

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Fórum Interinstitucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro: espaço de construção coletiva de uma política pública”

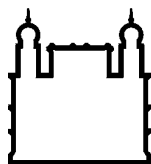
por

Valéria Rodrigues da Conceição

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Fórum Interinstitucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro: espaço de construção coletiva de uma política pública”

apresentada por

Valéria Rodrigues da Conceição

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Camila Furlanetti Borges

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima — Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C744 Conceição, Valéria Rodrigues da
Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde
Mental à Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de
Janeiro: espaço de construção coletiva de uma Política
Pública. / Valéria Rodrigues da Conceição. -- 2014.
89 f. : graf.

Orientador: Lima, Luciana Dias de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde Mental. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Assistência
em Saúde Mental. 5. Políticas Públicas. 6. Reforma
Psiquiátrica. 7. Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2098153

Dedicatória

Às crianças, adolescentes e familiares do CAPSi Pequeno
Hans pela confiança em deixarem-me fazer parte de suas vidas.

E à toda equipe pela acolhida carinhosa e por terem
ensinado-me a potência de um CAPSi e da lógica da
atenção psicossocial.

Agradecimentos

Aos meus pais, Sueli e Valdo, pelo sacrifício que fizeram em nome de nossos estudos, e por terem transmitido-me desde sempre a importância do respeito pela posição alheia e de lutar pelo que acredito.

À minha irmã e grande amiga, Vanessa, pela tranquilidade que a certeza de sua presença e apoio traz para a minha vida. E pelo suporte online nas madrugadas de escrita.

À Luciana Dias de Lima, pelo desejo decidido com que topou o desafio de orientar-me a partir do que eram as minhas questões e não do que seria sua zona de conforto. Obrigada por não ter aberto mão do sorriso encorajador nem da delicadeza, mesmo nas merecidas broncas.

À Paula Cerqueira e Tatiana Wargas pela provocação de inquietantes e precisas questões que seguem reverberando no cotidiano.

À Camila Borges pela pronta disponibilidade em avaliar este trabalho.

À queridíssima Kátia Santos por ter despertado (em plena reunião do Fórum!) a vontade de trabalhar em um CAPSI e pelo que têm ensinado-me desde então, sendo seu rigor clínico e firmeza ética inspiração sempre.

Aos amigos Andrea Montechiare e Rodrigo Pereira, com profunda admiração pela capacidade de lidar com problemas graves sem perder o direcionamento ético nem abrir mão da clínica. A presença sensível e alegre de vocês, lembrando que a vida segue, foi absolutamente fundamental.

Ao amigos preciosos e parceiros tão firmes, porém de extrema leveza, Gisela Giannerini e Daniel Elia. Sigo estranhando ter demorado tanto para reconhecê-los, mas agora que sei da alegria e segurança que transmitem, só posso querer que estejam sempre por perto.

À Vivian amiga e comadre que compartilhou o sonho desta dissertação desde o início e que quando resolveu sonhar outro – tão mais doce e gostoso que este! –, permitiu que eu seguisse fazendo parte. Você e Alice foram presença viva durante toda a escrita.

À amiga Carla Sousa, por deixar a chatice de lado nas horas de real necessidade. E por mantê-la nos momentos de descontração.

Às amigas de sempre e para todas as horas, Luciana Alves e Lorena da Mata, pela torcida calorosa e compreensão das ausências.

Aos entrevistados por aceitaram abrir suas agendas para dividir comigo uma parte de suas histórias e à equipe ASM/SES-RJ por ter colaborado, permitindo acesso às atas e outros documentos produzidos pelo Fórum.

À CAPES pelo apoio financeiro concedido ao desenvolvimento deste trabalho.

Resumo

Essa pesquisa tem como objeto de estudo a atuação do Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro, no âmbito da política de saúde mental. A análise parte de um recorte temporal envolvendo dois ciclos de gestão estadual (1999 a 2006) a partir do período de implantação do Fórum. O intuito foi o de buscar compreender como se dá a produção da política pública de modo coletivo, o que é necessário em termos de capacidade institucional para que um dispositivo político como o Fórum consiga alterar a realidade e quais são suas potencialidades e limites, para tanto fez uso das seguintes técnicas de pesquisas: revisão bibliográfica, análise de documentos e entrevistas semi-estruturadas com atores atuantes neste espaço. Parte-se do pressuposto de que a sociedade brasileira vem sofrendo gradativo processo de expansão democrática com a criação, pós-Constituição Federal de 1988, de diversas instâncias de participação pública, sendo o que objeto desta pesquisa Fórum um exemplo destas instâncias deliberativas de caráter democrático. Os resultados encontrados dão conta de uma ampla mobilização do campo acionada pelo Fórum, que chegou a ter um destaque inclusive nacionalmente durante o período pesquisado. Sendo assim, localiza a maneira como foi possível transformar a realidade da assistência no estado do Rio de Janeiro; identifica documentos e ações que foram deliberadas neste espaço e que contribuíram para tanto; e aponta alguns pontos que podem ajudar a delinear caminhos para o entendimento de questões paradoxais que vêm apresentando-se na atualidade e com as quais o Fórum pode ter novamente atuação relevante para pactuações coletivas de acordo com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: instâncias deliberativas; saúde mental infanto-juvenil; minipúblico; atenção psicossocial.

Abstract

This research aims to study the role played by an Inter-Institutional forum of mental health care of children and adolescents in the State of Rio de Janeiro (called “Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro”), in the context of the mental health policy. The study is focused in a specific period of time involving two state management cycles (1999-2006) beginning from the period of implementation of the Forum. The main goal concerns the understand of how the public policy is collectively constructed, which things are required in terms of institutional capacity for a political mechanism as the Forum to modify reality and what are their strengths and limitations. For this study, the following research techniques were employed: literature review, documental analysis and semi-structured interviews with key actors in the Forum history. This research assumes that Brazilian society has been undergoing a gradual process of democratic expansion with the creation, post-Federal Constitution of 1988, of several instances of public participation. The theme of this research, the Forum, is an important example of these democratic deliberative instances. The results achieved disclose a broad mobilization of the field thrown by the Forum, which came to have a national relevance during the period reviewed. Thus, locates the way how it was possible to transform the reality of mental health care in the state of Rio de Janeiro; identifies documents and actions that was deliberated in this space and also contributed to it; and points out some topics that may help delineates ways to understanding paradoxical issues that have been showing up nowadays and with which the Forum may have meaningful function again regarding to collective pacts according to the Brazilian Psychiatric Reform.

Lista de Siglas

VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

AI-5 - Ato Institucional nº 5

ANS - Agência Nacional de Saúde

AP - Área programáticas

ASM/SES-RJ – Área Técnica de Saúde Mental/Secretaria de Saúde-Rio de Janeiro

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CICAPD – Centro Integrado da Criança e do Adolescente Portador de Deficiência

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COIJ – *Centro de Orientação Infanto-Juvenil*

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

COTEI – Comunidade Terapêutica Interdisciplinar

DEGASE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DPCA – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FCBIA – Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência

FEDEM – Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor

FIA – Fundação para Infância e Adolescência

Fórum ou **Fórum estadual** – Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro

Fórum Nacional - Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor

FUNLAR – Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula

HNP – Hospital de Neuro Psiquiatria

HNPI – Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil

HVR – Hospital Vicente Rezende

I CNSM – I Conferência Nacional de Saúde Mental

IMPP – Infanto-Juvenil do Instituto Philippe Pinel

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MOTE – ONG Associação Movimento Terapêutico

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAICAP – Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Psicótica

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do
IPUB/UFRJ

PAICAP – Programa de Assistência Interdisciplinar à Criança Autista e Psicótica

REME – Movimento de Renovação Médica

RENILA – Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SES/RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

