



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL - PPGPS

CAROLINE PEREIRA OLIVEIRA

**Avanços e impasses na direção de uma política de saúde mental
para o público infantojuvenil**

BRASÍLIA,

2023

CAROLINE PEREIRA OLIVEIRA

**Avanços e impasses na direção de uma política de saúde mental
para o público infantojuvenil**

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para a obtenção do título de mestre em Política Social pela Universidade de Brasília, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA,

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P048a Pereira Oliveira , Caroline
Avanços e impasses na direção de uma política de saúde
mental para o público infantojuvenil / Caroline Pereira
Oliveira ; orientador ANDRÉIA DE OLIVEIRA. -- Brasília,
2023.
112 p.

Dissertação(Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2023.

1. Saúde mental. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4.
Política social. I. DE OLIVEIRA, ANDRÉIA, orient. II.
Título.

CAROLINE PEREIRA OLIVEIRA

Avanços e impasses na direção de uma política de saúde mental para o público infantojuvenil

Dissertação apresentada à banca de defesa como requisito para a obtenção do título de mestre em Política Social pela Universidade de Brasília, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Andréia de Oliveira.

Brasília, 30 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dr.^a. Andréia de Oliveira
Universidade de Brasília (UnB) - Orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Lúcia Cristina Rosa
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Convidada Externa

Prof.^a. Dr.^a. Maria da Glória Lima
Universidade de Brasília (UnB) – Convidada Interna

Prof.^a. Dr.^a. Miriam de Souza Leão Albuquerque
Universidade de Brasília (UnB) – Convidada Interna

AGRADECIMENTOS

Inevitavelmente, passa um filme em minha cabeça ao olhar esta página destinada aos agradecimentos. Sem dúvidas, um trabalho destes não é realizado sem apoio de muitos(as).

A princípio, não poderia deixar de registrar meus agradecimentos à todas as crianças e adolescentes, em que, tive a oportunidade de conhecer ao longo desta trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Meu interesse nos pequenos-gigantes, se iniciou no estágio curricular em Serviço Social, em uma unidade de acolhimento para crianças e adolescentes, ou seja, nas institucionalizações, me despertando o olhar sobre a proteção social e temáticas afins, dentre elas, a saúde mental. Na residência, tive a oportunidade de conhecer outras crianças e adolescentes, me fazendo sentir que seus mundos necessitam de menos limitações, (re)conhecer suas existências é fundamental. Eu tenho consciência de que este trabalho não representa(rá) um por cento do que pude (re)aprender com vocês. Muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora Andréia Oliveira, por não ter desistido de mim quando tudo parecia tão enevoado. Andréia foi minha professora na graduação, sendo a primeira a me apresentar o SUS, é um prazer enorme estar novamente com você. No mestrado, te agradeço por sua escuta acolhedora e cuidadosa em um dos momentos mais difíceis da minha vida, ao enfrentar um adoecimento. Obrigada pela oportunidade de me aproximar da docência, foi uma experiência muito divertida e instigante. Aproveito para agradecer aos/as estudantes que tiveram paciência e contribuíram para essa vivência.

Agradeço o aceite das professoras convidadas para a banca: Lúcia Rosa, Maria Glória e Miriam Leão, sem vocês nada disso seria possível. Agradeço de coração pela aceitação e por todas as orientações realizadas anteriormente. Gratidão à essa banca formada por mulheres, antemão é especial.

Os amigos(as) foram essenciais na construção do trabalho, por terem sido abraço, colo e apoio, quando eu mesma não acreditava em mim. Agradeço inicialmente à minha amiga Aline Almeida, não tenho palavras para agradecer a você pelo que fez e faz por mim, como sempre digo: você me salvou. Obrigada pelos encontros leves, por sua escuta cuidadosa e diária. Também agradeço à minha amiga Débora Aparecida, que acredita um monte em mim, que

parece não se cansar de repetir que possuo valor e inspiro. Débora e Aline são, sem dúvidas, meus maiores presentes da UnB para a minha vida.

Na correria entre ser estudante e trabalhadora, fiz amizades incríveis, essenciais para o momento. Quero agradecer à Litza, Orlanda, Dyana Helena, Bruna, Anuska, Thayná, Lilian, Dâmocles, e, Laurinha, e, a tantos outros que fizeram parte da minha vida, mas, que também hoje estão distantes, mas, não saem de mim. Vocês não apenas foram fundamentais para a realização do trabalho, mas, por eu estar aqui, caminhando a passos lentos, mas, bem. Muito obrigada pelas risadas, caronas, reflexões e lanches coletivos (sem *pix*). Aproveito para agradecer Marianna e Cláudia, minhas parceirinhas do mestrado. Obrigada pelas trocas e risadas, garotas.

Aos meus pequenos Tom e Ruan, meus gatinhos, sim, pelos ronrons e por digitar no teclado querendo a autoria deste trabalho, quase uma expropriação felina. Vocês fazem parte das minhas risadas mais leves e genuínas, além disso, minha alegria para voltar para casa, sabendo que estarão lá.

Agradeço ainda, a experiência de ter sido residente em um programa multiprofissional destinado à Saúde Mental Infantojuvenil. Esta experiência mudou minha vida e acrescentou em minha formação enquanto assistente social. Além disso, proporcionou trabalhar com a temática no SUS, podendo conhecer crianças, adolescentes e famílias que me marcam até os dias atuais e me fizeram refletir parte deste trabalho. Em tempo, também agradeço aos amigos que fiz no Programa, onde pude conhecer muitas profissões tão essenciais na assistência às crianças e adolescentes. Levo vocês em minha mente e em meu coração.

Agradeço à minha terapeuta Débora. Me faltam palavras para falar de ti, eu agradeço pelo acolhimento, escuta ativa, e, por me fazer (re)construir o meu Eu. Gratidão, Débora. Obrigada pelas trocas.

À minha família, inicialmente, agradeço a meus pais, que nunca tiveram a oportunidade do estudo, contudo, sempre projetaram a importância da educação na minha vida e nos meus irmãos Alison, Iedson e Jacqueline. Meu pai e minha mãe, frequentavam a UnB para fotografarem os/as estudantes, e, preparavam as carteirinhas estudantis. Contam que, com materiais muito pesados e cortando o DF, dormiam de cansaço nos bancos do ICC. Reconheço que, esse momento é importante para todos/as nós: filhos e filhas de nordestinos na capital, que ao contrários dos pais, puderam acessar a educação.

Em tempo, reconheço e ofereço uma homenagem às crianças da minha família. Ao meu xodó, Daniel Lucca, que sempre está no meu cotidiano. Aprendo diariamente com você, com seu crescimento e olhar único de criança. Durante a escrita, Daniel, você foi norte para mim. Por vezes, você vinha com seu jeitinho para me chamar para brincar, como eu poderia negar? Finalmente, descanso da vida adulta. Sei que você acha que sou criança e quando lembro disso, sempre sorrio. Algumas coisas não entendo, então, obrigada por ter paciência de me explicar sobre os jogos e canais da internet que assiste. Quero que saiba que amo muito você, e, espero que tenha uma infância linda e saudável, quero dançar contigo, ainda por muitos anos. Cresce devagarinho, por favor.

À Universidade de Brasília, afinal, voltar para casa foi importante, com outra maturidade. Que a educação pública e de qualidade não seja exceção na sociedade, para que novas gerações tenham a oportunidade de acesso ao conhecimento e experiências únicas. Ao GEPSaúde, por ser um espaço que permite uma construção coletiva sobre coletivos.

Ou se tem chuva e não se tem sol,
ou se tem sol e não se tem chuva!
Ou se calça a luva e não se põe o anel,
ou se põe o anel e não se calça a luva!
Quem sobe nos ares não fica no chão,
quem fica no chão não sobe nos ares.
É uma grande pena que não se possa
estar ao mesmo tempo nos dois lugares!
Ou guardo o dinheiro e não compro o doce,
ou compro o doce e gasto o dinheiro.
Ou isto ou aquilo: ou isto ou aquilo...
e vivo escolhendo o dia inteiro!
Não sei se brinco, não sei se estudo,
se saio correndo ou fico tranquilo.
Mas não consegui entender ainda
qual é melhor: se é isto ou aquilo.

Cecília Meireles (1901-1964)

RESUMO

Ao longo da história, crianças e adolescentes ocuparam diferentes posições sociais, no entanto sua singularidade nem sempre foi reconhecida. O desconsiderado campo sócio-histórico gerou invisibilidades, lacunas e silenciamentos que persistem em ideias e práticas na contemporaneidade. Esse contexto, atravessa diretamente o campo da saúde mental infantojuvenil. Este grupo é duplamente vulnerável, enfrentando desproteções sociais tanto pela condição de ser criança ou adolescente, quanto pelo eventual sofrimento psicossocial. No Brasil, apesar dos avanços normativos-legais conquistados pelos movimentos sociais na saúde mental, ainda falta o desenvolvimento de uma política específica voltada para infância e adolescência, que reconheça suas particularidades de forma integral. Este estudo tem como objetivo evidenciar os avanços e impasses na construção de uma política de saúde mental, direcionada ao público infantojuvenil. O objeto de estudo em questão foi analisado sob a ótica do método materialista histórico-dialético, com o intuito de identificar os processos históricos que o influenciaram, em um contexto desafiador marcados por distintos interesses e projetos de sociedade. Esta investigação adotou uma abordagem de natureza bibliográfica e documental. Como resultado, o estudo sugere que, até o presente momento, não se implementou uma política formal de saúde mental infantojuvenil. As abordagens existentes limitam-se a recomendações e aproximações sem uma priorização direta nesse público. Quando abordadas, as iniciativas destinadas à atenção infantojuvenil tendem a concentrar-se predominantemente em questões relacionadas ao autismo e ao consumo de álcool e outras drogas. Conclui-se, portanto, que a presença de uma política específica é essencial para a consideração das singularidades, mas sua formulação deve ocorrer de maneira integrada e transversal, baseada em princípios democráticos, antimanicomiais, coletivos, respeitando a complexidade da realidade infantojuvenil. A construção de tal política enfrenta múltiplos desafios, caracterizados por perspectivas adultocêntricas, individualizantes, farmacológicas e biomédicas, constituindo obstáculos significativos para a efetiva proteção social de crianças e adolescentes que vivenciam algum tipo de sofrimento psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Crianças; Adolescentes; Saúde Mental Infantojuvenil.

ABSTRACT

Throughout history, children and adolescents have occupied different social positions, but their uniqueness has not always been recognized. The disregarded socio-historical field has generated invisibilities, gaps and silences that persist in contemporary ideas and practices. This context directly affects the field of mental health for children and adolescents. This group is doubly vulnerable, facing social disenfranchisement both because of the condition of being a child or adolescent and because of possible psychosocial suffering. In Brazil, despite the normative-legal advances achieved by social movements in mental health, there is still a lack of development of a specific policy aimed at children and adolescents, which recognizes their particularities in an integral way. The aim of this study is to highlight the advances and impasses in the construction of a mental health policy aimed at children and adolescents. The object of study in question was analyzed from the perspective of the historical-dialectical materialist method, with the aim of identifying the historical processes that influenced it, in a challenging context marked by different interests and projects for society. This research adopted a bibliographical and documentary approach. As a result, the study suggests that, to date, no formal child and adolescent mental health policy has been implemented. The existing approaches are limited to recommendations and approximations without directly prioritizing this public. When they are addressed, the initiatives aimed at children and adolescents tend to focus predominantly on issues related to autism and the consumption of alcohol and other drugs. It can therefore be concluded that the presence of a specific policy is essential in order to take singularities into account, but it must be formulated in an integrated and transversal manner, based on democratic, anti-asylum, collective principles, respecting the complexity of the reality of children and adolescents. The construction of such a policy faces multiple challenges, characterized by adult-centric, individualizing, pharmacological and biomedical perspectives, constituting significant obstacles to the effective social protection of children and adolescents who experience some kind of psychosocial suffering.

Keywords: *Mental Health; Child; Adolescent; Children' Mental Health.*

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Instrumental da análise com base nas orientações de Lima e Mioto (2007).....	21
Quadro 02 – Esquematização dos capítulos e pontos abordados nesta dissertação.....	25
Quadro 03 – Legislações brasileiras no campo exclusivo da saúde mental, que citaram o público de crianças e adolescentes, a partir da Lei nº 10.216, de 2001.....	52
Quadro 04 – Recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil (2005 a 2012).....	74

LISTA DE SIGLAS

Atenção Primária em Saúde - APS

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil - CAPSi

Comunidade Terapêutica - CT

Conferência Nacional de Saúde - CNS

Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM

Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial - CNSM-I

Constituição Federal - CF

Distrito Federal - DF

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil - FNSMIJ

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF

Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR

Núcleos de Cidadania de Adolescentes - NUCAS

Organização Mundial de Saúde - OMS

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

Organizações Não-Governamentais - ONG

Plano Nacional de Saúde - PNS

Plano Plurianual - PPA

Política Nacional de Humanização - PNH

Política Nacional de Saúde Mental - PNSM

Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental InfantoJuvenil -
PRMSMIJ

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Sistema Único de Saúde - SUS

Unidade Básica de Saúde - UBS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
Objeto.....	17
Justificativas.....	17
Questões de partida.....	18
Hipóteses.....	19
Problema de pesquisa.....	19
Objetivos.....	20
Procedimentos metodológicos.....	20
Método.....	22
CAPÍTULO 1 - A FIRMEZA DA INCONSTÂNCIA: UMA TRAJETÓRIA DE (DES)PROTEÇÕES SOCIAIS?.....	27
1.1. Transformando em palavras o que era silêncio.....	27
1.2. O alienismo.....	29
1.3. Normalidade e Razão; Loucura e Patologia.....	31
1.4. A desconstrução do asilamento: cerne das estruturas manicomiais.....	32
1.5. Consequências da “loucura”.....	34
1.6. No chão capitalista.....	36
1.7. (Des)proteções sociais: uma aproximação.....	37
1.8. Infâncias e Adolescências.....	40
CAPÍTULO 2: O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE E INTEGRALIDADE NA DIREÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E O PAPEL DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE MENTAL.....	49
2.1. Organização social e sua importância na direção política.....	49
2.2. Conferências Nacionais de Saúde Mental: com enfoque na infância e adolescência.....	56
2.3. O ineditismo da 3ª CNSM o início da incorporação de crianças e adolescentes.....	58
2.4. A importância da intersectorialidade na consolidação de direitos.....	62
2.5. É momento de luta!.....	66
2.6. Impasses à direção de uma política específica à saúde mental infantojuvenil.....	68

CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	73
3.1. Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil.....	73
3.2. Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil.....	81
3.3. A implementação do CAPSi e estratégias de articulação intersetorial e integral.....	87
3.4. Qual política de saúde mental queremos?.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	103

INTRODUÇÃO

O francês Philippe Ariès (1986) foi (re)conhecido pela comunidade acadêmica por ter desenvolvido estudos pioneiros sobre os papéis desempenhados por crianças e adolescentes, tanto na sociedade, quanto na família. Apesar desses estudos evidenciarem somente as sociedades europeias, trouxeram reflexões precursoras sobre o supracitado público. Por intermédio de resgate histórico, Ariès (1986) descreveu diferentes lugares ocupados por crianças e adolescentes na sociabilidade ao longo dos séculos, considerando os distintos fatores culturais, sociais, políticos e econômicos. Este percurso contribuiu para que diferentes infâncias e adolescências¹ passassem a ser entendidas como construções sociais, portanto, históricas.

A compreensão histórica sobre as crianças e adolescentes, colocou esse público em um patamar diferente. Segundo a autora Ana Bock (2007), as intituladas marcas corporais, ou seja, características físicas que até então diferenciava infância da adolescência, não poderiam mais ser discutidas como naturais, como em sua maioria aconteceu ao longo dos séculos. Todavia, vale evidenciar que, todas as características entendidas como “naturais”, foram e são significadas pelo campo social, portanto, adquiriram expressões diversas na sociabilidade. Em suma, aquilo que designava(ou) crianças e adolescentes, foram e, ou, são constructos (RIZZINI & PILOTTI, 2009).

O discurso naturalista sobre a infância, desconsidera o campo sócio-histórico, o que provocou o apagamento dos registros históricos, onde demonstrou que a existência desse público passou pelas invisibilidades, lacunas e silenciamentos, características precisam ser consideradas na contemporaneidade, uma vez que, há fortes indícios de inconstâncias e invisibilidades, consideradas ideias e práticas herdadas. Interpretações unívocas não fazem jus à constituição histórica das crianças e adolescentes, pois, estão inseridas na realidade de forma dinâmica, multideterminada e complexa. Diante da dinamicidade, o reconhecimento de crianças e adolescentes, foi atrelada à necessidade de controle (de alguns), o que coadunou com uma sociedade que fortalecia confinamentos, dessa maneira, as institucionalizações. É importante frisar que esse o fenômeno das institucionalizações das crianças e adolescentes, não foi

¹ O uso do termo infâncias e adolescências foi escolhido e utilizado ao longo do trabalho, com o objetivo de reconhecer a existência de distintas crianças e adolescentes, que não representam um padrão único de ser. Nesse sentido, quando realizamos a aproximação das crianças e adolescentes, não é possível identificar uma única maneira de ser criança, ou, ser adolescente, principalmente, em uma sociedade capitalista, onde, suas existências perpassam pela pobreza, pelo trabalho infantil, pelo transtorno mental, pela deficiência, pela condição de refugiado, entre outros.

específico dos países europeus, também atingiu o território brasileiro (RIZZINI & PILOTTI, 2009).

O Estado brasileiro, ao longo dos séculos, promoveu proteção social às crianças e adolescentes, aproximando-se de práticas estigmatizantes e punitivas, desconsiderando as questões sociais e sanitárias, tal como no cenário internacional. Tais práticas, sofreram algum arrefecimento, quando o público passa a ser compreendido como futuro da nação, todavia, o viés da institucionalização, concomitantemente, ganhou força, proporcionando o cuidado às crianças e adolescentes por dentro de muros, sob a justificativa de estarem mais protegidas. Nesses espaços, há registro da presença de algumas infâncias e adolescências: pobres; deficientes, e, ou, com transtornos mentais; delinquentes. As institucionalizações por questões sociais diversas, proporcionaram um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005a).

No presente escrito, nos aproximamos de crianças e adolescentes com sofrimentos psicossociais² distintos. É preciso registrar que, as infâncias e adolescências, foram atravessadas pela conjuntura histórica e seus determinantes, logo, crianças e adolescentes com algum sofrimento psicossocial, também foram atingidas por essas intenções. Com base nos registros históricos, crianças e adolescentes com algum sofrimento psicossocial – não necessariamente diagnosticado – passaram por esses momentos de forma silenciosa. Não necessariamente eram silenciosas, mas, foram colocadas neste espaço do silêncio, ocupando assim um duplo silêncio: o de ser criança/adolescente, como também, ter algum transtorno mental e, ou, deficiência (BRASIL, 2005a).

Neste ínterim, compreende-se que, tanto sociedade, quanto Estado, possuem dívida histórica quanto às proteções das crianças e adolescentes, nesta perspectiva, também está

² Quando nos integramos à temática da saúde mental, deparamo-nos com a utilização de alguns termos para designar àqueles que sofrem. Gostaríamos de salientar que é bastante variado a forma como designam as crianças e os adolescentes, e, inclusive, isso estará presente nas legislações brasileiras. Em alguns momentos, se fala sobre transtornos mentais, em outros, deficiências. Logo depois, se define sujeitos que possuem sofrimento psíquico, em outros, sofrimentos psicossociais. De maneira, anterior à Reforma Psiquiátrica, se designava doentes mentais. Em alguns momentos, respeitamos o uso do termo para demonstrar como o movimento que ocorria, identificava os sujeitos. Afinal, a escolha de tais denominações perpassa por disputas políticas, inclusive. Neste trabalho, escolhemos adotar o termo sofrimento psicossocial, pois, “[...] para nos remetermos àqueles que sofrem intensamente, permitindo que a experiência-sofrimento não seja reduzida a uma desordem e/ou periculosidade. Além disso, reconhecemos que a produção do sofrimento e adoecimento é constituída pelas relações de gênero, raça e classe, inclusive as formas de abordagem e intervenção se diferenciam a partir disso” (CFESS, 2022, P. 12).

incluso crianças com algum sofrimento psicossocial. Com o progresso normativo-legal no Brasil, resultante da mobilização e organização dos movimentos sociais, as crianças e os adolescentes passam a ser reconhecidos como detentores de direitos, deixando de ser estigmatizados.

As institucionalizações, que até então eram símbolos de cuidado e proteção, passam a ser questionadas, sendo identificadas como causadoras de malefícios. Assumindo um patamar de sujeitos de direitos, inicia-se a responsabilidade do Estado na garantia destes, desse modo, crianças e adolescentes com alguma necessidade em saúde mental, passaram a ser consideradas nas políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2005a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990; Marco Legal da Primeira Infância, de 2016; Estatuto da Pessoa com Deficiência, de 2015; Lei Paulo Delgado, de 2001; Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, de 2005, entre outros documentos, representam políticas públicas que foram avanços protetivos contemporâneos, todavia, não foram capazes de eliminar todas as heranças conservadoras e silenciosas para o público. A saúde mental, por exemplo, se aproxima de um desafio, que ainda é (re)conhecer o lugar de fala e existência de crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial, sem que isso seja banalizado, silenciado, ocultado. Nesse sentido, existe o desafio de compreender a proteção social destinada ao público, sendo esse, de natureza dinâmica, histórica, e, portanto, contraditória.

Com base nesta explanação inicial, consideramos o seguinte **objeto**: política de saúde mental destinada às crianças e adolescentes brasileiros.

A escolha em pesquisar o tema saúde mental, no âmbito das infâncias e adolescências brasileiras, seus fundamentos, condicionantes e limites, dentro da política de saúde, representada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem **justificativas** acadêmicas, que são inquietações teórico-práticas e políticas. Identifica-se, a urgência em retratar a temática no espaço acadêmico, visando impulsionar reflexões críticas sobre a política e eu público, não deslocada da conjuntura capitalista, uma vez que, Estado e sociedade têm incorporado, paulatinamente, relações individualizantes, adultocêntricas, manicomial, asilares, e, antidemocráticas, além disso, são prováveis (re)produtores de adoecimento mental e, ou, sofrimento psíquico para o público descrito. Portanto, realizar uma aproximação sucessiva à política de saúde mental infantojuvenil, também está atrelado ao posicionamento à normalidade como uma norma, e, favorecer a visibilidade de crianças e adolescentes, como sujeitos de direitos.

As justificativas pessoais desse trabalho, se dá por meio da atuação desta pesquisadora como assistente social e residente no Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental Infantojuvenil (PRMSMIJ) no Distrito Federal (DF) entre 2018 a 2020. O PRMSMIJ até o momento representa o único programa de residência brasileira, que forma profissionais em especialistas em saúde mental, voltado às crianças e adolescentes. Existem muitos programas de residência em saúde no território nacional, que se dedicam à temática de saúde mental, porém, muitas vezes, específicos ao público de adultos com algum sofrimento psicossocial, ou, voltados ao uso de álcool e outras drogas. Desenvolvendo trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF, percebeu o descompasso do próprio ensino-aprendizagem entre saúde mental infantojuvenil e dos adultos, assim como, na disposição de serviços entre os dois públicos; entre outros.

Nesse escrito, compartilha-se de uma visão ampliada sobre as crianças e adolescentes, os reconhecendo como sujeitos políticos e falantes. Todavia, trata-se de um desafio escrever sobre as crianças e adolescentes, quando não mais pertencemos à infância e adolescência, onde deverá se reconhecer a limitação, por consequência, compartilharemos um dos aprendimentos³ que adquiri, a partir do olhar social e político de uma criança, que inspiram desordem e desnormalização. Em um coletivo, crianças propuseram à equipe de saúde a visita em um centro cultural – enquanto uma das atividades extramuros, isto é, fora da instituição. Ao entrarmos na galeria, essa repleta de obras de artes, e, de mãos dadas à uma criança bem pequena, que segurava um urso de pelúcia pendurado de uma de suas mãos, deparamo-nos com alguns adultos em suas posições corporais rígidas e com olhares entendedores das expressões artísticas, tudo isso sob um silêncio sepulcral. A criança, ao meu lado, ao se deparar com sapatos ao chão e uma cortina longa que escondia o que parecia ser um corpo, gargalhou alto, surpreendendo a todos [adultos], que imediatamente saíram de seus transe e reproduziram repreensões e julgamentos ao comportamento da criança, que continuava relatando suas impressões sobre a obra de arte, inclusive deitar-se ao solo, colocando uma das bochechas ao chão.

Em um momento epifânico, fora possível refletir que o grito, ou, choro de uma criança são capazes de provocar intervenções culturais e políticas sobre às condutas normalizantes e racionais, pois, tais momentos (des)concertam, desvelam. Portanto, o resgate do olhar das crianças e adolescentes, e, assim de saúde mental, seria como um bichinho, que uma vez mordido não é possível se esquecer ou se curar.

³ Neologismo criado por Manoel de Barros (2018).

Vale pontuar que, existe algumas **questões de partida**, que compõem o estudo: 1) A institucionalização de crianças e adolescentes, muito presente na história protetiva desse público, ainda é uma via adotada na direção de uma política de saúde mental infantojuvenil? 2) Existe um descompasso entre saúde mental infantojuvenil e saúde mental dos adultos, pode apontar para um ritmo desacelerado, quando se aborda a política de saúde mental? 3) Os movimentos reformistas na política de saúde, incorporaram as demandas da saúde mental de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental?

Como **hipóteses** deste trabalho, se compreende que, a construção e direção de uma política de saúde mental, contemplativa ao universo diversificado das crianças e dos adolescentes, sendo considerado a perspectiva do direito e desenvolvimento singular, se constitui pedido antigo. Porém, assim como as proteções sociais desempenhadas ao longo dos séculos – mesmo aquelas sob a responsabilidade do Estado – precisam ser constantemente (re)lembradas. Na saúde mental infantojuvenil, existe a dificuldade de ocupar a agenda política, o que contribui para uma necessidade constante de aproximação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Esse processo, vem sendo agravado mediante reatualizações conservadoras em prol da lógica manicomial, que desconfigura a existência dos seres humanos. O cuidado por meio do asilamento, característica central nas instituições que pauta(vam) instituições, tem sido fortalecida pelos impasses, o que desautoriza o SUS; não compreendem as crianças e adolescentes como sujeitos, nem mesmo possuidores de direitos. Nesse sentido, a existência frágil de uma política de saúde mental, que se destina ao público, sem dúvidas, colabora com o processo histórico de respostas focais, que geraram, ao longo dos séculos, fronteiras simbólicas e concretas na sociedade capitalista (BRASIL, 2005).

Em razão do histórico (des)protetivo das crianças e adolescentes brasileiros, os impasses à direção de uma política de saúde mental na atenção infantojuvenil, pode ser justificada: pelo histórico de impasses no SUS, agravado por meio de diferentes movimentos, tais como, a proposta de emenda à constituição de 2016, responsável pelo congelamento dos gastos com a saúde pública brasileira; mas, também, por se tratar de crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial, historicamente, ocupantes das distâncias: da garantia do direito; das famílias e comunidades; das demais políticas sociais; do Estado, entre outros. Portanto, discorrer sobre a direção da política de saúde mental às crianças e adolescentes, se constitui compreender as relações sóciohistóricas e políticas; as constituições das políticas sociais sob a responsabilidade do Estado; a necessidade da interdisciplinaridade e intersetorialidade; a importância da rede, do

território, das determinações sociais e produção social da saúde; a importância das organizações sociais e políticas, representantes das lutas, entre outros.

Diante do exposto, o presente estudo tem como **problema de pesquisa**, a seguinte pergunta: A ausência de direcionamento específico ao público infantojuvenil na política de saúde mental brasileira, contribui(u) para o fortalecimento da invisibilidade e violação da proteção integral?

OBJETIVOS

Geral:

Evidenciar os avanços e impasses na direção de uma política de saúde mental, voltada ao público infantojuvenil.

Específicos:

- Problematizar a proteção social desempenhada pelo Estado às crianças e adolescentes, em específico àqueles com necessidades em saúde mental, na sociabilidade capitalista;
- Analisar o princípio de intersetorialidade do Sistema Único de Saúde na necessidade de uma direção da política de saúde mental, voltada ao público infantojuvenil;
- Avaliar a inserção da política de saúde mental infantojuvenil na agenda política das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Para a execução desta pesquisa, consideramos os seguintes **procedimentos metodológicos**. Nesta pesquisa, foi realizado uma apreensão teórico-prática de conceitos pertinentes à conjuntura social, histórica, econômica e política, com ênfase na proteção social desempenhada às distintas crianças e adolescentes brasileiros, e sua relação com a política de saúde mental, voltado ao público infantojuvenil. O uso da pesquisa bibliográfica se justifica neste estudo, pois, “[...] implica em um conjunto de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, P. 38).

Vale lembrar que, pesquisa bibliográfica não pode ser confundida com revisão bibliográfica. Essa última, será parte do processo de pesquisa, mas, não se findará nela mesma, uma vez que, todo objeto de estudo é histórico. Sobre a revisão bibliográfica, no processo de pesquisa bibliográfica, ocorreu mediante levantamento das informações que constam em uma

bibliografia por meio da seleção de materiais (LIMA; MIOTO, 2007).

Para a revisão bibliográfica, esta pesquisa utilizou as seguintes bases de dados indexadas: *Scielo*, *Lilacs* e *Scopus*. Identificando assim, alguns escritos que, se relacionaram ao objeto de estudo, descritos nesses eixos: Estado; Política Social; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde; Saúde Mental InfantoJuvenil. Aprender conceitos se faz importante, pois, servem para compreender como são, foram incorporados ou superados, podendo assim, corroborar para o aprofundamento do estudo e do conhecimento já produzido (LIMA; MIOTO, 2007).

