

## **CRIANÇAS INVISÍVEIS: REFLEXÕES SOBRE O PERCURSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MINAS GERAIS.**

Mônica Eulália da Silva \*

### **Resumo**

*O artigo em questão faz um percurso histórico das ações e políticas públicas de saúde mental infantojuvenil em Minas Gerais a partir de um recorte do final do século XIX até os dias atuais. Discute o processo de institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, os movimentos eugênicos e higienistas e os novos paradigmas que surgiram no final da década de 80 com o processo de redemocratização do país. Para finalizar, o artigo apresenta algumas linhas gerais das diretrizes da política nacional de saúde mental para crianças e adolescentes que tem orientado as ações neste campo.*

**Palavras-chave:** Saúde mental. Crianças. Adolescentes. Institucionalização. Políticas públicas.

61

## **NIÑOS INVISIBLES: REFLEXIONES SOBRE EL RECORRIDO HISTÓRICO DE CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MINAS GERAIS**

### **Resumen**

*El artículo hace un recorrido histórico de las acciones y políticas públicas de salud mental infantojuvenil en Minas Gerais desde finales del siglo XIX hasta los días actuales. En él se discute el recorrido de institucionalización*

---

\* Mestre em Psicologia pela PUC-Minas, Brasil; Docente da Faculdade de Políticas Públicas "Tancredo Neves", Campus de Belo Horizonte, Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil; Supervisora Clínica Institucional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Itabira e Coordenadora do CAPS de Contagem, Minas Gerais, Brasil.

*de niños y adolescentes en Brasil, los movimientos eugenésicos e higienistas y los nuevos paradigmas surgidos al final de la década de 80 con el proceso de redemocratización del país. Para finalizar, el artículo presenta algunas líneas generales de las directrices de la política nacional de salud mental para niños y adolescentes que viene orientando las acciones en este campo.*

**Palavras chave:** *Salud mental. Niños. Adolescentes. Institucionalización. Políticas públicas.*

## **INVISIBLE CHILDREN: HISTORICAL REFLECTIONS ON THE ROAD CONTRUCTION OF PUBLIC MENTAL HEALTH POLICY FOR CHILDRENS AND TEENAGERS IN MINAS GERAIS**

### **Abstract**

62

*The article in question is a historical rout of the actions and public politics of children and youth mental health in Minas Gerais from a cut from the end of nineteenth century from nowadays. Discusses the process of the institualization of children and teenagers in Brazil, the eugenics and higienistcs movements and the new paradigms that appear in the eighties with the redemocratization process of the country. Finally, the article shows some general guidelines of the national policies of mental health to children and teenagers that guided actions in this area.*

**Keywords:** *Mental Health. Children. Teenagers. Institualization. Public Politics.*

### **1. ANTECEDENTES**

A inserção de um conjunto de ações que visam o cuidado, a proteção e o tratamento de crianças e adolescentes que apresentam um processo de adoecimento psíquico é algo bastante recente no âmbito da política

pública de saúde mental brasileira. Em Minas Gerais, Brasil, até o início da década de 90, evidenciava-se, segundo pesquisas realizadas por Ferreira (1999), um grande descaso quanto à assistência dessa clientela. No início do século XX, a especialidade do tratamento da infância não existia nas instituições psiquiátricas. As crianças eram atendidas junto com os adultos sem qualquer constrangimento. Resende (2001) aponta a presença de crianças nas colônias de alienados evidenciando assim, que, quando institucionalizadas, elas eram apenas mais um daqueles que se misturavam a toda sorte de excluídos nas chamadas instituições totais:

De fato, quem se dispuser a examinar a população de nossas colônias de alienados vai encontrar amalgamadas à massa de crônicos, tornada indiferenciada pela cultura mesma do asilo, desde pessoas que lá chegaram após uma passagem por um hospital psiquiátrico até indivíduos em cuja história de vida, consta como determinante da internação “doenças” como a de moças namoradeiras ou que foram desvirginizadas e desonradas, crianças órfãs, mendigos ou arruaceiros que, pela intermediação de um chefe político local ou um delegado de polícia, encontraram no encaminhamento ao hospício a solução definitiva (Resende, 2001, p.52).

