

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

2.ª edição revista

Série B. Textos Básicos em Saúde



Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos em Saúde

Tiragem: 2.^a edição revista – 2005 – 3.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde Mental
Espanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,
6.º andar, sala 606
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2313 / 3315-3319
Fax: (61) 3315-2313
E-mail: saudemental@saude.gov.br
Home page: <http://pvc.datasus.gov.br>

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Organização:

Alfredo Schechtman
Luciano Elia
Maria Cristina C. L. Hoffmann
Maria Cristina Ventura
Rita de Cássia Andrade Martins
Rodrigo Nogueira

Revisão final:

Pedro Gabriel Delgado

A obra da capa pertence ao Museu de Imagens do Inconsciente – Rio de Janeiro/RJ

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

72 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

ISBN 85-334-0995-8

1. Saúde mental. 2. Política de saúde. 3. Criança. 4. Adolescente. I. Título. II. Série.

NLM WM 105

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0887

Títulos para indexação:

Em inglês: *Ways for a Policy of Child and Adolescent Mental Health*

Em espanhol: *Caminos para una Política de Salud Mental Infantil y Juvenil*

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020; Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Gabriela Leitão

Revisão: Denise Carnib, Lilian Assunção

Projeto gráfico e capa: Marcus Monici

Sumário

•	Apresentação	5
•		
•	1 Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil no SUS	7
•		
•	1.1 Antecedentes.....	7
•		
•	1.2 O desafio da construção de uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.....	9
•		
•	2 Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil	11
•		
•	3 Diretrizes Operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e Adolescentes	15
•		
•	4 Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil	17
•		
•	4.1 O que é o Fórum?	17
•		
•	4.2 Quem participa?	18
•		
•	4.3 Atribuições do Fórum	20
•		
•	4.4 Características do funcionamento do Fórum	20
•		
•	5 I Reunião Temática do Fórum	23
•		
•		

6 Textos da I Reunião Temática	25
6.1 Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil	25
6.2 Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil	29
6.3 De Volta à Cidadania: proposta para uma nova Política de Inclusão Social dos Portadores de Deficiência em Situação de Abrigo.....	35
6.4 Comissão Intersetorial para Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária	40
6.5 A Rede da Atenção na Saúde Mental: articulações entre Caps e ambulatórios.....	45
Referências Bibliográficas	59
Anexos	61
Anexo A – Recomendação n.º 01/2005 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil	61
Anexo B – Portaria n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004.....	65
Anexo C – Mapeamento “Preliminar” dos Setores de Assistência à Criança e ao Adolescente.....	71

Apresentação

Saraiva Felipe
Ministro de Estado
da Saúde

É com muita satisfação que apresento a nova edição revista do presente livro “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, que traz contribuições de distintas áreas e de diversos especialistas para uma abordagem pública deste relevante tema de saúde.

A sociedade brasileira e o Estado têm um compromisso de resgate desta dívida histórica de reversão de um enfoque institucionalizante, estigmatizante e punitivo no tratamento das questões sociais e sanitárias, que atingem importantes percentuais dos referidos grupos populacionais (habitualmente, das camadas mais desfavorecidas da população), produzindo um novo olhar e novas práticas de cuidado em saúde mental.

Um desenho destas novas políticas é o que nos é apresentado nesta publicação, naturalmente aberta ao aperfeiçoamento continuado das reflexões teóricas e das práticas daí decorrentes.

1 Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil no SUS

1.1 Antecedentes

As ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque eles representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a con-

cepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinqüente).

O resultado desse longo processo que visava a assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão.

Nas tramas desse processo, passaram 'silenciosas', mas não isentas de suas consequências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado.

O amplo movimento pela redemocratização do País, no final da década de 70, deu visibilidade e ampliou as condições de possibilidade para que essas questões estruturais pudessem ser alteradas e superadas. Resultado de um amplo processo de debate por toda a sociedade brasileira, a promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar sem ressalvas a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes *"o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão"*, conforme descrito no artigo 227 da Carta Magna. Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeitos de direitos tributado a crianças e adolescentes resultou na promulgação de Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente.

Entretanto, a promulgação de um texto legal não operaria por si as mudanças necessárias. Para tal, era imprescindível a efetiva mudança do curso da história, operação que requer a consolidação de um novo modelo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante –, dirigido a novos cidadãos: sujeitos de direitos e de responsabilidade, não mais deficientes.

Estava posto o desafio para o campo da Saúde Mental, igualmente atravessado pelos debates democráticos que queriam expurgar os malefícios do asilamento e que,

por força do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, viu-se obrigado a redesenhar suas diretrizes, a base de seu modelo assistencial e o objeto de sua intervenção. Foi sob a égide desse novo ideário que se constituiu no Brasil a gestão da saúde mental no SUS, cuja responsabilidade principal é promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária.

A base normativa e política do atual campo da Saúde Mental vem, há muito, apontando a necessidade de ser construído um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. A 2.^a Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3.^a Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. A institucionalidade para todas as mudanças está materializada na Lei n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

No campo específico da Saúde Mental Infanto-Juvenil, essa prioridade se materializou na instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que teve sua implantação concretizada graças ao esforço de representantes de diferentes setores, do âmbito governamental e não-governamental, garantindo que este se fortaleça a cada dia como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais.

1.2 O desafio da construção de uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

Hoje, um dos maiores desafios para a área de Saúde Mental, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS.

Até recentemente, a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições totais, cujo modelo de atenção não focaliza ações e propostas terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural.

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.

Para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família.

No campo específico da Atenção à Saúde Mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, não raro, desenvolvem iniciativas que se superpõem ou se contrapõem, dispersando esforços, apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade.

2 Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil

As linhas gerais de ação que caracterizam as políticas públicas da área da Saúde Mental, especificamente no segmento da saúde mental de crianças e adolescentes, fazem-se reger por claros princípios que encontram suas bases em uma ética e em uma lógica do cuidado. Tais princípios precisam ser explicitados.

- **Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a idéia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito**

Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. Finalmente, não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares,

professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que não é a prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz.

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela.

- **Acolhimento universal**

Este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida.

O serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço. O acolhimento universal não implica, portanto, na exigência, que seria milagrosa ou tirânica, e em todo caso absurda, de que todo aquele que procurar o serviço terá que ser necessariamente absorvido nos modos de tratamento existentes no serviço em questão (o que obviamente não é possível), mas na idéia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso.

Recebida e ouvida a demanda, é preciso que se dê uma resposta. Trata-se de acabar com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum. Como há situações em que o encaminhamento para outros serviços se impõe, essa postura implica um novo princípio, que concerne ao modo de conceber e praticar o encaminhamento, quando é o caso.

- **Encaminhamento implicado**

Na forma de cuidado que aqui se propõe, a própria noção de encaminhamento é redefinida e podemos denominá-la de encaminhamento implicado.

Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. Esse trabalho se insere na concepção de rede e sua construção será abordada adiante. Existe ainda a possibilidade da desconstrução da demanda como demanda de tratamento. Nesses casos, o serviço deverá realizar o trabalho de desconstrução, que muitas vezes implica em uma intervenção junto a outras instâncias, a escola, por exemplo, quando encaminha situações de indisciplina ou os freqüentíssimos “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de saúde mental que necessitassem de tratamento. Nesse caso, além da construção de rede, o princípio aqui implicado é o da intersetorialidade, de que se tratará mais adiante.

- **Construção permanente da rede**

A idéia de rede se desloca de uma acepção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado. Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso.

Tal concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território.

- **Território**

É uma das categorias nocionais mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental. Podemos entendê-lo como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O *território* é o *lugar psicossocial do sujeito*.

- **Intersectorialidade na ação do cuidado**

Um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Capsis e Caps, ambulatórios, hospitais, PSFs, etc.), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros.

O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar.

Concluindo, a Política Pública de Assistência em Saúde Mental aponta para a necessidade de destituir, do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência, as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente, isolacionista. O eixo passa a ser definido pelos direitos de cidadania, definindo a esfera pública como um lugar de excelência de ação protetiva, de cuidados éticos emancipatórios das pessoas em situação de risco social. Tal direção impõe mudanças que se traduzem na articulação de novos dispositivos de cuidado vinculados ao processo de desinstitucionalização. Esse processo baseia-se no princípio de que a pessoa portadora de sofrimento mental, de alguma deficiência e sua família devem ser protagonistas do seu processo de emancipação, devendo assumir os seus lugares na vida de sua cidade.

Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.

3 Diretrizes Operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e Adolescentes¹

Ana Pitta

Luciano Elia

Maria Cristina Hoffmann

Maria Cristina V. Couto

As diretrizes operacionais colocadas neste item têm por objetivo apresentar alguns pontos considerados norteadores para todo e qualquer serviço de saúde que se proponha a prestar atenção a crianças e adolescentes. Este material foi elaborado por um grupo de consultores.

Os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenis, em particular os de base territorial e voltados para a atenção intensiva, deverão seguir as seguintes diretrizes operacionais em suas ações de cuidado:

- reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o *portador de um pedido legítimo a ser levado em conta*, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo

¹ Este documento foi elaborado por solicitação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 13/2/04.

campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;

- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

responder à grave situação de vulnerabilidade, em contextos específicos, levando dessa forma à realização de ações que tenham por objetivo a inclusão social.

Esse Fórum terá caráter representativo e deliberativo, sendo um importante instrumento de gestão, possibilitando dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades que durante muito tempo ficaram em um segundo plano ou até mesmo totalmente ignoradas.

4.2 Quem participa?

O Fórum é composto por representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que atuam de forma relevante na área, cabendo-lhe convocar e/ou convidar outros segmentos representativos quando sentir a necessidade.

Têm assento permanente as seguintes instâncias, conforme determina a Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004:

- I – Área Técnica de Saúde Mental – Dape/SAS, que o coordenará;
- II – Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas – Dape/SAS;
- III – Área Técnica de Saúde da Criança – Dape/SAS;
- IV – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem – Dape/SAS;
- V – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – Dape/SAS;
- VI – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS;
- VII – Departamento de Atenção Básica – SAS;
- VIII – Programa Nacional de DST/Aids/SVS;
- IX – Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira;
- X – Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;
- XI – Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira;
- XII – Conselho Nacional de Saúde;

- XIII – Ministério da Justiça e Secretaria Nacional da Segurança Pública;
- XIV – Ministério da Educação;
- XV – Ministério da Cultura;
- XVI – Ministério dos Esportes;
- XVII – Conselho Nacional de Procuradores – Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público;
- XVIII – Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude;
- XIX – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- XX – Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) – PR;
- XXI – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda)/ SEDH/PR;
- XXII – Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde) – SEDH/PR;
- XXIII – Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (Febiex);
- XXIV – Federação Nacional das Apaes;
- XXV – Federação Nacional das Instituições Pestalozzi;
- XXVI – Associação Brasileira de Autismo;
- XXVII – Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- XXVIII – Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados;
- XXIX – Associação Juízes para a Democracia (AJD);
- XXX – Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares;
- XXXI – Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (Abenepi);
- XXXII – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua;
- XXXIII – Movimento de Adolescentes Brasileiros.

4.3 Atribuições do Fórum

Podemos definir cinco grandes eixos referentes às principais atribuições do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil:

- I – funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; incentivando a criação de fóruns estaduais para a área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente;
- II – estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil;
- III – promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da Atenção à Saúde Mental dessa população;
- IV – produzir e disseminar conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão;
- V – elaborar recomendações e deliberações a serem adotadas sempre que possível pelos gestores públicos da área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente, nos diversos níveis de gestão, de forma a serem retransmitidas e implementadas na rede intersetorial de assistência.