A princípio, em tais bases de dados, foram utilizados os seguintes *Medical Subject Headings* (MeSH) e seus correspondentes em português representados pelos Descritores em Saúde (DeCS) e operadores booleanos, previamente selecionados para o levantamento bibliográfico: *mental health AND child AND adolescent AND health policy OR public policy; crianças AND adolescentes AND política pública de saúde OR política pública (proteção social)*. A partir de tais descritores, foi realizado o rastreamento dos artigos a fim de identificá-los em uma planilha do Excel, *Microsoft*. A seleção da revisão bibliográfica se pautou em estudos nos idiomas inglês, português e espanhol, com delimitação temporal (2001 a 2022). Após a leitura dos títulos e resumos, foram incluídos aqueles que se relacionam ao objeto. Foram excluídos, estudos específicos a saúde mental de adultos. Além do levantamento, foram considerados estudos, considerados clássicos sobre a saúde mental.

A análise dos dados se deu por aproximações do método histórico-dialético, por considerar “[...] contradição e o conflito; o ‘devir’; o momento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários, as dimensões filosóficas, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo” (LIMA; MIOTO, 2007, P. 39). Por meio da pesquisa exploratória-descritiva, serão apresentadas a pesquisa bibliográfica. A análise documental de normativas, registros e produções técnico-legislativas sobre a política de saúde mental, com foco no público infantojuvenil brasileiro, foram desenvolvidas sob a luz do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro; da Política Nacional de Saúde Mental; Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil; demais legislações subsequentes (LIMA; MIOTO, 2007).

Quadro 1 – Instrumental de análise com base nas orientações de Lima e Mioto (2007).

1) Revisão Bibliográfica	Realizar busca nas bases de dados indexadas, sendo escolhido as bibliografias. Sendo realizado leitura de títulos e resumos, visando a identificação de escritos que se relacionam ao objeto de estudo.
2) Leitura Exploratória	Identificar se os estudos levantados realmente pertencem ao estudo. Requer, segundo Lima e Mioto (2007), conhecer o tema, para adquirir

	domínio das terminologias. A leitura dos estudos da revisão bibliográfica, bem como, de clássicos relacionados à saúde mental infantojuvenil, buscar-se-à recuperar os elementos históricos, culturais, políticos e sociais que se relacionam à proteção social realizada pelo Estado brasileiro às crianças e adolescentes com alguma necessidade em saúde mental (sofrimento psicossocial).
3) Leitura Seletiva	Determinar o material que de fato interessa, momento em que se seleciona informações pertinentes e relevantes sobre a temática. Podem ser identificadas e destacadas informações e dados secundários.
4) Leitura Crítica	Compreender as afirmações dos autores e o porquê das afirmações.
5) Leitura Interpretativa	Exercício de associação das ideias, comparações, entre outros.
Perguntas ao Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> · A natureza contraditória da política social está relacionado aos avanços e impasses na direção da política de saúde mental, com ênfase às crianças e adolescentes? · Discutir saúde mental diz respeito somente à política de saúde mental, ou, outras também estão relacionadas? · Existe uma dificuldade em lidar com sofrimento psicossocial de crianças e adolescentes? · Como está constituído o arcabouço legislativo-normativo da saúde mental infantojuvenil? · Outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, incorporaram pautas da saúde mental infantojuvenil? · Entre a Atenção Asilar e Atenção Psicossocial, existe algum predomínio na direção da política de saúde mental infantojuvenil? · Como tais legislações: 1) Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017; 2) Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, se relacionaram à saúde mental infantojuvenil? · Que participação teve o Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil? · Como estava descrito ou incluso a saúde mental infantojuvenil nas Conferências Nacionais de Saúde Mental? · Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil (2005). Quais as dificuldades para sua operacionalização? Existem conflitos? · Quais desafios estão postos para a operacionalização do documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil? · Como os movimentos reformistas incorporaram as demandas específicas das crianças e dos adolescentes? · Quais as implicações dos impasses do SUS na política de saúde mental infantojuvenil brasileira?

Fonte: autoria própria (2023)

No que se refere ao **método**, consideramos que, as dinâmicas societárias são desenvolvidas pela própria sociedade. Os sujeitos considerados sociais substituíram a compreensão de um homem metafísico e empírico, ao ultrapassarem as concepções meramente individuais e neutras dos processos históricos e sociais. Fazendo uso desta compreensão inicial, o presente estudo traçará aproximações ao método materialista histórico-dialético. Esse método possibilita que sejam realizadas avizinhamentos ao desenvolvimento do movimento real. Significa dizer que, esse método permite aproximações das relações complexas e contraditórias dos nossos tempos, bem como aponta para análises críticas sobre a sociedade e suas estruturas (MARX, 2011). Particularmente, nos interessa para que possamos compreender a Política de Saúde Mental InfantoJuvenil, circunscrita em processos históricos e sociais, que não são neutros, mas, imbuídos de relações contraditórias e políticas.

Segundo Behring e Boschetti (2012), a natureza contraditória das relações sociais também se aproxima das políticas sociais, pois, essas envolvem o processo de produção e reprodução no contexto capitalista; a relação contraditória entre capital e trabalho. Nesse sentido, as políticas sociais em conjuntura capitalista possuem potencialidades, mas, também limites, posto que não modificam as relações estruturais do capitalismo. Porque, os “[...] processos sociais inscritos na sociedade burguesa, deve ser compreendido em sua múltipla causalidade, bem como em sua múltipla funcionalidade no âmbito da totalidade concreta” (BEHRING; BOSCHETTI, 2012, P. 40). Entretanto, não se deve compreender a realidade de maneira estática, posto que, existe uma relação entre os sujeitos [ativos] e o objeto. De modo simultâneo e dinâmico, o sujeito poderá provocar mudanças no objeto, enquanto este realizará transformações no sujeito (MARX, 2011).

Dessa maneira, compreender o movimento de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com o objetivo de aproximá-las ao método crítico supramencionado possibilita compreender a Política de Saúde Mental na Atenção Infantojuvenil, esta, como parte do Sistema Único de Saúde, campo de disputas e tensões desde sua implantação. Segundo Behring e Boschetti (2012), é possível apreender as dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais, que se articulam e se complementam, não são vistas de forma neutralizada ou naturalizada, o que possibilitam a não desvinculação da história, possibilitando assim, compreender as relações entre Estado, classes sociais e política social, conceitos e categorias que favorecem a análise dos processos indicados neste trabalho.

Nesse sentido, com base na lógica do capital, o método marxiano nos convida a compreender os fatores explicativos de elementos considerados “comuns”. Presente nas

concepções naturalistas das ciências sociais, o “comum” não foi negado pela teoria crítica marxiana, pois dentro do que era considerado “comum” havia uma persistência de elementos sociais e históricos (MARX, 2011). Com o objetivo de ultrapassar a aparência dos elementos “comuns”, faz-se necessário analisá-los de modo real e concreto. O Estado não pode ser analisado de maneira neutra, pois, se relaciona aos interesses das classes sociais; das políticas econômicas; das relações de mercado, e, sociais. Portanto, possuem relação direta com as políticas sociais coordenadas pelo Estado (NETTO, 2012; MARX, 2014).

O Estado como um produto socialmente produzido que assume a forma política de organização da sociedade, se comporta como uma relação social. Nesse contexto, a fundamentação na perspectiva teórico-metodológica marxista, têm-se o instrumento da contradição de classe, que assegura a direção intelectual, moral e tendencial às ações do Estado e por consequência, às políticas sociais desenvolvidas na sociedade capitalista. Deste modo, imprime seus valores, interesses e relações de poder; projetos societários; e, padrões de proteção social, triviais para a compreensão de como a Política de Saúde Mental Infantojuvenil e o SUS são atravessados por interesses e jogos políticos. Tudo isso, repercutindo diretamente nas relações históricas e sociais, aqui com ênfase nas crianças e nos adolescentes. Portanto, nas sociedades capitalistas contemporâneas, partindo do entendimento de que o Estado é um instrumento de dominação, exploração e contradição entre classes, que se encontra externo à sociedade (MANDEL, 1982; HARVEY, 2006; BEHRING; BOSCHETTI, 2012).

O Estado, de modo ilusório e invertido, se coloca acima das relações de classes, existindo aparentemente para a promoção do bem de todos, ‘liberdade’ e ‘democracia’, ambos princípios que remontam a uma cidadania abstrata, distante do real e concreto. No entanto, as relações sociais são entendidas como relações da sociedade, pautadas em dinâmicas e processos. No entanto, a classe dominante precisa dominar e imprimir ferramentas de controle, enquanto o Estado necessita realizar a dominação e assumir funções diferenciadas. Todo processo de produção é, ao mesmo tempo, uma reprodução, logo, esses elementos são inseparáveis. Compreende-se por produção como os processos que são centrais na vida social, como as necessidades humanas básicas. Nesse processo, os sujeitos se transformam em seres sociais; enquanto a reprodução determina o modo como a vida social se desenvolverá. A (re)produção na lógica do capital se dá de modo contraditório, a qual provoca crises inerentes em sua estrutura (MANDEL, 1982; HARVEY, 2006; MARX, 2010).

Por fim, compreendendo que, as dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais não são vistas de forma neutralizada e naturalizada, estes se articulam e se complementam. As

conexões entre as totalidades através das mediações, promovem a não desvinculação da história. Portanto, entender as relações de Estado, classes sociais e política social, sob a ótica materialista histórico-dialética, possibilita-se realizar leituras críticas sobre a sociedade burguesa, assim como, as relações dos sujeitos com o objeto, no caso, sujeitos historicamente marcados pela barreira simbólica e concreta ao processo do enlouquecimento humano.

Nesse sentido, as aproximações à perspectiva crítica marxista e marxiana, a fim de compreender a dinâmica e estrutura em que a saúde mental se implementou, será realizado a partir de leitura crítica das políticas desenvolvidas à saúde mental e as legislações protetivas específicas atribuídas à infância e adolescência. Como instrumento de pesquisa se aponta o levantamento de dados da temática, apropriando-se e dominando a sua utilização (NETTO, 2006).

A organização dos capítulos, será realizada da seguinte maneira:

Quadro 2 – Esquematização dos capítulos e pontos abordados nesta dissertação.

<p>Capítulo 1 – A firmeza da inconstância: crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial, uma trajetória de (des)proteções sociais?</p>	<p>O papel do Estado na proteção social de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (sofrimento psicossocial).</p> <ul style="list-style-type: none"> · Histórico de proteção social à infância e adolescência brasileira, o grande enclausuramento; · Levantamento histórico sobre saúde mental; · Crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial; · Uma reforma psiquiátrica para os adultos? · Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: participação da construção de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil.
<p>Capítulo 2 – O princípio da intersetorialidade no SUS e a incorporação de uma direção à saúde mental infantojuvenil nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.</p>	<p>O princípio da intersetorialidade no SUS e sua relação na direção de uma política de saúde mental, voltada às crianças e adolescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Apresentar o princípio da intersetorialidade no SUS; · Relacionar intersetorialidade à política de saúde mental, compreendendo a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária; <p>A inserção da política de saúde mental infantojuvenil nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, que incluam as crianças e adolescentes: o que os relatórios finais pontuaram a respeito do público, além disso, qual importância há desses movimentos na garantia dos direitos?</p> <ul style="list-style-type: none"> · III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001); · IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010); · V Conferência Nacional de Saúde Mental (2023).

<p>Capítulo 3 – Saúde Mental InfantoJuvenil no pós- Constituição Federal de 1988</p>	<ul style="list-style-type: none">· Princípios de uma política de saúde mental infantojuvenil;· Relação com os níveis de atenção de saúde e a direção de uma política de saúde mental infantojuvenil;· A Atenção Primária em Saúde e sua relação com a saúde mental infantojuvenil;· Princípio da intersetorialidade e integralidade na saúde mental infantojuvenil.
---	---

Fonte: autoria própria (2023).

CAPÍTULO 1 - A FIRMEZA DA INCONSTÂNCIA: UMA TRAJETÓRIA DE (DES)PROTEÇÕES SOCIAIS?

1.1. Transformando em palavras o que era silêncio⁴

*“Falou que estava cansado de genitivos dativos,
ablativos e de outras desinências.
Gostaria agora de escrever um livro.
Usaria um idioma de larvas incendiadas.
[...] Mestre Aristeu continuou:
quisera uma linguagem que obedecesse a desordem
das falas infantis do que as ordens gramaticais.
Desfazer o normal há de ser uma norma [...]”.*
(Manoel de Barros)

Desfazer a normalidade: se constituiu um dos fundamentos transversais nos escritos do brasileiro Manoel de Barros (1916-2014)⁵. De maneira aproximativa, este imperativo não se fundou despretensiosamente nas produções deste escritor. Como um representante do movimento pós-modernista brasileiro⁶, seus poemas não se desvencilhavam dos rizomas ideopolíticos específicos e adotados pelo então movimento. Os escritos de Manoel de Barros não eram imbuídos de neutralidade, uma vez que evidenciavam posicionamentos contrários ao pensamento cartesiano⁷, este assentado na linearidade e no racionalismo. Diante do exposto e

⁴ Daniela Arbex (2013) define em seu livro-reportagem, o exercício de denunciar o maior hospício brasileiro: o Colônia. Transformando em palavras um momento histórico do país e esquecido intencionalmente.

⁵ Ano de nascimento e falecimento do autor.

⁶ O período intitulado como pós-modernismo é um terreno em disputa teórica, tendo em vista que possui características heterogêneas e inclusive polissemânticas. Autores definem o pós-modernismo como um movimento histórico artístico-cultural, que teve como marco a Semana da Arte Moderna paulista em 1922; outros, atribuem à Semana da Arte Moderna a responsabilidade de encobrir movimentos brasileiros, que eram desenvolvidos na época fora do contexto paulista; também existem àqueles que compreendem: pós-modernismo, pós-modernidade ou, pós-moderno, enquanto movimentos semelhantes; por fim, há os que localizam o pós-modernismo além da Semana de 1922 e por intermédio de outras contribuições como aconteceu com a geração de 1945. Nesta geração de 45 estariam representantes como Manoel de Barros, Clarice Lispector, Ariano Suassuna, entre outros. Esses sujeitos contribuíram para o fim da Semana de 1922 e sua reinvenção, de maneira mais crítica; com posicionamentos pertinentes à conjuntura do segundo pós-guerra; do declínio dos governos totalitários como o nazismo alemão e o fascismo italiano; explorando assuntos sociais e políticos. Esse último, identificamos como o pontapé do atual escrito (CARDOSO, 2022).

⁷ O pensamento cartesiano, desenvolvido a partir do século XVII, contou com as contribuições teóricas do filósofo francês René Descartes (1596-1650). Conhecido como o precursor da ciência moderna, Descartes buscou em seu período sócio-histórico, discorrer sobre um método científico rigoroso, distante da religião, e, separando sujeito e objeto. O filósofo encontrou na racionalidade-empirista respostas metodológicas, isto é, através da racionalidade (Razão), o cientista deveria se aproximar da necessidade neutra, assim como da compreensão de que tudo no

como ponto de partida, visando aceitar o convite feito pelo poeta questionamo-nos: por que descortinar o normal? Sem a intenção de esgotar o questionamento, e dispendo-se a realizar aproximações sucessivas acerca da intitulada normalidade, o presente escrito pontuará concepções sociais, históricas, culturais e políticas sobre o “normal”, com o intuito de ultrapassar vieses neutros, imediatistas e aparentes.

Com base no filósofo Peter Pal Pelbart (1989a), assim como à luz da Revolução Francesa (1789-1799) se percebe um profundo estreitamento entre o normal e o racional. Simultaneamente, também foi identificado nesse período, a anexação entre o patológico e a “loucura”, tudo isso em nome da Razão⁸. Em outras palavras, o sofrimento humano se tornou indício de adoecimento e de patologia, porquanto condição “anormal” dos seres humanos. Georges Canguilhem (2009) descreve que, a definição de saúde teria sido configurada a partir de estado localizado na harmonia, ou seja, na ausência de doença. Desse modo, a dinâmica da doença se diferenciava da saúde, visto que, um organismo adoecido teoricamente se aproximaria do estado patológico e como seqüela, da anormalidade. Em síntese, Émile Durkheim (2004), descreve que o desequilíbrio precisava ser extirpado dos sujeitos [indivíduos], porque devolvendo-lhes ao estado de natureza seria possível encontrar: equilíbrio e harmonia [organicidade].

Canguilhem (2009) define que essa compreensão favoreceu a fundação da Patologia⁹, disciplina que (re)afirmou a necessidade de intervenções humanas e científicas para restaurar a normalidade e condição saudável dos sujeitos. De maneira aliada: patologia e fisiologia demarcaram a Doença como o objeto de estudo de teóricos da saúde, inicialmente representados pelos biólogos e médicos. Em consideração, foram desenvolvidos estudos sistemáticos com o objetivo de delimitar e determinar a causa desses males [doença] que podia se instaurar nos

mundo poderia ser contestado por meio de provas contrárias. Através do pensamento (penso, logo existo), o concreto e o real poderiam ser explicados. Em uma análise crítica, o contexto sócio-histórico e político não eram escopos de análise por parte deste método racionalista, os campos da realidade não eram considerados, pois, em tese havia uma ‘neutralidade’ (SILVA; INFORSATO, 2000).

⁸ Segundo Peter Pal Pelbart (1989a), teria sido Friedrich Hegel (1770-1831) um dos maiores pensadores sobre a razão dualista. Influenciado por Pinel, o filósofo alemão teria se ocupado em seus escritos, de maneira dialética, sobre a loucura. Hegel compreendeu a sanidade e a loucura, respectivamente, como aqueles “[...] cuja consciência ordena seu universo sensitivo, ideativo e volitivo numa totalidade hierarquizada e coerente. Sanidade significa ordem, hierarquia, totalização, supremacia organizativa da consciência individual, do ‘gênio’. A loucura sobrevém quando esta hierarquia é subvertida, quando a consciência perde o controle sobre essa totalidade, quando um dos elementos particulares foge à subordinação original. A contradição se dá entre o particular e o universal” (PERBALRT, 1989a, P. 47).

⁹ Para melhor compreensão, a etimologia de patologia é de origem do grego *pathos* sofrimento e *logos* estudo. Enquanto, fisiologia também do grego, *physis* natureza e *logos* estudo.

sujeitos. Por conseguinte, normalidade e patologia tornam-se homogêneas, já que, delimitar o normal passou a ser requisito para determinar o patológico.

1.2. O alienismo

No livro *O Alienista*, o escritor brasileiro Machado de Assis (1839-1908) retrata a história do protagonista Simão Bacamartes. Senhor Bacamartes foi descrito como um médico, filho da nobreza [monarquia] que se mudou da Europa para a cidade de Itaguaí, localizada no estado do Rio de Janeiro, Brasil. A mudança teria ocorrido, pois, o protagonista buscava desenvolver estudos e cuidados com a alma, atividade considerada a mais digna entre os médicos (ASSIS, 1994).

O escritor Machado de Assis (1994) descreveu os “loucos” de Itaguaí se dividiam em duas categorias: furiosos e mansos. De modo respectivo, os furiosos seriam àqueles que eram trancados pelos próprios familiares, portanto, não curados; enquanto os mansos, seriam àqueles que andavam “soltos na rua” em razão de seu corpo dócil, sua doçura. Na perspectiva de Bacamartes, a “loucura” era “uma ilha perdida no oceano da razão” (ASSIS, 1994, P. 8) que precisava ser resgatada pela própria razão, estando na figura do médico alienista, a responsabilidade por curar; proporcionar ordem; reestabelecer a razão dos “loucos”. Nesse ímpeto, Simão Bacamartes solicitou recursos financeiros ao Estado para abrir uma Casa de Orates em Itaguaí. A Casa Verde, nome dado ao asilo, foi legitimada e financiada com os recursos do aparelho estatal. Em pouco tempo, através do saber médico, havia sido recolhido e institucionalizado quase toda a população itaguaiense, “[...] não se sabia já quem estava são, nem quem estava doido” (ASSIS, 1994, P. 16).

O alienista Bacamartes “frio como um diagnóstico [...]” (ASSIS, 1994, P. 10) foi denunciado de tirania e autoritarismo por intermédio de movimentos populares revoltosos que se apresentavam contrários à casa. O Estado, entidade supostamente dotada de neutralidade e imparcialidade validava que a Casa de Orates era uma instituição pública, representante do saber científico, logo, não poderia ser alvo de emendas constitucionais ou dos movimentos populares. Os mesmos cujas dinâmicas demonstravam tomadas de consciência dos moradores do território, fizeram com que o alienista Simão Bacamartes percebesse que não havia nenhum

“louco” entre os moradores de Itaguaí, apenas um: ele próprio, o médico do espírito, detentor da razão, e, portanto, aquele que define normalidade e anormalidade (ASSIS, 1994).

Podem ser apreendidas desta narrativa machadiana algumas contribuições para a problematização do objeto de estudo deste escrito. O enlouquecimento do médico-alienista Simão Bacamartes é uma crítica à “loucura” daqueles que se intitulam como “normais”. Trata-se de um sarcasmo aos médicos alienistas, que possuem o poder de delimitar e determinar a normalidade ou anormalidade do outro através de saber científico [Razão]. É notório também que as intervenções do Estado eram aliadas e financiadoras das práticas médicas. Em antemão, o Estado alegava neutralidade, uma cilada visto que no campo dos valores não há “neutralidade”. Também se denota a possibilidade de (re)definir a compreensão de como o sofrimento humano ou enlouquecimento, pode ser fabricado e (re)produzido em um determinado tempo e espaço. Em resumo, se a “loucura” é produzida, a normalidade também é.

Analisar “loucura” ou racionalidade de determinado momento histórico, não pode ser realizada de forma distanciada dos fatores históricos. Ao propósito de traçar reflexões subsequentes sobre o processo de (re)produção do adoecimento, muitas das vezes de forma legitimada e financiada por um Estado, compreendemos a existência de um elemento orgânico que representa interesses de uma classe dominante, uma sociedade ou infraestruturas. Em virtude disso, o processo saúde-doença se organiza paralelamente a tais relações sociais. Em um apelo à desrazão, a seguir serão desenvolvidas as relações desempenhadas na sociedade capitalista, suas estruturas e processos ideopolíticos e classistas assumidos pelo Estado [sem neutralidade], assim como sua relação com a infância e adolescência. O intuito visa desnormalizar o Estado capitalista-burguês e como este se confronta a Atenção Psicossocial, enquanto ideário ético-político e teórico-prático da Reforma Psiquiátrica, que se opôs aos pensamentos e estruturas manicomiais.

Um parêntese necessário diz respeito aos médicos, visto que eles foram e são contribuintes para que a doença se tornasse objeto de estudo. Algumas características são próprias da figura médica e carecem de nota nesse escrito: trata-se de uma das formas mais antigas de intervenção técnica no mundo, anterior à sociedade capitalista; desenvolvedores de uma prática voltada à cura, redirecionando os sujeitos ao estado julgado normal; e, possuidores de uma organização profissional supostamente distanciada de representações econômicas, políticas e ideológicas, próximos ao princípio de neutralidade. Aparentemente, a figura médica atuava independente das determinações sociais históricas. Embora se posicionassem

aparentemente de forma neutra, reforçamos que os papéis desempenhados por intelectuais não são desvencilhados das determinações sociais e históricas, porque esses podem inclusive elaborar e exercer dominações ideopolíticas nas sociedades, devido o lugar de fala que ocupam (de intelectuais). Assim, os processos descritos não podem ser analisados por sua aparência, pelo imediatismo, uma vez que são construídos a partir de interesses e intenções. Retêm-se dessa explicação, a impossibilidade de se ter uma análise endógena, ou, neutra da figura do médico e do que seria doença e saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

1.3. Normalidade e Razão; Loucura e Patologia

O alinhamento entre normalidade e razão; loucura e patologia; foram sendo delimitadas e determinadas por diferentes pensadores e como consequência por correntes teóricas-metodológicas confeccionadas a partir do século XVII, antecipadamente norteadas pela teoria descartiana. O exercício de apresentar estes debates será com a finalidade analítica e reflexiva, considerando que também desenvolveram contribuições às leis do “normal”. Na devida ordem, os filósofos Auguste Comte (1798-1857) e Friedrich Hegel (1770-1831); o sociólogo Émile Durkheim (1858-1917); o médico-fisiologista Claude Bernard (1813-1878) e o alienista Philippe Pinel (1745-1826), desenvolveram contribuições para a teoria positivista; a razão dialética; a teoria funcionalista; a fisiologia moderna; e, por fim, para a psiquiatria moderna (CANGUILHEM, 2009).

Indubitavelmente, Comte, Hegel, Durkheim, Bernard e Pinel¹⁰, e tantos outros não citados no momento, direta ou indiretamente, encorparam a noção de razão e normalidade. Em suma, dialeticamente, os respectivos teóricos também contribuíram aos (des)entendimentos acerca da “loucura”, vinculando-a ao patológico. Através da analogia às doenças orgânicas,

¹⁰ Em uma análise crítica, o pensador marxista Michel Löwy (2000, p. 32) nos apontou que, ao analisar a realidade social na atualidade, a obra dos positivistas, e, portanto, de Comte a Durkheim e até os dias atuais, dá mo-nos conta de que os respectivos autores estão “[...] fora da condição de ‘privados de preconceitos’. Suas análises estão fundadas sobre premissas político-sociais tendenciosas e ligadas ao ponto de vista e à visão de mundo de grupos sociais determinados”. O autor também evidencia que, não podemos afirmar que na realidade social existam perspectivas teóricas-metodológicas ultrapassadas, isto é, visões obsoletas, antiquadas e superadas, pois, ainda é possível verificar representantes dessas linhas teóricas atualmente, mesmo que essas não sejam hegemônicas. Dessa maneira, no então escrito partimos da noção de que, não existe a superação de pensamentos acerca da normalidade, do patológico, da ordem, do progresso, entre outros, e por isso faz-se necessário desnormalizar; negar a neutralidade; realizar aproximações sucessivas; e, críticas sobre a realidade social (LÖWY, 2000).

descritas pela concentração de duas áreas do conhecimento, patologia e fisiologia, nessa conjuntura, se tem a cooptação do mental pelo objeto de estudo em desenvolvimento: Doença.

A denominada doença mental foi inaugurada enquanto conceito que buscava dar conta do fenômeno da “loucura”. Associadamente, a insurgente medicina mental começava a se responsabilizar por (des)velar o âmago da “doença mental”, descrevendo; classificando; e controlando os sintomas da “loucura”, considerada pelos estudiosos do alienismo como um desvio interno dos sujeitos (FRAYSE-PEREIRA, 1984). De maneira conceitual, ancorada em tais compreensões, “[...] a loucura seria uma *regressão a um estágio anterior, a uma infância da humanidade*. A loucura equivaleria ao desmanchamento da camada civilizada e à involução para uma fase primitiva, onde o próprio tempo e sua historicidade fossem abolidos” (PELBART, 1989a, P. 222, grifo nosso).

Sendo interesse desse escrito, a delimitação infantojuvenil, como poderá ser visualizado ao longo do estudo, não podemos passar pela supramencionada citação de forma desatenta ou despreziosa. Trata-se de um fragmento que conceitua a loucura, mas também demonstra como a infância era concebida no devido momento histórico. A infância da humanidade era a loucura: uma involução, estágio anterior, ancestral, rudimento ou tosco. Com apoio de Philippe Ariès (1986), que nos ajuda a compreender essa colocação, o autor descreve que por muitos séculos o infante ocupou uma posição de não-lugar, onde reconhecia-se a sua fragilidade, mas que era facilmente substituído. Denota-se um sentimento de indiferença e inferiorização da infância, tal como é percebido pela loucura (ARIÈS, 1986).

1.4. A desconstrução do asilamento: cerne das estruturas manicomiais

Também há de se destacar as contribuições do (re)conhecido clínico da loucura: Philippe Pinel. Segundo Pelbart (1989a), Pinel ficou conhecido como o autor da estrutura asilar, onde qualquer loucura poderia ser superada, ou abolida [alienada] através da racionalidade e do tratamento moral médico. O tratamento moral era assentado em quatro pilares: silêncio institucional; julgamento perpétuo; ridicularização da loucura; e, a autoridade do médico. Com relação, ao silêncio institucionalizado nas estruturas asilares, esse validado pela “neutralidade médica”; de forma instrutiva, o julgamento perpétuo era implementado pelo binômio vigiar e punir, pois qualquer expressão de loucura era sentenciada a partir do viés culpabilizador; por estar fora dos parâmetros da normalidade, consentia-se o escárnio, depreciação, humilhação da loucura; por fim, por meio das escolas alienistas, a peça fundamental do dispositivo asilar foi

extraída: os médicos, autorizados à promover os tratamentos morais supramencionados. Com o intuito de coordenar as sociedades para um ideal, embebida de ordem, os médicos precisavam curar e prevenir os adoecimentos (PELBART, 1989a),

Em resumo, Pinel compreendida o modelo asilar como uma cidade perfeita, moral e racional. Tais compreensões, modificaram e serviram como pano de fundo para as ações de vigilância e controle sobre a loucura por todo o século XIX. Concepções como essas, justificaram o enclausuramento de sujeitos por e pela razão (PELBART, 1989a). O sociólogo Erving Goffman (1974, P. 17), descreve que, os considerados “[...] incapazes de cuidar de si mesmos e que são ameaças à comunidade [...]” deveriam ser colocados dentro de muros. Distintas instituições foram engendradas com o objetivo de segmentar os sãos dos loucos; os normais dos “desviantes”¹¹. São exemplos, os manicômios, prisões, hospitais e orfanatos, instituições responsáveis pela normatização da vida, havendo uma gestão do tempo e espaço dos sujeitos, tudo isso embasado em relações sociais desiguais de poder entre os que sofrem e os que detém a razão (GOFFMAN, 1974).