Sumário

1. Introdução	9
2. A política de saúde mental para crianças e adolescentes: enlaces e disputas entre diferentes saberes na constituição de um novo campo	13
2.1. A educação como proposta de tratamento	13
2.2. O papel da justiça e da assistência social na atenção à infância	18
2.3. A presença da psicanálise nos serviços pioneiros após implantação do SUS e do ECA	22
3. Notas sobre a democracia e as políticas de saúde no Brasil	26
3.1. O processo de redemocratização e os movimentos reformistas da saúde	26
3.2. A institucionalização de práticas democráticas na saúde pós-88	33
4. Considerações metodológicas	39
4.1. Abordagem e referencial de análise do estudo	39
4.2. Estratégias e limites da pesquisa	43
5. O Fórum na política de saúde mental para crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro	47
5.1. O Fórum no contexto inicial de produção da política	47
5.2. O Fórum e suas relações com a política de saúde mental	54
5.3. Características e modo de funcionamento do Fórum	64
6. Considerações Finais	74
7. Referências	77
8. Anexos	84

1. Introdução

Esse estudo tem como objeto a atuação do Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro – doravante denominado Fórum – na política de saúde mental no estado do Rio de Janeiro (RJ). Para isso, parte-se da concepção do Fórum como uma organização democrática de nível intermediário (minipúblico) que privilegia a participação e deliberação públicas e cujo modo de funcionar tem relação direta com seu desenho institucional (NOBRE, 2004; FUNG, 2004).

O interesse por esse tema tem origem ainda em 2005, durante a graduação de psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF) quando inicia-se a participação da autora nas reuniões mensais do Fórum como parte das atividades de um projeto de iniciação científica¹. Nesse momento, a constituição do campo da anormalidade infanto-juvenil e as práticas relacionadas à criança na atualidade constituíam-se como objeto de estudo. Para além dos objetivos da referida pesquisa, o Fórum e seu modo de funcionar chamaram atenção devido ao trabalho coletivo e de orientação pública desenvolvido, capaz de acionar movimentos em torno da política de saúde mental.

Durante o período da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e o contato com o trabalho num serviço de atenção intensiva a crianças e jovens em grave sofrimento psíquico², novas questões surgiram e o Fórum passou a apresentar-se como um importante espaço de discussão política e mesmo como um dos atores que teriam influenciado a construção da atual política nacional de saúde mental infanto-juvenil, expressa no documento ministerial *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, publicado em 2005 (BRASIL, 2005).

Já no curso do trabalho como integrante da equipe técnica deste CAPSi (atividade que tem início com o fim da Residência e que mantém-se até hoje), novas questões em relação ao Fórum surgem, como por exemplo, as razões que teriam permitido que o Fórum fosse instituído e alcançasse protagonismo na política. Questões estas que vieram junto com certa inquietação devido ao surgimento de uma série de ações, em diferentes âmbitos governamentais, estranhas às diretrizes presentes no

¹ A participação no projeto, “Devir Criança: Pesquisa de Fontes para uma Genealogia da Criança Anormal no Brasil (1900-1940)”, teve início em abril de 2005, e desenvolveu-se como bolsista Faperj entre fevereiro de 2006 e julho de 2007.

² Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) Pequeno Hans.

documento acima citado e alheias até mesmo aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A inquietação partia especialmente destas medidas ignorarem discussões desenvolvidas coletivamente, como as que ocorrem no ambiente do Fórum e das Conferências Nacionais de Saúde Mental, que traduziram-se na criação de um modo pactuado democraticamente de assistir à população em sofrimento psíquico, com destaque para às crianças e adolescentes. Localiza-se nisso uma das razões para buscar o Mestrado em Saúde Pública da Ensp e pela escolha da subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Dessa forma, motivada pela experiência profissional e pelas reflexões decorrentes da prática em diferentes serviços de saúde, o Fórum apresentou-se como objeto central desse estudo na tentativa de entender o que está em jogo no momento atual, em que parece ocorrer um certo rearranjo de forças em que mesmo diretrizes ministeriais demonstraram não ter mais uma única direção. A estratégia, então, foi buscar compreender como acontece a produção da política pública de modo coletivo, o que é necessário em termos de capacidade institucional para que um dispositivo político como o Fórum consiga alterar a realidade e quais são suas potencialidades e limites.

Como não é possível no tempo do mestrado cobrir todo o período de funcionamento do Fórum, precisou-se fazer um recorte temporal. Tomando-o como uma instância intermediária que ao mesmo tempo produz e sofre os efeitos da política em questão, decidiu-se que o período teria relação com a gestão estadual. Assim, a análise inicia-se no período de implantação do Fórum (1999), envolvendo dois ciclos de gestão estadual (1999 a 2006). Esta decisão permitiu apreender o momento inicial de produção da política de saúde mental voltada para as crianças e adolescentes; mapear alternativas em jogo no âmbito estadual e nacional; identificar os atores e o debate político presente no Fórum; delinear as características do desenho institucional do Fórum e suas relações com a produção da política de forma ampla (considerando os múltiplos atores e espaços de produção da política).

Assim, a pesquisa teve como objetivo principal analisar a atuação do Fórum na política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2006. Seus objetivos específicos foram:

- 1 - Caracterizar o desenho institucional e o processo deliberativo no Fórum;
- 2 - Descrever as influências recíprocas entre a política de saúde mental infanto-juvenil e a atuação do Fórum;

3 - Identificar as repercussões do Fórum nas percepções e práticas dos atores envolvidos com a política.

4- Discutir os limites e potencialidades desse espaço para a consolidação de um processo democrático de produção da política.

As questões que nortearam o trabalho foram: quais as principais características do Fórum e de que modo este operou nesses anos? Quais os atores e as discussões do campo presentes no Fórum? O que dá sustentabilidade ao Fórum e como sua atuação repercute e é influenciada pela política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes? Quais as possíveis repercussões do Fórum sobre a percepção e as práticas dos atores envolvidos com a política?

Destaca-se que esse estudo foi desenvolvido no âmbito das atividades do grupo de pesquisa ‘Estado, proteção social e políticas de saúde’ e aporta conhecimento para a linha de pesquisa sobre análise de formulação e implementação de políticas de saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

A dissertação está estruturada da seguinte forma. No primeiro capítulo busca-se identificar por meio de que saberes e práticas o Estado brasileiro pós-colonial ocupou-se da criança e do adolescente, de uma maneira geral e como aos poucos foi delineando-se a possibilidade de atenção ao público em sofrimento psíquico grave. Assim, localiza-se de que maneira, através de diferentes décadas, constituiu-se a possibilidade de que pudesse ser criada a política pública de atenção em saúde mental à crianças e adolescentes no início dos anos 2000, que tivesse como norte um cuidado de base territorial, partindo da noção de que a criança é ao mesmo tempo um cidadão e um sujeito.

O capítulo seguinte parte da afirmação de que a sociedade brasileira vem sofrendo gradativo processo de expansão democrática com a criação, pós-Constituição Federal de 1988, de diversas instâncias de participação pública, sendo as de maior destaque os Orçamentos Participativos e os Conselhos de Saúde, estes últimos ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se do conceito operador mínimo de democracia de Bobbio (2011[1984]) e segue-se com identificação dos principais acontecimentos sociais e movimentos – com destaque para o Movimento Sanitário e o Movimento Antimanicomial – que fazem frente à ditadura política e cujas marcas fazem-se presentes na institucionalização de práticas democráticas no SUS. Entende-se que o Fórum que é destaque neste estudo é uma instância deliberativa de caráter democrático.