63

Segundo Cirino (1992), em 1817, existia em São João Del Rei/Minas Gerais/Brasil, uma enfermaria para doentes mentais que funcionava na Santa Casa de Misericórdia e onde se encontravam pessoas de 3 a 90 anos, ou seja, as crianças eram misturadas aos adultos. Em 1903, com a regulamentação da “Lei de Assistência a Alienados”, surgiu no Manicômio Judiciário de Barbacena<sup>1</sup> um pavilhão, dividido por sexo, destinado a crianças “delinquentes e anormais”, conforme preconizava a Lei. Importante destacar o caráter moral, segregador e higienista<sup>2</sup> da época,

---

1. Na década de 70, o Manicômio de Barbacena, Minas Gerais, ficou conhecido no cenário nacional brasileiro através de vários movimentos e denúncias dos tratamentos desumanos ali realizados. Dentre essas denúncias, destaca-se uma série de reportagens de Hiram Firmino, no jornal Estado de Minas, que gerou o livro “Nos porões da Loucura”, publicado em 1982.

2. Segundo Boarini (2004), o eugenismo e a higienia consistiram em um movimento que existiu no Brasil durante o final do século XIX e início do século XX, formado, em sua maioria,

tendo em vista, que o hospital de Barbacena tornou-se rapidamente destino e lugar de recolhimento e internação de menores “vadios”, “perversos” e “delinquentes”, termos que, segundo Veiga e Faria (1999), eram utilizados no início do século XX nos diagnósticos clínicos. A relação entre a psiquiatria e o campo da justiça estabelecia-se, assim, através de uma pretensa roupagem científica cunhada sob os mais valorosos critérios eugênicos.

No antigo Instituto Neuropsiquiátrico de Belo Horizonte, Minas Gerais, atual Instituto Raul Soares, fundado em 1922, existiam pavilhões para o atendimento de crianças, também legitimados pelo regulamento da Lei de Assistência a Alienados. E, em 1927, o então governo mineiro criou o Hospital Colônia de Oliveira, para mulheres.

64

Posteriormente, em 1947, foi criado em Belo Horizonte o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, primeiro hospital psiquiátrico infantil de Minas Gerais, com o intuito de acolher as centenas de crianças do estado que ainda se encontravam nos hospitais de doentes mentais adultos.

Mais tarde, em 1949, o Hospital Colônia de Oliveira foi reformado e tornou-se Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil, para as crianças com doenças crônicas. Contava com 450 leitos e oferecia a elas o mesmo tratamento psiquiátrico destinado aos adultos, a saber, eletrochoques, cordas e quartos fortes. Em 1964, com o desabamento da ala feminina desse hospital, as meninas nele internadas foram transferidas para o Hospital Galba Veloso em Belo Horizonte, lá permanecendo até 1968.

A procura por internação no Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil crescia tanto que, em 1968, tornou-se necessário que as crianças fossem

---

por um grupo de médicos que associavam a saúde pública sanitária com ações que visavam limpar as cidades das misérias humanas, assim como purificarem as raças para uma melhoria progressiva da espécie humana.

triadas no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Belo Horizonte, antes de serem encaminhadas para ele.

Em 1973, foi criada uma unidade psicopedagógica anexa ao Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, evidenciando-se a preocupação com a interrelação dos problemas de aprendizagem, doença mental, abandono e delinquência. No final da década de 70, essa unidade psicopedagógica incorporou o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil e, após denúncias de maus tratos e tratamentos indignos praticados no Hospital Colônia de Barbacena, recebeu todas as crianças que ainda lá se encontravam.

Assim sendo, o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil foi transformado no Centro Psicopedagógico, que, no início do século XXI, passou a chamar-se Centro Psíquico da Adolescência e Infância - CEPAI -, sendo, até hoje, o único hospital psiquiátrico voltado para o tratamento especializado de crianças e adolescentes em Minas Gerais.

65

## **2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS NO BRASIL: INTERNAÇÃO E SITUAÇÃO IRREGULAR.**

Por ocasião do I Congresso Brasileiro de Centro de Atenção Psicossocial (CAPSI)<sup>3 e 4</sup> e da III Jornada de Saúde Mental Infantojuvenil de Betim<sup>5</sup>, a pesquisadora Irene Rizzini [palestra] declarou que em seus mais de 20 anos de pesquisas na área da infância e adolescência, e, especialmente, em seus estudos sobre a institucionalização de crianças no Brasil, nunca

---

3. O I Congresso Brasileiro de CAPS [mais conhecido em Minas Gerais como CERSAM] foi promovido pelo Ministério da Saúde e aconteceu em São Paulo, em julho de 2004.