4.4 Características do funcionamento do Fórum

- **Coordenação:** Coordenação Nacional de Saúde Mental/Dape/SAS/MS.
- **Foco de atuação:** Saúde Mental Infanto-Juvenil.
- **Tipo de reuniões:** o Fórum tem reuniões plenárias, que ocorrem de quatro em quatro meses, grupos de trabalho, debates por meio da rede mundial de computadores, seminários, encontros temáticos, entre outras modalidades dependendo do entendimento e necessidades surgidas.

- **Localização dos encontros:** as reuniões plenárias ocorrerão em todas as regiões brasileiras, de forma intercalada, visando a contemplar a participação de todos os interessados, em todo território brasileiro.
- **Temas:** os assuntos das reuniões temáticas são escolhidos previamente, sendo convidados expositores e debatedores, dependendo do tema escolhido.
- **Resultados esperados:** dos encontros temáticos são retiradas orientações, deliberações e/ou recomendações, que terão por objetivo ampliar a discussão e propor diretrizes para a política nacional, além de produzir importantes conhecimentos e informações que subsidiem os diferentes níveis de gestão, no campo da Saúde Mental Infante-Juvenil.

5 I Reunião Temática do Fórum

• O formato das reuniões plenárias do Fórum Nacional incluem espaço de amplo debate sobre o tema escolhido previamente, sendo este momento aberto a todos os interessados.

• Um segundo momento é reservado a discussão interna, em que os integrantes oficiais do Fórum, conforme estabelecido em portaria, reúnem-se, e têm por objetivo elaborar diretrizes, orientações e/ou deliberações sobre o tema em questão. Este momento poderá contar com a presença de convidados.

• Reproduzimos a seguir o registro da I Reunião Temática do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, ocorrida no dia 17 de dezembro de 2004, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília.

• A referida reunião contou com a participação de 48 representantes de instituições governamentais e não-governamentais. A mesma teve como eixo temático: “Institucionalização e a Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes Brasileiros”.

Para fomentar as discussões foram convidados os seguintes expositores: Alfredo Schechtman (assessor da Área Técnica de Saúde Mental/Dape/SAS/MS) abordando sobre “História da Psiquiatria Infantil no Brasil”; Irene Rizzini (presidente do Ciespi/PUC –RJ) sobre “Abordagem Crítica da Institucionalização Infanto-Juvenil no Brasil”; Neli Almeida (diretora de Projetos do Instituto Franco Basaglia – IFB) sobre “Experiência de Desinstitucionalização no Centro Educacional Deolindo Couto”; Ana Ligia Gomes (secretária nacional de Assistência Social/MDS) sobre “O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Direito à Convivência Familiar e Comunitária”; Luciano Elia (consultor MS para Saúde Mental Infanto-Juvenil) sobre “A Rede da Atenção na Saúde Mental – Articulações entre Caps e Ambulatórios”.

Como produtos dessa reunião foram elaborados dois documentos, que estarão descritos na íntegra no espaço reservado aos anexos:

Anexo A – Recomendação n.º 01/2005, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, intitulada “Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional”.

Anexo C – “Mapeamento ‘Preliminar’ dos Setores de Assistência à Criança e ao Adolescente”.

6 Textos da I Reunião

Temática

Alfredo Schechtman¹

6.1 Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil

Gostaria de trazer uma contribuição a este Fórum, a partir da apresentação de um momento relevante da história da psiquiatria no Brasil, desenvolvendo uma análise sumária da abordagem feita por uma importante instituição psiquiátrica brasileira, a Liga Brasileira de Higiene Mental, atuante no contexto teórico e assistencial dos anos 20 e 30 do século passado, enfocando o tema da assistência à infância. Espero que esta análise possibilite desdobrar conclusões e caminhos para os avanços, dilemas e impasses com que nos defrontamos hoje ao pensarmos a política de saúde mental para a infância e adolescência em nosso País. Ou seja, trata-se de pensar em como construir uma política e uma rede de atenção que sejam inclusivas, sem desconsiderar o passado repressivo (mesmo quando bem intencionado) que caracteriza a intervenção pública na sociedade brasileira.

As primeiras décadas do século 20 assinalam um crescente interesse pela situação da infância no mundo, pelas questões demográficas e pela saúde das populações. A criança passa a ser problema de Estado.

¹ Assessor da Área Técnica de Saúde Mental/Dape/SAS/MS.

A partir dos anos 20, inicia-se a expansão das instituições psiquiátricas nos principais centros urbanos brasileiros. A instituição psiquiátrica busca legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapolando os limites do asilo clássico, construindo um saber psiquiátrico preventivo ao qual se vincula o surgimento da psiquiatria infantil.

A psiquiatria se fantasia de higiene mental, que se define como moral universal do amanhã. Em todos os aspectos da vida social, passando a ser mercedores supostamente da atenção higienista, passa a ser fundamental o início de um trabalho educativo junto às novas gerações com o fito de moldar na criança daquele momento o futuro homem higienizado.

O olhar sobre a criança justifica e sanciona a intervenção e o controle sobre os pais, cabendo à higiene mental o papel de orientação científica das famílias.

A descrição dos moldes propostos para o funcionamento do ambulatório de saúde mental da Liga Brasileira de Higiene Mental, que se inicia em 1925, evidencia o alto interesse presente na abordagem das questões relativas à saúde mental infantil.

Por todo o período de atuação da Liga perpassa a tensão entre medidas de intervenção de cunho educativo e medidas de matiz mais radical referidas à chamada ciência eugênica, então hegemônica (e de trágica evocação). Sem descuidar dessa última, tratando-se da criança, impunha-se um olhar normalizador sobre a educação, a qual era vista como exercendo uma indiscutível influência na evolução mental da infância.

No primeiro número dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, um longo artigo aborda a questão da higiene e da educação, defendendo a necessidade de se ensinar às mães como formar os primeiros hábitos de seus filhos, adaptando-os da melhor maneira possível aos problemas iniciais da vida. Abrangendo toda a população, o resultado desse processo seria uma mentalidade corretamente desenvolvida, traduzida em comportamentos mais adequados ao ajustamento do indivíduo ao meio físico e social, sinônimo de saúde mental. Educação mais prevenção: um casamento feliz.

O autor do artigo sugeria que a Liga assumisse a propagação das diretrizes desse trabalho educativo de higiene mental, dando conselhos e consultorias às organizações atuantes nessa área, ressaltando a necessidade de se organizar o ensino de psicologia nas escolas normais, propagando-se os princípios que assentam na educação os fundamentos da higiene mental.

Aquele era um período de forte presença da questão educacional no cenário brasileiro; assim, um dos mecanismos estratégicos para a intervenção psiquiátrica sobre

a criança será dado pela atuação dos médicos na assistência escolar, pelos serviços de higiene e saúde escolar. Esta atividade teria uma finalidade dupla, pois, além de detectar possíveis distúrbios degenerativos, serviria também para classificar e separar as crianças conforme sua evolução psicológica individual.

Em 1932, a Liga inaugura a Clínica de Eufrenia, voltada para atender a criança pré-escolar e escolar, destinada a prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude.

A eufrenia, definida como a “ciência da boa formação do psiquismo”, subdividia-se em genealógica e médico-pedagógica. Assim, sem abrir mão dos postulados radicais da eugenia, a eufrenia permitia à psiquiatria incorporar uma via complementar de explicação do psiquismo pela via da compreensão médico-pedagógica do desenvolvimento mental. Só no pequeno infante se conseguiria inculcar idéias e hábitos eufrenizantes, que penetrariam fundo no psiquismo infantil, formando pontos de resistência que anulariam até certo grau o efeito maléfico das chamadas taras hereditárias.

A Clínica de Eufrenia propunha-se a atuar na própria formação da mente infantil, atendendo crianças dos primeiros meses de vida aos 12 anos de idade. Em paralelo a essa atividade clínica, a Liga desenvolveu forte ação de propaganda de higiene mental, por meio de artigos em jornais, conferências técnicas e publicações avulsas ou periódicas.

É interessante a leitura de um folheto que teve ampla circulação, cuja leitura certamente levaria cada mãe a concluir que provavelmente seu filho poderia ser portador de algum problema psíquico, sendo recomendável consultar um especialista, ou seja, criava-se um novo mercado.

Vamos ler a “Exortação às Mães”:

“Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz (...)

Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa.

Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa.

Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo.

Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furto? Trata-o sem demora, se não quiseres possuir um descendente que te envergonha.

Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio.

Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emocional, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida.

Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil.”

Enfim, na dúvida, melhor consultar. Afinal a clínica não se destinava a tratar dos grandes quadros, mas a rastrear anomalias incipientes, a prevenir alterações futuras, a aperfeiçoar os mecanismos psíquicos.

Em 1934, a clínica foi incorporada ao serviço ambulatorial do Centro Psiquiátrico Nacional, ganhando foro de instituição assistencial pública.

Em 1942, a Liga difundia a seguinte proclamação: “A educação de uma criança deve sempre ser feita de um modo científico, e a família deverá sempre recorrer ao seu médico para que a oriente”.

Percebe-se a permanente busca de consolidação de um espaço social ampliado de intervenção especializada, de constituição de um campo de trabalho: criar e educar os filhos transforma-se em missão científica complexa, difícil, senão impossível, de ser cumprida a contento por meros e leigos pais.

É o que também reafirmava eminente psiquiatra e psicanalista em série de palestras proferidas em rede pública de rádio, em 1945: “Dia virá em que os pais se competirão de que educar um filho é a tarefa mais difícil deste mundo. Talvez nesse dia

existirão cursos especiais para pais e mães e poucos sentirão coragem de ter filhos sem possuir seu diploma. Vivemos então numa sociedade científica”.

Utopia autoritária de uma educação científica e obediente aos preceitos salvadores da higiene mental.

Essas questões, ainda que sob novas roupagens, seguem atuais. Assim, espero que esta breve imersão nas águas revoltas da história possa trazer alguma contribuição para os dilemas contemporâneos da política de saúde mental infantil.

Irene Rizzini²

6.2 Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil

A história da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil tem repercussões importantes até os dias de hoje. A análise da documentação histórica sobre a assistência à infância dos séculos XIX e XX revela que as crianças nascidas em situação de pobreza e/ou em famílias com dificuldades de criarem seus filhos tinham um destino quase certo quando buscavam apoio do Estado: o de serem encaminhadas para instituições como se fossem órfãs ou abandonadas. O atendimento institucional sofreu mudanças significativas na história recente, particularmente no período que sucedeu a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990). No entanto, muitos de seus desdobramentos são ainda marcados por idéias e práticas do passado.

O Brasil possui uma longa tradição de internação de crianças e jovens em instituições asilares. Muitos filhos de famílias ricas e dos setores pauperizados da sociedade passaram pela experiência de

²Presidente do Ciespi/PUC – RJ

serem educados longe de suas famílias e comunidades. Colégios internos, seminários, asilos, escolas de aprendizes artífices, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais surgidas ao sabor das tendências educacionais e assistenciais de cada época, foram sendo criados no País desde o período colonial.

O interesse desta análise centra-se nas iniciativas educacionais entrelaçadas com os objetivos de assistência e controle social de uma população que, junto com o crescimento e reordenamento das cidades e a constituição de um Estado nacional, torna-se cada vez mais representada como perigosa. A ampla categoria jurídica dos menores de idade (provenientes das classes pobres) assume, a partir da segunda metade do século XIX, um caráter eminentemente social, passando a caracterizar parte da população infantil e juvenil pobre como alvo privilegiado da intervenção formadora/reformadora do Estado e de outros setores da sociedade, como as instituições religiosas e filantrópicas.