É sabido que distintas formas de controle e asilamento foram impostas à loucura. De certo, a institucionalização da “loucura” através dos manicômios contribuiu para que as doenças mentais fossem circunscritas como objeto de estudo de médicos alienistas e pela própria sociedade, principalmente quanto ao desenvolvimento do imaginário sobre a loucura, balizado pelos julgamentos morais e pela exclusão. A experiência de enlouquecer foi submetida a uma espécie de lista de verificação [*checklist*] de conformidades e não conformidades diante do modelo da normalidade compulsória. Algumas transgressões morais, imediatamente levavam os sujeitos aos manicômios – leia-se para uma vida formalmente administrada nas palavras de Goffman –, tendo como exemplos: as prisões; os divórcios; o desemprego; os repúdios; os exílios de um determinado território; e, o tratamento da loucura fora de uma instituição. Repare, as instituições manicomial não eram ilegais ou funcionavam veladamente, pelo contrário, elas encontravam legalidade, reconhecimento e confiabilidade nos próprios especialistas [alienistas]

¹¹ Para a proteção do lado de fora, devia-se manter os desvios do lado de dentro. A ação de institucionalizar para proteger tornou-se uma prerrogativa para esse tipo específico de proteção social desenvolvida sob o comando de um modelo asilar. Quem eram os sujeitos desviantes e alvos da institucionalização? Para o autor Paulo Amarante (1995, P. 25) eram todos aqueles da ordem marginal: “leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizavam a ameaça à lei e à ordem social”. Inicialmente, a institucionalização não era objeto da medicalização, ou seja, da figura médica. Os locais de enclausuramento dos errantes possuíam características de hospedaria, porém, com o avanço da perspectiva médica e moral, tais sujeitos são alvos de intervenções alienistas. Trata-se de uma perspectiva classista e pautada em interesses que ainda é utilizada e indicada aos mais pobres da sociedade, salientando mais uma vez a impossibilidade de práticas neutras (AMARANTE, 1995; RIZZINI; RIZZINI, 2004).

que não só indicavam, mas que também prescreviam a internação em tais instituições consideradas totais (GOFFMAN, 1974).

1.5. Consequências da “loucura”

A distinção do louco à ordem social proporcionou à experiência do enlouquecimento humano, uma subjugação às classificações e terapêuticas consideradas científicas e às instituições medicalizadas, assim como o entrecruzamento entre medicina e justiça, como nos alerta Paulo Amarante (1995). Na compreensão de Goffman (1974), as instituições possuem tendências típicas de “fechamento”, ou, simbolicamente, (re)conhecidas instituições totais conservavam uma característica fundante: a existência de barreiras às relações sociais com o mundo de fora. Ainda segundo Goffman (1974), cinco agrupamentos compunham tais instituições, dando-lhes características singulares: 1) instituições que teoricamente desempenham cuidado aos incapazes e inofensivos (idosos, deficientes visuais, órfãos); 2) instituições que também se responsabilizam pelo cuidado dos incapazes, no entanto, aos que também supostamente seriam ameaças à sociedade (como exemplo, hospitais para doentes mentais); 3) instituições organizadas para proteger a comunidade contra os supostos perigos (são exemplos as cadeias e penitenciárias); 4) instituições que se responsabilizam pela disseminação dos fundamentos instrumentais (quartéis, escolas, colônias, entre outros); e, por fim, 5) instituições que servem para o refúgio do mundo, isto é, espaços destinados aos religiosos (GOFFMAN, 1974).

As estruturas manicomiais, supostamente espaços de cuidado aos incapazes, mas também aos sujeitos que traziam ameaças às suas comunidades¹², os considerados mentalmente adoecidos tiveram as suas vidas e necessidades humanas básicas administradas no mesmo espaço, comandado por uma autoridade. Em contrapartida, havia uma expressiva maioria de desarrazoados, em comparação a uma minoria de arrazoados dentro dos muros, isso sendo favorecido por relações sociais verticalizadas e pelas cronificações asilares. Esse contexto também fora fortalecido a partir da institucionalização da prática médica, que reproduziu o caráter de classe da sociedade em seus espaços ocupacionais (GOFFMAN, 1974). Salienta-se, a impossibilidade de operacionalização dessas instituições descoladas do contexto social,

¹² Esse argumento precisa de atenção, pois, a partir dele tem-se a invenção do “louco” como perigoso e da sua perda de voz, noção presente até os dias atuais. O louco seria uma vítima da alienação, sendo segregado por ser uma desordem à ordem pública (AMARANTE, 1995).

histórico, econômico e político, nesta acepção tem-se uma expressão de interesses de classes, do mesmo modo que, colocavam em xeque a perspectiva da neutralidade médica, visto que seria uma profissão com autoridade, e, portanto, monopólio sobre as ações de saúde entre os muros, assim como fora deles (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Tomaremos nota sobre a seguinte associação: perspectiva teórico-metodológica e percurso protetivo. A princípio, parte-se do pressuposto de que, a adoção de uma teórica específica, legitimada e adotada por uma hegemonia, proporcionará um percurso protetivo particular oferecido à sociedade através de um Estado ou por outros representantes, uma vez que, nem sempre um percurso protetivo tinha necessariamente a presença do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2012). A título de exemplificação deste processo, quando perspectivas teórico-metodológicas foram utilizadas para diferenciar normalidade *versus* loucura, logo, o caminho protetivo a ser percorrido se amparou no modelo asilar. O filósofo marxista Antonio Gramsci (1999) desenvolveu a compreensão que a associação loucura e normalidade não deverá ser analisada de maneira endógena e unicausal, porque não se trata de um processo introspectivo, visto que as características deste percurso estão relacionadas ao grau de autonomia relativa das esferas superestruturais (política, cultura, valores da sociedade); grau de socialização da política; correlação de forças entre classes sociais que disputam a hegemonia¹³; ou, mesmo as características do Estado, que frente às configurações pode ser mais coercitivo ou mais consensual (GRAMSCI, 1999).

Fundamentado em tais explanações, serão desenvolvidos avizinhamentos com o processo de medicalização da sociedade e suas correlações com as ações do Estado, supostamente pautado nos interesses comuns da coletividade social, para isso auxiliado pelo estudo da brasileira Maria Cecília Donnangelo. Nos termos da autora, a medicalização da sociedade significou expansão da produção de bens e serviços médicos, a partir da generalização do consumo proporcionada pela amotinada sociedade capitalista industrial. De acordo com Donnangelo e Pereira (1976), a proliferação dos serviços e bens médicos teriam sido proporcionadas pelo aumento da intervenção do Estado. Não são processos dados, mas aconteceram devido a um momento histórico propício para o desenvolvimento dos cuidados médicos, assim como pelo grau de desenvolvimento do aparelho estatal (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

¹³ O conceito de hegemonia é amplamente desenvolvido nos escritos gramscianos, tratava-se de uma explicação acerca da dominação da classe burguesa frente as novas formas do capitalismo (GRAMSCI, 1999).

A ampliação quantitativa das práticas médicas não significou um aumento da cobertura oferecida à população crescente da sociabilidade capitalista-industrial, uma vez que alguns grupos sociais ainda eram selecionados e outros excluídos do cuidado médico, o qual nos evidencia que a medicina se comportava como uma extensão do capitalismo e dos seus interesses. Nesse sentido, não seria uma generalização de cuidados médicos, mas, uma ampliação da normatividade da medicina através de práticas médicas. Nesse ínterim, esse resgate visa contribuir para a compreensão de como a prática médica foi incorporada pela sociedade capitalista; e como o Estado favoreceu a generalização dos bens e serviços médicos, e, esses se entrelaçam ao contexto da normalidade (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

1.6. No chão capitalista

O processo terapêutico aos sujeitos adoecidos recepcionou novidades aos sujeitos adoecidos da sociabilidade capitalista. São elementos novos: os produtos da indústria farmacêutica e variedade de equipamentos desenvolvidos pelas máquinas do capitalismo-industrial. Esses movimentos inéditos na sociedade tensionaram ainda mais a necessidade de uma normalidade compulsória. Considera-se que, em nenhum outro momento histórico foram identificados tantos manicômios, como aconteceu no século XIX, esse centenário foi definido por Isaías Pessotti (1996) como o “século dos manicômios”. Apoiado pelos conhecimentos desenvolvidos pela psicopatologia médica, também foram percebidas um aumento exponencial de institucionalizações aos “loucos”, paralelamente também houve um aumento de diagnósticos médicos distribuídos à vida como um todo, favorecendo assim uma relação específica entre médicos e doentes mentais.

A diagnosticção da vida fortaleceu e justificou o isolamento em massa dos considerados “alienados”. Os manicômios se tornaram os núcleos geradores da medicina psiquiátrica, que passou a controlar e alimentar os saberes acerca da normalidade humana institucionalizada (PESSOTTI, 1996). Entretanto, precisamos ainda nos questionar sobre esses processos inseridos em uma dinâmica do movimento e de muitas contradições. Perceba, a medicalização da sociedade não consegue se distanciar da (re)produção da estrutura das sociedades capitalistas, quando consideramos a sua expansibilidade, já que, a medicina vinculou-se às exigências da acumulação e centralização do poder, que inclusive reorientou as práticas médicas e de seu significado social na emergente sociedade capitalista (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Com isso, se busca não perder de vista o modo de produção capitalista e o Estado burguês, onde a perspectiva teórico-metodológica, e, portanto, o percurso protetivo se pauta historicamente nas relações capitalistas e na burguesia moderna, considerada uma classe dominante do capitalismo, “[...] produto de um longo processo, moldado por uma série de transformações nas formas de produção e circulação [...] cada uma dessas etapas de desenvolvimento da burguesia foi acompanhada por um progresso político correspondente” (MARX; ENGELS, 2014, P. 13). Nessa dinâmica, o processo social e histórico nos auxilia a revelar as determinações econômicas, políticas, históricas e culturais, assim como as tensões e contradições da realidade social. Ao longo dos séculos foram desenvolvidas diferentes formas e sistemas “[...] com graus de institucionalização que diferem entre os grupos e, de acordo com os diferentes períodos históricos e culturais, a própria dimensão de poder, para proteger parte ou conjunto dos seus membros” (COSTA; FERREIRA, 2013, P. 230).

1.7. (Des)proteções sociais: uma aproximação

Desde os primórdios da sociedade, a proteção aos sujeitos sempre fora motivo de preocupação. A ação de proteger(-se), produzir, acumular e distribuir bens se organizava pelas necessidades humanas básicas, sendo exemplos: comer, dormir, acessar fontes de sobrevivência, se afastar de ameaças individuais ou grupais, entre outros. A priori, essa atividade protetiva era desempenhada pelas instituições familiares, (re)conhecidas como a sociabilidade primária. No decurso dos séculos, foram percebidas diferentes composições familiares, com elas distintas proteções sociais desenvolvidas aos membros da sociedade (ENGELS, 1984; PEREIRA, 2013).

Karl Marx (2015) compreendeu minuciosamente a estrutura e dinâmica do momento histórico supramencionado. Apropriando-se da explicação do economista Adam Smith que nomeou esse período como acumulação primitiva, momento (re)conhecido como a pré-história do sistema capitalista. Do ponto de vista das necessidades humanas básicas, o ato de acumular já acontecia, porém, visando a garantia da sobrevivência humana. No entanto, sob a égide do sistema capitalista, Marx (2015) evidenciou um deslocamento das acumulações circunscritas pelas necessidades humanas básicas à acumulação de riquezas, isso tudo ancorado à exploração do trabalho. De maneira inédita, produção e produtor são impetuosamente separados, esse processo foi (re)conhecido como a expropriação. Tais mudanças no âmago da sociedade feudalista, foram necessariamente proporcionadas pela

transformação de elementos feudais em capital, por intermédio do aparelho estatal.

As duas condições do capital: possuir meios de produção ou possuir força de trabalho, alteraram, significativamente, os meios de produção e as relações sociais entre homens [e mulheres] e com relação a própria natureza (MARX, 2015). Nesse contexto, o Estado no contexto capitalista, passa a se moldar sob o caráter “[...] punitivo e repressivo e não protetor [...] tinha alguns fundamentos comuns, como estabelecer o imperativo do trabalho a todos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2012, P. 48), provocando assim, a intensificação da expropriação e a inserção no modo de produção capitalista de crianças, mulheres e homens. Crianças e mulheres foram incorporadas ao trabalho livre, muitas vezes, recebendo salários inferiores aos homens adultos (CASTEL, 1998; PEREIRA, 2013).

A Igreja Católica desempenhou, de forma mínima, caritativa e pontual aos que não conseguiam vender suas forças de trabalho (CASTEL, 1998). Concedendo à questão social ações moralizadoras e repressivas (NETTO, 2006). Goffman (1974, P. 17) retrata os sujeitos considerados “[...] incapazes de cuidar de si mesmos e que são ameaças à comunidade [...]” como àqueles escolhidos a passarem por um fechamento em instituições totais¹⁴, em razão de serem considerados ‘desviantes’. Esses, não coadunavam com os interesses do novo Estado burguês, pouco protetivo e violento, sedento pela força de trabalho livre e assalariado. Por meio da complexificação¹⁵ da coletividade, a proteção social passou a ser tensionada a acompanhar o movimento de organização da sociedade, colaborando assim para o advento das instituições especializadas, isto é, pela sociabilidade secundária, inicialmente desenvolvida por hospitais e orfanatos (NUNES, 2009; BEHRING; BOSCHETTI, 2012).

É impreciso datar a gênese das políticas sociais, porém, seu advento converge com os seguintes movimentos: 1) a primeira Revolução Industrial, datada do século XVIII; 2) insurgência de uma sociedade propriamente dita capitalista; e, por fim, 3) o desenvolvimento da intervenção do Estado compatível ao contexto (BEHRING; BOSCHETTI, 2012). De forma similar, a problemática do pauperismo surgiu nos contextos citados e contribuiu com a

¹⁴ Segregando os sujeitos da sociedade e suas respectivas famílias, as instituições totais levaram tais sujeitos que proporcionavam “desordem” para uma “[...] vida fechada e formalmente administrada [...]” (GOFFMAN, 1974, p. 11), contribuindo para que fossem fortalecidas proteções sociais amparadas em modelos asilares, compatíveis com os interesses do modo de produção capitalista. Como consequência, os sujeitos afastam-se do espaço doméstico para o espaço público, moldado a partir dos interesses institucionais (GOFFMAN, 1974; ENGELS, 1984; COSTA-ROSA et al, 2012).

¹⁵ Robert Castel (1998) descreveu que a complexificação se deu em detrimento das sociedades chamadas de não-sociais. As famílias, em seu âmbito privado, passaram a esbarrar em dificuldades que embaraçavam o corpo social, como: orfandade, desfiliação, invalidez e o “enlouquecimento” dos seus membros, entre outras. Dessa forma, a sociabilidade primária passa a dar espaço para a sociabilidade secundária. Para evitar abalos à coesão social, da ordem e da razão, as instituições consideradas sociais da sociabilidade secundária assumem a função protetiva do âmbito público (CASTEL, 1998; DI GIOVANNI, 1998; NETTO, 2006).

necessidade de concepções mais sofisticadas de proteção social, visto a massiva ampliação da pobreza em massa [pauperismo], péssimas condições de vida e trabalho e baixo valor da força de trabalho, que denunciaram a natureza contraditória da sociedade capitalista e da burguesia, em que no registro de Karl Marx e Friedrich Engels (2014, P. 14):

[...] passou a dominar, destruiu as relações feudais, patriarcais e idílicas. Dilacerou sem piedade os laços feudais, tão diferenciados, que *mantinham as pessoas amarradas a seus 'superiores naturais'*, sem pôr no lugar qualquer outra relação entre os indivíduos que não o interesse nu e cru do pagamento impessoal e insensível 'em dinheiro'. Afogou na água fria do cálculo egoísta todo fervor próprio do fanatismo religioso, do entusiasmo cavalheiresco e do sentimentalismo pequeno-burguês. Dissolveu a dignidade pessoal no valor de troca e substituiu as muitas liberdades, conquistadas e decretadas, por uma determinada liberdade, a de comércio. Em outras palavras, no lugar da exploração encoberta por ilusões religiosas e políticas ela colocou uma exploração aberta, desavergonhada, direta e seca. [...] transformou o médico, o jurista, o sacerdote, o poeta e o homem de ciência em trabalhadores assalariados (MARX; ENGELS, 2014, P. 14, grifos nossos).

O processo de acumulação ou (re)produção das condições econômicas, políticas e ideológicas, enquanto necessidade do capitalismo, também foram incorporadas e reforçadas pelas práticas médicas, visto que promoviam o ato de regular e controlar a capacidade do trabalho com fins produtivistas e eminentemente ortopédicos (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). As condições de vida e de trabalho da insurgente classe trabalhadora assalariada, era de degradação de sua situação física, intelectual e moral. Em uma relação mercantilizada, seria por meio do trabalho [venda da sua força de trabalho] que se concedia assistência mínima às necessidades humanas dos trabalhadores (ENGELS, 2013). Nessa perspectiva, os inaptos ao trabalho – como o caso dos ‘loucos’ – eram escopos de intervenções moralistas e repressivas pela sociedade e pela mão de ferro do Estado capitalista. Por meio de violências físicas: surras, mutilações ou queimaduras; ou, através de violências emocionais, como a ridicularização e humilhação aos sujeitos que se desviavam da ordem pública, se carimbava o rótulo da vagabundagem (PEREIRA, 2008a).

Nesta sociedade, os paupérrimos eram classificados pelos seguintes níveis: vagabundos válidos; vagabundos inválidos; e, ou, pobres válidos ao trabalho (PEREIRA, 2008a). Maria Luíza Marcílio (1998, P. 59) elucida que, nesse período capitalista-industrial, se identificava que: “A palavra ‘mendicante’ carrega-se de nuances maldosas, inquietantes, reprovadoras. O verdadeiro pobre passou a estar comprometido com a turba de vagabundos, preguiçosos, portadores de epidemias, criminosos em potencial [...]”. Portanto, a assistência mínima passou a ser prestada somente aos trabalhadores, tal situação apresentada repercutia às crianças em situação de desamparo, orfandade ou abandono. Dessa forma, a perspectiva de controle também

abocanhava as crianças com a finalidade de cessar a vagabundagem, como pode ser vislumbrado no seguinte fragmento:

O asilo de órfãos, abandonados ou desvalidos, isto é, daqueles que estivessem “soltos”, *fugindo ao controle das famílias e ameaçando a “ordem pública”*, tornou-se uma prática corrente no século XIX, quando teve impulso a ideia de propiciar educação industrial aos meninos e educação doméstica às meninas, preparando-os(as) para ocupar o seu lugar na sociedade. As instituições, em sua maioria, eram mantidas por ordem religiosas, auxiliadas por donativos e por vezes, pelos poderes públicos. Esta tendência manteve-se no século XX, quando foram criadas inúmeras instituições do gênero (RIZZINI; PILOTTI, 2009, P. 20, grifos nossos).

1.8. Infâncias e Adolescências

O historiador Philippe Ariès (1986), dedicou-se ao estudo de duas sociabilidades: sociedade tradicional e sociedade industrial. Resgatá-las contribui para a avaliação sobre as infâncias e adolescências na contemporaneidade, uma vez que, algumas características adquiridas, em distintos momentos históricos, foram, muitas das vezes, desprotetivos, desfavoráveis e pouco habilitados a (re)conhecer o público infantojuvenil, inclusive, àquelas crianças e adolescentes, com alguma necessidade em saúde mental, a exemplo, transtornos mentais, deficiências e sofrimentos psíquicos.

Nas sociedades tradicionais, identificou-se um elemento comum que construiu socialmente essa sociabilidade: a condição impercebível e insignificante existência das crianças, e pior dos adolescentes. Em distintos momentos, através de visões adultocêntricas, crianças e adolescentes, desde bem pequenos, foram equiparados aos adultos, transformados em homens e mulheres jovens. Devido breves passagens nas sociedades e famílias, oscilavam entre a condição de desprezo e a possibilidade de fácil substituição, como um objeto qualquer. Nesta conjuntura, a família não possuía função afetiva, sendo o amor, uma função não obrigatória. Se observava também o infanticídio, muitas vezes, realizado e mantido, em segredo. Em linhas gerais, se fazia notório que, os valores e conhecimentos não eram controlados pelas famílias, mas, sim, responsabilidade da sociabilidade. Essas identificações sobre a infância e adolescência se modificaram nas sociedades industriais (ARIÉS, 1986).

Nas sociedades industriais, duas abordagens modificaram o lugar social das crianças e adolescentes: escola e família. A respeito das escolas, essas propuseram a separação das crianças dos adultos, e a substituição da aprendizagem fornecida pela sociedade [tradicional], através da educação. Essa separação, provocou um longo processo de enclausuramento das crianças e dos adolescentes, afinal, de modo inédito, crianças foram separadas dos adultos. O

(re)conhecido grande enclausuramento foi apresentado à sociedade, como uma medida de convocação à razão, por meio de movimento moral dirigido pelos reformadores católicos e protestantes, embasado na tríade: Igreja, leis e Estado. Note, algumas medidas que extrapolavam o espaço privado, passaram a ser convocados e aplicados na sociedade. A respeito das famílias burguesas, as crianças e os adolescentes abandonaram o anonimato para ocupar a centralidade das famílias – nessa configuração, o cuidado recai sobre as mulheres (ARIÈS, 1986).

O Estado burguês também motivado pela concepção filantrópica, se apresentava através do controle e normatização [que direciona à normalidade] do sistema de proteção à criança abandonada (MARCÍLIO, 1998). Por meio da expropriação violenta, a classe trabalhadora passou a vivenciar em seus corpos e mentes, mortes; aumento dos acidentes; e, epidemias descontroladas em seus locais de moradia. Mulheres e crianças pequenas também foram inseridas nesse modo de produzir e reproduzir o capitalismo. Em nome da produção, a classe trabalhadora também foi incentivada ao uso do aguardente e do ópio, inclusive entre as crianças, para que assim houvesse um aumento na produtividade. Muitos adoecimentos, acidentes e mortes – naturais ou não, como é o caso dos suicídios na classe trabalhadora – se mostraram à realidade capitalista (ENGELS, 2013). Porém, havia uma ausente ou insuficiente intervenção médica aos moldes de prevenir ou promover saúde, pois, essa profissão ocupava-se nesse contexto somente do aumento da produtividade do trabalhador. Ou seja, da garantia da mais-valia relativa, não do trabalhador em si, o qual acentua e evidencia o compromisso social e político da medicina com o capital (DONNANGELO; PEREIRA, 1976)

Tais experiências degradantes promoveram as primeiras organizações de trabalhadores¹⁶ – lembrando que essa classe era representada pelas mulheres, crianças e homens – uma luta de classes travada contra a burguesia e como consequência esbarrando no Estado capitalista-burguês, que se desenvolvia em direção aos interesses do capital, com o intuito de conservar a ordem econômica e política vigente sobre outros grupos e classes (BEHRING;

¹⁶ Esse processo de organização da classe trabalhadora está assentado no chamado capitalismo maduro, que é quando esta classe se torna classe operária, e a classe burguesa em classe dominante. As primeiras iniciativas de políticas sociais aconteceram de modo esparso na sociedade capitalista, contudo, tais conquistas estiveram relacionadas a luta da classe trabalhadora. O protagonismo e ascensão da classe trabalhadora frente à burguesia, nova classe dominante do sistema capitalista, resistente e conservadora diante da ampliação de alguns direitos conquistados por meio de lutas sangüinárias, como as legislações fabris, que minimamente possuíam características protetivas e inovadoras à classe trabalhadora. De natureza contraditória, as políticas sociais se constituem também interesses capitalistas, tendo em vista que, realiza-se algumas concessões aos trabalhadores, mas, em contrapartida não modificam o *status quo* do sistema capitalista. As lutas das classes trabalhadoras foram e são permeadas por dificuldades, atravessadas pelas relações entre classes, processo esse intensificado nos séculos XIX e XX (BEHRING; BOSCHETTI, 2012; MARX; ENGELS, 2015).

BOSCHETTI, 2012) Nessa conjuntura, a existência dos hospitais, manicômios, prisões ou orfanatos se tornou um desperdício da força de trabalho ao capitalismo, e, supostamente, um reforço aos vícios e desvios humanos. Dessa maneira, a ordem em vigor tensionava tais instituições a liberarem: mãos, braços, pernas e mentes a fim de colaborarem forçosamente para a (re)produção do capital e de seu modo de produção (ENGELS, 2013).

Contudo, algumas lógicas inerentes a tais instituições totais não foram de todo descartadas. A lógica do manicômio, por exemplo, que possuía o comum elemento de criar barreiras entre as relações sociais com o mundo de fora, tudo isso desenvolvido e comandado por uma autoridade, cabia na lógica segregatória e excludente do modo de produção capitalista. Dessa maneira, encontrava-se terreno fértil para o aprimoramento da lógica, desta vez sob o domínio classista e de um Estado capitalista, que (re)orientava relações sociais verticalizadas e autoritárias; culpava e ridicularizava os que não vendiam sua força de trabalho; e, também punia nos critérios de um asilamento, expropriando violentamente a classe trabalhadora. A partir desta compreensão, sujeitos imersos nessa sociedade capitalista, que não se propõe a conservar a vida ou a saúde da classe trabalhadora, como Engels (2013) nos ensina, ocorre seja por omissão ou por posicionamento desta própria sociedade.

Vale ressaltar que, o tratamento ao público de crianças e adolescentes, retratado concisamente acima, teria sido proporcional à proteção social recebida por outros públicos conhecidos e identificados: “loucos”¹⁷; deficientes; pobres; e, prostitutas, todos esses estratificados [pela] da sociedade¹⁸ em algum momento da história, quando foram identificados de forma subalterna, assim como, fora de uma normalidade estabelecida. A institucionalização de tais públicos, incluindo crianças e adolescentes, tinha o objetivo de curar moralmente, porém, tais instituições não rompiam a indiferença aos públicos, portanto, havia uma moralidade definida (ARIÈS, 1986).

A constituição de novas estruturas institucionais, em que, nas entrelinhas devem ser compreendidas como novos lugares de segregação, foram cooptados pela Igreja Católica, que

¹⁷ O uso de “louco” e, ou, “loucura”, entre aspas, será utilizado ao longo deste escrito, porque se compreende que o entendimento da loucura como doença mental, foi um exercício histórico e político realizado pelos diferentes saberes e práticas médicas, muitas das vezes, balizados pela moralização e a tentativa de normalização dos sujeitos. Esse contexto, sem dúvidas, velou(a) o sofrimento dos sujeitos ao longo dos séculos, além de desconsiderá-los como históricos e políticos, e, expropriá-los da experiência genuína da desrazão.

¹⁸ A separação entre crianças e adultos ocorreu perante uma chamada à razão, conforme Ariès (1986), enquanto “[...] uma das faces do grande movimento de moralização dos homens promovido pelos reformadores católicos ou protestantes ligados à Igreja, às leis, ou ao Estado” (Ibidem, 1986, P. 5). Com o auxílio de Potyara Pereira (2008b), compreendemos que, as proteções sociais destinadas à membros de um determinado coletivo – em que, nesse estudo, tem como escopo crianças e adolescentes – são atravessadas por variações interculturais, ideopolíticas e históricas, portanto, estar atenta a tais situações nos ajuda a analisar como as proteções sociais se desempenham ao longo dos séculos.

cooptou diferentes sujeitos, a fim de neutralizá-los, posto que, eram identificados como indesejáveis e imorais. Nesse sentido, é preciso posicionar que, crianças e adolescentes tiveram lugares sociais moldados na sociedade. Essa situação se intensifica ainda mais, quando esse mesmo público adquiria o carimbo da loucura sobre seus corpos (CASTEL, 1978). Discutir infância e adolescência sem perspectiva histórica é estar vendado, afinal, a concepção de sujeitos de direitos, de um desenvolvimento singular – distinto dos adultos – é uma perspectiva contemporânea e também histórica. Estão na contramão a infância e adolescência passiva e tutelada, daquela com proteção integral, no entanto, não se desvencilham, em razão de serem faces opostas de uma moeda (ARIÈS, 1986).

Na posição mais participativa, as crianças e os adolescentes, se aproximavam de sua concepção teórico-prática, ou seja, da condição política. É importante frisar que, a diferenciação dos adultos das crianças e adolescente é um processo. Esse, também foi tensionado pela participação do público infantojuvenil, depois de terem a possibilidade participar. Os esforços políticos promovidos pelos movimentos sociais, também foram desempenhados por crianças e adolescentes. Diferentes instituições sociais estiveram organizadas, o que contribuiu para o público apresentado. Mary Del Priore (2010) compreende que, o histórico desprotetivo das crianças e adolescentes no Brasil, se aproximou ao que foi desempenhado na sociabilidade europeia, principalmente, entre crianças de baixa renda. Algumas características contemporâneas de proteção social, o reconhecimento das crianças e adolescentes como seres políticos acontece de maneira tardia, sendo um evento contemporâneo na sociedade brasileira, marcado pela década de 1990.

A implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, se imprime uma proteção social brasileira, focada na proteção integral e prioritária ao público infantojuvenil (BRASIL, 1990). Irene Rizzini e Francisco Pilotti (2009) descrevem o profundo entrelaçamento da proteção social desempenhada às crianças e adolescentes brasileiras, com a cultura da institucionalização¹⁹. De modo transversal, passou a ser compreendido que era preciso institucionalizar para proteger crianças, posicionamento ainda identificada atualmente no imaginário da sociedade, uma vez que, mesmo com a aprovação do ECA, esta cultura resiste, enraizada na forma como se constituem as políticas públicas, fundamental para se (re)pensar

¹⁹ Rizzini e Pilotti (2009) descrevem que, a cultura da institucionalização desenvolvida no território brasileiro foi apoiada por medidas sanguinolentas e moralizantes. Em linhas gerais, a institucionalização pressupunha algumas condições às crianças e adolescentes, tais como: “[...] a segregação do meio social a que pertence o ‘menor’; o confinamento e a contenção espacial; o controle do tempo; a submissão à autoridade – formas de disciplinamento do interno, sob o manto da prevenção de desvios ou da reeducação dos degenerados” (Ibidem, 2009, P. 20). No momento, algumas características ainda resistem.

outras formas de cuidado às crianças e adolescentes. Vale pontuar que, crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, foco do presente estudo, também foram subjugados às institucionalizações pautado na mesma justificativa, isso não se findou pós-implementação das legislações específicas brasileiras, e, portanto, contemporâneas.

Durante o resgate histórico, Deivisson Santos et al (2021) descreve que, tanto pela insígnia da “loucura”, quanto pela deficiência, crianças e adolescentes estiveram, simultaneamente, nos mesmos espaços institucionais e pelas mesmas razões que os adultos. Independente da nomenclatura utilizada para designação dos sujeitos: louco; desviante; alienado; desrrazoado; idiota; entre outros, se indicava o mesmo desfecho: as instituições. Afinal, que instituições eram essas? Manicômios, hospitais, albergues, orfanatos e outras. É sabido que, algumas destas instituições, caíram em desuso no território nacional após a aprovação do ECA, segundo Rizzini e Pilotti (2009). Ainda assim, requerem resgate para análise porque são [eram] espaços que fabricavam a “loucura” do ponto de vista político, conforme William Oliveira (2011). Nessa lógica, Rizzini e Pilotti (2009) revelam que nessas instituições são (re)produzidos estigmas aos seus residentes, desconsiderando em absoluto a realidade social e histórica das crianças, adolescentes, famílias e, ou, comunidades, em que, ao invés de serem identificadas como sujeitos que vivenciavam vulnerabilidades, foram veementemente rotulados como perigosos à ordem pública.

Ações policiaiscas amparadas pelo Estado, mais regulador, tutelar e autoritário, favoreceram a privação da liberdade e subjetividade de crianças e adolescentes de maneira histórica. Com base em Vicente Faleiros (2009), os métodos protetivos adotados, meramente moralistas e normalizantes, foram e são endossados no solo capitalista²⁰. Sem dúvida, não seria relações neutras, mas, próximas às classes. Giovanna Innocencio (2021) descreve que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, no modo de produção capitalista, se identificou a intensificação da patologização e medicalização de todos os aspectos da vida, não identificados em outro momento histórico até então vivenciado. Através de critérios diagnósticos médicos, foram explicados pela racionalidade e com vistas ao resgate da normalidade dos sujeitos (INNOCENCIO, 2021).

²⁰ Com base em Rizzini e Pilotti (2009), em solo capitalista, na mesma proporção que os adultos, o público infantojuvenil desempenhou funções laborais que eram de interesse ao insurgente processo de acumulação capitalista. Inicialmente, incentivado pela justificativa de que enquanto trabalhadores, passariam a receber assistência mínima, como também, seria resolvido a vagabundagem e vadiagem deste público. Portanto, no sistema capitalista, “os viciosos, vagabundos e ébrios habituais são tratados conforme a estratégia da repressão e levados, pela polícia, como vimos, às prisões comuns. *Integrar pelo trabalho ou dominar pela repressão eram as estratégias dominantes*” (FALEIROS, 2009, P. 43, grifos nossos).

Com a passagem do século XIX ao XX, mudanças importantes sobre as institucionalizações de crianças e adolescentes foram identificadas. Práticas repressivas, correcionais e violentas²¹, que marcavam fisicamente os corpos, como também, estigmatizavam os sujeitos institucionalizados, passaram a sofrer duras críticas. Iniciaram-se movimentos críticos contrários às normas importadas pelas institucionalizações, sendo identificado diferentes feições à proteção social desempenhada à população infantojuvenil com necessidades em saúde mental. Tais organizações contaram com diferentes atores políticos, inclusive, com representantes médicos, psiquiatras, filósofos, sociólogos e outros pensadores, tendo em vista que, a conjuntura social e histórica do século XX não mais permitia tais violações [explícitas]. A vivência de duas guerras mundiais, contribuiu aos redirecionamentos propostos à sociedade contemporânea, identificando a necessidade de garantir direitos humanos, liberdade e cidadania²², repudiando todas as formas de violência (OLIVEIRA, 2011). Com base nessa compreensão, Rizzini e Pilotti (2009) sinalizam que as institucionalizações passaram a ser identificadas como ineficazes e dispendiosas, portanto, deveriam ser indicadas de modo provisório e excepcional.

Este momento também teria sido oportunizado pelo surgimento dos movimentos de contracultura, representados pelos movimentos *hippies*; psicodélicos; e, místicos, os quais fomentaram diferentes movimentos reformistas às instituições. Nesse ínterim, também foram propostas mudanças à psiquiatria tradicional (OLIVEIRA, 2011). Para o médico Paulo Amarante (1995), três principais características foram colocadas em xeque, pelos movimentos reformistas ao saber psiquiátrico: em primeiro lugar, o próprio dispositivo médico-psiquiátrico; em segundo, suas instituições asilares, como exemplo, os manicômios; e, por fim, todos os procedimentos teoricamente terapêuticos-convencionais utilizados pela psiquiatria até então. Dessa maneira, saberes e práticas psiquiátricas tradicionais foram considerados inapropriados, torturantes e desumanos, perante o contexto de mudanças na sociedade.

Na segunda metade do século XX, por volta da década de 1960 a 1970, foram identificadas obstinadas lutas travadas pelas organizações sociais, tanto no território nacional,

²¹ Os tratamentos psiquiátricos utilizados na época se amparavam nas práticas como a lobotomia [uma cirurgia no cérebro que cortava e removia os lobos frontais ao tálamo], eletrochoque [inicialmente utilizado para pacientes psicóticos, eram choques no crânio dos sujeitos] e o coma por insulina (OLIVEIRA, 2011).

²² É um dos produtos desse período, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), datada de novembro de 1959, também contribuiu ao público infantojuvenil formas diferenciadas e assistenciais, tendo em vista que: “A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidades e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, *de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal*, assim, como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será interesse superior da criança (ONU, 1959, grifos nossos).

quanto internacional, sendo questionado às estruturas sociais²³. Dentre os movimentos reformistas que instabilizaram os pilares da psiquiatria tradicional, merece introduzir sumariamente, a Antipsiquiatria, movimento composto por médicos psiquiatras. Os médicos psiquiatras estiveram nessas construções, não é possível generalizar sobre a atuação profissional destes, muitos médicos estiveram na linha de frente da luta antimanicomial. Não se trata de um escrito contrário à prática médica (AMARANTE, 1995). Em resumo, Amanda Fernandes et al (2020) apresenta a Antipsiquiatria como uma proposta de transformação radical à nível de Atenção, ou seja, do conjunto de estratégias utilizadas no trato à “loucura”. Por meio de denúncias às práticas médicas e aos valores conservadores, algumas correntes reformista da psiquiatria foram mais próximas a essa compreensão, dentre elas, pode-se citar, a Antipsiquiatria, visto que a mesma reconheceu nas instituições, a invalidação dos sujeitos, sejam eles, homens, mulheres, crianças e, ou, adolescentes, assim como, suas experiências subjetivas e genuínas no processo de enlouquecimento humano.

Para Amarante (1995), a subversão das instituições manicomiais, através da libertação dos sujeitos e dos seus rótulos adquiridos, visou: traçar análises críticas sobre causas, tratamentos e intervenções à “loucura”; propiciar debates com trabalhadores e institucionalizados; propor o fim a distinção entre normal e anormal [patológico], compreendendo a “loucura” fora dos sujeitos e não dentro desses. Diante disso, a importância de desinstitucionalização²⁴, como desconstrução de todos os processos até então operantes, passou a ser apresentada e desenvolvida.

Uma significativa experiência de desinstitucionalização teria acontecido na Itália, nas cidades de Gorizia e Trieste, através do médico psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), continuadas pela Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) após 1973, igualmente denunciante dos saberes e práticas médicas-psiquiátricas tradicionais eschachadas nas instituições

²³ Rebelião, resistência e revolução foram conceitos marcantes da década de 1960 dos movimentos sociais que se organizaram na década de 1960, como o conhecido maio de 68, e seus subsequentes. Entre os pilares das reivindicações estava o questionamento da estrutura social que se viviam. Estavam em pauta discussões relacionadas “a Guerra Fria, a bipolaridade política, as corridas armamentista, nuclear e espacial, o capitalismo e o processo de globalização do capital sem compromisso com qualquer cor de bandeira [...]” (IGNACIO, 2019, P. 1).

²⁴ Segundo Abílio Costa-Rosa et al (2012), a Reforma Psiquiátrica italiana marcou o processo de desinstitucionalização. Amarante (1995, P. 55) evidencia “[...] a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social [...] para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social”, que não se tratou da mera retirada de sujeitos institucionalizados dos hospitais, manicômios e outras instituições, já que esses estariam submetidos a um nível de Atenção: asilar; que na visão de Oliveira (2011), fabricou, incorporou e ocultou razões, mecanismos políticos e ideológicos. Tais ensinamentos desenvolvidas de maneira dinâmica nas décadas de 1960 e 1970, também foram incorporadas no Brasil, cuja conjuntura estava marcada pela Ditadura Militar brasileira e por consequência, por um Estado autoritário, obviamente atravessado por suas peculiaridades de país capitalista-periférico

manicomiais. Amarante (1995) reconhece três fundamentos expostos pela tradição basagliana aos manicômios italianos: a falsa neutralidade das ciências; a dependência entre psiquiatria e justiça; e, a desconsideração da perspectiva classista sobre os sujeitos internados. De certo, as experiências introduzidas pela tradição basagliana, ofereceram ao processo saúde-doença, perspectiva social e histórica sob o enlouquecimento humano, denunciando assim, o controle das instituições sobre a “loucura” e os “loucos”, por meio de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas em benefício da desinstitucionalização, ou seja, da (des)construção de processos (AMARANTE, 1995).

O processo de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil constituiu uma história própria, não se distanciando integralmente do contexto internacional. Porque, também realizou duras críticas às violências praticadas nas instituições e requisitou mudanças no trato à “loucura”. Entrementes, a RP brasileira precisa ser identificada como mais complexa do que o reordenamento normativo identificado no território nacional (BRASIL, 2005b). Para Eduardo Levcovitz e Maria Helena Couto (2018), o Brasil se constituiu como um país capitalista-periférico e latino-americano, portanto, se constitui distinto dos países capitalistas-centrais. Nesse sentido, se compreende que a RP brasileira adquiriu particularidades nesse território. Apesar disso, esse movimento não se desenvolve(u) de maneira endógena, independente e desincorporada de outros processos reformistas que aconteciam paralelamente (Ibidem, 2005b). Daniel Alves et al (2020) descreve que, o próprio período histórico brasileiro teria se desdobrado em outras reformas, a exemplo, a Reforma Sanitária, compartilhando assim, do mesmo horizonte da institucionalidade e limites. Sabe-se que,

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica confunde-se com o próprio movimento pela Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização do país. As lutas pela abertura política e por uma saúde pública de acesso universal caminham juntas com a busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida por meio da ampliação das redes afetivas e sociais. O debate sobre os rumos e diretrizes para o setor saúde culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Na saúde mental, a oposição ao modelo assistencial hegemônico centrado no hospital psiquiátrico deu origem à chamada Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo Movimento da Luta Antimanicomial (CAVALCANTI, 2008, P. 1962)

Tais temáticas reformistas, foram (re)inseridas na agenda política da classe trabalhadora, colaborando para que a década de 1970, fosse identificada como favorável às mudanças nos modelos de atenção à saúde. Entretanto, tais bases políticas da denominada política de saúde brasileira, teriam sido desenvolvidas em momento de exceção no país,

representado pelo longo regime da Ditadura Militar brasileira (1964-1985)²⁵ (ALVES et al, 2020). Nesse contexto adverso, antidemocrático e capitalista, desafiava a proposta de universalização da saúde, pois, esse contexto desenvolvia-se paralelamente ao mercado, possibilitando assim, características fragmentadas e segmentadas²⁶ à saúde, conforme Levcovitz e Couto (2018). A partir do ideário neoliberalista, se garantiu determinadas peculiaridades aos sistemas de saúde no Brasil, e, conseqüentemente às políticas sociais (LEVCOVITZ; COUTO, 2018).

Ao final da Ditadura Militar brasileira e período de introdução da lenta e gradual redemocratização, foram auferidos pelos movimentos sociais²⁷, a necessidade de modelo de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, onde todos tivessem acesso as Políticas Públicas (TRABUCO; SANTOS, 2015). Como analisado por Carlos Paiva e Luiz Teixeira (2014), o princípio da universalidade nas políticas sociais, foi postulado para atingir melhores condições sanitárias, sendo justificado, para se garantir melhores condições de cidadania. Tais iniciativas, “[...] começaram a alterar a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, P. 24). Essa mudança de lógica fortalecia a perspectiva de transformação de ordem teórico-prática, porém, ao passo que o processo da Reforma Psiquiátrica avançava, identificavam-se “[...] impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005b, P. 6).

²⁵ Esse período antidemocrático, foi solo histórico pouquíssimo favorável – que não significou inexistente – às articulações sociais; às participações políticas pela classe trabalhadora. Além disso, foram percebidos endurecimentos políticos às ideias consideradas socialistas, de esquerda, enquanto resultado da ténite da Guerra Fria. Por ideias socialistas, compreendia-se qualquer transformação social profunda, amparada no princípio da igualdade e, portanto, contrárias às segregações e desigualdades sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Um outro fenômeno que também prejudicou a organização e construção de modelo de saúde com características mais universalizantes, estava relacionado à própria posição ocupada pelo Brasil, sendo um país capitalista -periférico, assim como, um país latino-americano. Tais circunstâncias proporcionaram tendências ao processo de implantação e implementação do sistema de saúde brasileiro, bem como, na América Latina a partir das peculiaridade de cada país, uma vez que, distintas características históricas e sociais, formam diferentes sistemas de saúde conforme Levcovitz e Couto (2018).

²⁶ Duas características são marcantes na América Latina: segmentação e fragmentação das políticas. Inclusive, hoje são vistas exceções em direção à universalidade. Coaduna com a perspectiva que, as políticas sociais promovem direitos, porém, não conseguem alterar estruturalmente a realidade por meio de transformações profundas (LEVCOVITZ; COUTO, 2018).

²⁷ Sem dúvidas, um marco do controle democrático brasileiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que desenhou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, como um desdobramento simultâneo (OGATA et al, 2000; TRABUCO; SANTOS, 2015). Pontua-se que, o início de movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica brasileira teria sido marcado pela participação social, bastante introduzida pela perspectiva sanitária. Historicamente (re)conhecido a participação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se constituiu como sendo um movimento plural “[...] formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano” (BRASIL, 2005. P. 7).

CAPÍTULO 2 - O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE NA DIREÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E O PAPEL DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE MENTAL

2.1. Organização social e sua importância na direção política

Inúmeros movimentos e atores sociais impulsionaram a Lei de Reforma Psiquiátrica, base para a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira, reconhecida por ter estimulado áreas diversas, para além do núcleo de saúde, e, por ter envolvido em seu processo de implantação, outras políticas públicas: moradia, educação, cultura, trabalho, justiça, entre outras, reforçando o cerne intersetorial e integral da saúde mental.

O debate acerca da saúde mental no Brasil não se iniciou no ano de 2001²⁸, ou seja, com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Não podemos nos esquecer que, os movimentos organizados em defesa da PNSM, estavam acontecendo simultaneamente à outros movimentos sociais brasileiros, como exemplo, a própria Reforma Sanitária. Além disso, percebeu-se impregnar em sua legislação, assim como, em outras políticas, compreendendo a importância de ter um funcionamento extramuros, ou seja, para além da circunscrição da política de saúde (QUARTIERO; BARRANCOS, 2021).

Historicamente, as contribuições à temática são datadas da década de 1970 e 1980, majoritariamente, em decorrência de profundas transformações vivenciadas naquele período, muita das vezes, tensionadas pela participação dos movimentos sociais. Vale destacar, a participação da classe trabalhadora de modo vanguardista, uma vez que, alguns destes trabalhadores, teriam vivido os horrores dos manicômios brasileiros, conhecidos como experiências genocidas. É importante salientar que, o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro somente foi reconhecido como movimento político e social pelo Estado brasileiro a partir das movimentações realizadas pelos atores políticos da Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial. Em 2005, 15 anos após a Declaração de Caracas²⁹, por intermédio de acordo

²⁸ O Brasil acompanhou a experiência italiana, desenvolvida por Franco Basaglia, que instituiu na década de 1970, a experiência de abolir hospitais psiquiátricos. O registro do primeiro serviço substitutivo à lógica manicomial é de 1987, surgindo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, de forma antecipada à promulgação das leis de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ambos na década de 1990. Significa dizer que, havia movimentos reformistas no país, inclusive, foram sustentação para a insurgência de outros (QUARTIERO; BARRANCOS, 2021).

²⁹ A Declaração de Caracas é um documento que registrou as reformas à saúde mental na América no ano de 1990. Significa dizer que, já se evidenciava um movimento de reforma psiquiátrica brasileiro acontecendo nessa década,

internacional, ficou evidente a convocação de diferentes países latino-americanos e caribenhos sobre a temática da saúde mental, portanto, o Brasil também foi convocado a estar nesse grande acordo internacional (QUARTIERO; BARRANCOS, 2021).

Estes movimentos e legislações supracitadas atingiam indiretamente o público de crianças e adolescentes, porém, o escopo desses movimentos não teriam sido eles, a princípio. O Ministério da Saúde realizou um levantamento de legislações em saúde mental entre o ano de 1990 a 2004. Nesta compilação, não são identificadas citações ou referências legais às crianças e adolescentes brasileiros até o ano de 2001, sejam legislações federais, quanto estaduais (BRASIL, 2004).

Com base em Livia Félix (2016), o protagonismo de temáticas na saúde mental, assim como, desinstitucionalização dos manicômios, programas como o crack, álcool e outras drogas, entre outros na sociedade brasileira, provocaram a invisibilidade dos sofrimentos psicossociais de crianças e adolescentes, inclusive, ofuscando a necessidade de uma política específica ao público, que não existe até o presente momento. Entenda, quando nos aproximamos legalmente da saúde mental infantojuvenil, identificamos gradualmente o aumento de legislações de proteção a partir de 2001. No entanto, não se trata de legislações específicas à saúde mental infantojuvenil. Se refletimos em conjuntos na matemática, a relação de pertinência da saúde mental infantojuvenil é sempre abordada dentro de outro conjunto. Isto é complexo, pois, o antagonismo ocupado pelas crianças com relação aos adultos é uma zona perigosa, sociohistórico e politicamente.

Se fez notório com o movimento de redemocratização brasileiro, a tentativa frágil de construção e compreensão dos sujeitos políticos, visto que era realizado a lenta tentativa de pôr fim à Ditadura Militar, de forma favorável à democracia brasileira. Diante desta tentativa de abertura democrática, fora identificado nesse período, a participação de Organizações Não-Governamentais (ONGs), na defesa dos direitos das crianças e adolescentes. Um exemplo a ser apresentado foi o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), que desenvolveu intensa mobilização contrária [disputa] às políticas governamentais desenvolvidas às crianças e adolescentes no início dos anos 1980. Buscou-se neste movimento, dar voz às meninas e meninos de rua. Em suma, instituir o direito à cidadania de crianças e adolescentes (NICODEMOS, 2020). O resgate ao MNMMR, foi realizado como um parêntese, para demonstrar que havia movimento favorável à defesa dos direitos das crianças e dos

porém, o Estado brasileiro não o reconhecia. Somente em 2005, no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva é que foi reconhecido o Movimento de Reforma Psiquiátrica, como um movimento político e social. Esse reconhecimento, sem dúvidas, provocou o Estado brasileiro à continuar dando respostas à temática (OMS, 1990).

adolescentes, mesmo não sendo identificadas legislações específicas voltadas à saúde mental (BRASIL, 2004). A seguir, serão exploradas algumas consequências destes movimentos, que incluíram a defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, que se desvinculava do viés do menor, tão presente nos Códigos de Menores brasileiros.

Em uma nova concepção de proteção social brasileira, apresentada pelos distintos movimentos reformistas, bem como, devido as disputas estabelecidas, tais novos conceitos, parcialmente, foram admitidos na Constituição Federal (CF), em 1988, significa dizer que, somente alguns tocaram a “[...] universalidade do acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios; e, participação da comunidade” (TRABUCO; SANTOS, 2015, P. 7). A CF previu alguns direitos às crianças e adolescentes, contudo, responsabilizou a família e sociedade no cumprimento dos deveres estabelecidos, e, por fim, o Estado sobre a execução das responsabilidades ao público, com absoluta prioridade (BRASIL, 1988).

Karem Trabuco e Dijane Santos (2015), identificaram na CF a inauguração da divisão entre movimento e sistema. De maneira teórico-prática, segundo as autoras, quando se inaugurou a distinção entre movimento e sistema, passou a acontecer a seguinte situação: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que representavam movimentos, passaram a ser divididos dos sistemas, representados, por exemplo, pelo Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Saúde Mental. Note, quando discutimos Reforma Sanitária, existe uma diferença de Sistema Único de Saúde, até porque é sabido que o SUS não materializou toda a Reforma Sanitária, devido os conflitos e disputas sobre a temática. Com a saúde mental, acontece o mesmo, é complexo dizer que a Política Nacional de Saúde Mental é o movimento de Reforma Psiquiátrica, de forma contemplativa. O autor Marcelo Moreira (2009) reflete que, as políticas públicas estão cercadas por limites, desafios, e dificuldades enfrentadas por diferentes atores sociais e políticos.

O processo de redemocratização brasileira corroborou para dar visibilidade à questões estruturais que necessitavam de mudança. Sem dúvidas, a CF de 1988, considerada marco da democracia e dos direitos, alicerçou a necessidade em dar condições dignas e cidadania às crianças e adolescente, materializado no ECA, em 1990. De maneira síncrona, foi discutido os malefícios dos asilamentos às crianças e adolescentes, estes identificados como formas de cuidado, precedentemente, a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Desse modo, um novo patamar de ações de cuidado passou a ser requerida às crianças e adolescentes com alguma necessidade em saúde mental (BRASIL, 2005a). Nos movimentos sociais organizados em

saúde mental, Santos *et al* (2021) evidencia lugar secundarista da infância e adolescência nas pautas relacionadas à saúde mental, que a todo instante precisam ser (re)lembradas na agenda política, denotando uma fragilidade do Estado brasileiro em dar respostas específicas às crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental (SANTOS *et al*, 2021).

O entrecruzamento das políticas públicas com as correlações impostas pelo neoliberalismo, proporcionaram o esmorecimento dos movimentos sociais no pós-1988, conhecido como o marco regulatório da Constituição Federal brasileira, e, conseqüentemente das políticas sociais advindas deste momento social e histórico (ALVES *et al*, 2020). Sem dúvidas, a organização social e política dos movimentos sanitários e psiquiátricos contribuíram para a difusão da noção de saúde, cidadania e democracia. No entanto, apesar dos esforços dos movimentos citados, esses não conseguiram as Reformas que esperavam. Existe uma perspectiva de avanço, mas também de impasses. Inclusive, em uma retroalimentação dialética. Portanto, é necessário não esmorecer e (re)organizar politicamente, em busca de manter direitos conquistados para se adquirir outros (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Segundo Santos *et al* (2021), apenas 04 normativas desenvolvidas à saúde mental entre 2001 aos dias atuais, citaram especificamente o público infantojuvenil, no campo exclusivo da política de saúde mental, sendo elas: 1) Resolução nº 336, de 2002; 2) Resolução nº 3.088, de 2011; 3) Resolução nº 130, de 2012; e, 4) Resolução nº 854, de 2012. Tais legislações serão apresentadas no Quadro 3. Além destas legislações identificadas, no presente trabalho acrescentamos legislações que citam crianças e adolescentes, todas elas instituídas após 2001: 1) Portaria GM nº 816, de 2002; 2) Portaria SAS nº 305, de 2002; 3) Portaria GM nº 1.946, de 2003; 4) Portaria GM nº 1.947, de 2003; 5) Portaria nº 1.608, de 2004; 5) Lei nº 13.819, de 2019. A seguir, será apresentado estas quatro legislações, por preverem assistências às crianças e adolescentes, com alguma necessidade em saúde mental (sofrimento psicossocial), além delas, outras legislações identificadas durante a pesquisa bibliográfica. Precedentemente, vale pontuar que, são legislações específicas da saúde mental, mas, que não desconsideram outras legislações postas neste período, como é o caso do ECA.

Quadro 3 – Legislações brasileiras no campo exclusivo de saúde mental, que citaram o público de crianças e adolescentes, a partir da Lei nº 10.216, 2001.

<p>Resolução nº 336, de 19 de fevereiro de 2002</p> <p>Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III.</p>	<p>Abrange as crianças e os adolescentes, quando instituiu o Centro de Atenção Psicossocial destinado às crianças e adolescentes, que possuem algum transtorno mental. O CAPSi foi desenhado para ser referência de 200.000 habitantes em um território, oferecendo serviços ambulatoriais, por meio de atendimentos individuais, grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimento domiciliar, com as famílias, e, na comunidade, como exemplo nas escolas, fortalecendo seu princípio territorial.</p>
<p>Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002</p> <p>Instituir no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser articulado pelo Ministério da Saúde</p>	<p>A partir da observação do aumento de uso do álcool por parte de crianças e adolescentes, passaram a refletir sobre propostas para o público.</p>
<p>Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002</p> <p>Instituir no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser articulado pelo Ministério da Saúde</p>	<p>A partir da observação do aumento de uso do álcool por parte de crianças e adolescentes, passaram a refletir sobre propostas para o público.</p>
<p>Portaria SAS nº 305, de 03 de maio de 2002</p> <p>Aprovar as normas de funcionamento e cadastramento dos CAPS</p>	<p>Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas.</p>
<p>Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003</p> <p>Cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar propostas de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil</p>	<p>Criação de um espaço de articulação intersetorial (Fórum) para dar respostas a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescente</p>

<p>Portaria GM nº 1.947, de 10 de outubro de 2003</p> <p>Aprovar o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência</p>	<p>A portaria surge para evidenciar que o fornecido às crianças e adolescentes, estava aquém das exigências de acesso e equidade ao público. Lança-se a proposta de implementar 70 CAPSi até 200</p>
<p>Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004</p> <p>Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes</p>	<p>Constituiu Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, para funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área. O Fórum Nacional sobre Saúde Mental passou a ser composto por representantes diversos, a fim de promover a integração, a articulação e a interlocução entre instituições</p>
<p>Resolução nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011</p> <p>Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS.</p>	<p>Um dos objetivos da RAPS seria promover cuidados em saúde à grupos vulneráveis. Fazem parte desse grupo, crianças e adolescentes. A RAPS abrangeu o olhar da proteção integral, prevendo diferentes crianças e adolescentes, inclusive, as que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, sendo previsto seu atendimento no CAPS AD. Esta RAPS passou a prever atendimentos de forma intersetorial aos casos de saúde mental, incluindo, o caráter de urgência e emergência, SAMU, UPS, UBS, entre outros. Modalidades de caráter residencial também passaram a ser previstas às crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de alguma substância.</p>
<p>Resolução nº 130, de 26 de janeiro de 2012</p> <p>Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.</p>	<p>O CAPS AD III se destinará ao atendimento de adultos e crianças e, ou, adolescentes, de modo conjunto ou separado. No entanto, para isso deverá se pensar na adequação ao ECA, respeitando-o, como legislações protetivas específica ao público.</p>

<p>Resolução nº 854, de 22 de agosto de 2012</p> <p>Altera a tabela de procedimentos do CAPS.</p>	<p>Estabelece que durante acolhimento/internação em um CAPS, esse período não pode ultrapassar 14 dias. A justificativa se dá para que a crise seja manejada, decorrente a algum sofrimento, transtorno mental ou abusivo de álcool e outras drogas. É justificado, quando existe algum rompimento familiar e, ou Conforme o parágrafo 2º, nos casos que envolvem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso.</p>
<p>Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019</p> <p>Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.</p>	<p>Conforme o parágrafo 2º, nos casos que envolvem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso.</p>

Fonte: autoria própria (2023) com adaptação de Brasil (2004).

Estas legislações demonstraram o processo de implementação dos direitos das crianças e dos adolescentes na saúde mental – reconhecendo-os como sujeitos de direitos na atenção psicossocial – diferente de antes de 2001, onde não há citação ao público em legislações específicas, conforme Brasil (2004). A princípio, a Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216, de 2001), evidenciou um direcionamento específico à saúde mental infantojuvenil, fortalecendo os equipamentos comunitários e do território, segundo a lógica do SUS (RIBEIRO et al, 2017). Porém, também preciso ressaltar que existiram determinantes que contribuíram para uma inclusão tardia³⁰ do público na agenda política de saúde mental, dentre eles, está o próprio histórico protetivo, pois, quando havia a necessidade de intervenção ao público de crianças e adolescentes com algum sofrimento psíquico, ficava a cargo dos setores da assistência social e,

³⁰ Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foi colocado que os problemas vividos por crianças e adolescentes necessitam de atenção. Era um perigo e desassistência, pois, enquanto não há inclusão, existe um reforço às instituições disciplinares, corretivas ou normalizadoras, conforme Couto e Delgado (2017). No capítulo 03 será abordado a temática das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

ou, educação no passado, portanto, era preciso reconhecê-los em outros setores (COUTO; DELGADO, 2015).