Já o próximo capítulo tem como objetivo esclarecer quais foram os aportes teóricos e os conceitos presentes como pano de fundo para a construção da pesquisa, bem como explicitar as estratégias e os limites do referido trabalho. Apresenta-se a identificação do Fórum com o que Fung (2004) nomeou como minipúblico e a maneira como foi utilizada sua caracterização (Quadro I) do desenho institucional e do funcionamento desta instância de deliberação pública. Ressalta-se ainda que o entendimento de política pública presente em todo este estudo não parte somente das possibilidades que possuem os atores governamentais, mas considera também que os atores que cotidianamente colocam a política em execução através de suas práticas interferem sobremaneira nos rumos que a mesma vai sofrendo ao longo do tempo.

A discussão sobre os resultados encontrados através das pesquisas bibliográficas, na análise de atas, documentos institucionais e entrevistas são apresentados a partir de três eixos, a saber: o Fórum no contexto inicial de produção de política, em que são identificadas algumas ações que o viabilizaram, bem como as articulações que foram necessárias e o que pretendia-se com ele tendo em vista o estado da arte de então; o Fórum e suas relações com a política de saúde mental, que identifica os principais temas de debate e a maneira como foram conduzidas as principais discussões durante o período analisado, com foco para os pontos de tensão entre os diferentes setores e saberes que compõem o campo e as deliberações resultantes deste processo de discussão; e características e modo de funcionamento do Fórum, que são apresentados e discutidos alguns dos principais dados quantitativos compilados através das listas de presenças, bem como a análise dos modos de funcionar desta instância e sua capacidade deliberativa, especialmente à luz das entrevistas.

Por último, é realizada uma síntese dos principais pontos localizados durante a análise, com destaque para os paradoxais e para aqueles que ainda ao final do estudo apresentam-se como questão, assim como alguns apontamentos entendidos como fundamentais para o entendimento do momento político atual, em que diferentes instâncias governamentais, incluindo o Ministério da Saúde, apresentam posições dúbias em relação às diretrizes que regem o campo, muitas vezes adotando propostas contrárias à Reforma Psiquiátrica brasileira, à lógica da atenção psicossocial e até mesmo ao SUS.

Seguem as Referências utilizadas para a composição do texto e um Anexo com a cronologia dos principais eventos históricos que demarcaram a atenção à saúde mental voltada para crianças e adolescentes no Brasil e estado do Rio de Janeiro.

2. A política de saúde mental para crianças e adolescentes: enlaces e disputas entre diferentes saberes na constituição de um novo campo

Parece haver consenso entre os estudiosos da saúde mental a afirmação de que, quando comparado aos adultos, somente de forma tardia desenvolveu-se uma política pública de saúde no Brasil com foco nas crianças e adolescentes. A literatura também sugere que este é um campo plural de intervenção, em que a intersectorialidade é uma exigência diária. Na tentativa de localizar quais os saberes que prioritariamente deixaram marcas de sua influência na constituição do campo e por via de que práticas fizeram-no, abaixo elencam-se os principais eventos que parecem ter colaborado para o entendimento de que “historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental” (COUTO *et al.*, p. 391, 2008).

2.1. A educação como proposta de tratamento

Ribeiro (2006) sugere que foi no contexto das mudanças ocorridas na sociedade brasileira pós período colonial, em torno de debates relacionados ao fim da escravidão, à defesa da República, e à crescente urbanização e ascensão da burguesia, que a medicina começa a estabelecer-se como saber dominante, capaz de influenciar padrões de vida³ solidamente estabelecidos com base em teorias de base higienista.

A burguesia vai, então, encontrar na medicina o aliado necessário para propagar suas idéias políticas e sociais. A medicina vai encontrar na burguesia, essencialmente urbana, o aliado de seu ideal higiênico, que, por seu turno, interessava ao jovem Estado Brasileiro, ainda em consolidação. (RIBEIRO, p. 31, 2006).

Até então, a “responsabilidade por zelar pelos expostos era nitidamente da igreja, que, para tanto, contava com subsídios provenientes dos cofres públicos” (RIZZINI, p. 101, 2011) e mantinha uma série de casas-abrigo para a assistência às crianças órfãs e desvalidas, tal como palavreado da época. Entretanto, com a nova organização social ocorrendo e como foi especialmente nestas instituições que a

³ Para um aprofundamento a respeito dos contornos que o enlace entre a medicina e o corpo social alcançou na modernidade, sendo a partir da década de 1960 conhecido como ‘medicalização’, recomenda-se a consulta ao trabalho de Gisela Giannerini dos Santos, intitulado “As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica” (2013), em que há uma cuidadosa revisão histórica deste conceito e de sua crítica.

mortalidade infantil atingiu seu ápice⁴, é a partir delas que a medicina higienista passa a dedicar-se às crianças, lançando estudos e medidas, cuja tônica é a preocupação com as altas taxas de mortalidade e melhorias em relação à gravidez e ao puerpério, incluindo as formas e itens da alimentação, estímulo à educação física e orientações quanto à educação que pudessem conformar brasileiros saudáveis física e psiquicamente.

Importante destacar que

o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do século XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área da saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social (MERISSE, *apud* RIBEIRO, p. 31, 2006).

Ou seja, amplia-se o escopo de atuação da medicina, a partir da defesa do avanço da sociedade brasileira e forjam-se seus laços tanto com o campo da educação, no que diz respeito a formas de tratamento, como com o campo da Justiça, que seguindo o movimento higienista de busca por uma nação mais fortalecida, começa a preocupar-se com a infância, lançando uma série de leis sobre esse tema⁵ e mais à frente cria legislação específica que altera profundamente o campo.

Em relação à psiquiatria infantil, diferentes autores – Couto (2004), Almeida e Delgado (2000) e Brasil (2005) – afirmam que a atenção dispensada a crianças e jovens portadores de transtornos mentais ficou sob responsabilidade apenas de instituições de caridade e filantropia, sem que houvesse um investimento por parte do Estado na formulação de uma política pública para esta área. Além disso, as crianças e jovens que eram objeto de tais ações eram aquelas que estavam sob o signo da *deficiência* – fosse ela social, mental ou moral.

A importância dos higienistas para a psiquiatria infantil, que começaria a engatinhar décadas depois, está em que eles lançaram as bases de uma medicina que se preocupava com a criança e seu

⁴ “Amplamente citada na literatura da época, a prática de expor crianças através da ‘roda’ era bastante conhecida. Nesses estabelecimentos, o índice de mortalidade era extremamente elevado, segundo registro de diversas cidades do país, tendo atingido a faixa de 70% nos anos 1852 e 1853 na Casa dos Expostos do Rio de Janeiro (Teixeira, 1888)” (RIZZINI, p. 106, 2011).

⁵ “nas primeiras décadas após o advento da independência do Brasil, as leis refletem a preocupação fundada na ideologia cristã, no sentido de amparar a infância desvalida, recolhendo-a em estabelecimentos destinados à sua criação. Destacamos que os legisladores se ocuparam com a regulamentação do ensino, tornando-o obrigatório. Houve incentivo para a criação de escolas, buscando-se facilitar o acesso das crianças pobres, embora a porta de entrada das escolas permanecesse aberta somente para uma parte delas” (RIZZINI, p. 106-107, 2011).

desenvolvimento, ainda que não voltada para patologia mental propriamente dita, mas para uma profilaxia de cuidados morais da criança normal, que eram considerados importantes na época. As crianças consideradas insanas, geralmente as pertencentes às classes sociais desfavorecidas, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados em meados do século XX” (RIBEIRO, p. 33, 2006).