Após a segunda metade do século XX, o modelo de internato cai em desuso para os filhos dos ricos, a ponto de praticamente serem inexistentes no Brasil há vários anos. Essa modalidade de educação, na qual o indivíduo é gerido no tempo e no espaço pelas normas institucionais, sob relações de poder totalmente desiguais, é mantida para os pobres, até bem recentemente, e, em certo grau, até os dias de hoje. Para certos grupos considerados como ameaçadores à sociedade, como, por exemplo, os autores de infrações penais, as mudanças são ainda mais difíceis e lentas.

O País adquiriu uma tradição de institucionalização de crianças, a que nos referimos como o estabelecimento de uma “cultura da institucionalização”, implantada a partir do final do século XIX até meados da década de 1980 (PILOTTI, 1995; RIZZINI, 1997). As instituições do tipo “internato de menores” atendiam a grupos diversificados, de acordo com as prescrições de gênero, mas consideravam ainda as especificidades étnicas. Meninos e meninas, índios e filhos de escravas e ex-escravas passaram por asilos, casas de educandos, institutos e colégios, entretanto, os meninos pobres e livres das cidades constituíram o grande alvo da intervenção das políticas de internação (RIZZINI, 2004; VALENTE, 2004).

As conseqüências da vida institucional são hoje bem conhecidas. No caso específico da criança, são graves os efeitos sobre seu processo de socialização e seu desenvolvimento como um todo (RIZZINI, 1985; ALTOÉ, 1985). A conjuntura política da década de 1980 possibilitou o amplo questionamento a essas instituições, tão onerosas

para os cofres públicos e, no entanto, tão prejudiciais à criança. Com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1989), a tendência é que o número de crianças internadas diminua progressivamente. Mas será que o problema foi resolvido? A situação da criança pobre melhorou? A resposta não é tão simples.

As crianças que ontem estavam internadas, hoje estão em diferentes situações de desamparo, em comunidades desprotegidas que, com frequência, não oferecem condições adequadas à socialização saudável da criança; elas estão nas ruas, em escolas e hospitais precariamente equipados. Apesar dos muitos avanços testemunhados nos últimos anos e da crescente consciência da gravidade do problema, há ainda muito por fazer visando à implementação de políticas e práticas capazes de assegurar os direitos básicos de cidadania de toda a população jovem brasileira.

Apontando caminhos³

A análise da literatura sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, bem como nossa experiência de trabalho nessa área, nos leva a tecer as seguintes considerações sobre caminhos para a mudança de enfoques e práticas corrente.

Sabemos que crescer em instituições não é bom para crianças. Um incontável número de estudos bem divulgados no século XX apontou as conseqüências desastrosas dessa prática para o desenvolvimento humano. No entanto, o tema vem à tona no início do terceiro milênio com a constatação de que uma parcela significativa de crianças ainda hoje vive em instituições. De acordo com relatório realizado pelo governo sueco seriam entre oito e dez milhões de crianças no mundo (SWEDEN, 2001).

Como explicar? Em muitos países, as principais causas da institucionalização assemelham-se às nossas: ela constitui uma alternativa para as famílias pobres, que vêem nas instituições a chance de que seus filhos se alimentem, estejam seguros e tenham acesso à educação. Portanto, a situação de pobreza continua levando às instituições crianças que não precisariam ser afastadas de suas famílias e comunidades. Estima-se que um quinto da população mundial sobreviva com menos de um dólar. Desse grupo, cerca de 600 milhões são crianças (Ibid., 2001).

Outros motivos mais comumente apontados estão ligados aos seguintes fatores: a) mudanças rápidas em diversas sociedades, conduzindo às condições de vida

³ Essas idéias foram desenvolvidas em Rizzini (2004).

adversas, com elevados índices de deslocamento e imigração de populações; b) busca de instituições como forma de proteger os filhos da violência, principalmente em situações de guerra, instabilidade social e conflitos familiares; c) crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais; d) crianças com doenças graves, como a aids, ou que perderam os pais devido à aids⁴; (e) Segundo o relatório do governo sueco, as instituições também são mantidas porque atraem doadores e lhes dá visibilidade. Este afirma que para muitos predomina a idéia de que as instituições resolvem o problema de crianças com dificuldades familiares. Porém, é fato constatado mundialmente que o atendimento institucional é caro e ineficaz e que custa até seis vezes mais do que prover formas de apoio à família, para que estas se mantenham à frente do cuidado aos filhos (Ibid., 2001).

Crianças não deveriam ser institucionalizadas por serem pobres, mas ainda são. Isso não deveria ser tolerado, mas ainda é. Trata-se de uma questão da esfera das políticas públicas. Há que se criar alternativas, respeitando as necessidades das crianças e seus direitos. Outras formas de cuidado às crianças precisam ser desenvolvidas.

Para os casos em que o atendimento institucional ainda se faz necessário, em caráter provisório, devido a situações de violência doméstica com risco de vida para a criança, ato infracional, abandono da criança, abandono da casa pela criança, impossibilidade de retornar à comunidade ou a casa, a instituição não pode pretender ocupar o lugar da família ou privar a criança do convívio social. Sistemas alternativos aos internatos e já amplamente testados no País e no exterior são preferíveis, tais como, formas de apoio no âmbito da família e da comunidade, colocação em família substituta, adoção. O que não pode acontecer é a omissão do Estado no planejamento e na execução das políticas, deixando a situação nas mãos da ação policial, como ocorria na passagem do século XIX para o XX, com os meninos recolhidos nas ruas.

O atendimento de crianças em instituições deve ser visto como parte de uma gama de serviços que podem ser oferecidos a crianças e adolescentes em circunstâncias excepcionais. Ele não pode ser um fim em si, mas um recurso a ser utilizado quando necessário. Esta é uma recomendação afinada com os princípios estabelecidos pela Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. De acordo com essa orientação, quando o atendimento

⁴ O problema vem sendo divulgado nos últimos anos, sendo alarmante na África e em diversos países da Ásia. Estima-se que no ano 2000, mais de 13 milhões de crianças perderam um ou ambos os pais devido à aids (SWEDEN, op. cit, p.7).

fora da família é inevitável, medidas devem ser tomadas para assegurar que ele seja o mais adequado possível às necessidades da criança ou do adolescente, levando, inclusive em consideração, sua opinião e seus desejos.

Enfrentando o problema

A seguir, apresentamos algumas sugestões e recomendações que podem contribuir para o enfrentamento do problema.

- Colocar a questão na pauta de prioridades da agenda política nacional.

Discutimos neste texto o estabelecimento de uma forte cultura institucional que persistiu em muitos aspectos até o presente e assinalamos importantes mudanças ocorridas a partir da década de 80. Mostramos como os questionamentos foram se formando e, surgido o momento político propício, como se processaram os movimentos de pressão para reformas no âmbito da legislação e do atendimento institucional. O momento atual é de novo impulso para reavaliar o problema e tomar decisões para combatê-lo. É preciso colocá-lo na pauta da agenda política nacional.

Por onde começar?

- Uso da pesquisa e da experiência acumulada para subsidiar a ação.

É importante não subestimar o que já se sabe e levar em consideração toda a experiência acumulada historicamente no País para decidir como enfrentar o problema, e utilizar as informações disponíveis, assim como as reflexões e análises por parte de inúmeros profissionais que conhecem o problema.

Outro desdobramento necessário é a realização de pesquisas que possibilitem o dimensionamento da situação no presente. Que instituições estão operando em todo o País? Quem são as crianças hoje institucionalizadas e porquê? Que outras alternativas precisam ser criadas para evitar que crianças sejam internadas desnecessariamente?

- Participação na busca de soluções.

Uma outra questão, hoje bastante discutida, é o estabelecimento de processos participativos na identificação e gestão de questões que preocupam determinados grupos e localidades. Por exemplo, de que forma envolver diferentes atores, no âmbito da família e da comunidade, na busca de soluções de problemas relacionados à

educação e criação dos filhos? Não é um desafio fácil. Seu enfrentamento implica na mudança de atitudes e práticas assistencialistas e autoritárias que vigoraram no País por séculos. Porém, esta é uma tendência que vem se fortalecendo e abrindo novas perspectivas na busca de soluções.

- Formulação e implementação de políticas e práticas.

Ao se pensar em mudanças de políticas e práticas, algumas perguntas são essenciais; dentre elas: as instituições são necessárias? Para quem? Quando inevitáveis, como assegurar um atendimento humanizado às crianças? Que alternativas existem ou devem ser criadas? Sejam quais forem as perguntas e que formas se escolha para respondê-las, não se tem como fugir da necessidade de estabelecer as diretrizes de uma política ampla que promova o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. O problema não será resolvido focalizando apenas a questão do atendimento institucional. Ele está ligado a circunstâncias macroeconômicas e políticas que precisam ser paralelamente enfrentadas para que internatos deixem de constituir uma opção atraente para crianças e para pais que não encontram saída para as dificuldades em manter seus filhos. De acordo com o relatório anteriormente citado (Ibid., p. 12), o desenvolvimento econômico que gera crescimento e recursos, associado a políticas de distribuição de renda, reduz a necessidade de instituições para crianças. Esperamos que isso seja feito sem condenar a população ao sofrimento e sem que crianças sejam sacrificadas. Seu desenvolvimento pessoal depende dessas medidas – não é justo que continuem sendo prejudicadas.

Sobre a autora

Irene Rizzini (Universidade de Chicago e Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ – Doutorado) é professora e pesquisadora da PUC-Rio e diretora do CIESPI (Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância). Em âmbito internacional, é Presidente da Rede Internacional de Intercâmbio de Pesquisa na Área da Infância (Childwatch International Research Network, Noruega). Irene Rizzini tem coordenado diversos projetos de abrangência nacional e internacional. Entre suas principais publicações, estão: *O Século Perdido* (1997); *A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2002)*; *Desenhos de família* (2001); *Children and globalization* (Kluwer, NY, USA, 2002); *From street children to all children: improving the opportunities of low income urban children and youth in Brazil* (Cambridge University Press- USA, 2002); *Vida nas ruas: trajetórias de vida de crianças e adolescentes nas ruas do Rio de Janeiro* (2003); *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente* (2004).

Neli Maria Castro de Almeida⁵

6.3 De Volta à Cidadania: proposta para uma nova Política de Inclusão Social dos Portadores de Deficiência em Situação de Abrigo

“O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.”

Norberto Bobbio

Introdução

O projeto *De Volta à Cidadania*, idealizado pela Funlar⁶ em parceria com o Instituto Franco Basaglia⁷, foi elaborado para ser um dispositivo técnico de intervenção em aparatos manicomiais destinados a pessoas portadoras de deficiência física e mental. Na sua concepção, os preceitos éticos e epistêmicos apontam a necessidade de se deslocar o centro da assistência médica hospitalar para aquele respaldado nos direitos de cidadania, definindo a esfera pública como um lugar por excelência da ação protetiva e emancipatória de populações em situação de risco social. Impõe mudanças paradigmáticas no trato com a deficiência e, se por um lado, faz entrar em força de colisão uma série de modelos e interesses instituídos, por outro lado, inaugura novos dispositivos de cuidados vinculados ao processo de desinstitucionalização.

⁵ Diretora de Projetos do Instituto Franco Basaglia (IFB).

⁶ Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula – Órgão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – Rio de Janeiro.