4. CAPS: Dispositivo de atendimento às situações de crise e casos graves da saúde mental, com funcionamento em meio aberto e substitutivo ao modelo manicomial. Podem ter os seguintes formatos: CAPS III [funcionamento 24 horas], CAPS II [para crianças e adolescentes], CAPS I e CAPSad [voltado para a dependência de álcool e outras drogas].

5. A III Jornada de Saúde Mental Infantojuvenil de Betim, Minas Gerais, aconteceu em setembro de 2004, promovida pela equipe do CERSAMI e das demais que atuam nesse campo no município.

encontrou dados concretos sobre as crianças ditas loucas. Nos documentos pesquisados fala-se de crianças pobres, negras, de rua, em conflito com a lei, órfãs, com deficiências, mas não de criança louca. Essa constatação fez com que a pesquisadora passasse a se referir a tais crianças como “invisíveis” nas políticas públicas.

Para a palestrante, até o século XX, a sociedade brasileira deixou inúmeras marcas da “opção” por um modelo asilar no campo da assistência à infância, fato que convoca a uma maior reflexão a respeito.

66

O início dessa tradição é antigo no Brasil e, segundo Rizzini e Rizzini (2004), data do período colonial. Desde então, tanto as crianças e jovens filhos de famílias ricas, como as de famílias pobres, eram institucionalizadas para uma melhor educação. No entanto, a institucionalização das crianças menos abastadas não ocorreu da mesma forma e nem com os mesmos objetivos que se deram para as outras crianças: colégios internos para crianças mais abastadas e reformatórios para os filhos dos pobres.

Até 1927, com a instituição do antigo Código de Menores, a assistência à infância e à adolescência no país estava basicamente nas mãos de casas de caridade, instituições filantrópicas e religiosas. A clientela dessas instituições eram crianças e adolescentes órfãos, abandonados, ou ditos delinquentes, mas que, na maioria das vezes, tinham família. No entanto, o modelo de família patriarcal ameaçava aqueles que viviam sob novas organizações parentais. Por isso, a população de crianças institucionalizadas correspondia a todos aqueles que não se adequavam aos ideais da sociedade e do Estado. Em geral, eram meninos e o fato de estarem nas ruas, serem pobres, ou a própria cor da sua pele eram determinantes para se tornarem crianças institucionalizadas.

O Código de Menores (Brasil, 1927) marcou o primeiro momento da história brasileira em que o Estado instituiu um texto de lei para crianças e

jovens. No entanto, tratava-se de uma legislação voltada para a chamada “Doutrina da Situação Irregular” do menor, ou seja, destinava-se àqueles que não se adequavam à ordem pública. Portanto, não era para todas as crianças e adolescentes, mas sim, para o menor, e o menor era aquele que estava sempre em situação irregular. O Estado teria, então, a função de resgatar os valores e princípios da sociedade, perdidos para esses meninos.

De acordo com Veiga e Faria (1999), a sociedade mineira da primeira metade do século XX apresentava seus valores eugênicos e higienistas como ações fundamentais para a vida da população. E, por isso, a ideia de internar como medida de correção deveria ser considerada como atitude louvável de um governo preocupado com as suas crianças e com o futuro do seu povo. Tratava-se de instituições centralizadoras em suas ações e fechadas em si mesmas. Como conceber a ideia de que filhos de pobres, bêbados e arruaceiros pudessem se tornar homens e mulheres de bem! O Estado entrava como o salvador que poderia dar àquelas crianças o que seus pais não podiam, ou seja, tratava-se de uma substituição dessas famílias pelo Estado. E, mais do que isso, uma desautorização do papel parental.

67

Em 1941, o governo brasileiro criou o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) que tinha como objetivo executar uma política nacional de assistência<sup>6</sup>. Foram, então, criadas as chamadas Escolas de Reforma, que deveriam recolher, abrigar e reeducar os menores, numa perspectiva corretiva. Os reformatórios, segundo Rizzini e Rizzini(2004), orientavam-se por iniciativas educacionais atreladas à assistência e ao controle social de uma população que, a partir do crescimento desordenado das cidades, passou a ser vista como perigosa. O recolhimento e a reclusão de crianças foram, durante muito tempo, as principais ações de assistência à infância

---

6. Entendida, neste texto, como controle social.

no Brasil. Ações essas que se destinavam a manter a “limpeza das cidades”.