A seguir discutiremos sobre atores políticos, que foram importantes para o fortalecimento e implementação das legislações, bem como, para o desenvolvimento de instituições com características mais próximas de um Estado Democrático de Direitos, fundamental para crianças e adolescentes que possuem algum sofrimento psicossocial.

2.2. Conferências Nacionais de Saúde Mental

Revisitar as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) que abordaram ou não o público de crianças e adolescentes é importante, pois, é possível nos aproximarmos da dimensão de previsão, cuidado e proteção social desempenhada aos que possuíam sofrimento psicossocial e institucionalizados historicamente. O uso dos relatórios finais utilizados, visou apreender o momento histórico que foram escritos, o que havia de previsão às crianças e adolescentes - ou, mesmo o que não havia, como foi evidenciado na 1ª e 2ª CNSM -, portanto, serão abordadas 3ª, 4ª e 5ª CNSM, compreendendo o público estudando neste escrito.

Em meados de 2001, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) abordou pela primeira vez, o público de crianças e adolescentes, ou seja, inserindo-os na agenda política da saúde mental, enquanto sujeitos que também possuíam sofrimentos psicossociais, que, portanto, necessitavam previsão no redirecionamento assistencial da saúde mental no país. Nesse sentido, esta conferência é considerada marco para a proteção deste público, uma vez que, haviam sido esquecido duas últimas conferências de saúde mental.

Antes de abordar as contribuições da 3ª CNSM às crianças e adolescentes, serão compreendidos os significados das conferências de saúde no cenário social e político brasileiro, bem como, a sua indissociabilidade com as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Em linhas gerais, as conferências possuem o objetivo de estabelecer uma nova diretriz para uma determinada formação social, com base no exercício democrático imposto politicamente, permitindo o confronto entre opiniões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental e Conferências Nacionais de Saúde não podem ser analisadas isoladamente, sem considerar de algumas organizações destaques históricos e políticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001):

1. 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963: demonstrou a relevância da municipalização

das ações de saúde, enquanto centralidade na política de saúde.

2. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986: delineou os princípios norteadores de um sistema único de saúde.
3. Constituição Federal Brasileira, 1988: promulgou uma construção específica em um capítulo dedicado à saúde.
4. Lei Orgânica de Saúde, 1990: materializou o Sistema Único de Saúde.

Tais marcos democráticos contribuíram para permear e proporcionar a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. Apesar de não abordar diretamente o público infantojuvenil, é importante demonstrá-la, pois, o seu objetivo foi reordenar as forças atuantes no campo da saúde mental, cuja necessidade era realizar transformações radicais. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) patrocinou a Conferência Regional de Caracas, em 1990, dando origem a Declaração de Caracas. Essa organização foi importante, pois, convocou movimentação no continente americano para propor reestruturações à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Tal organização conseguiu atingir nichos que já se preocupavam com a temática. Para atingir outros nichos, a 2ª CNSM é convocada em 1992, onde registrou ampla adesão à nível municipal, estadual e federal. Além disso, também houve forte participação dos usuários e familiares, ampliando a participação no redirecionamento da saúde mental. Dessa maneira, o que se apontava no espaço governamental, também se atentava no cenário internacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em 2001, foi instituído a Lei nº 10.216, de 2001, o que significou a reafirmação do intenso debate precedentemente realizado. Pontua-se que, a medida que foi instituído legalmente tal redirecionamento, desafios para implementação aos gestores públicos e sociedade também foram identificados. É nessa conjuntura, que a 3ª CNSM foi convocada. Há registro que a 3ª CNSM, foi um foro privilegiado oriundo das discussões realizadas na 11ª CNS, que abordou a importância de um financiamento para as ações em saúde mental. O financiamento visava abranger: a supervisão e fiscalização dos serviços psiquiátricos; a criação de novas estruturas com base no princípio da desinstitucionalização; formação de recursos humanos próximos à nova estrutura proposta. Em resumo, a 3ª CNSM, no exercício de propor

marcos norteadores à saúde mental brasileira, de maneira aproximativa aos princípios de equidade e justiça social do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Note, não é possível discutir saúde mental sem considerar outros movimentos que aconteciam paralelamente na saúde. A CNS discutia princípios para a própria saúde no Brasil, enquanto isso, a saúde mental também estava sendo discutida. É pouco crítico, realizar discussões sobre saúde mental sem reconhecer o solo histórico e político, que estava ocorrendo no país. Discutir saúde mental também é falar sobre SUS. Conforme o relatório final da 3ª CNSM, se posicionou favoravelmente ao SUS, porém, este democrático, com acesso amplo, eficaz e com controle social. Dessa forma, a tarefa da 3ª CNSM, quando comparada às duas últimas CNSM, cujo papel era reforçar a compreensão daquilo que foi imprimido nos outros relatórios finais, bem como, aquilo que estava presente nas demandas dos movimentos sociais: 2º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987; Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em 1990; 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992. Eventos considerados fundamentais para a saúde, bem como, para a reforma psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

2.3. O ineditismo da 3ª CNSM: o início da incorporação de crianças e adolescentes

A 3ª CNSM, teve como tema: “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”. O escopo desta conferência, foi a reorientação do modelo assistencial. Essa discussão ocorreu com a participação de diferentes atores sociais: usuários; familiares; representantes dos órgãos públicos; prestadores de serviços da rede privada; entidades dos Direitos Humanos; entidades de representantes de instituições formadoras; Conselhos profissionais; organizações da Sociedade Civil. Tais atores sociais participaram da organização de maneira paritária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A proposta de reorientação assistencial em saúde mental se constitui um terreno em disputa, onde, historicamente, foram marcados pelos avanços, impasses e tensões. Nesse contexto, se caminhava uma redução significativa de leitos psiquiátricos, o fechamento de manicômios que haviam sido identificados como parte das violações aos direitos humanos; o registro de pessoas com sofrimento psicossociais abandonadas ou institucionalizações de longa data, sem convivência em sociedade; o qual demandava a necessidade de reabilitação psicossocial e avanço dos serviços substitutivos; além disso, frente a um modelo manicomial

ainda hegemônico, em que, havia a urgência de redirecionamento de recursos; ampliação da atenção psicossocial, efetivação da desospitalização e desinstitucionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Diante do terreno de contradições, a 3ª CNSM, ciente desse contexto, apontava a necessidade de efetivar a reforma psiquiátrica de maneira urgente. Pois, era necessário a reorientação assistencial na saúde mental, já que, também esta perspectiva se aproximava da implementação do SUS. Tratava-se de um posicionamento: saúde mental na perspectiva antimanicomial, e, também alimentada pelos princípios do novo modelo de saúde, com amplo acesso, com equidade e qualidade. Nesse sentido, o solo histórico desta conferência abraçou alguns posicionamentos. Portanto, contribuiu para que o público de crianças e adolescentes também fosse reconhecido nesta construção. Para isso, tal construção não podia ser realizada de forma isolada, mas, na coletividade, com a presença e força política da rede: sanitária; municipal; territorial; e, comunitária, nas entrelinhas, as redes intersetoriais. Vale lembrar que, uma das pautas da 3ª CNSM era o posicionamento contrário às exclusões sociais, o que significava se contrariar ao modelo manicomial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Se contrapor ao modelo manicomial, pressupõe organização social e política. Dessa maneira, o relatório final da 3ª CNSM, dedica um tempo à discussão referente ao controle social no campo da saúde mental. Em linhas gerais, neste período histórico, controle social estava sendo pensado na reforma sanitária e reforma psiquiátrica. Por meio dos usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil, seja no âmbito municipal, estadual e nacional, além deles, evocava-se presença de comissões especiais, onde estavam inseridos o campo da saúde mental. Todos esses, foram estimulados a serem representantes, que se organizavam com o objetivo de reverter o modelo hegemônico manicomial. No próprio serviço de saúde mental, também havia uma repercussão do controle social, representados por uma participação ativa de diferentes atores sociais em grupos e assembleias. Esse espaço político, precisava ser também propiciado pelos trabalhadores e gestão, para isso, uma formação crítica dos recursos humanos era de fundamental importância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Todas essas orientações descritas no relatório final, também se relacionam ao público de crianças e adolescentes. Pontua-se que, no SUS, crianças e adolescentes ainda não possuíam acesso aos serviços de saúde mental. Nesse sentido, havia a demanda de construir uma atenção à criança e adolescente. No nível macropolítico, a saúde mental estava sendo discutida, pois, haviam demandas latentes, a exemplo, a necessidade de fechar manicômios que violam os direitos humanos, no entanto, evidentemente, cada grupo populacional tinham suas

complexidades e singularidades. O posicionamento apresentado no relatório final, é que a singularidade deveria ser discutida e contemplada. Esse momento foi bastante importante, pois, crianças e adolescentes ocupavam essa condição singular, que tinha uma urgência singular a ser debatida. Isso aconteceu com outros públicos: sujeitos que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas; população em situação de rua (inclusive, crianças e adolescentes); pessoas idosas, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nesta compreensão, se requisitava a garantia de espaços que promovessem saúde mental à públicos que não possuíam acesso aos serviços específicos no âmbito do SUS, como é o caso das crianças e dos adolescentes. Discutia-se, nesse momento, a inserção de crianças e adolescentes na comunidade, na cultura, no lazer, nos grupos de convivência e intersetoriais. Não se discutia a inserção apenas na política de saúde e no SUS, mas também, na política de assistência social, na educação, no âmbito jurídico e protetivo, programas de geração de renda e trabalho – aos adolescentes e jovens, bem como, a reabilitação psicossocial de crianças e adolescentes que saíam dos leitos psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Reconhecia-se a situação de vulnerabilidade das crianças e adolescentes, como sujeitos que estavam em desenvolvimento e necessitavam acessarem seus direitos, assim como, protegidas como um dever do Estado. Nesse sentido, crianças e adolescentes, se aproximavam de outros públicos inicialmente ignorados pelo movimento antimanicomial brasileiro. Portanto, ao lado de populações indígenas, idosos e pessoas com deficiência. Isso repercutiu na agenda política do ano de 2002, onde se salientou a necessidade de criar uma agenda específica para crianças e adolescentes no campo da saúde mental. Um ponto importante que precisa ser destacado neste trabalho, é sobre um registro no relatório final, que pontuava sobre a trivialidade de criar uma política de saúde mental da criança e adolescente, no entanto, por meio da implementação dos CAPSis. Tais serviços deveriam estar balizados pelos princípios da reforma psiquiátrica, como pelo ECA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Não fica claro se a política de saúde mental infantojuvenil estaria materializada e findada na criação do CAPSi, ou, seria a criação de uma política específica às crianças e adolescentes, de forma não coadjuvante à política nacional de saúde mental brasileira.

Outro ponto importante registrado no relatório final, diz respeito sobre a construção de espaços comunitários nos municípios e estados, para que crianças e adolescentes pudessem em oficinas construir cidadania. Se constituiu uma prática importante, pois, isso promoveria a discussão sobre qual política de saúde mental, crianças e adolescentes gostariam, fundamental quando refletimos sobre um público que foi silenciado historicamente. No caso de necessidade

de internação hospitalar, deveriam ser realizadas em leitos psiquiátricos de enfermaria pediátrica, com a presença de acompanhante, sem especificar quem seria. Outro ponto importante, diz respeito aos recém-nascidos, nascidos em maternidades, ou, durante gestação quando havia identificação de algum sofrimento psicossocial, que fossem acolhidos e encaminhados de maneira precoce da criança e assistência às suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sem dúvidas, os trabalhadores da saúde mental, precisavam de formação para o trabalho específico com crianças e adolescentes. Tudo isso, de forma consonante às legislações de proteção à infância e adolescência brasileira do período, isto é, os serviços de saúde mental e trabalhadores tinham que ter formação crítica adequada. Mas, o trabalho com a temática saúde mental infantojuvenil deveria ser explorada, estudada e delimitada apenas nos serviços de saúde mental? No relatório final, fica evidente que não. Também se previa a necessidade de formação/capacitação dos profissionais da educação, já que, estes também assistem crianças e adolescentes, onde importava a construção de uma educação inclusiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Se um dos lemas da 3ª CNSM era o cuidado, solicitava-se que as equipes em saúde mental não fossem omissas frente possíveis violências contra crianças e adolescentes, que possuíam algum sofrimento psicossocial. Alertou-se, inclusive, sobre violências de gênero e tortura contra crianças e adolescentes, e como deveriam ser registradas em prontuário com base no compromisso ético-profissional. Ao final deste documento, em respeito às crianças e adolescentes que perderam suas vidas no manicômio, há um registro de homenagem a adultos, que também foram crianças e adolescentes no manicômio, e, tiveram a morte de suas vidas sociais, mais um posicionamento contrário ao regime manicomial, hospitalocêntrico, excludente e iatrogênico. Outra moção final registrada no documento foi contra a própria Comissão Organizadora da 3ª CNSM, por ter sido identificado a não garantia de participação de usuários e familiares, em comparação aos gestores e profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em suma, a 3ª CNSM, foi de fundamental importância para a saúde mental infantojuvenil. Dessa forma, é identificada de maneira especial no movimento antimanicomial em prol à proteção da infância e adolescência, deixando assim contribuições importantes para os próximos 10 anos até a 4ª CNSM, realizada em 2010. A seguir abordaremos esta conferência e como a mesma se relacionou às crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM-I), foi convocada por

decreto presidencial em abril de 2010, tendo acontecido em Brasília em um período de sete dias. A diferença dessa conferência foi por ter sido intersetorial, dividida em três etapas. Estimase que, 40 mil pessoas tenham participado, em conferências estaduais e municipais. Neste momento, ano de 2010, as conferências nacionais já estavam mais consolidadas, se comparado ao ano de 2001, quando aconteceu a 3ª CNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.4. A importância da intersetorialidade na consolidação de direitos

Em 2010, foi utilizado pela 4ª CNSM-I o seguinte tema: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Tal conferência, foi considerado uma novidade se comparada às outras realizadas, inclusive, mais aproximada à realidade e exigências da sociedade. Essa compreensão aconteceu, pois, diferente das outras CNSM, onde houve uma presença importante de trabalhadores em saúde mental, movimentos sociais da luta antimanicomial, pessoas especializadas e específicas do campo. No entanto, em 2010, foi convocado a presença de pessoas que não estavam diretamente ligadas à saúde mental, mas, que tinham contribuições e potencialidades para contribuir à discussão do tema. Nesse sentido, a 4ª CNSM é conhecida pelo esforço intersetorial. Porém, o cenário era outro, se comparado à 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A diferença entre 2001 para 2010, estava relacionada à compreensão já existente da população brasileira, acerca dos avanços conquistados e concretos na saúde mental e da rede de serviços comunitários. Diferentemente da 3ª CNSM, pois, a população ainda estava compreendendo e requisitando a reorganização assistencial da saúde mental. Nesse sentido, se a população reconhecia os avanços na saúde mental, também identifica as lacunas de uma forma mais crítica. A demanda por uma conferência intersetorial foi levantada por conselheiros de saúde brasileiros, em momento que o debate específico sobre alguns temas na política de saúde havia sido desestimulado no cenário nacional. É descrito neste relatório final, que foi fundamental a participação da população ao ter se organizado na Marcha dos Usuários de Saúde Mental de Brasília no ano de 2009, o que estimulou a 4ª CNSM-I (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Alguns fatores proporcionaram a realização da 4ª CNSM-I, conforme o relatório final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

- ampliação e difusão territorial dos novos serviços de saúde mental, alinhado ao

aumento dos trabalhadores em saúde mental, porém, com o exercício profissional em condições de trabalho precarizadas e terceirizadas, no entanto, também envolvidos politicamente com a área;

- diversificação dos movimentos antimanicomiais;
- organizações médicas, em específico, psiquiatras, com ênfase no modelo biomédico, e clara organização em oposição à reforma psiquiátrica;
- o desequilíbrio entre o aumento de serviços públicos da saúde e a formação de profissionais psiquiatras para a atuação no serviço público;
- o pânico proporcionado à população acerca do uso de crack, o que gerou significativas pressões em favor à internações hospitalares como a única resposta [solução], sendo uma medida asilar;
- quantidade pequena de dias para a realização da CNSM, em razão do calendário eleitoral de 2010.

De modo geral, se percebe uma transversalidade sobre a saúde mental nesta conjuntura, que a existência de dois elementos, conforme o relatório final: o da complexidade e o da institucionalidade. Segundo registro, havia uma coesão maior dentro do movimento de reforma psiquiátrica, e, portanto, do movimento de luta antimanicomial. Os conflitos e tensões eram mais expressivos, menos nublados. O relatório final evidencia que essas contradições, inclusive, dificultaram a organização do evento, em alguns municípios e estados. Apesar destas dificuldades, 1.200 municípios participaram da CNSM, onde usuários e famílias ocuparam lugares de fala importantes. De maneira coerente, a 4ª CNSM-I defendeu a intersetorialidade; interdisciplinaridade; interprofissionalidade; como componente fundamental para a integralidade do cuidado em saúde e em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre eles e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, P. 9).

O fragmento acima, demonstra a importância da articulação com outras políticas sociais e movimentos, o que teria sido estimulado pela 4ª CNSM-I. Para além disso, também significou o amadurecimento da articulação política, favorecendo assim, a intersetorialidade e próprio controle social previsto pelo SUS. Pautas como superação do modelo asilar, a participação de usuários e famílias como controle social e construção de rede substitutiva diversificada e

intersetorial, estiveram presentes na 4ª CNSM-I como recomendações à saúde mental, mas, também a outros campos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Alguns posicionamentos foram registrados no relatório final da 4ª CNSM-I. Entre eles, a recusa à terceirização dos serviços de saúde mental, portanto, favorável à assistência integral e universal. Nessa perspectiva, coadunava implantar e implementar serviços de saúde mental nos municípios e estados, com atendimento integral às crianças e adolescentes aos idosos. No entanto, o relatório final também salientava que a diversidade do território brasileiro deveria ser levada em conta, já que, há territórios menores que o financiamento não é previsto a criação de CAPS, dessa maneira, se faz necessário atender as necessidades desses locais conforme sua realidade. É neste sentido, com atenção aos detalhes, que a 4ª CNSM trouxe esta recomendação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outro ponto exaltado neste escrito, teria a reafirmação à educação permanente nas esferas governamentais. Nesse ponto, para as crianças e adolescentes, se incentivou a capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Primária em Saúde, com ênfase no sofrimento psicossocial do público. Outros profissionais que são alvo dessa compreensão seria os pediatras e outros profissionais de saúde, para que façam diagnósticos e intervenções precoces. Quando inseridos em hospitais gerais, que crianças e adolescentes possam receber atendimento humanizado e em leitos de pediatria. O hospital geral é pensado principalmente em municípios e cidades pequenas do Brasil, consideradas com vazio assistencial. É também no leito de enfermaria pediátrica, onde podem ser realizados procedimentos de desintoxicação, no caso de uso abusivo de álcool e outras drogas na infância e, ou, adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Compreende-se que a 4ª CNSM acompanhou as recomendações da 3ª CNSM, cujo apontamento realizado era ter uma agenda política prioritária às crianças, adolescentes e jovens, de maneira integral e intersetorial. Isso seria garantido por uma rede pública de saúde mental distribuída no território brasileiro, de base comunitária e com base no ECA, os mesmos princípios da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental no SUS. Nessa rede, se compreende que os casos graves também devem ter prioridade, onde o acesso deverá ser garantido como um direito inalienável. Este acesso deve ser pensado em bases intersetoriais. Um dos representantes desta rede é o CAPSi, sendo reafirmado no relatório final, como um

dispositivo importante nas demandas em saúde mental, capaz de construir e ordenar ações no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A partir do conjunto de deliberações foram salientadas algumas diretrizes para as crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

1. Expansão das estratégias de desinstitucionalização de crianças e adolescentes, de forma que as estratégias sejam qualificadas. A desinstitucionalização precisa ser garantida com base da assistência integral e multidisciplinar. Nessa conjuntura, são abordadas com a finalidade desse público pertencer suas famílias ou comunidade. Outro público assistido por esta lógica, são adolescentes que cumprem ou são egressos às medidas socioeducativas, onde a saúde mental destes deve ser garantida. Essa medida garantiu a revisão de diversas internações ilegais, segundo o relatório final.
2. Fortalecimento das políticas intersetoriais, cujo objetivo está na integralidade das ações e promoção de saúde e saúde mental . Um ponto importante trazido no relatório final, diz respeito ao uso indiscriminado dos psicofármacos nas crianças e adolescentes, inclusive, demonstrando o risco.
3. Articulação intrasetorial (CAPSi, Ambulatórios, Centros de Convivência, Casas de Passagem, escolas, UBS, Conselho Tutelar, Direitos Humanos, entre outros) e com os hospitais gerais. Os hospitais gerais, são definidos para receberem crianças e adolescentes em crise, respeitando o ECA e princípios da reforma psiquiátrica.
4. Consolidar o fundamento da intersetorialidade em outras políticas sociais: assistência social, educação, justiça e direitos. A rede deve ser construída nos três níveis governamentais. A manutenção da rede deve acontecer de maneira diversificada.
5. Destinação financeira compatível com as necessidades específicas das crianças e dos adolescentes. O relatório final, enfatiza principalmente o financiamento do tratamento e cuidado de crianças, adolescentes e jovens que façam uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, recurso financeiro, estrutural e institucional deveria ser previstos para que a garantia dessas condições fossem garantidas.

São descritas ações de promoção, proteção e prevenção às crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial de maneira bem mais contundente e enriquecida, se comparado às outras legislações de proteção infantojuvenil. A Lei 10.216, de 2001, é reafirmada pela 4ª CNSM-I e outros assuntos extremamente fundamentais para as crianças e adolescentes:

racismo, bullying na escola, violência à crianças e adolescentes, cidadania, uso abusivo de álcool e outras drogas, medicalização da infância, ideação e tentativa de suicídio, entre outros. Assuntos urgentes na fase etária estudada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Por fim, a 4ª CNSM-I, repudiou no formato de moção, o descumprimento do ECA, o que viola o direito à saúde, o que provoca a fragilização ou inexistência dos serviços dos princípios do ECA. Em tempo, denunciou o uso da medicação psiquiátrica durante a infância, porque muitas das vezes é utilizada como contenção, seja química, controle e punição, mecanismos manicomial sob a luz da reforma psiquiátrica. O cumprimento às legislações de proteção à infância e adolescência é requisitado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As Conferências Livres são um instrumento de participação, com o objetivo de ampliar a participação em espaços coletivos, ocupados para aprender, debater e compartilhar decisões. Nesse sentido, as Conferências Livres não são um ineditismo na conjuntura política brasileira. A importância das Conferências Livres na atual conjuntura, sem dúvidas, é reforçar o princípio democrático, que possibilita a participação de diferentes atores sociais, mesmo aqueles que estavam mais distantes das discussões, tendo em vista que, as características da Conferência Livre se aproximam do princípio de liberdade; diversidade; e, inovação. O espaço para a realização dessa conferência pode ser mais informal, ao ar-livre, online, entre outros, a maior importância é a acessibilidade do local. Outro fator importante é a linguagem, que deve estar próxima a realidade daquele grupo (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009).

2.5. É momento de luta!

A 17ª CNS foi convocada sob a seguinte temática: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”. Em seu relatório final, neste momento ainda preliminar, algumas pautas sobre a saúde mental foram explicitadas por meio de diretrizes enviadas ao Ministério da Saúde, visando a inserção no Plano Plurianual (PPA) e Plano Nacional de Saúde (PNS), isso em defesa da vida e da democracia muito importante na conjuntura antidemocrática e conservadora vivenciada. Como já explicado anteriormente, existe uma correlação direta entre a CNS e CNSM. Na ocasião, a 17ª CNS contribuiu para a organização da 5ª CNSM, treze anos após a realização da 4ª CNSM-I (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Ressalta-se que, a 5ª CNSM Domingos Sávio está prevista para os dias 11 a 14 de dezembro de 2023. No momento desta escrita, não há relatório final para a discussão no

trabalho, porém, existe alguns apontamentos para esse evento. O tema escolhido para a conferência é a seguinte: “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”, e, contará com financiamento da União, situação que não acontecia até 2022. Vale lembrar que, as CNSM possuem etapas anteriores de realização, que foram realizadas nas esferas governamentais, por meio de Conferências Livres, que pode ampliar a participação de usuários dos serviços de saúde na CNSM. A realização destas deveria ser comunicada à Comissão Organizadora até setembro de 2023 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023c).

Visava-se ampliar o atendimento na Atenção Primária a fim de promover, prevenir e recuperar saúde. Novamente, o incentivo à capacitação da formação profissional aparece, bem como, a participação dos usuários e famílias. Revisitar tais bases será o objetivo central da 5ª CNSM, que visa avaliar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), mas também, contribuir para a execução da política com o aval do Governo Federal, principalmente, em razão da existência de um cenário preocupante no campo da saúde mental, mais aparente no pós-pandemia da COVID-19 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2023c).

A importância do controle social é (re)afirmada neste preparativo para a 5ª CNSM, pois, se a organização vai executar a PNSM, significa que, o terreno da saúde mental está em disputa, mas, também, há uma abertura para se levantar pautas antimanicomiais que estavam arrefecidas pelo contexto antidemocrático e desfavorável. Em suma, no presente escrito também buscou-se acompanhar a organização política das crianças e dos adolescentes brasileiros. Nessa conjuntura, serão apresentadas a seguir, as informações sobre a Conferência Nacional de Saúde Mental das Adolescências e das Juventudes, também intitulada como Conferência Livre Pode Falar!

A Conferência Livre Pode Falar foi desenvolvida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da parceria da Rede Pode Falar. No dia 28 de setembro, em formato híbrido (presencial e online) aconteceu esta conferência de maneira nacional. Antecipadamente, o objetivo da Conferência Pode Falar era pensar, organizar e indicar propostas para a 5ª CNSM, dividindo o grupo presente em 05 eixos temáticos (UNICEF, 2023):

- **Eixo 1** – Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania;
- **Eixo 2** – Gestão, Financiamento, Formação e Participação Social na Garantia de Serviços de Saúde Mental;
- **Eixo 3** – Política de Saúde Mental e os Princípios do SUS: Universalidade

Integralidade e Equidade;

- **Eixo 4** – Impactos na Saúde Mental da População e os Desafios para o Cuidado Psicossocial Durante e Pós-Pandemia.

A Conferência Livre Pode Falar, foi organizada da seguinte maneira: no período matutino, desenvolveu-se pautas embasadas nos eixos temáticos acima, com o intuito de levar para a discussão no período vespertino. Neste mesmo período, havia pontos de mobilização presencial nas seguintes capitais brasileiras: Manaus – AM; Maceió – AL; Fortaleza – CE; São Luís – MA; Campo Grande – MS; Recife – PE; e, 05 lugares no Rio de Janeiro – RJ. A partir da mobilização presencial e online, foram votadas 12 propostas para a apresentação na 5ª CNSM, conferência responsável que recomendaria ações para as políticas públicas nos próximos anos, desse modo, momento muito importante para a saúde mental infantojuvenil (UNICEF, 2023).

Além de reunir propostas, nesta Conferência Livre foram eleitos 10 delegados e 03 suplentes para a representação da faixa etária, no debate da 5ª CNSM. As idades dos delegados variaram dos 13 a 24 anos, e, foram escolhidos por meio de votação e participação dos Núcleos de Cidadania de Adolescentes (NUCAS) (UNICEF, 2023).

A criação dos NUCAS, foi uma combinação entre UNICEF e ECA, com o objetivo de criar espaços comunitários para que o público de crianças e adolescentes tivessem mais participação da cidadania, visando a garantia da representatividade. Os NUCAs são formados por pessoas de comunidades que fazem parte do Selo UNICEF, onde algumas temáticas prioritárias necessitam de priorização (SELO UNICEF, ano desconhecido).

2.6. Impasses à direção de uma política específica de saúde mental infantojuvenil

Algumas medidas adotadas pelo Estado brasileiro, contribuíram para a fragilização da saúde mental infantojuvenil, uma vez que, dificultaram ainda mais o processo de implementação de uma política específica voltado ao público em questão, por desvencilharem-se da complexidade e singularidade das crianças e adolescentes.

O golpe orquestrado no Estado brasileiro em 2016, momento em que houve a destituição da ex-presidenta Dilma Roussef, não foram identificadas participações da sociedade civil. Esse momento, marco de ataque à democracia brasileira, contribuiu para a existência de cenário político para impasses e retrocessos às legislações que abordavam saúde mental. Por meio da

Resolução nº 32 e da Portaria nº 3.588 (REVOGADA)³¹, ambas instituídas em 2017, foram incorporados hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas nas ações desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais legislações representaram alterações significativas no escopo normativo da saúde mental, pois, representaram impasses à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Mesmo com inúmeros avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, alinhada à outros movimentos, como a Reforma Sanitária, alguns impasses ainda são frequentes. Como supramencionado, em 2016, a política de saúde mental brasileira sofreu modificações [retrocessos]. De maneira concisa, houve um (des)acrécimo à RAPS, quando se instituiu hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Significa que, há um retorno ao incentivo de práticas asilares e tutelares, em detrimento aos serviços abertos, de base territorial e substitutivos. Tal situação, representava um posicionamento contrário à perspectiva de desinstitucionalização, fazendo com que, mesmo com a Reforma Psiquiátrica continuasse a ter permissão de internações de crianças e adolescentes, muitas vezes, distantes de ações emancipatórias e de (re)produção de cuidado em liberdade e integral a esses sujeitos, que possuem direitos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022).

A inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, representou na perspectiva da luta antimanicomial, como um cenário de retrocesso à política de saúde mental, alinhada ao princípio de desinstitucionalização. Neste espaço, ocorre uma psiquiatrização de questões sociais, não ficando evidente os motivos para internação em hospital psiquiátrico. Braga e D'Oliveira (2022) realizam um estudo sobre o circuito do controle do hospital psiquiátrico às crianças e adolescentes. Segundo as autoras, as institucionalizações em hospitais psiquiátricos, ocorrem para algumas crianças e adolescentes. Característica esta, que decorre do processo histórico de institucionalização deste público. Adolescentes negros, de baixa classe socioeconômica, fora da escola, façam uso de álcool e outras drogas, e, por fim, aqueles que são um “risco para si e para os outros”, representam a existência do circuito do controle praticada nos hospitais psiquiátricos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022).

A justificativa para a internação em hospitais psiquiátrico, embasada na seguinte justificativa: “risco para si e para os outros” é estudada pelas autoras Braga e D'Oliveira (2022), como a justificativa que permitirá a condição para a internação no hospital psiquiátrico, aliado

³¹ A portaria foi revogada em março de 2023, com o objetivo de interromper a habilitação de serviços não alinhados ao modelo da rede de atenção em saúde mental. Na revogação, surgiu a necessidade de instituir grupos de trabalho, dentre eles um que se destina a saúde mental de crianças e adolescentes, conforme o Ministério da Saúde, em Brasil (2023).

ao diagnóstico médico. As autoras, revisitam o termo risco na psiquiatria, informando-nos que risco se relaciona a periculosidade social, onde ocorre a descontextualização e simplificação das contradições da vida. Dessa forma, àquele que está fora ou no limite das normas sociais, são conhecidos como desviantes. A característica de desvio, desconsidera contexto, história, rede de relações sociais, o território em que se vive, e, mesmo a possibilidade de vida e de existência, conforme as autoras. Nesse sentido, a institucionalização é justificada com tais características e reforçada pelo diagnóstico médico (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022).

A existência do hospital psiquiátrico é justificada pelo cerceamento da vida e pelo circuito do controle, segundo Braga e D'Oliveira (2022). Porém, o hospital psiquiátrico não se basta, inclusive, em 2016, foi inserido em uma rede de atenção psicossocial, pois, se compreende que existam dependências recíprocas entre as instituições, representantes diversas da: saúde, justiça, assistência social, entre outras. Dessa forma, estar inserida em uma rede fortalece esse circuito do controle. Ainda segundo as autoras, qualquer “falha na rede”, no funcionamento dos serviços da rede, resulta em internações em hospitais psiquiátricos. Note, esse funcionamento ocorre no solo da Reforma Psiquiátrica brasileira. O enfretamento a este funcionamento, seria por meio do fortalecimento da rede de serviços territoriais (aberto e substitutivos) em saúde mental, o cuidado em liberdade, o exercício da cidadania (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022).

As internações de crianças e adolescentes em espaços asilares, se justificaram historicamente pelo desvio das normas sociais, e, reforçadas pelo diagnóstico médico. Portanto, estar atento às reproduções de práticas institucionais asilares e tutelares, é importante para a saúde mental infantojuvenil com características que afirmem os direitos e fortaleça os serviços substitutivos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2022). Nesse sentido, outra instituição que requer análise são as Comunidades Terapêuticas³², instituições que também passaram a compor a

³² As Comunidades Terapêuticas (CT) surgiram na Grã-Bretanha na década de 1940. Maxwell Jones foi o autor do termo: Comunidade Terapêutica, instituição destinada ao tratamento psiquiátrico. Jones, também contribuiu por transformar um espaço hospitalar de uma instituição chamada Hospital Henderson. Por meio do tratamento de ingleses ex-prisioneiros de guerra, ocorreu a transformação de um espaço psicossomático para o campo social. Significa dizer que, esses sujeitos foram percebidos e reconhecidos como agentes importantes para a cura ou tratamento, ou seja, por meio do encontro entre sujeitos e a coletividade, ex-prisioneiros de guerra se ajudavam, ultrapassando a condição psicossomática, inclusive, para se pensar as estruturas institucionais, visando a modificação social e cultural. Entretanto, com o passar das décadas, as Comunidades Terapêuticas (CT), da maneira como a conhecemos hoje, se aproxima de uma instituição que procura dar resposta ao aumento do uso de álcool e outras drogas, e sob a justificativa de ineficiência das políticas públicas, e, tudo isso de maneira asilar, moralista, conservadora, sob a lógica da abstinência e religiosidade (CÉZAR; COELHO, 2017).

RAPS, considerado um impasse para a implementação da Reforma Psiquiátrica (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRP, 2008).

Geralmente, os adolescentes estão mais inseridos em Comunidades Terapêuticas, onde suposta a sua “reeducação” é trabalhada, com base na espiritualidade, trabalho e disciplina. A influência religiosa é uma característica marcante nas CTs, pois, se apresenta na estrutura física, com a presença de capelas, imagens religiosas, entre outras; como também, nas atividades que serão oferecidas às pessoas institucionalizadas, independentemente de sua religião/espiritualidade, por meio das missas, crismas, orações antes das refeições, entre outros. Tais atividades, são justificadas aos adolescentes para transmitir valores, estabelecer limites e moldar comportamento. Outro elemento que faz parte do processo supostamente terapêutico, é a laborterapia, que nada mais significa que, o trabalho como forma de tratamento, para ensinar disciplinar. Todas atividades da CT, são realizadas pelos acolhidos da instituição, obviamente, sobre a explicação de moldar comportamento e dar disciplina. Não existe contrapartida financeira, isto é, de salário (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRP, 2008).

A tríade espiritualidade, trabalho e disciplina também é atribuída aos adolescentes. Já considerados precedentemente como “aborrecentes”, ou seja, impaciente, transgressor, violenta, invalidando sua existência por completo por estar vivendo esta fase etária. Percebera, estas características são atribuídas aos adolescentes, que são alvos em uma CT, mas, na contramão da proposta de desinstitucionalização e da própria luta antimanicomial. O fragmento a seguir demonstra a visão sobre a adolescência nesses espaços regidos pela lógica da “reeducação”. Apesar de tentar realizar apontamentos sobre questões sociais que atravessam a infância ou adolescência, não há compreensão que passe pela via crítica, mas, pela moral e pela necessidade de corrigir para adequar às normas sociais (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRP, 2008):

Todas as adolescentes que são encaminhadas pra casa têm um comportamento anterior que já era uma droga. Elas não sabem fazer nada, só aquilo que é errado. Então o que nós precisamos, é ter coragem para impor limites a elas, com toda caridade e entendendo o lado dessas adolescentes, por que são todas meninas que tiveram marcas em sua infância [...] e que hoje precisam ser amadas, corrigidas e ensinadas, por que não sabem nada, só aquilo que é errado, com firmeza e colocando limites (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRP, 2008, P. 363).

Identifica-se respostas doutrinadoras e não às necessidades sociais, sem emancipação humana. A moldura oferecida ao adolescente é por meio da conversão ou para o trabalho, muitas vezes, apenas para uma outra CT. Desse modo, se constitui um espaço ortopédico, que

molda para um fim específico, que não é o do sujeito e da garantia da liberdade e de seus direitos. (RAUPP; MILNITISKY-SAPIRP, 2008).

O incentivo aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, trazidos pelas legislações supramencionadas, precisam ser analisadas, pois, significaram a imposição de serviços de saúde mental à lógica asilar, além de serem espaços dispendiosos, operam no ataque às políticas públicas, sendo colocadas como ineficazes, o que é pertinente à perspectiva neoliberalista. Muitos avanços da reforma psiquiátrica, ainda estão sendo estavam sendo implementados, porém, não é possível eliminar as disputas de interesses relacionadas nesse cenário político.

Entre impasses, a política de saúde mental, necessita de organização dos movimentos políticos para posicionamento contrário a tais impasses à saúde mental, o que repercutiu na lei nº 3.588, de 2017 que foi revogada, após diferentes movimentações políticas contrárias. No entanto, esta organização não se apresentou similarmente na saúde mental infantojuvenil, uma vez que, o FNSMIJ sofreu um esvaziamento desse dispositivo de representação, em que, deu visibilidade para a temática. Ainda se identifica a necessidade de permanência e vigilância das organizações social em prol da Reforma Psiquiátrica.

O autor Jairnilson Paim (2018) descreve sobre os ataques e a falta de prioridade como situações comuns no SUS. Isso ocorre, na explanação do autor, em razão do tensionamento provocado pela crise econômica e por políticas de austeridade fiscal, principalmente, após a Emenda Constitucional 95, de 2016, que congelou os gastos públicos com saúde por 20 anos no Brasil. Tais movimentos contrahegemônicos no SUS, afetaram a política de saúde mental, assim como, o campo infantojuvenil, uma vez que, estas dinâmicas esvaziaram a Atenção Psicossocial, e, resgataram o aprimoramento da Atenção Asilar (FERNANDES et al, 2020).

Os impasses, também foram proporcionados pelo próprio Estado, e, prejudicaram o estabelecimento integral da Reforma Psiquiátrica brasileira, além disso, o desgaste da luta antimanicomial. Phillippe Pelbart (1989b, P. 132, grifos nossos) nos alertava quanto a isso antecipadamente, pois, não bastava uma sociedade sem manicômios, quando os “loucos” não se livraram de outro manicômio, o manicômio mental, que ainda enclausura a desrazão, como podemos ainda verificar com os “[...] homossexuais, índios, *crianças ou outras minorias*” (PELBART, 1989b). Significa dizer que, a construção e efetivação dos direitos precisa ser permanente, no entanto, se apresenta temeroso as interrupções.

CAPÍTULO 3 – SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

3.1. Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil

A necessidade em responder as demandas de cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental foi materializada na instituição do Fórum Nacional sobre Saúde Mental InfantoJuvenil (FNSMIJ) no ano de 2004, através da Portaria nº 1.608. Esse ano, passou a ter uma agenda extensa e urgente, no que diz respeito às crianças e adolescentes, se identificada a necessidade de construir uma política intersetorial, com aprofundamento das ações intersetoriais em áreas como justiça, direitos humanos e saúde (BRASIL, 2004).

A necessidade de ampliar as iniciativas em prol da reforma psiquiátrica à crianças e adolescentes é uma situação sinalizada desde a Portaria SAS nº 189, de 2002, onde se estimulava a abertura de fóruns estaduais e municipais para a discussão de saúde mental ao público infantojuvenil, na ocasião se pontuava a alta frequência de transtornos psicossociais e necessidades de ampliação da cobertura e assistência ao público. Além disso, à nível internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentivava ações intersetoriais (FÉLIX, 2016).

Antes do FNSMIJ, foi criado por um Grupo de Trabalho (GT), com o objetivo de contribuir para discussões importante que formaram o FNSMIJ significativamente. O FNSMIJ significou um espaço, cuja função seria fortalecer o tema e consolidar as redes de serviços, em uma nítida tentativa de (re)direcionamento político específico ao público infantojuvenil. A proposta era que o fórum fosse um espaço contínuo de: discussão, articulação e interlocução de diferentes atores sociais, tais como, o âmbito jurídico, governamental, civil, e, inclusive, da filantropia. Todas essas ações para envolver o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil, e produzir conhecimento. Também se visava refletir sobre uma concepção abrangente de saúde mental, para que o Estado e Sociedade Civil pudessem se responsabilizar (FÉLIX, 2016).

Nesse período, foi pontuado que o maior desafio para a construção de uma política de saúde mental infantojuvenil, seria construir uma política que considerasse as peculiaridades e necessidades das crianças e dos adolescentes, fundamental quando refletimos no histórico protetivo desse público. Outro desafio, posto seria ter uma política que se aproxime dos princípios do SUS, o que denota a importância de reforma psiquiátrica e reforma sanitária

caminharem juntas (BRASIL, 2005a). Durante anos, a temática da saúde mental infantojuvenil passou despercebida. Identifica-se que, no ano de 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) é que se iniciaram, as deliberações se aproximaram da saúde mental infantojuvenil, além disso, por meio dos princípios do ECA e Reforma Psiquiátrica. Esse evento é importante, pois, é considerado o pontapé da saúde mental infantojuvenil como política pública (FÉLIX, 2016).

O risco de não considerar as peculiaridades das crianças e dos adolescentes, bem como, os princípios do SUS, favorece lacunas. Tais lacunas, dizem respeito à criação e fortalecimento das instituições totais, ou seja, de uma lógica asilar, na qual distancia o público infantojuvenil da reinserção familiar, social, cultural e política. Historicamente, sabe-se que, as lacunas receberam respostas das instituições privadas ou filantrópicas, fazendo com que crianças e adolescentes tivessem nessas instituições, como únicas opções de intervenção. Dessa maneira, se compreende que, o Estado brasileiro deve assegurar a proteção social, inclusão, promoção e garantia dos direitos sociais das crianças, adolescentes e suas famílias. Para isso, existe uma necessidade de construção e fortalecimento de uma rede ampliada de atenção em saúde mental infantojuvenil, que esteja pautada na intersetorialidade (BRASIL, 2005a).

O FNSMIJ realizou algumas recomendações entre o ano de 2005 a 2012, tais apontamentos estiveram alinhados a Lei 10.216/2001 e III Conferência Nacional de Saúde Mental. A seguir, no Quadro 4, será demonstrado tais recomendações de forma concisa do ano de 2005 a 2012, última edição do FNSMIJ (BRASIL, 2014).

Quadro 4 - Recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2005 a 2012).	
Recomendação n. 1, de 2005. Rio de Janeiro.	<ul style="list-style-type: none"> · Diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional: 1) criação de serviços de base territorial, a exemplo, o CAPSi; 2) afinar saúde mental infantojuvenil às atuais diretrizes da política nacional de saúde mental; 3) fortalecer rede de apoio comunitária e familiar; 4) articulação corresponsável com diferentes setores públicos que compõem a rede.
Recomendação n. 2, de 2006. Curitiba.	<ul style="list-style-type: none"> · Tema: A articulação dos campos da saúde e do direito nas políticas e nas práticas públicas de Atenção à Infância e à Adolescência. · Carta de Curitiba: A carta registra que existe um quadro atual de abandono da infância e da adolescência, que é resultado de um longo período, articulado, nocivo e eficiente processo de privação, que relacionou

	<p>infância e adolescência ao controle social e não aos direitos, tudo isso sob uma lógica punitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> · O FNSMIJ se posicionou contrário à qualquer projeto que fale sobre atribuir responsabilidade legal ao público, com a intenção e lógica punitiva.
<p>Recomendação n. 3, de 2006. Salvador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Propôs investigar o nível de incidência de jovens em medida de internação que possuem algum transtorno mental. · Carta de Salvador: · O FNSMIJ enfatizou o risco de patologização do fenômeno da infração. · Dados científicos supostamente “neutros” desconsideram o processo histórico de exclusão social da população pobre no país. · Necessário engajamento dos gestores estaduais e municipais. · Realizou escuta de movimentos da comunidade. · Reforçou a importância da intersetorialidade. · Estímulo à pesquisa científica sobre saúde mental infantojuvenil, para evitar a patologização dos problemas sociais. · Importância do CAPSi no território.
<p>VI Reunião Ordinária, 2006. Brasília.</p>	<p>Declaração de Brasília:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Defesa do direito da criança e do adolescente sobre o atendimento integral e intersetorial em saúde mental. · Dever dos gestores públicos em promover ações de atendimento e cuidado, que respeite a Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Convenção Internacional dos Direitos das Crianças, Política Nacional de Saúde Mental e Plano Nacional de promoção, proteção e defesa do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária. · Rede pública ampla de saúde mental. · Expansão da rede de atenção: CAPSi e CAPS AD, aliado a Atenção Primária em Saúde, com o suporte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e instituições do direito, justiça, cultura e lazer. · Qualificação de recursos humanos. Oferta de cursos, extensões e especializações, com foco nos pediatras, neurologistas, enfermagem, clínico geral, psicologia, psiquiatria e serviço social. · Criar grupo de trabalho em locais como regiões ribeirinhas e do sertão. · Articulação necessária entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação: para fomentar residências médicas em psiquiatria infantil e residências multiprofissionais em saúde mental infantojuvenil. · Melhorar financiamento. · Produção de conhecimento, informações, qualificações e difusão da política de saúde mental.
<p>VII Reunião Ordinária, 2007. Rio de Janeiro.</p>	<p>Tema: Redes de cuidados na perspectiva da intersetorialidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Acionar os recursos dos territórios.

	<ul style="list-style-type: none"> · Necessidade de construção de ações de caráter intersecretarial e interministerial. · Necessidade de reuniões com educação, educação especial, justiça, conselhos tutelares, assistência social. · Educação inclusiva: alertar sobre a medicalização e inconsistência dos diagnósticos. · Acolhimento institucional e saúde mental. · Medidas socioeducativas e saúde mental. · Saúde mental e atenção primária em saúde: necessidade de articulação com o programa saúde da família. · Importância de ações de geração de trabalho, renda, cultura, lazer e etc.
<p>VII Reunião Ordinária, 2009. Brasília.</p>	<p>Tema: Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alinhamento de pressupostos éticos e políticos. · Importância de uma rede [pública] ampliada. · Posicionamento sobre o sistema socioeducativo e saúde mental, álcool e outras drogas: contrários à redução da maioria penal. · Discussão sobre redução de danos. · Necessidade de despatologizar o consumo de drogas. · Intervenção eficiente do Estado democrático para a superação de situações de extrema vulnerabilidade.
<p>IX Reunião Ordinária, 2012. Brasília.</p> <p>Último FNSMIJ.</p>	<p>Tema: Desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).</p> <p>· Carta de Brasília: Visou qualificar o debate sobre a RAPS e seus pontos de atenção, formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens, fortalecendo a garantia de direitos e o protagonismo juvenil.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Foi debatido sobre uso indiscriminado de psicofármacos, autismo, preocupação com processos de institucionalizações e demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. · 41 propostas foram deixadas nessa reunião.

Fonte: autoria própria, com adaptação de Brasil (2014).

Couto e Delgado (2015) consideram que a política dos novos tempos da saúde mental infantojuvenil brasileira foi assumida pelo FNSMIJ, de maneira política, clínica e intersetorial. Nas oito edições do fórum, realizadas entre 2003 a 2012, registraram várias temáticas, que representavam os usuários (crianças e adolescentes), famílias e comunidades. Através das funções do FNSMIJ, representadas pelo diagnóstico de situações, estabelecimento de estratégias, articulação intersetorial, avaliação de resultados e implantação das redes ampliadas

de cuidado, ao longo dos anos [2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009 e 2012] reuniu-se os seguintes temas, segundo Couto e Delgado (2017):

- institucionalização de crianças e adolescentes;
- articulação do campo da saúde e do direito à infância e adolescência;
- situação de risco de crianças e adolescentes;
- sofrimento psíquico na infância e adolescência e na necessidade do cuidado em rede;
- intersetorialidade;
- uso indevido de álcool e drogas;
- desafio na implantação da RAPS.

Tais pautas inseridas na agenda política da saúde mental infantojuvenil, foram organizadas por diferentes atores sociais, e, representavam temáticas importantes para o âmbito nacional. O escopo de tais discussões e documentos produzidos nas reuniões do FNSMIJ, tinham destinatários estratégicos, como: gestores, equipes e serviços de saúde mental (BRASIL, 2014). Couto e Delgado (2015) descrevem que essa função interventiva do FNSMIJ, como uma potencialidade, inclusive, contribui para que essa organização funcionasse como agente da gestão de políticas públicas.

O último FNSMIJ convocado pelo Ministério da Saúde, aconteceu em 2012, onde 41 propostas foram desenvolvidas e registradas (BRASIL, 2014). Apesar de não se tratarem normas legais – assim como as recomendações – as propostas são importantes para nos aproximarmos dos posicionamentos, orientações e prováveis construções da rede de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, tais propostas foram o último registro formal do Fórum (FÉLIX, 2016).

A seguir, apresentamos as propostas desenvolvidas pelo FNSMIJ na IX Reunião Ordinária de Brasília em 2012, de modo adaptado para a apreciação do documento (BRASIL, 2014):

- 1) Induzir a formação de fóruns de saúde mental infantojuvenil locais, estruturais e regionais para divulgar as recomendações do FNSMIJ;
- 2) Criar mecanismos de financiamento intersetorial, priorizando as necessidades de cada

território;

- 3) Identificar o que já foi implementado das proposições e o que não, aquilo que não foi realizado, buscar investigar o motivo;
- 4) Pautar “vazios assistenciais” na atenção à saúde mental álcool e outras drogas, para levar ao próximo FNSMIJ;
- 5) Ampliar o debate em saúde mental infantojuvenil sem se restringir ao tema de álcool e outras drogas;
- 6) Garantir a participação de jovens nos fóruns, com o objetivo de formar multiplicadores sobre os conhecimentos;
- 7) Inserir crianças e adolescentes na Comissão Organizadora dos fóruns;
- 8) Tornar as reuniões e espaços coletivos mais atraentes ao público infantojuvenil;
- 9) Prioridade na Atenção Básica com relação aos casos de violência; tentativa de autoextermínio; e, luto ao público infantojuvenil;
- 10) Possibilitar ao Ministério Público, o acompanhamento regional da conformação da RAPS;
- 11) Divulgar a RAPS utilizando recursos da mídia, como tv, rádio e redes sociais;
- 12) Articulação com a ANVISA para discutir sobre a comercialização de psicotrópicos para crianças e adolescentes;
- 13) Oferecer formação continuada a trabalhadores da RAPS e sistema de garantia de direitos, por meio dos convênios com Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Justiça e universidades públicas;
- 14) Incentivo a pesquisa na RAPS por meio da CAPES e CNPq, entre outros;
- 15) Incentivo a criação de escolas de saúde mental na RAPS;
- 16) Incentivar formações de juízes, promotores e defensores públicos em matéria de saúde mental infantojuvenil;
- 17) Inserir a RAPS na rede de proteção de crianças e adolescentes;
- 18) Estimular as práticas de acompanhamento terapêutico de crianças e adolescentes;
- 19) Reafirmar a necessidade de contribuir seus planos operativos para que a garantia do cuidado seja cumprida aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa;
- 20) Recomendar ao Ministério Público, que reforce a fiscalização do cumprimento da Súmula Vinculante nº. 11 do STF, que regulamenta o uso de algemas na condução de adolescentes aos serviços de saúde;
- 21) Recomendar o uso de algemas seja excepcional e a decisão seja compartilhada entre

- serviços de saúde e unidades socioeducativas;
- 22) Recomendar ao MDS instrumentalização aos municípios na constituição de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade de forma prioritária em detrimento das medidas em meio fechado;
 - 23) Convocar grupo de trabalho para discutir sobre o tema da medicalização e rever a regulamentação de psicotrópicos em crianças e adolescentes;
 - 24) Elaborar o Censo Psicossocial de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional e em privação de liberdade, e uso de medicação;
 - 25) Garantir o cuidado integral de crianças e adolescentes com autismo em todos pontos da rede;
 - 26) Observar diferentes abordagens à criança e adolescente com autismo;
 - 27) O CAPS deve atender crianças e adolescentes com autismo;
 - 28) A implantação do Plano Viver sem Limites deve ser integrada à RAPS;
 - 29) Grupos de pessoas com deficiência devem integrar profissionais da RAPS;
 - 30) Fortalecer a resolutividade da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, mediante alternativas como equipe de saúde mental na atenção básica;
 - 31) Reduzir para 16 anos, a representação local no conselho de saúde, visando a participação do público;
 - 32) Instituir grupos locais para operacionalização do cuidado à crianças e adolescentes com participação das secretarias: esporte, cultura, lazer, justiça, assistência social, saúde, segurança, educação, etc.;
 - 33) Estimular as ações interssetoriais da política de saúde mental infantojuvenil;
 - 34) Fortalecer saúde mental infantojuvenil do setor da educação;
 - 35) Trabalhar e qualificar a formação profissional em atenção psicossocial tanto na saúde, quanto em outras políticas;
 - 36) Construir estratégias para jovens multiplicadores;
 - 37) Melhorar o acesso da atenção psicossocial à população indígena;
 - 38) Construir mecanismos eficientes para difusão de informações sobre a política de saúde mental infantojuvenil;
 - 39) Construir mecanismos efetivos de sustentabilidade para os CAPSi;
 - 40) Realizar oficina interssetorial para discutir redução de danos e apresentação de pesquisas científicas;
 - 41) Afirmar que o FNSMIJ é contrário à internação compulsória de crianças e

adolescentes.

As propostas descritas pelo FNSMIJ, aparentemente, demonstravam a urgência e necessidade em abordar inúmeros e distintos assuntos caros à saúde mental infantojuvenil, muitos ao mesmo tempo, em uma tentativa de recuperação veloz do cuidado psicossocial, em liberdade, e de reconhecimento do público. Nos 41 itens, não existe um bloco temático, tanto é que diversos assuntos são expostos ao mesmo tempo. Aborda-se temas, como financiamento, fórum, financiamento, UBS, RAPS, formação, autismo, CAPSi, atenção psicossocial, entre outros. Afinal, em diversas áreas, ainda era preciso conceber as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito, e, não de tutela e asilamento. Dessa maneira, a moldura ético-política se consistia na (re)construção de uma nova agenda política do público, reconhecendo inclusive outro aparato normativo-jurídico: ECA, Lei 10.216 e a III CNSM, de 2001 (FÉLIX, 2016).

De acordo com Couto e Delgado (2015), o FNSMIJ foi identificado, ao longo do seu exercício, como o primeiro mecanismo democrático para a saúde mental infantojuvenil, que inclusive incentivava a participação das crianças, adolescentes e dos jovens, além de suas famílias, a ocuparem espaços que se falava sobre eles. A primeira ação concreta do Estado brasileiro para as questões levantadas, dentre elas, a intersetorialidade, foi a construção dos CAPSi. Segundo Félix (2016), essa materialização com a criação e expansão dos CAPSi, representaram o pontapé da prioridade ao campo da saúde mental infantojuvenil. Segundo a autora, FNSMIJ e CAPSi, foram as principais ações do SUS para alavancar a construção de redes ampliadas de cuidado, de modo territorial e intersetorial.

Apesar da potencialidade do FNSMIJ, que por muitos anos se configurou como um instrumento de gestão da política pública, nos últimos anos, inclusive, com o um tensionamento à democracia brasileira, se presenciou um esvaziamento na função deliberativa desta instituição. Nesse sentido, existe uma dificuldade em disseminar as recomendações e orientações pautadas na atenção psicossocial. As necessidades sociais pertencentes à saúde mental de crianças e adolescentes, continuaram exercendo pressão social ao Estado, com o objetivo de que o mesmo dessa resposta. Um exemplo, foi entre infância e adolescência com o eixo ao consumo de crack, álcool e outras drogas e o autismo [transtorno do espectro autista],

abafaram outras demandas de crianças e adolescentes (FÉLIX, 2016). Apesar dos esforços, se observa contradições, fragmentações e descontinuidades, segundo Félix (2016).

3.2. Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil

O Ministério da Saúde, em 2005, lançou o documento intitulado Caminhos para uma Política de Saúde Mental InfantoJuvenil (BRASIL, 2005a). Esse documento foi um dos desdobramentos³³ do Fórum Nacional de Saúde Mental InfantoJuvenil, ocupando um lugar trivial para a saúde mental infantojuvenil. Esse documento foi resultado do trabalho de muitos profissionais da área da saúde mental, bem como, um resgate histórico das crianças e adolescentes acerca das proteções sociais recebidas ao longo dos anos, evidenciando assim, os desafios de realizar uma política específica à saúde mental infantojuvenil (FÉLIX, 2016).

Com a intencionalidade de se ter uma política de saúde mental específica às crianças e adolescentes, foi descrito alguns princípios e diretrizes. O objetivo desse movimento, foi importante, para dar materialidade ao formato normativo, para que tais propostas fossem implementadas no SUS, e, pudesse ser identificada como política pública de saúde mental, aproximada das compreensões ampliadas sobre infância e adolescência, ou seja, reconhecendo sujeito de responsabilidade e direito (FÉLIX, 2016). Reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, é necessário garantir antemão que esses tenham voz. Nesse sentido, a seguir demonstraremos os princípios e diretrizes delineados como proposta à política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005a):

- **Princípios:**

1. *Acolhimento Universal:*

Precedentemente, a discussão sobre acolhimento universal, será salientado sobre o que é dito sobre acolhimento no SUS. Em 2003, foi criado a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política foi criada com o objetivo de fazer cumprir os princípios do SUS. Gestores, trabalhadores e usuários foram convidados a fazer parte dessa Política, para enfrentarem práticas desumanizadoras na política. Desse modo, serviu como enfrentamento de práticas

³³ O surgimento do documento em tela, ocorreu através do esforço político realizado pelo FNSMIJ, trouxe recomendações importantes e específicas para o público infantojuvenil. Composto por vários representantes políticos, o respectivo fórum registrou pautas triviais para a proteção social de crianças e adolescentes, reforçando a importância de uma política de saúde mental específica ao público em questão (BRASIL, 2014).

reproduzidas em serviços de saúde que possam afetar a implementação do SUS. Se constitui diretriz da PNH, o acolhimento. Segundo a política, acolhimento é construído na coletividade, desse modo, não é possível se aproximar de visões menos coletivas. Acolhimento requer coletividade, vínculo, confiança e participação de vários atores sociais como rede afetiva (BRASIL, 2013).

A proposta para acolhimento na política de saúde mental infantojuvenil, possui a compreensão que o princípio de acolhimento universal, se aproxima da expressão: portas-abertas. Significa dizer, que os serviços públicos de saúde mental precisam estar prontos para receber em qualquer momento àquele que chega. Toda demanda dirigida para o território, precisa ser acolhida, não pode se dizer que está lotado, por exemplo. Acolher é ter uma escuta qualificada, afetiva, acolhedora, como propõe a PNH, como forma de cuidado. Acolher, portanto, não é triar, responder um mero questionário, fazer algumas perguntas e transferir esse alguém para outro lugar, muitas das vezes sem respostas e com a experiência de ter esbarrado em uma barreira burocrática. Pode ser que o serviço no qual a pessoa procura, não seja onde ocorreu a escuta, porém, mesmo assim, é importante se implicar no processo de cuidado (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2013).