A modalidade de assistência que as instituições que ocupavam-se desse problema entendiam como necessária, e em acordo com as mudanças ocorridas na própria medicina, era a educação. O processo de aprendizagem de preferência deveria ocorrer em tempo integral e em separado da família. As influências teóricas deste tempo justificam esse modelo de caráter marcadamente segmentar e institucionalizante, já que a noção corrente era a da busca por uma nação ‘melhorada’, o que dar-se-ia por um controle do ambiente e das gerações futuras. Conforme aponta Lobo (2008),

Se a alienação é fruto do descontrole das paixões em face das exigências da civilização na vida adulta, então ela poderia ter uma história anterior. (...) Não é difícil deduzir o caráter preventivo da educação. (...) Ora, o tratamento moral, fundado no discurso da autoridade e da submissão, não se destinava apenas ao louco, no sentido de curá-lo do desvio e fazê-lo retornar à ordem humana. Ele foi estendido, sob a forma de prevenção, à criança, cujo ingresso nessa ordem deveria ser preparado por uma higiene pedagógica. A infância seria, em si, o lugar não da loucura, mas de um risco – e de um risco ainda maior se apresentasse os defeitos da idiotia, do retardo, de uma educação mal administrada ou de uma má disposição hereditária (LOBO, p. 375, 2008, grifo da autora).

Essas ideais higienistas dão base à objetivação das deficiências e buscam sua superação. Tal entendimento fazia a criança alvo de práticas educativas mais do que de práticas de cuidado, embora neste momento esses dois campos de saber estivessem tão enlaçados que saúde e educação misturavam-se.

Sem ser ainda o foco principal, mas na certa sendo afetados de alguma maneira por essas práticas, estão os transtornos mentais. Ainda conforme Lobo (2008), a primeira experiência de psiquiatrização da infância ocorrida no Brasil⁶ foi a que teve lugar no Pavilhão-Escola Bourneville que funcionou no Hospício Nacional entre os anos de 1904 e 1942, cuja marca é a aliança entre a pedagogia e a psiquiatria como proposta de tratamento.

O nome do pavilhão evidencia a ligação com a pedagogia e também as influências teóricas que chegam aos psiquiatras brasileiros desta época, demonstrando

⁶ Em Anexo há uma Cronologia com dos principais eventos históricos que demarcaram a atenção à saúde mental voltada para crianças e adolescentes no Brasil e no estado do Rio de Janeiro.

que as ideias de Bourneville⁷ tinham terreno aqui. Propunha-se a educação das paixões como forma de tratamento. Nas palavras do próprio:

as crianças devem permanecer ocupadas desde que se levantam até irem se deitar. Suas ocupações devem ser variadas o tempo todo [...] Assim que acordam, lavar-se, vestir-se, escovar as roupas, engraxar os sapatos, fazer a cama e, daí em diante, manter atenção o tempo todo desperta (escola, oficina, ginástica, canto, recreações, passeio, jogos, etc.) [...] até se deitarem, quando se deve ensinar as crianças a arrumar com ordem, na cadeira, suas roupas (BOURNEVILLE *apud* FOUCAULT, p. 275, 2006).

Assim, é possível identificar, de acordo com o formulado inicialmente por Foucault (2006)⁸, que na sociedade ocidental e também no Brasil é a partir da criança que necessita do aprendizado, a criança-aprendiz, que uma série de investimentos na infância são feitos e abrem caminho para que a figura da criança-louca pudesse surgir adiante. Ou seja, a criança passível de enlouquecimento é um fenômeno recente na história da civilização ocidental – mais ainda se ativemo-nos à história brasileira – e reflete uma série de mudanças ocorridas na sociedade em diversas esferas (econômica, política etc.) e que moldam o próprio entendimento de criança tal como o conhecemos hoje. Tais mudanças não se efetivaram de uma hora para outra, de forma que por um longo tempo as práticas que objetivaram a criança-aprendiz coexistiram – e, em certa proporção, ainda coexistem – com aquelas que fundam a criança-louca, esta sim passível de receber um ‘tratamento’.

Outras importantes experiências neste sentido tiveram lugar em diferentes partes do país, tal como mostra Ribeiro (2006)⁹:

⁷ Na Aula de 16 de Janeiro de 1974, relatada em “O Poder Psiquiátrico” (2006), Foucault esmiúça como foi a partir das noções de desenvolvimento e degenerescência que a criança passa a ser alvo da psiquiatrização; bem como demonstra a importância que a alteração da realidade social pós-insdustrial impactou nessa apreensão da criança pela psiquiatria – o que fazer com as crianças anormais para que os pais pudessem trabalhar? –; e como associaram-se as noções de perigo e anormalidade infantil.

⁸ “a psiquiatrização da criança, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura da infância, pela relação constitutiva entre loucura e infância. Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é uma criança que se tomou o cuidado [de dizer], desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico” (FOUCAULT, p. 257, 2006)

⁹ Este autor menciona ter servido-se dos trabalhos de Arruda (1995), Januzzi (1992), Ribeiro (1999) e Uchôa (1981).

Em São Paulo, o primeiro pavilhão infantil foi criado em 1921, por Franco da Rocha, no Hospital Juqueri, e dirigido por Vicente Batista. Em Minas Gerais, a psicóloga russa Helena Antipoff implanta o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, em 1929, onde realiza pesquisas sobre testes de inteligência e desenvolvimento mental de crianças. Posteriormente criou a Sociedade Pestalozzi e o Instituto Pestalozzi, voltados para os cuidados de crianças deficientes mentais (RIBEIRO, p. 34, 2006).

O Rio de Janeiro, capital do Brasil à época, parece ser o local onde o movimento higienista e suas ideias sobre a melhor conduta de tratamento ganharam maior destaque, chegando a haver aqui a fundação, em 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Tal Liga, em 1932 funda a Clínica da Eufrenia que era “destinada a prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude” (*Arquivos Brasileiros de Higiene Mental apud Schechtman, 1981:38, apud BENTES, p. 43, 1999*). Entre 1934 e sua extinção em 1939 esta clínica funciona no espaço físico da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro¹⁰.

Também no Engenho de Dentro, anos antes fora fundado o primeiro ambulatório de psiquiatria da América Latina, o Ambulatório Rivadávia Correa, fundado em 1919 por Gustavo Riedel,

Sua proposta assistencial, com forte influência da escola alemã introduzida pelo médico Juliano Moreira e do higienismo da época, não se limitava apenas a acompanhar os pacientes, mas também visava a promover o "aconselhamento genético" como forma de prevenir os distúrbios mentais (OLIVEIRA, 2007; RAMOS; GEREMIAS, 2009, *apud* AVENA, p. 26, 2009).

A experiência do Pavilhão-Escola Bourneville termina em 1942 com a transferência das crianças para a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Entretanto, ainda neste espaço é possível identificar como a aliança com a pedagogia persiste, sendo no espaço do Engenho de Dentro que nasce, em 1957, a Escola Basílio Magalhães¹¹, em homenagem a um dos defensores de que a educação ocorresse em separado para crianças ‘normais’ e crianças ‘atrasadas’. Em suas palavras:

¹⁰ Hoje, Instituto Municipal Nise da Silveira.

¹¹ “Basílio de Magalhães publicou em 1913 o ‘Tratamento e educação das crianças anormais de inteligência: contribuição para o estudo desse complexo problema científico e social, cuja solução urgentemente reclamam – a bem da infância de agora e das gerações porvindouras – os mais elevados interesses materiais, intelectuais e morais da pátria brasileira’; e, em 1917, ‘A educação da infância anormal e das crianças mentalmente atrasadas na América Latina: apreciação sumária dos modernos sistemas pedagógicos europeus e modificações indispensáveis que devam sofrer no ambiente físico social do Novo Mundo’” (RIBEIRO, p. 35, 2006).

Um ‘atrasado intelectual’, mais ou menos grave, é nas classes ordinárias, um grande óbice ao adiantamento dos alunos normais. O tempo que com ele despende o professor, quer para ministrar-lhe as mais simples noções de leitura e escrita, quer para tentar incutir-lhe hábitos de disciplina, é completamente perdido, e melhor fora que se aplicasse àqueles, que daí tirariam lucro seguro (...)