Em 1964, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) que, marcada por um forte autoritarismo, veio com a finalidade de responder ao fracasso do SAM.

As Fundações do Bem-Estar do Menor (FEBEM) foram instituídas em âmbito estadual e geridas pela política nacional da FUNABEM, como exemplo vivo das instituições totais. A ideia era que a instituição pudesse abarcar em seu interior todos os recursos para o que se entendia como reeducação. Nessa perspectiva, a FEBEM foi se tornando uma instituição cada vez mais fechada e segregativa, onde o esporte, o lazer, a educação, a saúde e a iniciação ao trabalho só ocorriam no espaço do confinamento. Esse acontecia em grande parte no interior do Estado, distante da Capital. No entanto, 80% dos meninos internados eram oriundos da Capital (Ferreira,1999).

68

A iniciação ao trabalho nessas instituições era uma prática que marcava uma discriminação em relação à origem dos jovens. Além de ensinar trabalhos rurais para menores urbanos, prevalecia a ideia de que eles eram intelectualmente incapazes de aprender ou de se interessar por outras atividades, senão aquelas.

Por outro lado, havia um descaso com o nome e com os dados pessoais que esclareciam a origem dos meninos internados, os quais eram identificados apenas pela condição social e pela cor da pele. Segundo Veiga e Faria (1999), era comum se encontrar nos prontuários anotações como “ João de tal, filho de fulano de tal”.

A ideia de que a FEBEM poderia transformar os meninos fracassou na medida em que foram os próprios meninos que a transformaram,

apontando, através do aumento da delinquência e das constantes rebeliões internas, a ineficácia e o fracasso do modelo. Mesmo assim há quem a defenda, ainda, em nossos dias!

Em meados da década de 80, com o processo de redemocratização do país, o modelo totalitário de assistência começou a ser questionado. A ideia do atendimento a meninos em meio aberto e de uma política descentralizada começava a surgir. O novo paradigma foi precursor dos primeiros passos do que, mais tarde, veio a configurar-se numa política nacional de saúde mental infantojuvenil no Brasil.

Com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA- (Brasil, 1990), a doutrina do "menor em situação irregular" dá lugar à doutrina da "proteção integral da criança e do adolescente". O termo "menor" desaparece do texto da Lei, inaugurando, a partir daí, a ideia de que tal legislação se destinaria a toda e qualquer criança e adolescente, independente da sua cor, ou situação social.

69

Nesse período, os movimentos de reforma psiquiátrica também ganharam força no Brasil. Em Minas Gerais, iniciou-se a criação de fóruns regionais de atenção à criança e ao adolescente, provocando a articulação de discussões no campo da educação, saúde e assistência social, e, bem devagar, mas inexoravelmente, as coisas começam a mudar.

Após vários eventos da área, em 1995, no II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, na Carta de Belo Horizonte, definiu-se a direção das políticas de assistência à criança e ao adolescente:

- 1 - desconstrução gradativa do aparato custodial, de segregação e confinamento de crianças e adolescentes e a criação de ações e serviços substitutivos a ele;

2 - luta pela criação de uma Política Nacional de Saúde Mental no campo da infância e da adolescência e de suas interfaces (educação, desenvolvimento social, cultura e lazer) (Ferreira, 1999, p. 88).

Segundo Ferreira (1999), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 1997, a Carta de Belo Horizonte foi retomada e rediscutida para se avaliar os avanços realizados até então, e propor novas estratégias, visto que, em Minas Gerais, emergiam algumas experiências, distintas entre si, mas bem sucedidas, de atendimento à infância e adolescência na perspectiva da saúde mental para crianças e adolescentes<sup>7</sup> .

70

Nesse contexto, os serviços abertos e de base comunitária começaram a aparecer e as ações ganharam nova orientação, sendo descentralizadas. A internação e o confinamento deixavam de ser as únicas possibilidades de intervenção para uma clientela que há tempos era condenada à reclusão. Apesar da precariedade dos investimentos, as políticas públicas voltadas para a não exclusão, começavam a se colocar num novo patamar e a orientar várias ações que contribuiriam para que a sociedade refletisse sobre a pertinência, ou não, de antigos valores na área.