⁷ IFB – organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, de defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Um breve histórico

A Funlar, por ordem judicial em novembro de 1998, assumiu a direção técnica de um asilo psiquiátrico infanto-juvenil, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, por terem sido constatados maus-tratos e negligência na assistência prestada aos 51 usuários internos. A sentença judicial previa que a intervenção fosse feita na forma do projeto *De Volta à Cidadania*, em parceria com o Instituto Franco Basaglia. A concepção institucional do projeto *De Volta à Cidadania* se fundamentou a partir de uma estratégia de intersectorialização (ALVES, 2001) das políticas públicas – o que se mostrou bastante eficaz ao longo de sua implantação –, definindo-se um pacto político entre as diversas secretarias municipais a fim de atender às inúmeras demandas dos usuários residentes no referido asilo psiquiátrico. As Secretarias Municipais de Educação e de Saúde tornaram-se parceiras importantes e indispensáveis para o delineamento das estratégias de atenção psicossocial desenvolvidas pelo projeto.

O projeto *De Volta à Cidadania* hoje

A experiência do projeto *De Volta à Cidadania* vem permitindo a acumulação de conhecimento teórico e prático sobre novas tecnologias de cuidado aos portadores de deficiência física e mental e portadores de patologias graves em regime de atendimento aberto no campo da reabilitação psicossocial.

A inovação organizacional refere-se às alternativas de atendimento que prescindem das estruturas hospitalares pesadas (dispositivos asilares com características manicomial), gerando novos dispositivos embasados no trabalho de reabilitação nas comunidades e nos dispositivos de residências terapêuticas para usuários que não possuem referências familiares.

Atualmente, o projeto *De Volta à Cidadania* conta com três casas lares no bairro do Grajaú, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, onde residem 33 pessoas portadoras de deficiências e patologias graves. Integra um conjunto de ações sistemáticas de desinstitucionalização operacionalizadas pela Funlar, constituindo-se em um programa público municipal de assistência à criança e ao jovem portadores de deficiência.

Para fundamentar uma nova política...

O projeto *De Volta à Cidadania* é uma experiência pioneira na cidade do Rio de Janeiro, sendo uma referência para a implantação de programas de residência assistida, e tem por objetivo contribuir para a consolidação e expansão de uma nova política de assistência aos portadores de deficiências que vivem em regime asilar.

Neste artigo, pretendemos aprofundar, um pouco mais, a discussão acerca do projeto⁸ e dos seus entornos políticos, éticos e epistêmicos, com o intuito de delimitar melhor seu potencial na condição de agenciador de políticas públicas consistentes. Verificamos que os dispositivos manicomiais são hegemônicos, não por serem muitos ou resistentes (que também o são), mas por estarem fortemente legitimados dentro de uma lógica e de valores compatíveis com a organização social, em suas construções simbólicas. A sustentação do manicômio e o seu poder estão nas relações isomórficas àquelas existentes no mundo extramuros (MOREIRA, 1983). Qualquer intervenção que pretenda, de fato, produzir novas significações, inaugurar novos campos simbólicos para a temática da deficiência, conduzindo os sujeitos reais a um outro nível de bem-estar individual e social, deve levar em conta o grande cenário social, político e cultural, que nos envolve e afeta a todos os atores sociais (BEZERRA; ROTELLI, 1994, 1990). Para visualizar o campo do projeto e dos seus fundamentos, podemos fazê-lo girar sobre dois eixos: um referente à concepção da natureza da ação do Estado nas formulações de políticas públicas e outro de caráter mais político-instrumental para a implementação de estratégias e programas públicos. No primeiro eixo, identifica-se uma concepção de Estado como regulador de bens e serviços, vinculado ao modelo institucional-redistributivo (ROSÁRIO, 1997)⁹, tendo como noção importante a de justiça distributiva. O suporte financeiro, denominado bolsa-cidadã, oferecido às famílias para cuidarem dos seus filhos em casa, se insere nesta perspectiva. As ações intersetoriais e comunitárias localizam-se no segundo eixo e são definidas como imprescindíveis para a consecução de políticas sociais mais eficazes.

Política e mandato social

Introduzimos aqui a questão do mandato social, por ser evidente que grande parte da força propulsora de acionamento do projeto, ora em análise, provém de pessoas, das suas motivações, da ética condutora dos seus afazeres no campo das

⁸ Ao longo desta publicação, utilizaremos a grafia projeto, como forma simplificada, para designar o projeto De Volta à Cidadania.

⁹ O autor, neste livro, em referência à obra de Titmuss, assinala que (neste modelo) "a proteção social é concebida como iniciativa de integração à sociedade, provendo serviços de modo universal, independentemente do mercado, sob o princípio da equidade".

ações sociais. É claro também que essas pessoas não agem fora de um contexto institucional. Em um determinado nível, suas ações acumulam e revelam um percurso histórico que soma contribuições de movimentos sociais reivindicatórios, experiência ética compartilhada entre os pares, patamares de suportabilidade do que se considera ético ou não ético. Ou seja, são atitudes pessoais, mas não destituídas de uma produção histórica, ainda que se permaneça o nível idiossincrático de resposta diante da violência institucional.

Franco Basaglia (1968) estabelece um ponto de ruptura com a psiquiatria asilar, posicionando-se claramente contra as práticas repressivas e mortificadoras da ordem médica no trato das pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Em suas palavras:

Para começar, torna-se necessário negar tudo o que está à nossa volta: a doença, o nosso mandato social, a nossa função. Negamos, assim, tudo que possa dar um sentido predefinido à nossa conduta. Ao mesmo tempo em que negamos nosso mandato social, negamos a rotulação do doente como irrecuperável e, ao mesmo tempo, nossa função de simples carcereiros, tutores da tranquilidade da sociedade; negando a irrecuperabilidade do doente negamos sua conotação psiquiátrica; negando sua conotação psiquiátrica negamos sua doença como definição científica; negando a sua doença, despsiquiatizamos nosso trabalho, recomeçando-o em um território ainda virgem, por cultivar.

(Ao ser perguntado pelo ponto de partida do seu posicionamento) Partiu-se do encontro com a realidade do manicômio, que, sendo opressiva, é trágica. Não era possível que centenas de homens vivessem em condições desumanas somente por serem doentes. Não era possível que nós, na qualidade de psiquiatras, fôssemos os artífices e os cúmplices de uma tal situação. O doente mental é “doente” sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo. Por isso negamos dialeticamente nosso mandato social, que exigia que considerássemos o doente como um não-homem, e, ao negá-lo, negamos a visão do doente como um não-homem. Do ponto de vista prático, negamos a desumanização do doente como resultado último da doença, atribuindo o grau de destruição à violência do asilo, da instituição, de suas mortificações, desmandos e imposições, que derivam da violência, dos abusos e das mortificações que são o esteio de nosso sistema social. Tudo isso foi possível porque a ciência, sempre a serviço da classe dominante, decidira que o doente mental era um indivíduo incompreensível e, como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe, como única alternativa, a morte civil (BASAGLIA, 1985, p. 29).

Diante da negação do mandato social, torna-se necessária a construção de um novo papel social para o profissional de saúde, significando estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida (DELGADO, 1987). Não há dúvida de que se trata de uma questão ética, mas isso não quer dizer que se restrinja a uma ética do indivíduo, de algo que se refira ao fórum íntimo de cada um nas predileções das práticas terapêuticas assumidas. Isolar no campo das convicções pessoais a atitude da resistência passiva (DELGADO, op.cit., p. 157) é destituir-lhe do seu poder de agenciamento para mudanças importantes no campo da assistência. Da mesma forma que a ausência de discussão sobre os determinantes históricos, econômicos e políticos em torno dos processos de exclusão social despotencializa ações que pretendam garantir os direitos de cidadania. Vejamos na afirmativa de Bobbio:

A efetivação de uma maior proteção dos direitos dos homens está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. É um problema que não pode ser isolado, sob pena, não digo de não resolvê-lo, mas de sequer compreendê-lo em sua real dimensão. Quem o isola já o perdeu (BOBBIO, op.cit., p. 45).

Ou seja, a construção desse novo papel passa necessariamente por uma discussão mais ampla, por uma maior interlocução dos ideários da reforma psiquiátrica com os atores concretos implicados, produzindo novos campos simbólicos para o lidar com a diferença.

Para se abalizar a potencialidade do projeto *De Volta à Cidadania* para a produção de políticas públicas emancipatórias, pensamos ser fundamental proceder a uma análise crítica sobre a rede filantrópica, privada e pública de assistência destinada aos portadores de deficiência. Uma crítica que possa incidir a sua análise sobre a organização do Estado e da sua comunidade epistêmica (ROSÁRIO, 1997, apud HAAS, 1992) no que tange à formulação de políticas no campo da assistência social. Quem são seus autores? Quais os grupos de interesse que definem essas políticas? Sob que processo se verificou a expansão de um mercado filantrópico da assistência asilar? Quem são os seus financiadores? Que relações são estabelecidas entre o público e o privado? São demasiadas as perguntas necessárias para tirar da opacidade institucional a vigência vigorosa dos asilos de estrutura manicomial para os portadores de deficiência.

A questão dos dispositivos jurídicos ganham sentido nesta perspectiva: constituir um campo de saber que venha a situá-los na sua relação com o tipo de modelo

de política pública exercido pelo Estado. Problematizar o conceito de cidadania, analisando a exclusão das pessoas diferentes a partir da sua própria formulação histórica. Vale para este estudo a recomendação feita por Bezerra (1994, p. 189) “... aos adeptos da reforma... a tarefa que se impõe é tanto epistêmica quanto ética”. Certamente, estamos diante de um desafio que é a produção de novas significações para o campo da deficiência, e o projeto *De Volta à Cidadania* demonstrou que, se por um lado, é necessário fazer um longo percurso teórico e epistemológico para uma descrição mais acurada da potencialidade das suas ações, por outro lado, fica a resposta, claramente dada, de que é possível inaugurar um novo paradigma no trato das pessoas em sua experiência com a deficiência física e mental.

Ana Lígia Gomes¹⁰

6.4 Comissão Intersectorial para Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária

Direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes

Marco legal

A Constituição Federal de 1988 determina, no artigo 227, que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (...). (BRASIL, 1988)

Assim, o direito a ter uma família é, para a legislação brasileira, um dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento, sendo a família

¹⁰ Secretária Nacional de Assistência Social Interina – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

pensada como núcleo básico de criação e manutenção de laços de afeto e autoridade, por meio dos quais é que se torna possível proteger, socializar e mediar o pertencimento comunitário e social dos indivíduos. O direito à convivência familiar e comunitária perpassa o fato simples de se nascer e viver em uma família, mas se expressa, sobretudo pelo direito a ter vínculos pelos quais, e com os quais, o pequeno cidadão se introduz em uma cultura e em uma sociedade.

Em seu capítulo III, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também aborda o direito à convivência familiar e comunitária, definindo, no artigo 19:

Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1990).

O direito a estar dentro de uma família, a ter uma convivência cotidiana com seus pais, irmãos e outros familiares é mais do que estar fisicamente dentro de quatro paredes de uma habitação. Inclui poder ultrapassar essas paredes como um pequeno cidadão, protegido e orientado, para ser incluído na linguagem, nos valores e nas formas de agir que vão aos poucos sendo reconhecidos como aqueles que compõem “sua” cultura e lhe atribui identidade social. A família é uma passagem para o mundo. Estar dentro de uma família, além da casa, é estar no âmago de um mundo a se conhecer e se apropriar a partir dos direitos de cidadania.

Histórico

A cultura de institucionalização de crianças e adolescentes das classes populares remonta do início da colonização brasileira. Assim, a despeito de diversos estudos terem demonstrado as graves conseqüências da institucionalização prolongada para o desenvolvimento psicológico, afetivo e cognitivo de crianças e adolescentes, ainda está profundamente enraizada em nosso País a idéia de que a institucionalização de longo prazo protegeria essas crianças das más influências do seu meio, além de proteger a sociedade de sua presença incômoda. Por outro lado, a institucionalização tem constituído uma alternativa às famílias pobres, que vêem nas instituições a chance de que seus filhos se alimentem, estejam seguros e tenham acesso à educação.