Umas são de todo [...] incapazes de aprender de trabalhar e requerem vigilância incessante, porque suas mórbidas impulsões se tornam perigosas à vida e à honra e à propriedade dos seus semelhantes mais bem dotados por natureza.

E isso [...] só se poderá conseguir segregando, até certo ponto, dos ainda não viciados, nem viciosos, os que são ‘débeis de espírito’, e educando-os e dando-lhes tratamento às moléstias (MAGALHÃES, *apud* LOBO p. 387-390, 2008).

Destaca-se que esta relação entre a psiquiatria e a educação, como forma de tratamento foi uma primeira marca que fez-se num campo que ainda constituía-se. Embora, em volume de experiências, não tenham sido as internações em asilos psiquiátricos as que mais destacaram-se, e sim diferentes formas de abrigo – fossem eles públicos ou não –, fez-se questão de mencioná-la aqui, por entender-se que sua radicalidade evidencia o pensamento da época, bem como parecem ser a intercessão dos diversos saberes aqui mencionados, onde eles mais tinham os contornos imprecisos uns em relação aos outros.

2.2. O papel da justiça e da assistência social na atenção à infância

Um outro saber que teve influência fundamental na constituição da assistência à infância e adolescência ‘problemática’ brasileira, foi o da justiça, que passa alguns anos ensaiando voltar sua atenção a essa população em alguns decretos e leis, até que em 1927 lança o Código de Menores, elaborado por Mello Mattos¹², todo voltado para a população menor de idade. Esse código consolida um paradigma que só terá concorrente mais de seis décadas depois¹³.

De acordo com Mendes (1998), a doutrina da situação irregular produziu uma fratura, ao estabelecer *uma profunda divisão no interior da categoria infância*: [de um lado] *crianças* e [de outro] *menores* (p. 26). Esta fratura situou os que seriam objeto da intervenção do Estado, os *menores*, e os que ficariam salvaguardados dela, as crianças. A

¹² “Ainda em 1923, o Decreto nº 16.273, trata de reorganizar a Justiça do Distrito Federal, incluindo a figura do Juiz de Menores na administração da Justiça. Consta que Mello Mattos foi o primeiro juiz de menores da América Latina” (RIZZINI, p. 130, 2011).

¹³ Como demonstra o trabalho de Bentes (1999), embora tenha sido lançado um novo código em 1964, as bases ainda são as mesmas deste elaborado por Mello Mattos até o lançamento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, no Brasil pós Constituição de 1988. Recomenda-se o quadro comparativo elaborado pela autora, a partir de acréscimos ao estudo de Costa *et. al.*, 1989.

rigor, apenas os menores foram tomados como problema do Estado. A *criança* foi considerada ao abrigo dos riscos, estando sob a atenção da família e da escola, em processo de preparação para um dia produzir e dirigir a sociedade. (COUTO, p. 12, 2012, grifos da autora).

Importante dizer que se o Código de 1927 consolida esta cisão, ela já vinha produzindo-se desde o início do século, como mostram claramente e em detalhes os textos de Irene e Irma Rizzini, no livro ‘A Arte de Governar Crianças’ (2011). Outro fator de destaque é que também a Justiça entendia a educação, realizada em tempo integral e através da segregação do ambiente de origem, como a única possibilidade de saída frente aos riscos da pobreza ou para efetivar a correção da delinquência infanto-juvenil já presente.

Montou-se um poderoso aparato onde esperava-se que a diferença viria com o ensino de uma profissão, por acreditar-se que trabalho é “poderoso meio de disciplina e regeneração. Com a atenção voltada para o trabalho, os menores desviam seu pensamento de coisas que podem prejudicá-los” (SABÓIA LIMA, 1937, *apud*. RIZZINI, p. 233, 2011). Também aqui a lógica é a da educação em tempo integral como saída. Desta forma, foram lançadas uma série de escolas correcionais ou preparatórias, cuja tônica era manter o ‘menor’ ocupado pelo trabalho e por entender-se que “a colocação mais elevada que o ‘menor’ podia almejar era a de operário, tendo como mediadora nesta engrenagem idealizada pelos planejadores, a instituição de preservação ou de reforma” (RIZZINI, p. 233, 2011).

Ainda segundo levantamento realizado pela autora acima citada, além das raras instituições públicas, são utilizadas as instituições que recebem subsídio do governo e depois passa-se a pagar valor unitário para cada ‘menor’ internado em instituições particulares. Há relatos dos juristas de que faltavam vagas para receber a população ‘necessitada’ de tal assistência. Além da institucionalização de inúmeros abrigos e casas para menores abandonados.

A infância pobre foi a figura síntese dos problemas que poderiam comprometer o projeto de desenvolvimento da nação. A pobreza foi tomada como solo de demarcação de duas figuras que constituíram o ponto de mira das estratégias assistenciais e a prioridade das pautas governamentais: a criança em perigo, filha da pobreza, material ou afetivamente abandonada; e a criança perigosa, cruel e potencialmente delinquente, resultado da pobreza moral (RIZZINI, 1997, *apud* COUTO, p. 12, 2012).

De uma forma menor em termos numéricos, mas com impacto para o que segue-se em relação à constituição do campo de crianças e adolescentes em sofrimento, uma parcela desses meninos chega aos hospitais psiquiátricos destinados à infância. Encontramos referências a este movimento no Juqueri, ao mencionar-se a existência de

crianças “transferidas com a colaboração do Juizado de Menores” (FIORE, p. 167, 1982, *apud* Ribeiro, p. 35, 2006), para a escola destinada às crianças anormais, criada em 1929, que viviam no pavilhão infantil.

Outra referência aos efeitos que a judicialização da infância teve de impacto na saúde mental, é feita em detalhes na dissertação “Tudo como dantes no quartel d’abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial” de Bentes (1999). No capítulo 4 destaca como durante diferentes décadas, foi constituindo-se no Engenho de Dentro um local ‘especializado’ para o tratamento de crianças e adolescentes – ‘especialização’ essa marcada por uma importante relação com a Justiça, objeto de estudo da autora.

A mesma autora cita ainda uma pesquisa (LIMA, 1993) que deixa claro como não haviam parâmetros médicos definidos em relação a estas crianças e como, por outro lado, alguns hospitais tomaram essa clientela sem maiores questões, como é o caso de um convênio que estima-se ter funcionado durante os anos de 1966 e 1976 entre a Colônia Juliano Moreira (CJM) e a Fundação Nacional de Bem-Estar ao Menor (FUNABEM)¹⁴. Esta pesquisa conclui que

O estudo de 55 pacientes que ficaram na CJM e dos 252 que saíram confirma a hipótese inicial de que, pelo menos em grande parte, esses pacientes não tinham uma justificativa técnica para serem internados em um hospital de crônicos.

Sua internação é o resultado de uma política de saúde que, por seu caráter excludente, segregador e privatizante, transforma abandono, carência e pobreza em doença mental (LIMA, p. 105, 1993, *apud* BENTES, p. 09, 1999, grifo meu)

Bentes (1999) afirma que parte dessa clientela que já iniciara a vida pela via da institucionalização, com o fechamento do Pavilhão Adib Jabour na CJM, foi transferida, em 1974, para o hospital do Engenho de Dentro. “As transferências da FUNABEM para a CJM eram feitas de forma ‘direta’, sem exame psiquiátrico de admissão àquele asilo, constando nos registros de entrada na CJM apenas a frase ‘Internado pelo convênio’” (BENTES, p. 47, 1999).