### **3. A VISIBILIDADE DO ADOECIMENTO PSÍQUICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.**

A transição das experiências sustentadas por políticas de governo para aquelas sustentadas por políticas de Estado relativas à assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil, data de fevereiro de 2002, através da Portaria GM Nº.336/2002 (Brasil,2002). Foi a primeira vez que, oficialmente, crianças e adolescentes ditos "loucos" ganharam visibilidade nas políticas públicas no país. Isto não significa, entretanto, como assinala Ventura (2003; 2004), que, anteriormente, não tivessem ocorrido

---

7. Como exemplo, citam-se as experiências dos municípios de Betim e Contagem, ambos em Minas Gerais, iniciadas na década de 90.

experiências importantes e potentes nesse campo. Não só elas existiram como nortearam a construção do referido texto oficial.

A experiência clínica de muitos estudiosos e profissionais da saúde mental infantojuvenil ofereceu os princípios norteadores para a construção do referido texto normativo. E, embora pareça paradoxal visto o atendimento clínico não caber em um discurso normativo, essa forma de construção foi fundamental para que políticas públicas pudessem ser pensadas a partir de outra lógica.

Muito tempo se passou até chegarmos a um texto com estatuto de norma. No caso da saúde mental infanto-juvenil, a força propulsora que fez desembocar num ato normativo foi construída, sorrateiramente, por experiências de trabalho que, a despeito do isolamento a que estavam submetidas, foram fazendo ver que era possível e imprescindível partilharem dos princípios, das ações e dos enfrentamentos que constituíam o campo público mais geral da saúde mental no Brasil. A potente experiência de Betim -e algumas outras neste Brasil afora - alavancaram este processo. Ou seja, estou querendo dizer que a possibilidade de tomarmos a publicação de uma portaria de caráter nacional como um marco na história das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes, depende de reconhecermos um processo que veio sendo construído a partir da potência da clínica. O que está proposto na portaria certamente não difere do cotidiano dessas experiências de trabalho que vinham acontecendo aqui e acolá. Entretanto, o que me parece de mais importante nela é justamente o fato de afirmar publicamente, para todos os cantos deste país, que, de agora em diante, não bastarão êxitos locais, todos deverão rever seus procedimentos em relação à criança e ao adolescente. Ou seja, há, nos tempos atuais, um patamar de institucionalidade e legalidade nunca antes existente em relação a esta questão (Ventura,2003, p.192).

71

De acordo com a autora (op.cit), a Portaria GM Nº.336/2002 (Brasil,2002) por si só não mudaria os rumos da história, rompendo de uma só vez com a hegemonia de um discurso segregador que marcou violentamente a história de tantas crianças no país. Mas, para ela, pode-se afirmar, sem dúvida, que

esse ato oficial inaugurou um novo momento.

No Brasil, pela porta dos serviços públicos de saúde mental, chegam várias crianças e adolescentes designados como *desobedientes, atrasados, maconheiros, esquisitos, retardados...* As demandas sociais que se impõem com essas designações não se constituem em bons guias para direcionamentos para clínicas de saúde mental infantojuvenil, pois se referem a uma demanda “do outro” [outro social, escola, família, sociedade] e não do próprio sujeito. Elas universalizam e/ou reduzem os problemas apresentando essa clientela em “pacotes fechados”, ignorando a diversidade e a singularidade de cada um dos sujeitos envolvidos.

72

O ser criança remete a cuidados especiais, a olhares especializados. O significado do termo *infans*, não por acaso, refere-se àquele que não fala, ou não fala por si, sendo reeditado cada vez em que se recebe uma criança acompanhada de um adulto, sendo falada ou levada por ele como uma bengala que vai daqui e dali se apoiando numa demanda a qual, muitas vezes, é desse outro e não dela própria.

Contemporaneamente há uma nova lógica de assistir e cuidar das crianças adoecidas psiquicamente e violadas em seus direitos fundamentais. Uma lógica que lhes possa garantir visibilidade e permita conceber a criança e o adolescente como sujeitos que, além de poderem enlouquecer, também podem entristecer, angustiar e inquietar, cujos sinais dizem de uma subjetividade que interage e responde a tudo que está à sua volta.

Essa nova lógica recoloca a criança e o adolescente como sujeitos de palavra [palavra que deve ser ouvida] e não meros sujeitos “falados” e/ou descritos por alguém [sociedade, instituições, família]. Há uma ética da singularidade que nos convida a pensar cada um deles como únicos e não mais massificados pelo ideário totalizante. Por isso, todos os saberes são importantes, sejam esses médico, farmacológico, psicológico, pedagógico,

ou outro qualquer, desde que não caem o saber singular presente em cada criança e adolescente.