Essa “cultura de institucionalização” tem impregnado, no decorrer do tempo, não apenas o discurso e a prática governamental, mas também o da sociedade como um todo.

Esse modelo tradicional de atendimento, aceito socialmente como uma “solução para o problema das crianças e dos adolescentes pobres”, persistiu por mais de um século e caracteriza-se por:

- não respeitar a individualidade nem a história do usuário;
- não estar inserido na comunidade, nem preservar laços familiares e comunitários;
- revitimizar, ao invés de reparar; e
- violar direitos, ao invés de proteger.

Situação atual

A despeito da legislação vigente, a situação de pobreza continua levando às instituições crianças que não precisariam ser afastadas de suas famílias e comunidades. Isso vem significando, para muitas crianças e adolescentes, a marginalização, o isolamento social, a vulnerabilidade a doenças psicossomáticas, um déficit geral de desenvolvimento, dificuldades de inserção no mercado de trabalho e, em muitos casos, o ingresso em instituições criminais. Vale ressaltar, ainda, que não há, no Brasil, dados nacionais relativos à quantidade e qualidade das instituições que abrigam crianças e adolescentes, nem tampouco o número e o perfil dessas crianças.

Dados obtidos pelo levantamento do Ipea

O Levantamento da Rede de Abrigos, feito pelo Ipea, resultou das negociações entre o então DCA/MJ, o Conanda e a antiga Seas/MPAS para viabilizar a avaliação da Rede de Serviços de Ação Continuada, co-financiada com recursos federais. O governo federal nunca havia, até então, realizado acompanhamento dessa rede, cujas instituições, quase na totalidade, ainda eram as mesmas herdadas da extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA) e do Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (CBIA), não tendo, portanto, conhecimento aprofundado das instituições por ele financiadas.

Conforme o levantamento citado, há 19.373 crianças e adolescentes nos abrigos da rede SAC, com as seguintes características: 58,5% são meninos; 61,3% tem entre 7 e 15 anos; 63,6% são afro-descendentes; 52,6% estão no abrigo há mais de dois anos; e 86,7% têm família.

Um dado importante levantado na pesquisa foi o de que 50,1% das crianças são abrigadas por motivos relacionados à pobreza, o que se contrapõe claramente ao que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, que diz que a carência material não é motivo suficiente para a decretação de tal medida, devendo a família, nesses casos, ser encaminhada a programas de assistência social.

Sobre a Comissão Intersetorial

Breve histórico

Em agosto de 2002, foi realizado o I Colóquio Técnico sobre a Rede Nacional de Abrigos, a partir do qual foi criado o Comitê Nacional para o Reordenamento dos Programas, Ações e Serviços da Rede de Abrigos. O atual governo aprofundou esse debate, situando a questão dos abrigos no contexto mais amplo do direito à convivência familiar e comunitária, e criando, por meio de decreto presidencial, de 19 de outubro de 2004, a Comissão Intersetorial para Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. A comissão é coordenada conjuntamente pelo MDS e pela SEDH/PR, tendo por finalidade oferecer subsídios à elaboração de diretrizes e de um plano de ação para promoção, defesa e garantia do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária, a serem apresentados ao CNAS e ao Conanda.

Composição

A Portaria Conjunta n.º 1, de 12/11/2004, designa os membros e convidados permanentes da referida comissão, que conta com a participação dos principais órgãos federais afetos à área, órgãos representativos de gestores da assistência social nas esferas estadual e municipal, conselhos, entidades da sociedade civil, representantes do Judiciário e Legislativo e organismos internacionais.

Membros: MDS, SEDH, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ipea, Conade, Conanda, CNAS, Associação Nacional dos Defensores Públicos.

Convidados permanentes: Frente Parlamentar de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Frente Parlamentar da Adoção, Unicef, ABMP, Fórum Colegiado dos Conselheiros Tutelares, Fonseas, Congemas, Fórum DCA, Associação Nacional dos Grupos de Apoio à Adoção (ANGAAD) e a Rede Nacional de Instituições e Programas de Serviços de Ação Continuada (Renipac).

Além dos mencionados, outras entidades e especialistas acompanharam os trabalhos da comissão, como convidados eventuais.

Funcionamento

Para fins de organização interna durante o desenvolvimento dos trabalhos, a comissão optou pela criação de três câmaras técnicas, voltadas para o aprofundamento de cada uma das seguintes áreas temáticas:

1. a proteção social básica, por meio de políticas e programas de apoio socio-familiar;
2. a situação das instituições que acolhem crianças e adolescentes afastados de suas famílias e formas de proteção alternativas à institucionalização;
3. a questão do abandono e da adoção, nacional e internacional.

Durante o período de trabalho da comissão, serão realizadas quatro reuniões ordinárias, sendo trabalhado, em cada uma, um dos quatro eixos temáticos propostos para o Plano de Ação:

1. análise da situação e sistemas de informação;
2. atendimento;
3. marcos normativos e regulatórios;
4. mobilização, articulação e participação.

Proposta de atuação

A criação dessa Comissão Intersetorial ocorre em um momento histórico para a assistência social, com a aprovação da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a qual reorganiza os projetos, programas, serviços e benefícios da assistência

social, apontando para a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo objetivo é assegurar a concretude aos preceitos da Loas.

A PNAS tem a família e o território como referências, valorizando a intersectorialidade das ações, na busca da ampliação da atuação da assistência social em todo o País. Um dos objetivos dessa política é, justamente, assegurar que as ações tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária.

Trata-se da mudança do olhar e do fazer, não apenas das políticas públicas focalizadas na infância e juventude, mas também extensiva aos demais atores do chamado Sistema de Garantia de Direitos e de Proteção Social, implicando a capacidade de ver as crianças e adolescentes de maneira indissociável do seu contexto sociofamiliar, percebendo e praticando a centralidade da família enquanto objeto da ação e do investimento. Desafio de dimensões estratégicas, sem dúvida, de cujo enfrentamento eficaz depende a viabilidade de qualquer projeto de nação e de País que se deseje implementar agora e no futuro.

Essa mudança de paradigma da assistência social, a ampliação de sua atuação em todo o País, com a implantação de um Sistema Único, com níveis de proteção diferenciados e articulado entre os três esferas de governo, como está proposto no SUAS, certamente irá contribuir para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes.

Luciano Elia¹¹

6.5 A Rede da Atenção na Saúde Mental: articulações entre Caps e ambulatórios

O Caps e a Reforma Psiquiátrica

O que é um Centro de Atenção Psicossocial (Caps)? Poderíamos dar a essa pergunta algumas respostas combinadas: unidade de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, serviço de atenção diária, diurna e intensiva, de base territorial, pelo que se entende que ele não se define como um mero estabelecimento de saúde mental onde se aplicam técnicas e tratamentos diversos, mas como um pólo de encaminhamento de demandas psicossociais

¹¹ Consultor do Ministério da Saúde, supervisor de Capsi.

diversas em determinado território, do qual emanam, igualmente, não só respostas a essas demandas que atingem as suas fontes, mas também ações e intervenções dirigidas a diferentes instâncias e dispositivos do território, que o modificam, sempre visando a um grau cada vez maior de saúde mental para os viventes neste território. O Caps vem sendo a base do processo de substituição do manicômio nos últimos 15 anos, daí constituir-se como a referência primordial no que se intitulam os serviços substitutivos.

Caracterizado dessa forma, o Caps não se reduz a um tipo de serviço entre outros, mas constitui a encarnação de diretrizes da política de saúde mental em determinado território. Como tal, ele representa um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção, regidos por uma determinada lógica do cuidado. Essa lógica trata-se de fazê-la valer no território, e o Caps é o *locus* primordial dessa ação. Por isso, ele é dito ordenador da rede e porta de entrada: títulos de funções que devem ser entendidos menos como prerrogativas de um tipo de serviço sobre os demais, em um território, do que como regência de uma determinada lógica que deve prevalecer em toda rede de atenção. Podemos, assim, definir a função de ordenador da rede no território como sendo o pólo que encarna e faz valer as diretrizes das políticas públicas de saúde mental em determinado território, e não a instância institucional a qual caberia algum tipo de poder estabelecido a ser exercido sobre demais instâncias ou serviços no território considerado.

No sentido foucaultiano de poder, é claro que o Caps exerce um poder, já que o poder, para Foucault, não é central, não se exerce do centro para a periferia nem de cima para baixo, mas em todas as direções, e de forma capilar (FOUCAULT, 1986). Mas, no sentido institucional ou hierárquico de poder, não faz o menor sentido dizer que o Caps o exerce ou deve exercê-lo. Diríamos ainda mais: se o Caps confunde seu lugar e sua função de ordenador de rede, tal como entendemos essa função e aqui tentamos desenvolvê-la, com o exercício de um poder, ele começa imediatamente a perdê-la. Trata-se de abster-se desse exercício, a fim de melhor construir, de modo contínuo e sempre ampliando o campo do que é, a cada momento, possível, as vias pavimentadas pelas quais as diretrizes políticas que o Caps encarna poderão vigorar em determinado território. Nesse ponto, invocamos Lacan (1949): *“o poder não tem outro fim senão fazer o bem, e por isso ele não tem fim”*. Observamos, incidentalmente, que os chamados “níveis centrais da gestão” muitas vezes receiam perder seu poder “central” para o Caps, e

então começam a promover o seu esvaziamento ou o seu enquadramento, ignorando que sua função gestora deveria, ao contrário, sustentar o Caps na sua função ordenadora, que em nada rivaliza ou deveria rivalizar com o poder gestor.

Mas... e o território? Como concebê-lo? Sendo o território uma das categorias nocionais mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental, é de oportuna iniciativa tentar formular uma concepção de território que responde por nosso ato.

Podemos entender o território como um campo que ultrapassa, em todos os sentidos, o recorte meramente regional ou geográfico que, no entanto, importa em sua constituição¹². É tecido pelos fios que são as 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. Trata-se de um campo interinstitucional, mas também intersubjetivo, que constitui o lugar psicossocial do sujeito ou recorte campo do outro que inclui os elementos socioinstitucionais e pessoais que interessam a um sujeito.

A clínica neste espaço não pode, portanto, ser surda à palavra do sujeito, sob pretexto de trazer-lhe palavras que ele não disse ou não diz, em nome dos interesses supostos ao território, porém estranhos ao sujeito. O território, assim, qualquer que seja a conceitualização que dele formulemos, deve subordinar-se à fala do sujeito.

A noção de território acaba por implicar uma outra, a de intersetorialidade na ação do cuidado. Um trabalho clínico-institucional não pode deixar de ampliar-se também no sentido do entorno do serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros Capsis e Caps, ambulatórios, hospitais, Programa Saúde da Família – PSF), mas também outras agências sociais não clínicas que, por atravessarem a vida das crianças e dos jovens, constituem-se como linhas que costuram seu território: escola, igreja, órgãos da Justiça da Infância e Adolescência como Conselho Tutelar, Vara da Infância, Ministério Público, instituições de esporte e lazer, entre outros.

¹² O conceito de território inspirado no pensamento de Gilles Deleuze e Felix Guattari.

A partir da operacionalização concreta de tais noções, a própria idéia de rede se desloca de uma aceção mais empírica, positivista, de conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceber e agir o cuidado que, por sua estrutura, articula a ação do cuidado com o que se situa para fora e para além dos limites da ação daquele que agencia uma determinada ação, seja este um profissional, seja um serviço (mas sempre por meio da ação de um profissional).