A vinda desses meninos é concomitante à mudança de nome do hospital e ao ápice em relação do número de internações

¹⁴ “A Lei Federal 4.513 de 01/12/1964 criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM - em substituição ao Serviço de Assistência ao Menor - SAM. À FUNABEM competia formular e implantar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor em todo o território nacional. A partir daí, criaram-se as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor [FEBEM], com responsabilidade de observarem a política estabelecida e de executarem, nos Estados, as ações pertinentes a essa política” (site: <http://www.fia.rj.gov.br/historia.htm>).

Em 1974, o HNP [Hospital de Neuro Psiquiatria] é renomeado para Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil (HNPI), após a transferência dos pacientes da Colônia Juliano Moreira, todos menores de 13 anos, portadores de distúrbios mentais variados e de comportamento. Tais jovens eram muitas vezes internados sem sequer um exame psiquiátrico que configurasse a necessidade de internação. Nessa época, as enfermarias infanto-juvenis passaram a ter 300 leitos (LAMBERT e BORSOI, p. 91, 2007).

Essa superlotação que o Hospital atinge e o caso dessas crianças que passam a vida transferidas de instituição em instituição, evidenciam como as relações entre diferentes saberes, psiquiatria/saúde-justiça-educação-assistência era de poucos limites e produzia tão somente quebra dos vínculos familiares e sociais, por meio da longa institucionalização.

Apesar disso, ao contrário do que vinha acontecendo na atenção psiquiátrica prestada aos adultos no Brasil, onde a Reforma fez-se a partir de uma reorganização da assistência e contou com a intensa participação dos usuários e familiares, o que vemos na área da infância e adolescência, é a consolidação de um campo novo, a afirmação de um novo objeto de investimento da saúde mental, como dito acima, a criança-louca, mas também a criança como portadora de direitos quando em “1990 entra em vigência o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, que trouxe avanços de fundamental importância na legislação voltada para crianças e adolescentes, destacando-se no cenário internacional por sua modernidade.” (BENTES, p. 3, 1999).

A ideia da criança como portadora de direitos tal como expressa no ECA, e que coaduna-se com o exposto na Declaração Internacional dos Direitos da Criança, da qual o Brasil é signatário, é uma das bases ideológicas e das forças sociais em jogo que permite a criação de uma política de assistência em saúde mental fundada na ideia da inclusão social. O Estado passa a ter como uma de suas prioridades zelar pelo bem estar e a validade dos direitos das crianças e dos adolescentes, inclusive assumindo seu cuidado quando entende-se que os pais não podem fazê-lo, porém aqui a perspectiva é diversa da anterior: não retira-se o pátrio poder devido a um risco de desvio e sim, ao menos em tese, de uma proteção aos seus direitos.

No campo jurídico: introduz a obrigatoriedade do respeito a todos os princípios jurídicos básicos, ausentes na legislação menorista, rompendo com o caráter discricionário das ações. No campo das políticas governamentais: inscreve a criança e adolescente como sujeito de direitos, com liberdade de expressar livremente suas opiniões (art. 12 e 13), e *obriga as autoridades governamentais a repensar o conceito de políticas públicas* (MENDES, 1998, p. 32), pela necessidade de dar institucionalidade à participação, reconhecendo valor nas palavras da criança e do adolescente (COUTO, p. 25-26, 2012, grifo meu).

Entretanto, um paradoxo coloca-se, já que o outro lado deste entendimento é a ideia de que criança e adolescente necessitam da proteção – mesmo que com o cuidado de que esta não seja um imperativo e sim pensada a cada vez. Há na premissa ocidental contemporânea de que a criança é um ser ainda em formação e que não responde legalmente por si, consequências importantíssimas na maneira como a questão dos embates democráticos acontecem. Assim, um dos efeitos que mais salta aos olhos em comparação com o campo dos adultos tem relação com a ausência dos maiores interessados da cena de discussão e proposições sobre como seria o tratamento, o que pretendia-se nesta área ou levantando os problemas que sofriam com o antigo tratamento. Aqui a questão não tem relação com a loucura e sim com o próprio ser criança.

Os pais, familiares ou responsáveis ainda são, em geral, os eleitos para falar em seu nome, contudo, no que tange à saúde mental esse ‘tratamento’ anterior que ocorria em aliança com a educação, produziu o afastamento da família de uma tal forma que são raríssimos os relatos de sua participação. Em toda a literatura consultada para realização deste trabalho, somente no artigo de Lambert e Borsoi (2007) há rápida menção a uma Associação de Pais e Amigos da Unidade Hospitalar Vicente Rezende, criada na década de 1980, que parece ser tomada como um dos reflexos da Reforma Psiquiátrica e que permite, junto à criação de novos dispositivos de cuidado, a diminuição para 120 leitos deste grande manicômio que nesta época já passava a atender a todo o estado. Na década seguinte consegue-se diminuir-se ainda mais este número.

2.3. A presença da psicanálise nos serviços pioneiros após implantação do SUS e do ECA

Durante a década de 1990 começam a surgir, ainda pontualmente, serviços que dedicam-se ao tratamento de crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico. Entretanto, essas iniciativas no campo público ainda eram esparsas e sem uma direção única de trabalho, com cada serviço operando de acordo com suas próprias balizas¹⁵. Destaca-se a criação de dois serviços pioneiros cuja lógica territorial que vinha sendo proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira (em efervescência no campo dos adultos deste momento) estava posta desde o início de seu funcionamento, são eles:

- 1) O Centro de Referência em saúde mental infanto-juvenil de Betim – Cersami (hoje um Capsi) [que foi fundado em 1994 e] se

¹⁵ No Rio de Janeiro, destacam-se NAICAP, PAICAP, COIJ. No entanto, todos esses três serviços funcionaram nos espaços físicos dos três grandes institutos da cidade.

estruturou a partir de algumas premissas básicas: atender as crianças e adolescentes do município dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA e do movimento da luta anti-manicomial, bem como, abordar o sujeito a partir de sua singularidade (BONTEMPO, p. 01, 2007); e

2) O CAPSi Pequeno Hans¹⁶, que de acordo com alguns de seus fundadores,

Quatro anos antes da publicação da Portaria 336, que fornece instruções técnicas para o funcionamento do Capsi i, este serviço iniciou suas atividades, com a proposta de adotar plenamente a concepção dos Caps, cuja missão é de criar uma nova forma de cuidar dos doentes mentais e terá a função de ordenar a demanda de saúde mental no seu território de abrangência. De modo paralelo e simultâneo, o Caps i Pequeno Hans nasceu com a firme decisão de adotar plenamente as diretrizes teórico-clínicas e ético-metodológicas da psicanálise. Esta dupla e igualmente decidida adesão – às diretrizes políticas apontadas pelo campo público e as diretrizes psicanalíticas na definição do dispositivo clínico marcam a fundação e portanto a história desse serviço, que é o primeiro Caps i propriamente dito do Brasil (ELIA *et al.*, p. 225, 2010, grifo meu)

Esta última citação revela a presença de um novo saber que passa a destacar-se neste campo, a psicanálise, que aparece como referência teórica forte e ajuda a compor o que passa a ser chamado de clínica da atenção psicossocial. Destaca-se que nesta área sim a fala da criança não é amenizada, tendo o peso que teria a de um adulto, quando esta fala de seu sofrimento e das possibilidades que inventa para conseguir estar no mundo mesmo com todo seu sofrimento. Talvez seja possível afirmar que aqui sim houve uma radicalização do que propõe o ECA em seus artigos 12 e 13, acima citados, sobre os direitos de expressar-se da criança e do adolescente.