#### **4. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL BRASILEIRA**

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil,2005), as ações voltadas para as políticas públicas para crianças e adolescentes devem estar pautadas pela “lógica do cuidado”, significando que a construção dos princípios orientadores das ações desenvolvidas na área levem em conta essa questão.

O primeiro princípio norteador consiste no **acolhimento universal**. Trata-se da orientação de que as portas dos serviços de saúde mental infantojuvenil estejam abertas a todos, ou seja, toda demanda deve ser ouvida e respondida. Nenhum aspecto de ordem técnica ou burocrática pode impedir que isso ocorra, o que não significa que toda demanda seja absorvida pelos serviços. Acolher é uma forma de oferecer cuidado, na medida em que esse procedimento garante um lugar para a demanda que, muitas vezes, por não ser ouvida devidamente, levaria o sujeito a uma verdadeira via-sacra pelos diversos serviços da rede de cuidados em busca de uma resposta para o seu problema.

73

Outro princípio é o do **encaminhamento implicado** em que a noção de cuidado passa pela adoção de uma postura de comprometimento dos encaminhadores das crianças e dos adolescentes aos serviços de saúde mental, não deixando que eles fiquem à deriva nessa rede. Nos casos avaliados em que não há demanda ou indicação de tratamento especializado, ainda assim, é necessário que o profissional estabeleça um contato com o encaminhador [escola, juizado, família] para que se compreenda a pertinência ou não da demanda.

O terceiro princípio é o da **construção permanente da rede** em que

a lógica do cuidado desloca a noção empírica de rede na qual os serviços encontram-se interligados, para uma outra lógica de conceber o agir. Ele implica em cuidar das crianças e dos adolescentes agregando outros atores, descentralizando ações. Na ausência de uma rede de serviços ideais, que, na verdade, não existe, a construção permanente da rede torna-se um trabalho coletivo o qual reconhece o sujeito como alguém que circula nos espaços sociais podendo apropriar-se deles.

O quarto princípio é o do **território**. Trata-se de um conceito que ultrapassa o enfoque geográfico, apesar de compreendê-lo. O território pode ser entendido como o contexto social, que é geográfico, regional, econômico, social, mas que, também, engloba os aspectos subjetivos, pessoais do sujeito. Nesse sentido, o território é o local psicossocial no qual o sujeito tem um lugar e que, por isso, tem uma geografia particular, desenhada pelo próprio sujeito, englobando os lugares que se ligam à sua história [casa, escola, igreja, clube].

74

O último princípio é o da **intersectorialidade**, que consiste no estabelecimento de pontos de convergência entre os diversos atores e lugares sociais que no território assumem o cuidado com crianças e adolescentes [escola, conselho tutelar, esporte, cultura, igreja]. Estes equipamentos, de natureza clínica ou não, comparecem com diversos olhares e saberes convergentes para o cuidado, a assistência e o tratamento de crianças e adolescentes num movimento que parte de dentro das instituições e vai para fora, extrapolando os muros dos serviços.

Desta forma, o eixo das ações é definido em torno da ideia de cidadania, significando que os equipamentos públicos devem ser lugares de proteção e cuidado, mas, também, de emancipação social. A criança e o adolescente passam a ser considerados enquanto sujeitos de direitos - tal como previsto no ECA - bem como sujeitos da singularidade, noção fundamental para que o cuidado que se exerça não se dê de maneira homogênea e/ou uniforme

impedindo que tais crianças e adolescentes tenham garantido o direito de ser escutadas nas suas demandas.

## **5. CONTEXTO ATUAL**

A situação atual da rede de saúde mental infantojuvenil no Brasil foi tratada de forma bastante significativa por Ventura, Duarte e Delgado (2008) em um estudo realizado com o objetivo de descrever e analisar o desenvolvimento da política pública brasileira na área, no período 2002 - 2007.

O estudo aponta que as ações neste campo têm crescido no país, mas que são, ainda incipientes, embora ocorra uma maior percepção por parte dos governos de que a saúde mental infantojuvenil seja, também, uma questão de política pública.

Neste estudo, são apresentados elementos que caracterizam essa prática no âmbito oficial, bem como são apontadas as principais dificuldades encontradas e que impulsionaram tal prática ao patamar das políticas públicas. Para tanto, os autores utilizam-se da análise de documentos do governo brasileiro relativos ao cuidado e à assistência de crianças e adolescentes. Evidencia-se que as informações epidemiológicas são escassas e que estão quase todas concentradas em fontes governamentais.