Rede é, portanto, uma noção que implica necessariamente a dimensão da alteridade, havendo ou não havendo outros serviços, além daquele em que se processa determinado ato de cuidado. Se os atores de um determinado ato o realizam segundo a lógica da rede, então estarão fazendo a rede, criando a rede. Isso modifica profundamente a idéia de que construção de rede é tarefa exclusiva de uma gestão administrativa, no sentido da criação de serviços, da contratação de profissionais, dentre outras medidas, que certamente são necessárias e exigíveis de toda e qualquer gestão, mas cuja responsabilidade política não lhe cabe exclusivamente. Aqui, a noção de responsabilidade coletiva de Hanna Arendt (2004), mais uma vez nos presta seu inspirado suporte: os profissionais de saúde mental são tão responsáveis politicamente quanto os gestores pela construção da rede, entendida nesse sentido aqui proposto, embora suas tarefas sejam diferentes.

Explicitemos os eixos da construção de rede a fim de exemplificar essa dimensão da responsabilidade política.

As noções de acolhimento universal, de escuta antes da respostas dadas *a priori* e de encaminhamento inclusivo do seu agente são algumas das diretrizes que o Caps encarna.

O acolhimento universal, de porta de rua, aberta a todo aquele que a ela chega, significa que toda e qualquer demanda dirigida ao Caps – leia-se, a qualquer serviço de saúde do território, e não apenas aos serviços de saúde mental – deverá ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida. O que significa isso? Em primeiro lugar, significa uma coisa muito simples, mas muito difícil de se praticar: o serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço, etc. (exceto as situações que inviabilizem o trabalho, obviamente). O fechar portas por razões de lotação significa invariavelmente que se

confunde acolher com tratar de modo prolongado ou estabelecido. É preciso operar uma disjunção entre acolher e tratar, para o que é necessário desfazer todas as concepções apriorísticas que porventura tenhamos de doença mental, tratamento mental, etc. Desfeita a equivalência, acolher é sempre possível, ainda que seja para, após ouvir a demanda, responder com a impossibilidade de admissão imediata nas modalidades de tratamento do serviço, por exemplo.

Para além dessa primeira postura de disjunção de acolher e tratar, o que é receber, ouvir e responder a uma demanda? Será que responder é atender a uma demanda, no sentido de dar o que é pedido? Receber significa não rechaçar, não dizer, por exemplo, que tal demanda não se enquadra no perfil do serviço (já se disse que falar em perfil nesse campo é não olhar de frente). É preciso, pois, receber olhando de frente para o que nos chega, e então ouvir o que diz aquele que nos procura.

Ouvir – ou seja, a escuta, já implica um pouco mais do que receber: por exemplo: a quem é preciso ouvir? É sempre aquele que nos fala? Mas, e se ele nos fala de um outro, para o qual diz querer ajuda, uma criança, por exemplo, ou um parente? E se ele fala de terceiros, professores, por exemplo? É preciso saber localizar quem fala, quem precisa falar, em cada caso, pois isso não é tão óbvio e não coincide com o que aquele que fala, primeiro afirma.

Recebida e ouvida a demanda, ela precisa ter uma resposta. A resposta pode ser: a) a admissão para tratamento no serviço, nos modos de exercício desse tratamento no serviço; b) a espera para admissão em momento posterior, acompanhada de claras referências durante essa espera (retorno ao serviço, manutenção de contato ou modos de atendimento durante a espera, segundo as urgências do caso); c) encaminhamento para outros serviços ou dispositivos: nesse caso, a própria noção de encaminhamento que deve norteá-lo implica em que aquele que encaminha inclua-se no encaminhamento, ao invés de “passar a bola”. O encaminhamento tem três atores, necessariamente, mediatizado por mais alguns outros: o sujeito/caso a ser encaminhado, o profissional/serviço que encaminha e o profissional/serviço a quem se encaminha, mediatizados pela gestão, por outros serviços, pela família, pela comunidade ou por outros agentes. Há ainda uma quarta possibilidade: d) a desconstrução da demanda, por um trabalho que a reenvia aos elementos que a engendraram como se fosse uma demanda consistente: escola, por exemplo, que muitas vezes transforma dificuldades

de aprendizagem em demanda de tratamento, caso em que o Caps ou serviço ao qual se dirigiu a demanda precisa intervir junto à escola, a fim de desconstruir a demanda de tratamento.

Proceder dessa forma é já fazer a rede e definir uma determinada diretriz que é encarnada pelo Caps.

Abordarei agora uma situação clínica que exemplifica os problemas que surgem – e devem mesmo surgir, pois problemas são o que se espera de uma boa clínica – quando se escolhe proceder da forma acima caracterizada, no que poderíamos denominar a clínica no território.

Uma professora, que trabalha no Instituto Helena Antipoff e que já havia estado presente em uma de nossas reuniões de equipamentos anteriormente, telefona-nos determinado dia, para o Capsi, solicitando uma reunião para expor uma situação urgente. Marcamos o encontro sem nada saber acerca da tal situação.

No dia marcado, vêm à reunião a referida professora, uma outra professora, a responsável por uma clínica conveniada do SUS (da rede filantrópica) existente no território, de grande importância por ser um lugar de referência para internação, abrigo e ambulatório de crianças e adolescentes com graves problemas de diversas ordens, particularmente neurológicos, e mais uma pessoa da equipe técnica dessa clínica, uma psicóloga.

Inicia-se a reunião com o relato, por parte da professora que solicitou o encontro, da situação urgente. Inicia relatando que, duas semanas antes, recebera um pedido de compra de uma cadeira de rodas (ela trabalha, no Instituto Helena Antipoff, no setor técnico que autoriza a compra e o fornecimento de determinados aparelhos e materiais especiais em função de situações clínicas especiais) para um paciente de 15 anos. Ao examinar os laudos clínicos relativos ao paciente, não encontra nenhum diagnóstico que justifique o uso de cadeira de rodas – o paciente não é acamado, não é paraplégico, nem sofre de doença neurológica alguma que impeça sua locomoção. Interroga, então, o pedido e, em sua investigação, descobre a tal situação que considerou, com toda razão, urgente.

Trata-se de um paciente que chegou à clínica com 4 anos, depois de passar dois anos em um abrigo da Sociedade Viva Cazusa, por ser portador do vírus HIV de nascença: sua mãe é aidética e o entregou à instituição por não ter condições “nem sociais

nem psíquicas” para criá-lo. Por ser uma criança autista, como se verificou posteriormente, dado que esse diagnóstico não aparece em nenhum dos laudos mostrados na reunião, que são confusos e ambíguos, referindo-se a problemas neurológicos de modo inespecífico, a Sociedade Viva Cazuza a encaminhou aos 4 anos para a referida clínica, onde o paciente está internado há 11 anos, portanto.

Ele freqüenta uma escola, a qual sempre foi levado amarrado em cadeira de rodas. Por quê? – perguntamos. Respondem-nos, com muita dificuldade de expressão, pouca clareza e hesitação, o que, em síntese, pode ser formulado assim: *“Porque, como não é muito bem orientado no espaço (como muitas crianças autistas, que não têm constituído, na concepção psicanalítica, o mundo do espaço e dos objetos por não ter sua organização narcísica e corporal construída (LACAN, 1998)), esbarra em coisas, machuca-se, do que pode decorrer que escorra sangue do seu machucado e... e aí o sangue é contaminado (sic)”*. Além disso, prosseguem: *“ele escavuca os machucados, morde-se e fere-se até sair sangue.”* Por isso, permanece todo o tempo amarrado em cadeira de rodas, enquanto está na clínica, e vai à escola também na cadeira, razão pela qual se fazia a solicitação da compra de uma nova cadeira para ele.

É importante assinalar que o primeiro cuidado que temos que ter, ao ouvir um relato como esse, é evitar as reações de indignação, escandalização, crítica ou julgamento – ou, se isso for impossível, colocar em reserva tais ímpetos ou considerações, de modo a não externá-los ou deixar que transpareçam. Colocaríamos por terra toda e qualquer possibilidade de alterar a situação e, sobretudo, de afetar os sujeitos nela envolvidos se procedêssemos assim. Trata-se, antes, de tomar suas atitudes como efeitos de suas dificuldades, mais do que como atestados de sua incompetência ou mesmo maldade. Esta, se há, também precisa ser admitida e tratada.

Ao tentarmos abordar a situação, apontando, por exemplo, o medo do contágio pelo vírus da aids por parte dos técnicos que lidam com o paciente, medo que nos parecia demasiado óbvio para não ser nomeado, e até compreensível, embora evidentemente isso não justifique o procedimento de amarração e uso de cadeira de rodas em um paciente que anda, fomos surpreendidos por um berro da tal senhora responsável pela clínica, que iniciou, aos berros, um discurso sobre o fato de que nunca sentiu medo de nada e de que quem trabalha com esses pacientes não pode sentir medo. Disse ter vindo à reunião quando soube que iríamos tratar de um de *“seus meninos”, e “quando tratam de um de meus meninos, eu tenho que estar presente”*

(sic). Fomos, então, com muito mais prudência e manejo clínico conduzindo a reunião, nossas intervenções e dos demais, até que conseguimos transmitir alguma coisa em relação ao fato de que há muitos outros fatores em jogo além dos inicialmente alegados, supostamente objetivos, e que uma conclusão nós já podíamos tirar, e dela, uma decisão podíamos tomar: não é mais possível que o paciente continue amarrado e em uma cadeira de rodas. Teríamos, todos nós, portanto, que criar outras formas de proceder, que ainda não sabíamos quais eram, já que estas estavam, a partir daquele momento, fora de cogitação e de uso. Isso foi aceito.

Tivemos também de trabalhar a situação junto ao representante do Conselho Tutelar, pois ele queria fazer uma intervenção de natureza jurídica junto à clínica e à mãe, sobre a qual descobrimos que visita o filho de três em três meses, sem que nenhum trabalho clínico jamais tenha sido feito junto a ela. Não se tratava ainda de intervenção jurídica, mas de um trabalho que ainda não havia sido feito do ponto de vista clínico-institucional, e ele acabou compreendendo isso.

No final, a tal senhora-sem-medo relatou uma experiência de sua vida pessoal: *“Meu pai – disse ela – tinha que enfrentar a vergonha de ouvir das pessoas da escola de meu irmão, que era deficiente, que lhe diziam: como é que pode o senhor, tão saudável, ter um filho assim”*. Essa pequena nota clínico-biográfica, creio que ela assina este relato e aquela reunião com a rubrica do êxito, pois revela que o sujeito pôde dizer algo que concerne às suas dificuldades subjetivas (e não exclusivamente àquelas do paciente) em um panorama inicial aparentemente desértico de sujeito, em que a objetividade, também aparentemente, regia o espetáculo.

O que essa experiência de reunir, no Capsi, diferentes equipamentos de diferentes setores (de modo intersetorial, portanto) nos ensina? Será que podemos acompanhar a posição de alguns técnicos que consideram que essas reuniões são políticas ou burocráticas em vez de clínicas? Será que podemos concordar com a disjunção (ideológica) entre o trabalho clínico e o trabalho com o território? Ou esse caso demonstra, como nenhum outro até agora, que essas duas coisas não apenas se conjugam como são as mesmas? Que clínica haveria sem a interpelação da professora? O paciente nunca tinha sido um caso do Capsi, e nunca veio a sê-lo, no sentido de um paciente que freqüenta nosso serviço. No entanto, ele se tornou um caso de todos nós, e sustento

que essa reunião teve poderes e efeitos clínicos sobre ele, sem que ele esteja de corpo presente e sem, evidentemente, que se trate de algum efeito do tipo vudu.