Contudo, apesar destas experiências e de novos saberes que colocavam-se no jogo, ainda são perceptíveis os efeitos da judicialização e do assistencialismo que marcaram o campo por tanto tempo, conforme mostra Bentes (1999), ainda a respeito da Unidade Hospitalar Vicente Rezende, no Engenho de Dentro:

Em 1995, o fechamento do hospital da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência – FCBIA – em Quintino [município do Rio de Janeiro], determina um aumento de encaminhamentos feitos pelos Juizados da Infância e Juventude, de crianças e adolescentes abandonados e/ou infratores, que passam a integrar uma parcela expressiva dos pacientes internados na unidade (BENTES, p. 50, 1999).

Outro ponto é que apesar da mudança radical de paradigma proposta pelo ECA, que é reconhecido mundialmente como dos mais avançados e pioneiros marcos legais que existem em termos de universalização da cidadania, inclusa aí a da criança, até onde

¹⁶ Serviço situado na zona oeste do município do Rio de Janeiro.

ainda na atualidade a ideia de proteção integral não se confunde com a de tutela? Ainda hoje não teria algo da lógica anterior em funcionamento uma vez que é perceptível a ausência de sua fala na proposição de políticas públicas, sendo ainda muito capitaneada por responsáveis ou toda a sorte de técnicos-especialistas?

Parece que, antes da promulgação do ECA, a questão da não-cidadania plena da criança, ou de sua tutela, como preferir-se chamar, atrelada aos efeitos de perda de laços sociais de quem possui plena cidadania e que pudesse auxiliar nas mudanças, foram fatores importantes que ‘atrasaram’¹⁷ as discussões no campo da saúde mental de crianças e adolescentes em relação ao que aconteceu com os adultos. Talvez, venha daí um certo protagonismo dos profissionais em relação a política que cria-se no início do século ??? e que será vista em detalhes.

Por outro lado, é inegável e notória a proliferação de instâncias de participação pós-CF88 e pós-ECA que ocupam-se da defesa dos direitos dessa população, como os Conselhos Tutelares¹⁸, os Conselhos locais de Direito da Criança e do Adolescente e, a instância máxima, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente.

Com tudo o que foi afirmado até aqui, pode-se concluir que se esse campo tem um diferencial que não tem o de adulto, este é a convocação à intersectorialidade. Entende-se nesta dissertação que esse diferencial tem relação direta com a forma como esse campo formou-se, ou seja, tendo diferentes saberes, que em alguns momentos chegam mesmo a confundir-se e em outros entram em disputa, suporte para uma série de ações do Estado sobre a infância que sistematizam-se mais à frente e que vão

¹⁷ Atrasaram aqui é posto entre parênteses por entender-se, de acordo com o que propõe Foucault, que o surgimento de uma figura histórica – neste caso a criança-louca e de instituições que pudessem tratá-la – tem relação com as forças em jogo num determinado período e ao saber que produz-se também num momento específico, permitindo ou não seu surgimento, sua emergência histórica. Ou seja, não entende-se a história de maneira linear e progressiva. Busca-se a gênese dos acontecimentos através das pequenas rupturas, descontinuidades que ocorrem e não a substituição total de uma figura por outra, o que implica operar-se com a ideia de defasagem, em que mudanças no plano do saber não produzem mudanças imediatas e totais no plano das práticas e vice-versa.

¹⁸ A partir da prática como profissional de saúde da rede de atenção psicossocial, é possível afirmar que a atuação de alguns Conselhos Tutelares e, especialmente de alguns conselheiros, ainda é marcada pela lógica anterior (efeitos do nome que carrega esse dispositivo?), com algumas ações que não levam em consideração a fala das crianças e adolescentes e fazem leitura bastante imediata das situações. Espanta-me especialmente a facilidade com que crianças podem ser retiradas dos convívios com os pais e o quanto o retorno, por outro lado, é demorado e não-garantido.

definindo um objeto – a criança passível de enlouquecimento e que, portanto, pode ser alvo de uma política pública de saúde mental.

3. Notas sobre a democracia e as políticas de saúde no Brasil

3.1. O processo de redemocratização e os movimentos reformistas da saúde

Segundo BOBBIO (2011 [1984]), a democracia tem sido pensada desde a idade clássica, tendo havido diferentes maneiras de abordá-la, sempre em referência a outros sistemas de governo. Na busca de uma noção que fosse ao mesmo tempo sintética e operativa, o autor chega ao que chama de uma

definição mínima de democracia, segundo a qual por regime democrático entende-se primariamente um conjunto de regras e procedimentos para a formação de decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a participação mais ampla possível dos interessados (BOBBIO, 2011[1984], p. 22, grifo meu).

Ainda de acordo com o referido autor, a discussão sobre a expansão da democracia, uma vez que se atingiu o sufrágio universal, não pode mais restringir-se à ‘quem vota’ e sim precisa considerar se houve a ampliação dos espaços decisórios nos quais os cidadãos participam. Neste sentido, podemos afirmar que a sociedade brasileira vem sofrendo gradativo processo de expansão democrática com a criação, pós-Constituição de 1988, de instâncias de participação pública como Conselhos de Saúde, Conselhos Tutelares e Orçamentos Participativos, entre outras experiências. Esse processo é fruto de uma reivindicação crescente da sociedade brasileira após um longo período de repressão política nos anos da ditadura militar.

Conforme demonstrado por Escorel (2008), o longo período de ditadura iniciado com o golpe militar de 31 março de 1964, teve como característica a existência de uma fase de intensa supressão dos direitos civis e políticos, exercida através de, entre outros: suspensão de eleições diretas para a maioria dos cargos do Executivo (presidente, governadores e prefeitos das capitais e cidades consideradas de Segurança Nacional); estabelecimento do bipartidarismo (MDB e Arena); e interferências no Judiciário e no Legislativo, com o Congresso Nacional chegando a ficar fechado por quase um ano quando da promulgação do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que ao lado da Lei de Segurança Nacional, promulgada menos de um ano depois do AI-5 (em setembro de 1969), institucionalizam o período conhecido como ‘anos de chumbo’ da ditadura militar, em que chegaram a vigorar o exílio e a pena de morte.

A intensa repressão política esteve associada ao chamado ‘milagre econômico’, uma fase de grande crescimento da economia, cujos resultados eram usados para mascarar a falta de liberdade. A teoria formulada naquele momento de ‘esperar o bolo crescer para depois dividir’ apresentaria seus resultados no aumento da desigualdade social (ESCOREL, 2009 [2008], p. 387).

Na segunda década do regime militar, impactos negativos da política econômica de endividamento externo começam a se fazer sentir e ganham força uma série de movimentos civis que cobram mudanças sociais efetivas em prol da diminuição da desigualdade e da repressão política, uma vez que

O saldo de dez anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde (ESCOREL, 2009 [2008], p. 388-389).

Neste contexto, o general e então presidente Ernesto Geisel começa a promover o que ficou conhecido pela redemocratização ‘lenta, gradual e segura’.

Neste período diferentes movimentos pela redemocratização institucional do país ganham força, havendo um esforço da sociedade em fazer frente ao autoritarismo de Estado. Assim é que movimentos em distintos campos têm lugar, por exemplo: na cultura surgem o Cinema Novo e a Tropicália; há também a organização de ações em sindicatos de trabalhadores; das Comunidade Eclesiais de Base; e até mesmo de ações que incluem a luta armada. Na área da saúde, como primeiras experiências participativas que ocorreram e que tiveram profunda ligação com a luta pela redemocratização do Brasil, podemos citar o movimento da Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Sobre estes dois últimos, pode-se afirmar que ambos têm trajetórias e bandeiras bastante parecidas, de inspiração italiana, ao defenderem que a saúde é mais que ausência de doença, entendendo como parte do seu processo de produção a construção da autonomia. O questionamento ao hospitalocentrismo e ao saber médico centrado possui ligação direta com a organização social de então, que constituía-se de modo autoritário e pouco participativo. Indagava-se o centripetismo não só de um certo modo de fazer, mas sim o que constituía as relações sociais naquele momento. Assim, de acordo com Costa (2009), é possível afirmar que

a relação da saúde com a democracia está nas raízes do movimento da Reforma Sanitária, como pode ser constatado no título do documento considerado como base desse processo, lançado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) em 1979: ‘A questão democrática na área da saúde no Brasil’, ou simplesmente, ‘A questão democrática da saúde’, como também é conhecido (COSTA, p. 09, 2009).

