, J. A. et.all. *Perspectiva psicosocial de los derechos humanos*. D.R. Universidad Autónoma del Estado de México, 2018.

OLIVEIRA, L. A. A influência dos saberes psicológicos na construção da assistência à infância no Brasil. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia, 2000.

_____. *Versões da infância: discursos e intervenções sobre as “crianças anormais” no Brasil*. In: JACÓ-VILELA, A. M.; DEGANI-CARNEIRO, F.; ARAÚJO, J. H. Q. (orgs.) *Clio-psyché – saberes psi: novos sujeitos, outras histórias*. Curitiba: Juruá, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018.

RADECKI, WACLAW (1925). *Higiene mental da criança* – baseada sobre as leis da psicologia. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1, 11-89

RUA, M. G. (1998). *As políticas públicas e a juventude dos anos 90*. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD.

TENÓRIO, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. In: *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, 9 (1): 25-59, 2002.