Além do fato concreto de que ele parou de ser amarrado (como verificamos posteriormente) e de andar em cadeira de rodas – que, por si só, pode ser considerado um efeito de natureza clínica –, há outros, de outros níveis: ele foi falado, tratado pela primeira vez, pelo Outro, com O maiúsculo, que aqui designa a instância simbólica e coletiva que comporta a rede de laços sociais em que o sujeito está – queiramos e saibamos disso ou não – implicado. Nunca se havia falado desse sujeito em uma reunião de equipamentos, e, creia-se ou não, isso é extremamente conseqüente do ponto de vista de uma clínica do sujeito, no entendimento que a psicanálise nos permite ter disso.

Além disso, na reunião tivemos também acesso a uma outra dimensão de amarras e clausuras em que o sujeito se encontrava. Como a tal senhora o considerava um “menino seu”, ele não tinha subsídio financeiro do SUS – ela, com verbas próprias da clínica, segundo soubemos de modo um tanto vago, o sustentava. Ou seja, o paciente não era inscrito simbolicamente na rede de atenção e, portanto, na política pública de seu País que, no entanto, de alguns anos para cá, existe e funciona. Ainda nos termos da psicanálise, ele permanecia, como sempre esteve, fora dos efeitos de qualquer incidência simbólica do “nome do pai”, só que dessa vez essa exclusão era reiterada pela própria assistência, até o momento da reunião, em que a representante da gestão municipal disse que tomaria providências para inscrevê-lo no SUS.

Acreditamos, assim, ter demonstrado que essa prática não apenas é eminentemente clínica como também qualquer clínica conseqüente com esses sujeitos, em ambiente público e institucional, não pode prescindir dela, sob pena de demitir-se, no mais alto e nobre sentido clínico.

O Caps e o ambulatório

Historicamente, podemos dizer que já não estamos mais no primeiro momento do processo de transformação das práticas de assistência à doença mental no Brasil, ou seja, o processo de implementação das chamadas Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial. De tal modo, tais práticas mudaram, que não podemos nem mesmo denominá-las, a rigor, como fizemos acima, propositalmente, e de modo a

eventualmente desagradar algum leitor criticamente mais atualizado: práticas de assistência à doença mental. Hoje, existem práticas de cuidado, de atenção, de tratamento clínico – por que não? – no campo da Saúde Mental.

Estamos, portanto, em um momento do processo histórico da transformação dessas práticas em que podemos dizer que esse movimento é bem-sucedido: a realidade mudou.

Contudo, é esse mesmo processo bem-sucedido que traz inúmeros problemas, mas dentre os quais vou apenas abordar um: o do lugar dos Caps (e Capsi) hoje, e suas relações com a rede, particularmente ambulatorial, situando, nessa discussão, a retomada de expressões são de uso corrente, mas pouco efetivo, tais como: o Caps é ordenador da rede no território. Será que é?

Creio que a própria significação da expressão ordenador da rede ainda não foi suficientemente elaborada pelos hoje chamados *atores* do processo. Não que alguém detenha essa significação – o formulador da expressão, caso haja, por exemplo. Quando digo que ela ainda não foi suficientemente elaborada, quero dizer que a comunidade ainda não o fez, coletivamente. Por isso, cabe a cada um, singularmente, caso queira, contribuir para essa elaboração, e eu me dispus a isso neste trabalho.

Antes de retomar a expressão e o significado que penso poder associar a ela, gostaria de discutir a posição atual dos Caps. Trincheira primeira nos tempos heróicos da desospitalização, carro-chefe da reforma nesses tempos, não apenas como um serviço eminentemente substitutivo do hospital psiquiátrico, mas como o próprio paradigma de sua substituição, o Caps constituía-se como pólo do investimento de desejo, de valor, de instrumento transformador do movimento.

Nesses tempos, em que a clínica, em contrapartida, encarnava, como palavra maldita, os riscos da medicalização e da patologização que era preciso justamente combater, os Caps, “não clínicos”, mas cidadãos, inclusivos, reabilitadores e sociais, exibiam efeitos aos quais não podemos recusar a dimensão de terapêuticos. Tal era a força desejante com que se operava nesses serviços, que os usuários efetivamente ficavam melhores, funcionavam melhor, deliravam e alucinavam menos, quando psicóticos, estabeleciam mais laços com atividades, oficinas e pessoas. Revertendo-se o quadro de exclusão, foram atingidos efeitos terapêuticos extraordinários, mudanças

reais nos sujeitos, efeito da reversão de um quadro que era de extrema opressão. É compreensível, nesses primeiros momentos, esses efeitos são concretos e surpreendentes, porque resultam de uma mudança radical nas condições de vida dos sujeitos. Chegam até a gerar a impressão de que *o mal que havia a combater equivalia à própria exclusão em si mesmo, como tal.*

Tal situação, contudo, não poderia durar muito tempo. A lua-de-mel acabou, e, passado algum tempo, verifica-se duramente que não é bem assim, que a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão. Tratar, portanto, não será simplesmente incluir e resgatar a cidadania perdida dos ditos usuários, porquanto esses começarão a fazer valer a positividade de sua posição subjetiva, digamos corajosa e não preconceituosamente louca. Utilizo aqui a categoria de positividade no sentido de Foucault: há uma positividade na loucura, ela é uma posição discursiva. Utilizo também a referência psicanalítica à estrutura, que não tem a mesma base do pensamento de Foucault (e até a ele se opõe em alguns aspectos), mas que não lhe é tão antitética quanto muitas vezes se quer fazer crer. Na perspectiva da estrutura, a loucura não se reduz a mero efeito da exclusão social, ela se sustenta como um funcionamento próprio, irreduzível a outros. Uma das conclusões a que podemos chegar é que a doença mental tem que ser reconhecida como tal, com sua positividade e com sua estrutura, que definem seu estatuto como fenômeno. Não se trata de mero efeito de exclusão social, histórica e política.

Paralelamente à queda do sonho do ideal de uma reabilitação sem tratamento, começaram a surgir perplexidades em vários níveis. As equipes perceberam que não adiantava mais praticar um cuidado desclinizado, exclusivamente baseado na lógica da inclusão, que não era possível acolher sem tratar: foi preciso admitir a dimensão da clínica, foi preciso trabalhar sem medo de ser um clínico. As equipes, atônitas, não entendem por que as situações de crise e violência sem recurso ou manejo eficaz assolam os Caps, onde tudo é tão socialmente inclusivo. Ou ficam perplexas com o abandono dos Caps pelos pacientes, o esvaziamento do projeto político-institucional dos Caps. A dimensão clínica das práticas de cuidado foram, esta sim, reabilitadas, a ponto de hoje falarmos em clínica ampliada, escuta do sujeito, dentre outros dizeres de cunho fundamentalmente clínico.

Curiosamente, ao longo desse processo, o Caps começou a perder seu lugar de primazia. Há, inegavelmente, pelo menos em alguns grandes centros urbanos do

País, particularmente no Sudeste¹³, onde o número de serviços é significativamente maior, uma crise no Caps. Começou-se a dizer que ele já cumpriu seu papel histórico, que é hora de pluralizar os modos do cuidado e as modalidades de serviço, enfim, começou-se a colocar o Caps no museu, em sala nobre, com indiscutíveis honrarias, mas com olhar numismático.

O ambulatório começa a ressurgir de suas injustas cinzas como uma alternativa primordial. Recupera-se a imagem e o vigor do ambulatório, excessivamente “demonizado” segundo alguns. No efeito gangorra, o Caps desce do pedestal, o ambulatório sobe. Há, nisso, alguns grandes equívocos.

O primeiro, mais importante a meu ver, é patamarizar as duas coisas, como as tábuas da gangorra que, antes de alternarem-se no alto-baixo, precisam ser tábuas para isso. O Caps tornou-se, cada vez mais, o nome de um tipo de serviço entre outros. Nessa acepção, podemos patamarizar todas as modalidades de serviço e perguntar sobre suas relações, por mais complexas que as pensemos. Mas, se o Caps é uma modalidade de serviço entre outras, como sustentar que ele seja o ordenador da rede em determinado território? Por que tamanho privilégio? Ou bem ele não é um tipo de serviço, e assim podemos construir a idéia de uma ordenação de rede que seja justificável sem recorrermos a privilégios, ou bem ele é, e, nesse caso, não se justifica o privilégio a não ser por um ato arbitrário, no caso, de poder.

Gostaria de assinalar o que considero um risco, sempre presente em nós, seres humanos: preferimos desfazer-nos de tudo o que nos traga o dissabor de reconhecer uma falha, criando rapidamente a idéia de que essa coisa já era, já não importa mais, não existe mais, é página virada, questão ultrapassada. O trabalho de atravessar a falha, que começa por reconhecê-la, mas exige muito mais, exige que cada um se veja na falha, se faça o equivalente dela, para, por dentro dela, ir além dela, é muito penoso e preferimos adotar logo outro modelo.

Ora, um Caps jamais foi excludente ao ambulatório. E aqui retomo a caracterização com a qual iniciei esta comunicação. Jamais se pretendeu seriamente que todo paciente, em saúde mental, todo usuário, como convém dizer, seja acolhido, “absorvido” e tratado em um Caps, com renúncia a qualquer outro serviço, por mais privilegiado que seja (como se diz em documento jurídico em referência ao Fórum da cidade ao qual caberá dirimir as questões oriundas do referido documento). Se o

¹³ Recentemente, em um curso ministrado na cidade do Goiânia e dirigido a profissionais da rede pública local de saúde mental, fui informado de que, nesta cidade, até as últimas eleições, administrada por uma prefeitura petista e com uma notável rede de serviços, a crise dos Caps não tem maior relevância.

Caps é o pólo que encarna uma determinada lógica do cuidado, regida, por sua vez, pelas diretrizes das políticas públicas de saúde mental, em determinado território, ele terá, dentre suas principais tarefas, a de articular-se aos ambulatorios do território em questão, sob pena de não cumprir seu mandato político-social de fazer valer tais diretrizes. Isso não apenas pressupõe uma rede ambulatorial, mas exige que o Caps a ela se articule. Com a condição – e isso precisa ser dito – que a rede ambulatorial deixe-se reger, afetar, enfim, funcione segundo a lógica cuja veiculação cabe ao Caps fazer. Para isso, o Caps vai acolher universalmente todo aquele que o procurar, vai problematizar a demanda que lhe chega, vai absorver algumas delas sob a forma de cuidado dispensado no próprio Caps, vai encaminhar outros tantos, acompanhando o encaminhamento como um ato seu, pelo qual é responsável, vai convocar vários setores e instâncias do território (intersectorialidade), além de outros equipamentos de saúde mental e de saúde, vai chamar a rede educacional, assistencial, jurídica, enfim, vai operar a ordenação da rede, sem com isso recorrer a qualquer tipo de ato que se superponha, confunda ou nivele com os atos da gestão.