2. *Encaminhamento implicado:*

O histórico protetivo de crianças e adolescentes já possui características de desresponsabilização, de vazios, de silêncios. Compreender o princípio do encaminhamento implicado é importante, pois, exige que àquele que encaminhará se responsabilize pelo seu encaminhamento e pelo usuário, no qual realizou a escuta. Isso cabe conhecer a rede de cuidado da criança e do adolescente, e, manutenção do diálogo com outros espaços, para que se responsabilizem por esse usuário que chega (BRASIL, 2005a).

Algo interessante para se retomar é sobre a desconstrução da demanda. Na infância e adolescência, é importante, pois, se trata de um público que pode ser atingido por demandas históricas: a necessidade de institucionalizar, a necessidade de medicalizar, a necessidade de psiquiatrizar, entre outros. Desse modo, realizar encaminhamentos implicados também é construir a rede de cuidado em saúde mental, a fim de desconstruir demandas que atravessam o público. Construir rede pressupõe intersetorialidade, reconhecer que a demanda que chega é mais complexa do que a existência de quatro paredes de uma determinada instituição, portanto, por vezes é preciso ultrapassá-la, inclusive para reconhecer as condições de atendimento da

instituição na qual o profissional que fez a escuta inicial [acolhimento] está inserido (BRASIL, 2005a).

3. *Construção permanente da rede:*

A existência de instituições que se articulam são consideradas redes. A articulação acontece em prol do cuidado. É necessário que rede ultrapasse os limites da instituição. Quando se ultrapassa os limites, se reconhece que há necessidade de construção da rede, isso é feito no território (BRASIL, 2005a).

4. *Território:*

O território é considerado uma das características mais importantes para a saúde mental. Território não é uma mera delimitação geográfica, de onde começa e termina um espaço. Mas, existe uma discussão sobre o que é importante nele, quais e como instâncias pessoais e institucionais atravessam o sujeito. A centralidade do território é o sujeito, bem como, na construção do território, sendo o lugar psicossocial do mesmo (BRASIL, 2005a).

5. *Intersetorialidade na ação do cuidado:*

Para a construção da política de saúde mental infantojuvenil, existe uma especificidade: a defesa da clínica do território. Se o território possui a centralidade no sujeito, crianças e adolescentes, as intervenções dos equipamentos da rede precisam estar focadas na vida do público. Essa contribuição, favorece se aproximar de um modelo de cuidado e assistência voltado à atenção psicossocial, e, se distanciar de outros que, são mais excludentes. A intersetorialidade na ação do cuidado, proporciona estar mais próximo do princípio da desinstitucionalização, para que crianças e adolescentes possam assumir seus lugares de sujeitos de direitos. Nessa lógica, os serviços de saúde mental infantojuvenil extrapolam os seus muros (BRASIL, 2005a).

● **Diretrizes:**

As diretrizes são pontos específicos norteadores aos serviços de saúde que pretendem atender saúde mental infantojuvenil. Foi um documento elaborado por um grupo de consultores da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério de Saúde, em 2004. A seguir estão as diretrizes

descritas, de forma adaptada do documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005a):

- 1) Reconhecer a legitimidade de crianças/adolescentes e quem os acompanha, quando forem procurar um serviço de saúde mental. Considerá-los como pessoas legítimas ao acolhimento;
- 2) Responsabilizar-se por ser agente de cuidado no próprio serviço ou demais. Quando encaminhar, que realize de forma responsável;
- 3) Comprometer os responsáveis pelas crianças e adolescentes, compreendendo-os como igualmente sujeitos de demanda, independente se esses são familiares ou agentes institucionais;
- 4) Garantir que a ação de cuidado seja o mais fundamentada possível nos recursos teóricos-técnicos, mas, também nos saberes dos distintos profissionais;
- 5) Manter aberto o canal de articulação com outras equipes em outros territórios. Considerando a singularidade de cada sujeito e seu processo sociohistórico.

Os princípios e diretrizes registrados no documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil constituíram um importante posicionamento no campo da saúde mental para as crianças e adolescentes, acolhendo pautas transversais ao público estudado. O escopo de tais princípios e diretrizes são ações de cuidado e responsabilidade em prol das crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos. Reconhecendo a legitimidade desse público, permite que exista um lugar de fala real e singular desses sujeitos e seus processos históricos. Entretanto, esses princípios e diretrizes, não compõem uma legislação específica da saúde mental infantojuvenil, portanto, são recomendações de possíveis caminhos para uma política de saúde mental na conjuntura brasileira. Vale pontuar que, os princípios e diretrizes trazidos pelo documento infantojuvenil, não se deslocou dos direcionamentos do SUS (BRASIL, 2005a).

Esse documento teria sido a última normativa que materializava a necessidade de se avançar com a política pública específica à saúde mental de crianças e adolescentes (SANTOS et al, 2021). No entanto, também se reconhecia que algumas instituições desperdiçam esforços na construção de uma rede de atenção psicossocial ampliada, pautada na intersetorialidade. É

revelado que, alguns esforços se contrapõem a algumas iniciativas, demonstrando assim, a existência de não homogeneidade na construção (BRASIL, 2005a).

Note, quando nos aproximamos de crianças e adolescentes e saúde mental, existem diversos termos que os designaram ao longo dos anos, inclusive, as legislações presentes citadas anteriormente, acabam oscilando entre as nomenclaturas: transtorno mental, deficiência, sofrimento psíquico e sofrimento psicossocial, explanar sobre as diferenças dos termos, contribui para identificar as correlações que ocorrem na implantação de uma política pública, onde é terreno para disputas. De acordo com Félix (2016), a proposta de construção de uma política específica, passa pela transversalidade entre direitos humanos e saúde mental. Assim, algumas portarias foram desenvolvidas para aproximar essa temática sobre direitos humanos e saúde mental. Nesse ínterim, foram propostos direitos às pessoas com transtorno mental, usuários de álcool e outras drogas e pessoas em situação de violência. Surge daqui a necessidade de garantir os direitos das pessoas privadas em liberdade – no caso de crianças e adolescentes, em medidas de socioeducação, por exemplo (FÉLIX, 2016).

Nessa lógica, a insurgência das legislações desenvolve uma nova concepção da pessoa com transtorno mental, como cidadão. O patamar de sujeito de direitos desenvolvido às crianças e adolescentes, por sua vez, também passaram ser direcionadas às ações voltadas para o cuidado em saúde mental, sendo inclusive estabelecido articulações com diferentes setores da rede de proteção social. Ainda sobre os termos na saúde mental, um outro termo diz respeito à pessoa com deficiência. Em alguns momentos, aparecem como sinônimo de transtorno mental, em outros não. A princípio, a articulação da saúde mental com a deficiência, ocorreu por meio da Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência³⁴, porém, essa aproximação teria sido bastante inibida. Conforme descrito, a criança aparece nesse momento com pouca expressão, mas, ganha um pouco mais de força no cuidado ao autismo, principalmente, considerando a participação política de mães nos últimos anos (FÉLIX, 2016).

A organização política para legislações voltadas ao cuidado ao autismo, estiveram presentes em diferentes espaços da rede de atenção à saúde do SUS. Uma das pautas introduzidas nessas organizações seria, dispositivos específicos e exclusivo para o tratamento ao autismo. Por meio de sanção da ex-presidenta Dilma Roussef, em 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista,

³⁴ Por meio do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, foi regulamentado a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispôs sobre a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, a fim de consolidar as normas de proteção e outras providências. O objetivo dessa Política, seria assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência.

caracterizando-os como pessoa com deficiência. Essa legislação trouxe diretrizes, que orientam o desenvolvimento interssetorial, atenção integral às necessidades dessa população, a exemplo, o diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, entre outros (FÉLIX, 2016).

Fazendo uso do caso da luta das temáticas relacionadas ao autismo, é importante compreender que, nota-se certo distanciamento entre transtornos mentais e deficiências. Desse modo, é complexo utilizar transtorno mental como sinônimo de deficiência, já que, politicamente inclusive, existe essa divisão. Porém, nas legislações e em alguns estudos, é possível identificar o seu uso de maneira despreocupada. Dedicamos um parêntese ao assunto, pois, as palavras não podem ser identificadas de maneira naturalizada e com neutralidade, pois, cada uma, possui o seu processo sociohistórico. Em seguimento, de forma mais emblemática ainda, existe discussões relacionadas ao movimento em defesa do autismo, por ser identificado na contramão de alguns princípios fundamentais na saúde mental infantojuvenil, como exemplo, o trabalho em rede: interssetorial e interdisciplinar (FÉLIX, 2016).

Na compreensão psicossocial, o termo sofrimento psíquico um deslocamento das perspectivas asilares para as consideradas substitutivas. Nesse processo, a loucura e o sofrimento psíquico não tem mais que ser removido dos sujeitos, pois, eles constituem elementos do próprio sujeito. O sofrimento psíquico passa por conflitos e contradições e o sujeito será o agente do sofrimento (COSTA-ROSA, 2000). Em suma, significa dizer que, discutir sofrimento psíquico estaria mais próximo da atenção psicossocial. Busca de superação do paradigma biomédico, considerado a valorização da figura médica, inclusive por outros profissionais de saúde. A atenção psicossocial compreende sofrimento psíquico, e, não transtornos mentais, pois, assim, existe a importância de garantir cidadania e liberdade aos que cotidianamente são alvos de estigma e preconceito, aqui também se inclui crianças e adolescentes. Dessa forma, se discute sobre a real inclusão de pessoas com algum sofrimento psíquico, numa perspectiva de inclusão e luta contra os rótulos/estigmas (SOUZA *et al*, 2018).

Conceitualmente, sofrimento psicossocial é um termo desenvolvido a partir de sofrimento psíquico, que tem sido usado na saúde mental de uma forma mais frequente, em comparação ao sofrimento psíquico. É notório que, o termo psicossocial pertence à outras denominações, já conhecidas na discussão sobre saúde mental, tais como: Centro de Atenção Psicossocial e Intervenção Psicossocial. No entanto, sofrimento psicossocial se aproxima do paradigma da atenção interdisciplinar, sendo esse termo aquele coproduzido pelo o que atravessa o sujeito. São questões que atravessam o sujeito, o racismo, sexismo, capacitismo, entre outros. Desse modo, sofrimento psicossocial seria sobre o ato de integrar assuntos

compreendidos anteriormente de forma separada do sofrimento, mas, que hoje precisam serem resgatadas e salientadas, pois, apreender sofrimento psíquico, pode significar evitar a exclusão social e isolamento das pessoas que sofrem (PAIVA, 2013). Quando identificamos esta nomenclatura na saúde mental infantojuvenil, ela se aproxima de questões como racismo, medidas de socioeducação, bullying, automutilação, entre outros, situações que integram o sofrimento psicossocial de crianças e adolescentes.

Nesse sentido, após descrever diversas complexidades que atravessam a saúde mental infantojuvenil, na construção de uma política específica ao público, é preciso descrever que existe quase duas décadas sem atualizações a respeito do escrito Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, quando demandas em saúde mental para o público estão cada dia alarmantes. Dessa maneira, as respostas aos sofrimentos psicossociais das crianças e adolescentes está em movimento, enquanto existe respostas mais lentas às necessidades de saúde mental.

3.3. A implementação do CAPSi e estratégias de articulação intersetorial e integral

Crianças e adolescentes ocuparam tardiamente a agenda pública da saúde mental e no movimento de Reforma Psiquiátrica, se comparado às dos adultos. Esse público apenas foi emparelhado aos adultos, sob o distrito da deficiência. Perceba, o desenvolvimento de um aparato teórico e institucional apenas teria sido proposto, quando a assistência já estava ocorrendo ao público adulto (COUTO; DELGADO, 2015). A superação de alguns impasses sociohistórico exigia comprometimento do SUS com a saúde mental, em específico, ao processo de efervescência da implantação e implementação de serviços de saúde mental voltados às crianças e adolescentes, inclusive, para dar respostas às pressões realizadas pelos diferentes grupos, que se identificavam com a temática (FÉLIX, 2016). Esse tensionamento por diferentes atores sociais descrito foi importante, pois, evidenciou as propostas normativas às crianças e adolescentes, como sendo transposições dos adultos. Isso, sem dúvida, provocava um distanciamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica (SANTOS *et al*, 2021).

A implementação de um caminho para uma política de saúde mental, voltada a crianças e adolescentes, foi reforçada pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, sendo importante para a discussão e articulação intersetorial. Era necessário que, a temática saúde mental infantojuvenil fizesse parte de outras políticas públicas, respeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica e do ECA, colocando crianças e adolescentes como protagonistas das

crianças e adolescentes nesse processo (BRASIL, 2014). A prioridade com o campo da saúde mental infantojuvenil se fortaleceu com o FNSMIJ, porém, também aconteceu com a implementação e expansão dos CAPSis, instituição importante para a ampliação das redes ampliadas de cuidado, de acordo com Félix (2016).

O CAPS representa referência em saúde mental nos territórios, ao se configurarem serviços substitutivos aos manicômios. Para crianças e adolescentes, o surgimento do CAPSi representou a primeira ação do Estado brasileiro, sendo uma resposta do SUS para a saúde mental infantojuvenil. Isso ocorreu, pois, essa população ainda não encontrava seu lugar na Atenção Psicossocial (COUTO; DELGADO, 2015). Nessa perspectiva, representam unidades da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se aproximam da lógica de cuidado, responsáveis de forma ordenadora da saúde mental inserida no território. Crianças e adolescentes são atendidos nos CAPSis, que também se aproximam desta organização supradescrita (BRASIL, 2005a). Perceba, o território é igualmente importante para a saúde mental infantojuvenil, para compreender a complexidade da tessitura do território, observe este fragmento a seguir:

É tecido pelos fios que são instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: o lar, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde, o hospital, o trem, o morro, o conselho tutelar, o Capsi, e todas as outras, cuja importância é função da relação do sujeito com cada uma delas, incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território. [...] A noção de território acaba por implicar uma outra, a de intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005a, P. 47).

A citação acima é importante, uma vez que, demonstra a complexidade e diversidade do território e sua relação com os sujeitos, em uma necessidade intersetorial na ação do cuidado destes. Note, ao mesmo tempo que, instituições tipicamente da saúde, voltadas às crianças e adolescentes são consideradas (CAPSi, UBS, Hospital), outras também são citadas (Casa dos colegas, o morro, o cinema, a escola, entre outros). Significa dizer que, a relação território-sujeito em saúde mental, se ampara na lógica comunitária (BRASIL, 2005a).

No entanto, existe um debate que se apresenta de forma rizomática na saúde mental. Existe compreensões críticas sobre a implementação do CAPS no território brasileiro, que refletem que foi delimitado um lugar para a saúde mental. Esse entendimento é complexo, pois, a saúde mental, amparada na lógica da Reforma Psiquiátrica, estaria organizada na lógica comunitária e do território, desse modo, um lugar específico e delimitado para a saúde mental, não corresponde a compreensão da comunidade (COSTA; FARIA, 2021).

Sem dúvidas, o CAPS é um dispositivo importante em saúde mental, porém, identificá-lo como o único, e, centralizador de todas as demandas de saúde mental do sujeito inserido em

um território, é compreender a saúde mental em um lugar apenas, entre quatro paredes. Inclusive, no território brasileiro existe uma defasagem quali e quantitativa dos CAPSi, o que tem proporcionado uma fragilidade do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Saúde mental não cabe, necessariamente, em quatro paredes de uma instituição, pois, isso vai na contramão da desinstitucionalização. Existe um termo que vem sendo utilizado na saúde mental para designar esse processo: CAPSização. Significa que as demandas dos sujeitos caberiam somente no CAPS. Esse termo alerta a contradição desse exercício de centralidade da saúde mental no CAPS (COSTA; FARIA, 2021).

Nessa compreensão, considerar o CAPS e CAPSi, como serviços comunitários e territoriais, implicaria abordar a intersectorialidade do cuidado aos sujeitos, que possuem alguma necessidade em saúde mental, caso contrário, nos (re)aproximamos da noção de CAPSização. Apesar de tais compreensões, ainda se é identificado a seguinte situação, conforme fragmento a seguir:

[...] ainda que o CAPSi seja um dispositivo que preconiza ações que extrapolem os muros da instituição e alcancem o território, grande parte das propostas de cuidado ocorrem ainda internamente, em formatos ambulatoriais. Hipotetizamos, no entanto, que a prevalência de ações intramuros não ocorra por ideologia de funcionamento do serviço, mas, principalmente, por ainda haver dificuldade estrutural, formativa e de recursos humanos que truncam os esforços para superar ações estritamente internas e setoriais e avançar, ampliando-as para outros contextos sociais (FERNANDES *et al*, 2020, P. 731).

Conhecer o termo intersectorialidade pode favorecer ultrapassar os muros, inclusive, contar com o suporte de outras instituições. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1961, o termo intersectorialidade na saúde se configura enquanto coordenação entre setores. Na contemporaneidade, é incentivado como componente em outras políticas públicas, que estejam para além da saúde (FERREIRA; SILVA, 2005).

No Brasil, o termo intersectorialidade é discutido desde a década de 1970, onde inclusive passou a ser compreendido que discutir a temática, também seria importante para reconhecer as dificuldades de articulação da rede, entre instituições. Intersectorialidade se constitui como um termo além de meras ações conjuntas, uma vez que, se pressupõe mudanças assistenciais (FERREIRA; SILVA, 2005). Nesta conjuntura, delimitando ao público de crianças e adolescentes, o CAPSi necessita estar próximo da rede: da educacional, jurídica, assistencial, entre outras, para que assim, a garantia do direito de receber cuidado seja garantida de maneira

coletiva e descentralizada, sendo que o CAPSi pode contribuir bastante nesse processo, inclusive, entre os outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2005a).

O longo processo histórico de estigma à loucura, corroborou para transportar aos sujeitos diversos preconceitos, dentre eles, a perspectiva da loucura perigosa. Apesar do movimento de Reforma Psiquiátrica, ainda nos deparamos com tais compreensões. Desse modo, centralizar o cuidado em saúde mental em uma instituição, como o CAPS, fortalece a noção de institucionalização, mas, também, provoca o entendimento de que apenas um lugar especializado pode dar conta da loucura, outros locais seria muito perigoso. Nesse sentido, é bastante importante compreender a necessidade de descentralização do CAPS, pois assim, provoca-se e tenciona outras redes de atenção, inclusive dentro do SUS, igualmente corresponsáveis pelo cuidado em saúde mental. Nos últimos anos, a Atenção Primária tem sido matriciada por equipes de saúde mental, a seguir apresentaremos esse processo por compreender que é importante para a implementação da intersetorialidade, e, sem dúvidas para a infância e adolescência, por serem seres complexos (BRASIL, 2005a).

Intitulado como cuidado colaborativo, identificamos a proposta de integração de distintas equipes, entre saúde mental e demais níveis de atenção à saúde, contribuindo assim ao processo de intersetorialidade. Na Atenção Primária em Saúde (APS), o processo de integração à saúde mental contou com um modelo chamado de matriciamento. Por matriciamento ou apoio matricial, compreendemos como um modelo de produção de saúde em duas ou mais equipes. Nesta configuração, se objetiva construir de modo compartilhado uma intervenção pedagógica-terapêutica (CHIAVERINI, 2011).

No Brasil, o matriciamento se relaciona entre saúde mental e atenção primária, sendo uma proposta de representação colaborativa. O objetivo é se distanciar de organizações verticalizadas, portanto, hierárquicas na saúde. Nessa lógica, um encaminhamento entre saúde mental e atenção primária, existia a transferência de responsabilidade, em uma perspectiva de corresponsabilidade. Não é o que acontece na lógica dos pareceres, por exemplo, onde não existe boa resolução dos casos, apenas um registro escrito e encaminhado de forma despreocupada, sem a responsabilização se aquele escrito vai chegar no lugar adequado. Nesse sentido, o matriciamento propõe a horizontalização entre equipes (CHIAVERINI, 2011).

No processo de matriciamento, duas equipes são identificadas: a de referência e a de apoio matricial. Respectivamente, representadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipe de saúde mental. Essas equipes reúnem diferentes especialidades e profissões. Todavia, vale pontuar que, a equipe matricial tem um processo ativo e terapêutico,

não se trata de uma mera supervisão, onde o conhecimento de quem vem é superior ao do outro, que recebe o matriciamento. A equipe de saúde mental oferecerá apenas uma retaguarda assistencial, como um suporte técnico-pedagógico, mas, participativo, como exemplo, quando se necessita de apoio para abordar um caso; para apoiar pacientes no atendimento do CAPS, entre outros (CIAVERINI, 2011).

O objetivo maior que é produzir saúde, de uma maneira intersetorial e integral. Com relação à temática de saúde mental infantojuvenil, a equipe de referência atende usuários de forma longitudinal – do nascimento ao envelhecimento – é fundamental para o compartilhamento de saberes e de decisões entre as equipes (CHIAVERINI, 2011). No entanto, ainda se identifica pouco consenso entre os profissionais sobre como devem se envolver no matriciamento. Muitas vezes, o matriciamento é identificado pelos trabalhadores como reuniões, onde não existe corresponsabilização pelos usuários e intervenções em conjunto. Dessa maneira, a implementação efetiva tem sido complexa no cotidiano dos trabalhadores (DELFINI; REIS, 2012).

Existe uma potencialidade de que os profissionais de saúde da APS, representam um constante contato com o território. Dessa maneira, um cuidado que se ampare em ações de promoção, proteção e recuperação, amplia a implementação do cuidado integral. Considerado um dos primeiros lugares de acesso nos níveis de atenção, possibilita identificar e oferecer cuidados em saúde mental. Apesar de lidarem com questões relacionadas a saúde mental, identifica-se nos estudos que os profissionais da APS, apresentam dúvidas e receios das práticas em saúde mental no próprio serviço, ainda mais quando existe um aumento das necessidades em saúde mental infantojuvenil. Quando é identificado na saúde mental a importância do cuidado em território, ressalta-se o papel da UBS, como parte da rede de cuidado em saúde mental. Todavia, os estudos vêm demonstrando a falta de conhecimento do objetivo do matriciamento na APS, além disso, não identificam enquanto um processo de corresponsabilidade sobre os casos. Nesse sentido, existe uma necessidade em formação continuada para que o matriciamento possa ser horizontal e implicado entre as equipes (LOURENÇO *et al*, 2020).

Em suma, se compreende que, a construção de uma política de saúde mental infantojuvenil, não pode estar centrada em si. O cuidado ampliado de crianças e adolescentes requer ultrapassar um espaço, e, ou, insituições, pois, devido à complexidade existente nesse público. Tal entendimento, se aproxima da Atenção Psicossocial, modelo em oposição ao Modelo Asilar, uma vez que, o modo psicossocial é um compromisso ético-político, que não se

trata de apenas um olhar sobre a saúde mental, mas, para a sociedade como um todo, e, como esta sociedade (re)produz sofrimento. O fortalecimento do pilar: intersetorialidade, interdisciplinaridade, implicação do sujeito no cuidado e organização horizontal dos dispositivos de cuidado, pode vir a contribuir para o fortalecimento da saúde mental infantojuvenil (FERNANDES *et al*, 2020).

Vale pontuar que, toda essa discussão realizada não faz sentido quando distanciada de um princípio doutrinário na política de saúde, e, portanto, no Sistema Único de Saúde. Esse princípio é representado pela integralidade. Em linhas gerais, a integralidade é destinada a materialização da saúde como um direito, além disso, também como um serviço. Essa compreensão ampliada sobre saúde é oriunda dos movimentos sociais organizados na década de 1970 e 1980, período reconhecido como o momento de maior efervescência da Reforma Sanitária brasileira. Esta organização do período, foi responsável por englobar pautas que davam condições de vida e saúde aos usuários, além disso, influenciou a formulação de outras políticas específicas. Nesta circunstância, a saúde mental, e, portanto, Reforma Psiquiátrica também perpassa esse conceito histórico (PINHEIRO, 2009).

A proposta de intersetorialidade nas ações de saúde, tinha a função de desestimular os silenciamentos – proposta compatível quando pensamos em saúde mental e o poder do asilamento. Significa dizer que, com base nas boas práticas em saúde, as respostas aos sofrimentos psicossociais devem ser acolhidas nos serviços de saúde, sem que exista uma prática silenciadora ou meramente hospitalocêntrica. Portanto, perpassa por princípios importantes como o acolhimento, escuta ativa, respeito à dignidade humana. Devido ao posicionamento de uma prática que se desvencilha do mero biologicismo, na perspectiva da integralidade se trabalha com tecnologias leves, na prevenção nos serviços de saúde, e, não na regulação dos corpos, no incentivo ao consumo, tão presente na sociedade capitalista e endossada pela indústria farmacêutica (PINHEIRO, 2009).

A integralidade se aproxima da coletividade. Diante disso, se incentiva primeiramente a horizontalização nos serviços de saúde. O profissional de saúde nestes espaços, não ocuparam a superioridade diante dos usuários. Assim, devem estar dirigindo atividades múltiplas para a identificação dos riscos para a saúde daquele território, família e usuário, atuando em conjunto com a comunidade inserida. A integralidade é um ato cotidiano, a fim de produzir transformações na realidade social daqueles sujeitos, com práticas construídas no coletivo, o que possibilita a superação de modelos tradicionais, muita das vezes, tecnicistas. Em suma, a integralidade nas ações de saúde se aposta na dinâmica, na construção criativa e coletiva do

SUS, com a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários. Nesse interim, há o posicionamento favorável à uma saúde universal, democrática e de qualidade (PINHEIRO, 2009).

A construção de novos saberes é inerente a prática, principalmente pela potencialização de outras vivências e da própria diferença. Existe, portanto, um incentivo da diversidade e diferença humana, fundamental para uma compreensão ampliada de saúde. Nesse sentido, a participação e formação política dos sujeitos contribui para as lutas do cotidiano nos diferentes níveis das políticas sociais (sendo importante essa compreensão da intersectorialidade também). Nesse sentido, trata-se de uma aposta no fortalecimento das relações sociais, situação complexa no cenário capitalista, pois, algumas expressões já são desafiantes: o sofrimento psicossocial; desemprego; estímulo ao individualismo; inúmeras violências, dentre elas, de gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, etc. (PINHEIRO, 2009).

Frente a tais vicissitudes, fortalecer princípios, diretrizes, e, outros elementos do SUS se constitui tarefa fundamental, no que tange a garantia dos direitos aos usuários, bem como, a melhoria das condições de saúde e vida. O princípio da integralidade tem uma potencialidade de criar permanentes interações democráticas no cotidiano. Isso contribui para a autonomia, para a construção cotidiana entre sujeitos, o reconhecimento da liberdade, e, o conhecimento político de qual SUS queremos. Os serviços de saúde precisam propiciar esses espaços, inclusive, para as crianças e os adolescentes, sujeitos políticos que possuem demandas subjetivas e coletivas, fundamental para que o controle social destes seja garantido verdadeiramente (PINHEIRO, 2009).

Três características são fundamentais no âmbito da integralidade (PINHEIRO, 2009):

- 1) A organização dos serviços;
- 2) Os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde;
- 3) As políticas governamentais com participação da população.

A integralidade se constitui de maneira democrática, com a participação do coletivo e a partir de um compromisso ético-político com a construção do saber dos atores sociais. O modelo de saúde, em que, historicamente, foi centrado na figura do médico, como o sujeito com o maior saber, agora passa a ser incentivado um modelo na centralidade dos usuários. Dessa maneira, quando discutimos saúde mental, não é possível se desvencilhar desse princípio doutrinário, que é a integralidade. Fica evidente no levantamento das legislações em saúde

mental infantojuvenil, que há um predomínio da discussão referente a intersectorialidade, muito aproximado do princípio de desinstitucionalização. No entanto, salientamos sobre a importância de se recuperar o princípio da integralidade, importante para fortalecer um modelo da atenção psicossocial, de reconhecimento dos sujeitos, do controle social e da democracia, de forma geral, como categoria que produz cidadania, condição há pouco reconhecida às crianças e adolescentes, quando lembramos do histórico desprotetivo (PINHEIRO, 2009).

3.4. Que saúde mental infantojuvenil queremos?

Por meio do levantamento histórico e bibliográfico realizado acerca da saúde mental infantojuvenil, identificou-se inúmeros avanços protetivos a partir do fortalecimento de um Estado Democrático de Direitos. Sem dúvidas, essa conjuntura teria sido proporcionada pelo movimento dinâmico e dialético, que proporcionou o distanciamento de períodos e compreensões pouco protetivas tão marcadas em outros momentos anteriores, que por sua vez, não identificavam as crianças e adolescentes como sujeitos, muito menos, passíveis de direitos e garantias.

Diante destes marcos qualitativos na proteção social de crianças e adolescentes, proporcionada por legislações e também por movimentos sociais, passamos a compreender que, algumas legislações foram desenvolvidas às crianças e adolescentes que possuíam algum sofrimento psicossocial, reconhecendo-lhes o direito à vida e a saúde, portanto, a sua existência nas relações sociais. No que tange a saúde mental infantojuvenil, ações e recomendações foram expressas no âmbito nacional, no entanto, tais medidas funcionam atualmente de forma setorial, mas, crianças e adolescentes, diante de suas vivências dinâmicas, necessitam de compressões e proteções transversais, isto é, significa estar para além da política de saúde.

Até o momento, não é possível afirmar que exista uma política de saúde mental infantojuvenil, existem caminhos para a construção de uma, no entanto, muitas das vezes, adormecida. Os princípios e diretrizes propostos no documento intitulado Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil, apesar de ser um exercício importante na afirmação da necessidade de uma política específica, inclusive, construindo princípios e diretrizes, apesar de abrangentes, foram um pontapé na discussão e esse esforço é válido.