75

O estudo aponta que, apesar de ter crescido o número de serviços de saúde mental infantojuvenil, os chamados CAPS, eles ainda são irrelevantes se comparados aos dados populacionais. De 2002 a 2007 eram apenas 86 serviços no Brasil; considerando-se que tais equipamentos são indicados para cidades com mais de 200 mil habitantes, esse número deveria estar presente em cerca de 130 cidades brasileiras, sendo que algumas delas comportariam mais de um equipamento.

Nas cidades que não comportam a estrutura de CAPS, a orientação é de

que tal assistência se dê a partir de diversas estratégias tais como os demais CAPS (I, II, III, AD), ambulatórios de saúde mental e/ou outros recursos intersetoriais existentes. “Esta estratégia, relevante no sentido da cobertura, requer, entretanto, um rigoroso processo de acompanhamento e análise de impacto, ainda não realizado” (Ventura, Duarte & Delgado, 2008, p. 395).

Do estudo conclui-se que, apesar do número ainda insuficiente, os CAPS são a principal ação estratégica existente no Brasil para as ações de saúde mental para crianças e adolescentes. Eles conseguem responder com efetividade à necessidade de acesso da população às demandas da área, oferecer informações epidemiológicas, fomentar a necessidade de formação continuada dos trabalhadores e, ainda, dar uma visibilidade necessária à clientela infantojuvenil acometida de transtornos mentais graves e persistentes.

76

Os dados apresentados pelo referido estudo sugerem três principais desafios ainda a serem enfrentados: **a)** necessidade de expansão da rede de serviços que compõem esta rede de cuidados [CAPS, ambulatório, ou outras estratégias]; **b)** gestão territorial das demandas [intersetorialidade] e **c)** orientação de estender aos demais CAPS e ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de recursos específicos. O estudo aponta, ainda, a necessidade de monitoramento e avaliação dessas ações da rede de cuidados à criança e ao adolescente.

## **6. À GUIA DE CONCLUSÃO**

Muito trabalho já foi feito, mas ainda há muito a fazer em relação à rede de cuidados à clientela infantojuvenil acometida de transtornos mentais graves e persistentes.

Os desafios e limitações nos convocam ao enfrentamento corajoso das questões surgidas neste campo. Especialmente no âmbito do trabalho coletivo, elas nos provocam a buscar saídas possíveis para as questões emergentes e para garantir às crianças e aos adolescentes o direito a um tratamento público no campo da saúde mental.

## Referências

Boarini, Maria Lúcia (2004). Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, 13, 59–72.

Brasil (1927). *Decreto Nº. 17.943 A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores*. Acesso em 27 de abril de 2010, de [http://www.ciespi.org.br/base\\_legis/baselegis\\_view.php?id=76](http://www.ciespi.org.br/base_legis/baselegis_view.php?id=76)

Brasil (1990). *Lei Nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Acesso em 27 de abril de 2010, de [http://www.ciespi.org.br/base\\_legis/baselegis\\_view.php?id=223](http://www.ciespi.org.br/base_legis/baselegis_view.php?id=223)

Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Portaria GM Nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde

Cirino, Oscar (1992). O descaminho daquele que conhece - Da psiquiatria infantil à clínica da criança. *Fascículos FHEMIG*, (7).

Ferreira, Tânia (1999). *A escrita da clínica: psicanálise com crianças*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Firmino, Hiram (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: CODECRI.

Resende, Heitor (2001). *Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. In Resende, Heitor; Tundis, Silvério Almeida & Costa, Nilson do Rosário (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Rizzini, Irene & Rizzini, Irma (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: PUC Rio; São Paulo: Loyola.

Ventura, Maria Cristina Couto (2003). Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In Guerra, A. M. C. & Lima, N. L. (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Ventura, Maria Cristina Couto (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In Ferreira, Tânia (Org). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte, MG: Autêntica; FCH-FUMEC.

Ventura, Maria Cristina Couto; Duarte, Cristiane S. & Delgado, Pedro Gabriel Godinho (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4),390-398. Acesso em 27 de junho de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbpv30n4/a15v30n4.pdf>.

Veiga, C. & Faria, L. (1999). *Infância no Sótão*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.