No entanto, penso que uma das razões do esvaziamento do lugar dos Caps é justamente um receio que se origina no nível central da gestão, receio de natureza política, fundamentado no fantasma da perda de poder pela via da descentralização demasiada. O poder nunca abre mão do poder de bom grado, espontaneamente. Mesmo quando foram os agentes que ocupam lugares no poder que, em tempos anteriores, quando ainda não ocupavam esses lugares, conceberam formas de operar e agir o cuidado que tinham precisamente a marca de distinguirem-se das formas hierárquicas do poder. Estas, em certo sentido, efetivamente cabem à gestão, são próprias à tarefa administrativa, que precisa encarnar a lei em sua dimensão de regência, de sanção, de imposição não inteiramente compreendida ou compartilhada, e com base na impossibilidade de tudo discutir, tudo pactuar. Para o Caps, não se trata, nem nunca se tratou, de exercer esse tipo de poder. O poder do Caps é, ao contrário, o da permanente (e sempre parcial) pactuação coletiva, intersectorial, que, quando bem praticada, é eminentemente clínica, ou, mais ainda, é a própria clínica exercida sob a forma lógica da intervenção ampliada que funda o ato do Caps.

Por que temer os Caps? Por que esvaziá-los com medo de que eles obstem os desígnios ou propósitos da gestão central, se esta, que se saiba, deveria ser a primeira a exigir, com seu poder central, que os Caps não recuem, nem um milímetro, de seu mandato político, cuja legitimidade pública requer, precisamente, a sustentação da gestão como sua principal condição de possibilidade?

Referências

Bibliográficas

- ALTOÉ, S. Os processos disciplinares nos internatos de menores. In: O MENOR em debate. Rio de Janeiro: CESPI/USU, 1985.
-
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ABRASCO, 2001. p.167-176.
-
- ARENDT, H. *Responsabilidade e julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
-
- ARQUIVOS BRASILEIROS DE HIGIENE MENTAL. Rio de Janeiro: LBHM, 1925-.
-
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. São Paulo: Graal, 1985.
-
- BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES R.; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil, anos 80*. Rio de Janeiro: Ed. Abrasco, 1994.
-
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p.24.
-
- BRASIL. Constituição (1988). Artigo 227 da Constituição Federal. [Brasília]: Presidência da República, 1988.
-

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Levantamento nacional de abrigos para crianças e adolescentes da Rede SAC. [S.l.], 2003.

COSTA, N. R. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agência social*. São Paulo: Hucitec, 1997.

DELGADO, P. G. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. cap. 3.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como revelada pela experiência psicanalítica: 1949. In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MOREIRA, D. *Psiquiatria, controle e repressão social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção internacional sobre os direitos da criança*. [S.l.], 1989.

PILOTTI, F. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: AMAIS, EDUSU, 1995.

RIZZINI, I. A internação de crianças em estabelecimentos para menores: alternativa ou incentivo ao abandono? In: O MENOR em Debate. Rio de Janeiro: USU, 1985.

_____. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: AMAIS, EDUSU, 1997.

_____. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico, panorama e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2004.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: _____. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SWEDEN. Ministry of Foreign Affairs. *Children in institution*. Estocolmo: International Development Cooperation, 2001.

VALENTE, M. L. Resenha sobre o livro "A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico, panorama e desafios do presente". *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, PUC-Rio, v. 11, n. 11, ano VIII, 2004.

Anexo A

Recomendação n.º 01/2005 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil

Diretrizes para o processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional

O “Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, constituído pela Portaria GM n.º 1.608, de 3.8.2004, reunido em 17 de dezembro do ano de 2004 para debater e deliberar sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, particularmente daquelas portadoras de transtornos psíquicos, considerando:

As determinações da Lei n.º 10.216/01, da Lei n.º 10.708/03 e as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental que apontam a necessidade de estender as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil;

As determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente;

A condição de pólo propulsor das políticas públicas na área da Saúde Mental Infanto-Juvenil que este Fórum, por sua ampla representatividade, toma a si;

A existência no País de aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para portadores

de deficiência, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004);

A existência de 11.000 adolescentes cumprindo medida socioeducativa em regime de internação;

A existência de crianças e adolescentes internados em instituições psiquiátricas voltadas para a população adulta, em sua maioria por determinação judicial;

A responsabilidade dos programas de saúde mental (municipais, estaduais e federal), em particular dos Capsi, em desenvolver ações de desinstitucionalização consonantes com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Recomenda:

- A implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, seja no campo da Saúde Mental, da Assistência Social, da Educação e da Justiça. Por meio de:
- Criação de serviços de base territorial (Capsi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial);
- Reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental;
- Fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares;
- Articulação co-responsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial;
- A promoção de um diálogo permanente e conseqüente com os Operadores do Direito, no sentido de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental;
- A consideração das diferenças étnico-raciais tanto na análise dos fatores de institucionalização quanto no processo de reversão deste quadro nele incluindo a questão da acessibilidade à rede de atenção;

- A realização de estudos e pesquisas de caráter científico concernindo as razões determinantes e os efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes;
- A construção de dados qualificados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, através de censos populacionais e mapeamento das instituições governamentais, não-governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização;
- A tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federal, no sentido de garantir, em cada localidade do território nacional, a implementação do conjunto das recomendações que compõe este documento.

Anexo B

Portaria n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004

**Constitui Fórum
Nacional sobre Saúde
Mental de Crianças e
Adolescentes**



Edição Número 149, de 4/8/2004

Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro
PORTARIA N.º 1.608, DE 3 DE AGOSTO DE 2004

Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as determinações da Lei n.º 10.216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontam a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil;

Considerando a elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes e a necessidade de ampliação da cobertura assistencial destinada a esse segmento, bem

como da realização de um diagnóstico aprofundado das condições de atendimento atualmente oferecidas;

Considerando a existência de importantes setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área;

Considerando as interfaces que uma política de atenção em saúde mental a crianças e adolescentes apresentam necessariamente com outras políticas públicas, como ação social, direitos humanos, justiça, educação, cultura e outras;

Considerando a experiência bem-sucedida da implantação de fóruns intersetoriais de saúde mental de crianças e adolescentes em estados e municípios brasileiros, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido de uma política marcadamente intersetorial;

Considerando as recomendações, da Organização Mundial da Saúde e da Federação Mundial para Saúde Mental, de atenção especial dos governos para a saúde mental da infância e da juventude;

Considerando a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social; e

Considerando as recomendações oriundas do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado pela Portaria n.º 1.946/GM, de 10 de outubro de 2003, resolve:

Art. 1.º Constituir Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições:

- I – funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área;
- II – estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infanto-juvenil;

- III – promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e
- IV – produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão.

Art. 2.º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias:

- I – Área Técnica de Saúde Mental – Dape/SAS, que o coordenará;
- II – Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas – Dape/SAS;
- III – Área Técnica de Saúde da Criança – Dape/SAS;
- IV – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem – Dape/SAS;
- V – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – Dape/SAS;
- VI – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – SAS;
- VII – Departamento de Atenção Básica – SAS;
- VIII – Programa Nacional de DST/Aids/SVS;
- IX – Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira;
- X – Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;
- XI – Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira;
- XII – Conselho Nacional de Saúde;
- XIII – Ministério da Justiça;
- XIV – Ministério da Educação;

- XV – Ministério da Cultura;
- XVI – Ministério dos Esportes;
- XVII – Conselho Nacional de Procuradores – Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público;
- XVIII – Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude;
- XIX – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- XX – Secretaria Especial de Direitos humanos – SEDH/PR;
- XXI – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda/SEDH/PR;
- XXII – Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde/SEDH/PR;
- XXIII – Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais – Febiex;
- XXIV – Federação Nacional das Apaes;
- XXV – Federação Nacional das Instituições Pestalozzi;
- XXVI – Associação Brasileira de Autismo;
- XXVII – Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- XXVIII – Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados;
- XXIX – Associação Juízes para a Democracia – AJD;
- XXX – Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares;
- XXXI – Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência – Abenepi; e
- XXXII – dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum.

Parágrafo único. As representações terão assento permanente no Fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Anexo C

Mapeamento "Preliminar" dos Setores de Assistência à Criança e ao Adolescente

REGIÃO	UF	SAÚDE				ASSIST. SOCIAL	EDUCAÇÃO			JUSTIÇA/PROMOTORIAS			REDE FILANTRÓPICA			INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL	REDE AMPLIADA
		SAÚDE MENTAL		PROG DE ATEND.			ABRIGOS	ESQ ESP	CLAS ESP	CONSELHO TUTELAR	VARAS	UNIDADES DE INTERNAÇÃO	APAE	PESTALOZZI	AMAS		
NORTE	AC	1	0	3	7	7	7	15	2	3	3	7	7	1	16	66	
	AM		0	2	5	26	66	30	3	5	7	7	7	1	30	182	
	AP	2	4		3	30	13	2	2	3	2	2	2	1	13	75	
	RO		0		12	27	12	47	9	3	15	3	3	1	48	189	
	PA	2			3	30	223	66	22	7					123	479	
	RR	1			2	3	14	6	1	1					8	37	
	TO		0	7		25	68	65	3	1	27				65	261	
NORDESTE	AL	1	6	5	11	10	33	30	10	2	2	2	2	1	82	203	
	BA	3	0	43	50	125	71	128	5	5	53	13	2	148	649		
	CE	1	3		15	47	109	176	5	6	17	10	2	174	566		
	MA	2	0		15	33	133	92	21	5	31	2	2	95	444		
	PB	1	2	12	10	10	24	44	65	3	5	11	1	65	255		
	PE	2	3	0	7	47	400	97	6	10	27	1	1	152	732		
	PI	1	1	3	2	32	41	108	2	2	27	1	1	135	357		
SUL	RN	1	2	0	4	13	23	1	70	4	4			80	202		
	SE	1	2	0	9	12	11	13	32	82	2	3	1	81	251		
	PR	4	6	20	39	383	858	401	19	14	303	4	2	404	2546		
	RS	4	7	24	33	224	372	413	15	15	195	3	6	432	1797		
	SC	4	2	0	22	23	193	46	288	16	16	177	1	3	296	1087	
	ES	1	0	19	2	3	76	23	79	5	2	32	32	4	83	361	
	MG	5	11	18	39	42	486	89	443	39	9	364	3	7	603	2158	
SUDESTE	RJ	6	5	12	37	42	158	549	99	2	8	29	5	108	1055		
	SP	15	26		218	178	419	871	563	27	60	279	5	32	600	3293	
	DF	1	0		7	20	142	10	1	2		1	2	10	189		
	GO	1	3	3	7	61	41	175	3	5	33	5	2	209	555		
CENTRO-OESTE	MS	1	12		29	31	67	93	75	17	7	46	8	77	464		
	MT	1	3	0	12	13	74	96	123	4	3	48	8	123	525		
	TOTAL	55	76	101	129	554	2636	4465	3759	248	205	1675	140	68	4260		

OBS: No item varas estão incluídos os juizados

FORNECER DADOS (01/11/2005)

CAPSI - Área Técnica de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS
 CAPSAd - Área Técnica de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS
 Leitos Psiquiátricos - Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS
 Ambulatórios - Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS
 Escola Classe e Classes Especiais - Ministério da Educação

APAES - APAES

Pestalozzi - Pestalozzi

AMA - www.autismo.org.br

Conselho de Direitos - Ministério da Justiça

Conselhos Tutelares - www.mj.gov.br/sipia

Varas e Juizados - Ministério da Justiça

Abrigos - Ministério do Desenvolvimento Social

Cabe explicar que este quadro foi preenchido a partir das informações fornecidas pelos parceiros que compõem o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Os espaços não preenchidos não significam necessariamente a inexistência dos setores indicados, pois por se tratar de um quadro em construção, para fins de inclusão nesta publicação, foram registrados todas as informações recebidas até o mês de abril do ano corrente. Aproveitamos também para sinalizar que o Ministério da Saúde, por meio deste fórum, pretende publicar um diretório com a localização e breve caracterização de todos os serviços que integram essa rede denominada "rede ampliada" de atenção à saúde mental infanto-juvenil.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, dezembro de 2005

OS 0887/2005