Significa dizer que, existe uma necessidade da especificidade, quando nos aproximamos de crianças e adolescentes. A especificidade não representa isolar o público de outras condições, pelo contrário, contribui para que ultrapassemos a (re)produção do isolamento e do

individualismo na proteção de crianças e adolescentes. Reconhecer a existência singular dessa faixa etária, que é distinta da fase adulta, também contribuiu para nos depararmos com as existências singulares e os determinantes sociais em saúde. A necessidade de uma política de saúde mental infantojuvenil foi evidenciada mais intensamente, com a eclosão da pandemia da COVID-19.

É indiscutível que o isolamento social contribuiu para o enfrentamento das infecções por coronavírus. No entanto, as crianças vivenciam uma pandemia secundária, de ordem oculta e favorecida pela inatividade das instituições com cunho de proteção social – reflexo do isolamento social –. Sendo consequente, inúmeras perdas da supervisão externa por profissionais de saúde, educadores, e, ou, outros familiares. Em tempos pandêmicos, os impactos sobre a infância são multifatoriais (KUMAR, 2020). De acordo com a UNICEF (2020), em conjunto a OMS, algumas infâncias são mais suscetíveis à vivência da pandemia e possíveis desproteções, são elas: crianças em situação de vulnerabilidade social; negras; com transtornos mentais e, ou, deficiência (adquirida ou preexistente), e, institucionalizadas (GHOSH, 2020). De modo histórico, crianças e adolescentes em condições mais vulneráveis, ainda sofrem de ações asilares, que precisam ser negadas, inclusive, muitas vezes acompanhada pela patologização da vida e medicalização desenfreada.

Refletir sobre uma política de saúde mental infantojuvenil não pode estar paralisada na abertura de serviços de saúde mental. Proporcionar saúde mental às crianças e adolescentes não se restringe a abertura de CAPSis, ou, outras instituições de saúde mental, como medida-fim da política de saúde mental ou ações voltadas ao público. A política de saúde mental infantojuvenil, necessita ultrapassar muros, portanto, não se trata de reiterar a intersetorialidade da política de saúde mental, mas, também, é falar sobre integralidade. Por intermédio da garantia de direitos amplos, pode ser garantido o direito à saúde mental. A expansão de direitos esbarra diretamente em um Estado neoliberalista, o que, sem dúvidas, baliza a ampliação e acesso às garantias e proteções.

É notório que, a efervescência de propostas à uma política de saúde mental específica às crianças e adolescentes brasileiros aconteceu no início dos anos 2000, inclusive, com bastante dificuldade de inserção na agenda política, se comparado aos adultos. No entanto, as demandas relacionadas a saúde mental infantojuvenil continuaram a crescer, porém, de modo desproporcional aos investimentos realizados à área. Na realidade, existem impasses quando avaliamos as condições para a implantação da política de saúde mental infantojuvenil: resgates

conservadores às proteções sociais de crianças e adolescentes; estagnação de atividades de organizativas fundamentais, como o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil; desequilíbrio entre a quantidade disponível de CAPS e CAPSi no território nacional; pouca formação e capacitação continuada de trabalhadores na temática; entre outros.

Em suma, a implantação de uma política de saúde mental infantojuvenil, não pode ignorar os avanços protetivos em relação ao público, uma vez que, foram conquistas difíceis de serem conquistadas. Nesse sentido, diante desse mesmo histórico de proteção presente nas legislações brasileiras e em legislações específicas, é importante que uma possível política de saúde mental infantojuvenil seja aproximada de tais legislações, no que tange a saúde mental em si, tal política deveria estar distante do modelo asilar, e, portanto, manicomial. Nesse sentido, salienta-se a existência a necessidade de uma política intersetorial e integral, para que se reforce a característica transversal, isto é, que não ocupe apenas um lugar, uma política em específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa tinha como problema uma pergunta, sobre a ausência de um direcionamento específico às crianças e adolescentes em uma política de saúde mental brasileira, se isso contribuiu para o fortalecimento da invisibilidade e violação da proteção integral. Para nos aproximarmos desta discussão, não é possível ignorar que, ao longo dos séculos, crianças e adolescentes tiveram seu campo social e histórico desconsiderado, o que contribuiu para apagamentos do público, nos registros históricos. Essa dinâmica, proporcionou inúmeras invisibilidades, lacunas e silenciamentos, tais características ainda podem ser identificadas em ideias e práticas herdadas.

Diante desta compreensão, resgatar a história social das crianças e dos adolescentes é importante. Pois, garante que, crianças e adolescentes sejam protegidas e reconhecidas por sua condição de desenvolvimento singular e diferente dos adultos, portanto, necessitam se distanciar de silenciamentos. Nesse ínterim, quando há persistência de inconstâncias e invisibilidades, que não fazem jus à complexidade e existência das crianças e dos adolescentes, contribuições estigmatizantes ganham força, muitas vezes, abrindo espaço para que práticas de controle, representadas pelas institucionalizações e tutelas, sejam resgatadas. Neste trabalho, foi importante reafirmar que crianças e adolescentes com algum sofrimento psicossocial, também receberam o mesmo tipo de proteção social, também receberam práticas asilares e violentas.

Como evidenciado no escrito, a compreensão histórica e social sobre a infância e adolescência e que tinham algum sofrimento psicossocial, foram (re)conhecidas por doentes mentais, deficientes, transtornos mentais, entre outros, fazendo que sofressem práticas de controle, isolamento e estigmas por serem crianças/adolescentes, mas, por também possuírem algum sofrimento psicossocial. Nessa circunstância, crianças e adolescentes ocuparam os mesmos espaços que os adultos, já que, não havia um (re)conhecimento sobre suas diferenças.

Com o avanço normativo-legal brasileiro, crianças e os adolescentes passaram a ser compreendidas como sujeitos de direitos. A proteção social por meio das institucionalizações, foram questionadas e identificadas como causadoras de malefícios. Nessa condição, inicia-se a responsabilização do Estado na garantia dos direitos às crianças e adolescentes. No Brasil, alguns marcos legais foram representados pela Constituição Federal de 1988 e Estatuto da Criança e do Adolescente, em meio às direções neoliberais, com redução do Estado para o campo social. Crianças e adolescentes foram identificadas como sujeitos de direitos, ficando

sob a responsabilidade protetiva do Estado, mas, também, de suas famílias e comunidades. O reconhecimento como sujeitos de direitos nas políticas sociais brasileira, aconteceu de modo gradual e lento e ainda sim, a natureza das políticas sociais são contraditórias e geram impasses à uma proteção social ampliada às crianças e adolescentes.

A construção e direção de uma política de saúde mental, contemplativa ao universo diversificado das crianças e dos adolescentes e com algum sofrimento psicossocial, necessita ser considerado, principalmente, sob a perspectiva do direito e desenvolvimento singular. Não se trata de uma discussão nova, pois, é um pedido antigo. No entanto, assim como as proteções sociais desempenhadas ao longo dos séculos – mesmo aquelas sob a responsabilidade do Estado – precisam ser constantemente (re)lembradas. Na saúde mental infantojuvenil, existe a dificuldade de ocupar a agenda política, o que contribui para uma necessidade constante de aproximação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que sem dúvidas fortalece o pedido.

Compreendemos que, ser considerado em uma política pública não é uma situação dada. Existem todo um cenário de tensões e disputas políticas. Nesta situação, por meio de organização política, alguns movimentos sociais proporcionaram e podem inserir assuntos importantes para a sociedade na agenda política. Na saúde mental, por meio de inspirações em experiências internacionais, a Reforma Psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial, contribuíram, para que fosse repensado a forma protetiva aos sujeitos que tinham algum sofrimento psicossocial. Nesse contexto, a partir da movimentação política, existiram mudanças significativas, isto é, do silenciamento como proteção social à ocupação da agenda política. Esse movimento necessitou de muita organização social e política, além disso, diferentes atores sociais.

As crianças e adolescentes com sofrimentos psicossociais, inicialmente, ocuparam esse movimento de reforma psiquiátrica, de forma secundarista – se comparado aos adultos – e tardia na agenda política brasileira. Essa lentidão, pode ser explanada pelo próprio início da Reforma Psiquiátrica, ou seja, ocupada na organização dos princípios, das instituições e de pessoas que estavam institucionalizadas em manicômios por toda a vida. Em resumo, por meio de organização social e política, foram desenvolvidas ações e recomendações ao público infantojuvenil que possuíam algum sofrimento psicossocial.

Esse processo, vem sendo agravado mediante reatualizações conservadoras em prol da lógica manicomial, que desconfigura a existência dos seres humanos. O cuidado por meio do asilamento, característica central nas instituições que pauta(vam) instituições, tem sido

fortalecida pelos impasses, o que desautoriza o SUS; não compreendem as crianças e adolescentes como sujeitos, nem mesmo possuidores de direitos. Nesse sentido, a existência frágil de uma política de saúde mental, que se destina ao público, sem dúvidas, colabora com o processo histórico de respostas focais, que geraram, ao longo dos séculos, fronteiras simbólicas e concretas na sociedade capitalista (BRASIL, 2005).

Em razão do histórico (des)protetivo das crianças e adolescentes brasileiros, os impasses à direção de uma política de saúde mental na atenção infantojuvenil, pode ser justificada: pelo histórico de impasses no SUS, agravado por meio de diferentes movimentos, tais como, a proposta de emenda à constituição de 2016, responsável pelo congelamento dos gastos com a saúde pública brasileira; mas, também, por se tratar de crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial, historicamente, ocupantes das distâncias: da garantia do direito; das famílias e comunidades; das demais políticas sociais; do Estado, entre outros. Portanto, discorrer sobre a direção da política de saúde mental às crianças e adolescentes, se constitui compreender as relações sóciohistóricas e políticas; as constituições das políticas sociais sob a responsabilidade do Estado; a necessidade da interdisciplinaridade e intersetorialidade; a importância da rede, do território, das determinações sociais e produção social da saúde; a importância das organizações sociais e políticas, representantes das lutas, entre outros.

Uma organização importante instituída para a organização de uma política de saúde mental infantojuvenil de maneira específica, foi o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (FNSMIJ), criado em 2004, formado pelos usuários, familiares, gestores, entre outros. De maneira política, clínica e interssetorial, corroborou momentaneamente para uma direção à política de saúde mental infantojuvenil brasileira. Nas oito edições do fórum, realizadas entre 2003 a 2012, registraram várias temáticas, que representavam os usuários (crianças e adolescentes), famílias e comunidades. Através das funções do FNSMIJ, representadas pelo diagnóstico de situações, estabelecimento de estratégias, articulação interssetorial, avaliação de resultados e implantação das redes ampliadas de cuidado, ao longo dos anos [2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009 e 2012], trazendo contribuições importantes para a SMIJ.

Com pesar, há mais de 10 anos, o FNSMIJ não foi mais convocado, mesmo sendo um espaço fundamental e reconhecido por ter contribuído para ações e recomendações no sentido de implantar uma política de saúde mental infantojuvenil, a partir de princípios e diretrizes específicas mais aproximados do ECA e da Reforma Psiquiátrica. Apesar da potencialidade do FNSMIJ, que por muitos anos se configurou como um instrumento de gestão da política pública,

nos últimos anos, inclusive, com o um tensionamento à democracia brasileira, se presenciou um esvaziamento na função deliberativa desta instituição. Nesse sentido, existe uma dificuldade em disseminar as recomendações e orientações pautadas na atenção psicossocial. As necessidades sociais pertencentes à saúde mental de crianças e adolescentes, continuaram exercendo pressão social ao Estado, com o objetivo de que o mesmo dessa resposta.

Em resumo, não identificamos a existência de uma política de saúde mental infantojuvenil. Identificamos ações, recomendações e portarias, que citam a saúde mental infantojuvenil, porém, ainda se comportam de maneira setorial dentro da Política Nacional de Saúde Mental. Diante dos estudos relacionados à infância e adolescência, identificamos que esse público possui necessidades subjetivas e singulares, que necessitam serem reconhecidas, pois, assim se justifica a implantação de uma política de saúde mental específica. Faz-se necessário estar próximo do princípio de transversalidade na saúde mental, ou seja, não há um lugar específico para estar as crianças e adolescentes que possuem algum sofrimento psicossocial. Na realidade, a saúde mental, como uma condição que deve ser alvo da garantia do direito, necessita ocupar diversos espaços.

É sobre estar previsto nos serviços de saúde, assistência social, educação, comunidade, cidadania, entre outros. É nesse sentido que discutimos a importância da intersetorialidade, mas, também da integralidade. Em suma, crianças e adolescentes não podem ocupar instituições apenas. Falar sobre a implantação de uma política de saúde mental infantojuvenil, não se trata de abrir mais CAPSis, de maneira isolada. O CAPSi representa referência em saúde mental nos territórios, ao se configurarem serviços substitutivos aos manicômios. Para crianças e adolescentes, o surgimento do CAPSi representou a primeira ação do Estado brasileiro, sendo uma resposta do SUS para a saúde mental infantojuvenil. Isso ocorreu, pois, essa população ainda não encontrava seu lugar na Atenção Psicossocial. Apesar de sua importância, o CAPSi precisa estar inserido e em contato com outras redes de proteção social. A invisibilidade precisa ser combatida não somente em uma instituição, mas, a nível de proteção.

Com a intencionalidade de se ter uma política de saúde mental específica às crianças e adolescentes, foi descrito alguns princípios e diretrizes. O objetivo desse movimento, foi importante, para dar materialidade ao formato normativo, para que tais propostas fossem implementadas no SUS, e, pudesse ser identificada como política pública de saúde mental, aproximada das compreensões ampliadas sobre infância e adolescência, ou seja, reconhecendo sujeito de responsabilidade e direito. A proposta de intersetorialidade nas ações de saúde, tinha a função de desestimular os silenciamentos – proposta compatível quando pensamos em saúde

mental e o poder do asilamento. Significa dizer que, com base nas boas práticas em saúde, as respostas aos sofrimentos psicossociais devem ser acolhidas nos serviços de saúde, sem que exista uma prática silenciadora ou meramente hospitalocêntrica.

A integralidade se constitui de maneira democrática, com a participação do coletivo e a partir de um compromisso ético-político com a construção do saber dos atores sociais. O modelo de saúde, em que, historicamente, foi centrado na figura do médico, como o sujeito com o maior saber, agora passa a ser incentivado um modelo na centralidade dos usuários. Dessa maneira, quando discutimos saúde mental, não é possível se desvencilhar desse princípio doutrinário, que é a integralidade. Fica evidente no levantamento das legislações em saúde mental infantojuvenil, que há um predomínio da discussão referente a intersectorialidade, muito aproximado do princípio de desinstitucionalização. No entanto, salientamos sobre a importância de se recuperar o princípio da integralidade, importante para fortalecer um modelo da atenção psicossocial, de reconhecimento dos sujeitos, do controle social e da democracia, de forma geral, como categoria que produz cidadania, condição há pouco reconhecida às crianças e adolescentes, quando lembramos do histórico desprotetivo.

O papel das Conferências Nacional em Saúde Mental são fundamentais no processo de avanço para uma política de saúde mental infantojuvenil. Inclusive, em 2023, ocorrerá a V Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), onde há registro de que o evento será levado em conta pelos próximos anos governamentais, com relação à saúde mental. É importante estar próximo desse evento com o objetivo de avaliar as reais condições oferecidas às crianças e adolescentes, principalmente, quando no momento pós-pandemia vive um momento de muitos sofrimentos psicossociais e além disso, que estão desfavorecidos no que tange organizações sociais que não estão em funcionamento. O incentivo à participação das crianças e adolescentes é fundamental, para que o evento não seja meramente ocupado por profissionais de saúde e gestores, mas, por sujeitos que serão verdadeiramente participantes.

no Crianças e adolescentes ocuparam historicamente um lugar invisível. Mesmo com os avanços legais e protetivos, ainda se vive o silenciamento desse público, sejam nos corpos ou espaços. Nesse sentido, existem registros difíceis de se apagar da noite para o dia. Diante disso, a organização social e política frente a tais circunstâncias é trivial. No momento, não se identificou uma política específica de saúde mental infantojuvenil brasileira. Esse debate é cercado de tensões e questionamentos, dentre eles sobre a necessidade de uma política específica às crianças e adolescentes com algum sofrimento psicossocial, como sendo um ataque ao princípio de desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Contudo, o

posicionamento deste trabalho é voltado ao processo social e histórico da infância e adolescência, onde a política de saúde mental infantojuvenil é pedida antigo nos movimentos antimanicomiais e em defesa às crianças e adolescentes.

Vale registrar que a necessidade de um direcionamento de uma política de saúde mental voltada ao público infantojuvenil, não se trata de criar uma política focada em si e perder a perspectiva de desinstitucionalização e transversalidade presente na saúde mental. Nesse sentido, o direcionamento é necessário, pois, o campo vem sendo cooptado diariamente por contradições que resgatam posicionamentos contrários ao cuidado em liberdade, desafios da política de saúde mental, normalidade, etc., sendo algo desprotetivo ao público com sofrimento psicossocial.

A política que queremos é democrática, antimanicomial, interssetorial, integral, e, transversal à proteção social brasileira de crianças e adolescentes, onde estes sejam sujeitos falantes e ativos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida et al. Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. **Revista Katálysis** [online]. 2020, v. 23, n. 01 [Acessado 3 Maio 2022] , pp. 165-179. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165>>. Epub 27 Fev 2020. ISSN 1982-0259.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. P. 21 –50.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução: Dora Flaksman. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, Rio de Janeiro. 1986. P. 9 – 275.
- ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Introdução de John Gledson; notas de Hélio Guimarães. São Paulo: Penguin Classics Companhia da Letras, 2014, P. 7 – 101.
- ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Obra Completa, Domínio Público. 2º Volume. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, 1994, P. 1 – 36.
- BARROS, Manoel de. **Memória inventada – A segunda infância**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Alfabeta, 2018. P. 44-45.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Tradução de: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2010. P. 1 – 336.
- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2012, P. 1 – 216.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. Adolescência como uma construção social. In: **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. Volume II. Número I. Janeiro-Junho. 2007. P. 63 – 76. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pee/a/LJkZrZQ5YgbmhcncKzVq3x/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 de agosto de 2023.
- BRAGA, Claudia Pellegrini. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. In: **Caderno Saúde Pública**, v. 38, n. 08, 2022, P. 1 – 11.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência**. Diário oficial da União [DOU].

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União [DOU] do dia 16 de julho de 1990 e retificado em 27 de outubro de 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [DOU] no dia 09 de abril de 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação. Revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá providências.** Comissão Intergestores Tripartite, 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** 2ª Edição Revisada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. P. 1 – 72.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. – 5ª Edição ampliada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 1 – 340.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 1 – 66.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política social de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. 1ª Edição. 1ª Reimpressão. Brasília-DF: 2013. P. 1 – 16.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 6ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009, P. 1 – 129.

CARDOSO, Rafael. A reinvenção da Semana e o mito da descoberta no Brasil. 100 anos da Semana de Arte Moderna de 1922. **Estudos Avançados [online]**, v. 36, n. 104, p. 17-34, fev. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2022.36104.002>>. Acesso em: 03 de março de 2022.

CARVALHO, Henri de. Categoria simples na crítica de Marx. **Revista USP.** São Paulo: n. 95, set./nov. 2012, P. 160-163.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo.** Robert Castel; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. P. 9 – 317.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário.** Tradução: Iraci D. Poeti. 10ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1998. P. 47 – 93.

CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):1962-1963, set, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/ffrCSqv7PpWkdvQYXvyHWw/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

CÉZAR, Michelle de Almeida. COELHO, Mayara Pacheco. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. In: **Mental**. Vol. 11, N. 20, Barbacena, Jan./Jun, 2017. P. 1-18.

CFESS. **Discriminação sobre a população usuária da saúde mental**. Série: Assistente Social no Combate ao preconceito. Caderno 8, 2022, P. 1 – 24.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **5ª Conferência Nacional de Saúde Mental irá avaliar a Política Nacional e influenciar em sua execução**. Brasília, ano desconhecido.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2023a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2023b.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. FARIA, Nicole Costa. “E agora, José?” Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 31 (4) 2021. P. 1 – 21.

COSTA, Tereza Cristina Moura. FERREIRA, Maria D’Alva Macedo. Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 3, p. 228 – 252, jul./set. 2013.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Loucura & Civilização, collection. P. 141 - 168.

COSTA-ROSA, Abílio da. PEREIRA, Erica Cristina. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. São Paulo: **Saúde & Sociedade**, v. 21, n. 04, p. 1035-1043, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>>. Acesso em: 10 de março de 2022.

COUTO, Maria Cristina Ventura. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>>. Acesso em: 08 de março de 2022.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al (orgs.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília-DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. P. 1 – 236.

DELFINI, Patrícia Santos de. REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 (2), fev. 2012, P. 357-366.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. **Reforma & Estado: Políticas de Emprego no Brasil**. 1ª Edição. Campinas: IE/UNICAMP, 1998. P. 9 – 29.

DONNANGELO, Maria Cecília F. PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. Capítulo 2. São Paulo: Duas Cidades, 1976. P. 29-68. Disponível em: <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2017/09/saucc81de-e-sociedade-donnangelo.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2022.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 9ª Edição. Barcarena: Editorial Presença, 2004. P. 15 – 163.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984. P. 1 – 211.

ENGELS, Friedrich. **A situação da Classe trabalhadora na Inglaterra**. 1ª Reimpressão. São Paulo: Editora Boitempo, mar. de 2013. P. 1 – 274.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Infância e processo político no Brasil**. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância do Brasil. Irene Rizzini, Francisco Pilotti, (orgs.). – 2ª Edição. Rev. – São Paulo: Editora Cortez, 2009. P. 33 – 96.

FÉLIX, Livia Botelho. **(In)visibilidade no campo da saúde mental infantojuvenil: tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016. P. 1 – 230.

FERNANDES, Amanda Dourado S. A et al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. 2020. 28(2), P. 725-740. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>>. Acesso em: 19 de março de 2022.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Intersetorialidade em saúde mental: um estudo de caso**. In: HARTZ, ZMA and SILVA, LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. P. 103 – 105.

PINHEIRO, Roseni. FIOCRUZ. Integralidade em Saúde. In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Manginhos, Rio de Janeiro, RJ. 2009.

FRAYSE-PEREIRA, João A. **O que é loucura**. 3ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. P. 1 – 102.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª Edição. São Paulo: Coleção Debates. Tradução: Dante Moreira Leite. Editora: Perspectiva, 1974. P. 1 – 159.

GHOSH, Ritwik et al. Impacto of COVID-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. In: **Minerva Pediatr**. 2020. Jun; 72 (3). Pp. 226 – 235. Disponível em: <<https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/YXUvZStJNEd5eUs2N2VwQURrZ3BNZktnM01xTkpMNEIZYTNvVFRDRk9XVHZEVE5OTkVLa3dTUm1uWHVOK21rUQ%253D%253D/R15Y2020N03A0226.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2020.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1999. P. 7 – 191.

HARVEY, David. **A produção Capitalista do Espaço**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Annablume, 2006. P. 73 – 94.

IGNACIO, Julia. **Maio de 1968: você sabe o que foi esse movimento social?** Politize! Dezembro de 2019. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/maio-de-1968/>>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

INNOCENCIO, Giovanna. O sofrimento psíquico na sociedade capitalista e neoliberal sob a ótica da determinação social do processo saúde-doença. **Mosaico – Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras**. V. 12, N. 3, P. 16 – 22, SET./DEZ. 2021. Disponível em: <DOI 10.21727/rs.v12i3.2781>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

KUMAR, Anant et al. Debate: COVID-19 and children in India. In: **Child Adolesc Ment Health**. 2020. Sep; 25 (3): Pp. 165-166. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361601/pdf/CAMH-9999-na.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo. COUTO, Maria Helena. Sistemas de saúde na América Latina no Século XXI. In. NOGUEIRA, Roberto Passos. (Org.) Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3. – Brasília, DF: UnB; **ObservaRH; Nesp; Nethis**, 2018. P. 97 – 118. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wpcontent/uploads/2018/11/OICH_3_POR.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál. Florianópolis**. V. 10, n. esp. 2007, P. 37-45.

LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio et al. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. In: **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, n. 28 (3), 2020, P. 809-828.

LÖWY, Michael. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**. Tradução: Juarez Guimarães e Suzanne Felicie Léwy. 7ª Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2000. P. 22 – 33.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História Social da Criança Abandonada**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998. P. 1 – 200.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1982. P. 3 – 350.

MARX, Karl. **A Guerra Civil na França**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Boitempo, 2011. P. 9-227.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. 3ª Reimpressão. São Paulo: Editora Boitempo, 2014. P. 9 – 83.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1. 1ª Edição. São Paulo: Boitempo, 2015. P. 349 – 833.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Manual orientador Conferências Livres**. 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública. Brasília, 2009. P. 1 – 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório consolidado, versão preliminar do relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, junho de 2023. P. 1 – 190.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília-DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. P. 1 – 43.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 1 – 68.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. P. 1 – 63.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002. P. 1 – 213.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV CNSM. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Intersetorial**, 27 de Junho à 01 de Julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010, P. 1 – 210.

MOREIRA, Marcelo Rasga. **Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde**. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Doutorado, 2009. P. 1 – 149. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/ENSP_Moreira_Marcelo_Rasga.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

NETTO, José Paulo. Apêndice à terceira edição: Cinco notas a propósito da “questão social”. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2006. P. 151 – 162.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Método de Marx**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2012. P. 1 – 64.

NICODEMOS, Alessandra. Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua: aspectos históricos e conceituais na defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. In: **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais – RBHCS**. Volume 12 Nº 24, Julho a Dezembro de 2020. P. 170 – 197.

NUNES, Isaias Barbosa. O trabalho infantil na Revolução Industrial Inglesa: Uma contribuição ao trabalho docente na sétima série. Curitiba: **Programa de Desenvolvimento Educacional (PDE)**, 2009. P. 1 – 21.

OGATA, Márcia Niituma et al. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 25, 2000, P. 24-29.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 18, n. 1, jan.-mar. 2011. P. 141-154.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**. 1959. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Caracas. 14 de novembro de 1990. P. 1.

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

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, P. 15-35.

PAIVA, Vera. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? In: **Revista Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, 2013. P. 167 – 192.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora, ao fora da clausura – loucura e desrazão**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989a. P. 13 – 225.

PELBART, Peter Pál. **Manicômio mental – A outra face da clausura**. São Paulo: Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. 1989b. P. 131 – 145.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo: Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Política Social. 2013.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008a. P. 1 – 205.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Sobre a política de assistência no Brasil**. São Paulo: Editora Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2008b.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996. P. 1 – 304.

PODE FALAR. **Pode falar**. Disponível em: <<https://www.podefalar.org.br/>>. Ano desconhecido. Acesso em: 22 de setembro de 2023.

PRIORE, Mary Del. **História das crianças no Brasil**. 7ª ed. São Paulo: Contexto, 2010. P. 1 – 414.

QUARTIERO, Maria Fernanda; BARRANCOS, Luciana. A evolução das políticas de saúde mental no Brasil. In: **Nexo Jornal, Políticas Públicas**. 10 de setembro de 2021. Disponível em: <<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/A-evolu%C3%A7%C3%A3o-das-pol%C3%ADticas-em-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil>>. Acesso em: 17 de setembro de 2023.

RAUPP, Luciane Marques. MILNITISKY-SAPIRO, Clary. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. In: **Psic.: Teor. E Pesq.** Vol. 24, Nº 3. Brasília: 2008. P. 361-368.

RIBEIRO, Gessica Greschuk et al. Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. In: **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 13-30, jun./jul. de 2017.

RIZZINI, Irene. PILOTTI, Francisco. **A infância sem disfarces: uma leitura histórica**. 2ª Edição. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância do Brasil. São Paulo: Editora Cortez, 2009. P. 15 – 30.

RIZZINI, Irene. RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2004. P. 1 – 96.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos et al. **Que háce un centro de atención infanto-juvenil 24 horas em la ciudad de Curitiba, Brasil?**. Salud Ccolectiva, 2021, v. 17. Disponível em: <<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3033>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2022.

SELO UNICEF. **O que são os NUCAs**. Ano desconhecido. Disponível em: <<https://www.selounicef.org.br/nuca>>. Acesso em: 22 de setembro de 2023.

SILVA, Luciano Fernandes. INFORSATO, Edson do Carmo. Algumas considerações sobre as críticas ao conhecimento científico moderno no contexto do processo educativo e a temática ambiental. **Ciências & Educação**, Bauru, v. 6, n. 2, p. 169-179, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-73132000000200007>>. Acesso em: 04 de março de 2022.

SOUSA, Patrícia Fonseca et al. Paradigma Biomédico X Psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. In: **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, nº 2. Junho, 2018. P. 883-895.

TRABUCO, Karem Emmanuely de Oliveira. SANTOS, Diajne da Silva. **Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos.** VII Jornada Internacional Políticas Públicas.

UNICEF. OMS. **Nota técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus.** Versão 1, Março de 2020. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic. 2020. Pp. 1 – 10. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/7516/file/nota-tecnica_protecao-da-crianca-durante-a-pandemia-do-coronavirus.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2020.

UNICEF. **UNICEF e instituições parceiras em todo o Brasil reúnem adolescentes e jovens em conferências livre nacional para debater propostas sobre saúde mental.** Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/unicef-e-parceiros-reunem-adolescentes-e-jovens-para-debater-propostas-sobre-saude-mental>>. Acesso em: 22 de setembro de 2023.

UNICEF. **Sobre a UNICEF.** Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/sobre-o-unicef>>. Ano desconhecido. Acesso em: 22 de setembro de 2023.