Desta forma, sobre os dois mais importantes movimentos sociais da área da saúde, pode-se afirmar que tanto um quanto outro têm origens na recusa a um cuidado baseado no indivíduo, desligado das demais questões sociais, políticas e econômicas. Ou seja, possuem a mesma base ideológica, sendo que o primeiro cria as condições para

o segundo, que por sua vez radicaliza o questionamento social ao afirmar a possibilidade de cidadania mesmo para aqueles tidos como sem razão e, de maneira semelhante ao que houve na Europa pós-Segunda Guerra Mundial, demonstrar as condições sub-humanas e semelhantes às encontradas nos campos de concentração em que encontravam-se os internos em hospitais psiquiátricos. Além disto, tais denúncias demonstraram como os manicômios, por sua pouca visibilidade, prestaram-se perfeitamente como abrigo para perseguidos políticos da época e também como forma de transferência de recursos públicos para a iniciativa privada.

No início dos anos 40 havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Depois do golpe militar de 64, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em ‘enfermarias’. A ‘indústria da loucura’, como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, estado do Rio, que até 2002 tinha quase 2 mil leitos totalmente financiados com recursos do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 2006, grifo meu).

Elencando os principais atores deste momento de início de organização política do setor saúde e que serviram como alicerces ao movimento da Reforma Sanitária, Paulo Amarante (2004) destaca a criação do CEBES e a organização do Movimento de Renovação Médica (REME) como os propulsores de um pensamento crítico – exercido através da revista independente ‘Saúde em Debate’, criada pelo CEBES – que começou a estabelecer as propostas de mudança e a coordenar os caminhos de enfrentamento político. Esse movimento iniciou-se através dos médicos, porém rapidamente contou com a adesão também de outros profissionais do setor saúde,

formando um núcleo que seria conhecido posteriormente como Plenária da Saúde, que teve papel fundamental na organização política (...) e assumiu um importantíssimo papel na reformulação do setor saúde brasileiro, com expressiva mobilização para a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a formulação e aprovação do SUS na Constituição de 1988 (AMARANTE, 2004, p. 20).

Ainda de acordo com Amarante (2004), é a partir desse campo de lutas que se organiza na área da saúde e que começa a agregar as insatisfações do setor bem como a construir propostas alternativas ao modelo vigente que, novamente capitaneados por

médicos, só que agora psiquiatras, tem lugar uma série de denúncias que ficaram conhecidas como a ‘crise da DINSAM’ e

tornaram públicas as condições de violência as quais eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no ano de 1978. Com a demissão sumária dos denunciante teve início a primeira greve do setor público no país desde o início da ditadura militar, e que foi anterior, inclusive à histórica greve dos metalúrgicos do ABC de São Paulo (AMARANTE, 2004, p. 20).

De maneira similar ao que aconteceu no primeiro movimento, rapidamente as reivindicações e denúncias deixaram de pertencer somente a uma categoria, tendo adesão de diversas outras e caracterizando o que ficou conhecido como Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Uma série de acontecimentos influenciou no apoio de outros atores, como os próprios usuários e seus familiares, bem como de instituições acadêmicas, contudo alguns eventos se destacam como possibilidade de organização de um pensamento crítico nesta área.

O primeiro é o contato com pensadores importantes no cenário mundial ocorrida por ocasião do I Simpósio Brasileiro de Grupos e Instituições, onde foi lançado o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e contou com palestras de Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman. Bem como, em retorno ao Brasil, a visita que Basaglia faz ao hospício de Barbacena – quando o comparou a um campo de concentração.

Esses encontros aproximaram sobremaneira os integrantes do MTSM do pensamento italiano, com destaque para o fato de que neste país vivia-se momento de grandes possibilidades de mudança e muito otimismo com a aprovação da Lei 180 (DELGADO, 1991), que redirecionava a assistência psiquiátrica para serviços extra-hospitalares e estabelecia o fim dos hospitais psiquiátricos. A Psiquiatria Democrática, nome que recebeu a experiência ocorrida na Itália, torna-se a grande inspiração brasileira, embora o nosso movimento de Reforma Psiquiátrica seja conhecido internacionalmente pela interessante apropriação que faz de diferentes movimentos para criar suas características¹⁹.

Outro acontecimento marcante foi a organização do I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em cuja pauta esteve a discussão maior sobre a

¹⁹ No livro “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” (AMARANTE, 2007) há uma cuidadosa explicação sobre as correntes que tiveram influência no processo brasileiro, bem como são destacados o que foi apreendido de cada uma delas para a conformação de nossa proposta.

situação de ditadura do Brasil e que tem como mérito ter organizado nacionalmente os trabalhadores, tendo sido

aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (MTSM, 1979, *op. cit.* AMARANTE, 2009 [1995], p. 55).

Já o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados tem importância particular por ter sido neste evento em que foi lançado o famoso e já citado documento do CEBES, com as bases do SUS, ao lado de um outro, também fundamental, chamado ‘Assistência psiquiátrica no Brasil: setores público e privado’. A participação neste evento na Câmara aumentou enormemente área de ação do movimento, que sai do

campo exclusivo da comunidade técnica (...). A loucura deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a ‘questão psiquiátrica’ tornara-se uma questão política (AMARANTE, 2004, p. 22).

Com a crise econômica que o país passa a enfrentar no final da década de 1970, há uma intensa diminuição dos investimentos sociais que, aliada à política vigente de contratação de serviços privados, detona a ‘crise previdenciária’. “A estrutural contradição financeira da previdência social foi se agravando, atenuada em certos momentos por medidas paliativas, até que, com a recessão econômica, nesse ano [1981], estourou a crise evidenciada no grande déficit financeiro” (ESCOREL, 2009 [2008], p. 420).

De acordo com certa leitura deste período histórico, para ambos os movimentos, Sanitário e da Reforma Psiquiátrica, este é um momento de certa perda de vigor nos embates e, por outro lado, de avanço no sentido de ganho de espaço público de poder, uma vez que diferentes participantes dos movimentos assumem cargos de gestão. Há um duplo movimento de luta por ganho de espaço público e tentativa de cooptação do pensamento crítico. Para a saúde mental, um acontecimento de destaque

é a denominada ‘co-gestão’, implantada entre os ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais da [Divisão Nacional de Saúde Mental] DINSAM. Quase ao mesmo tempo surgem iniciativas de gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos de saúde mental em muitas partes do País, conduzidas com a participação de militantes do MTSM (AMARANTE, 2009 [1995], p. 91).

Em que pesem as dificuldades em relação à perda de capacidade de embate temporária dos movimentos, certamente a participação de militantes em cargos estratégicos influenciou em muito que a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) fosse convocada com o objetivo de estabelecer coletivamente as bases para a saúde pública brasileira, com a participação de usuários e não mais somente entre técnicos, bem como possibilitou um amplo processo de discussões locais em espécies de pré-conferências municipais e estaduais.

Estabeleceu-se assim, uma nova forma de fazer conferências, com a participação popular e a partir de discussões locais, além de uma proposta de saúde pública ampla e universal, cujo lema “democracia é saúde” é rapidamente adotado pela população e tem peso absoluto para que se conseguisse, mais tarde, durante a Constituinte, que o Sistema Único de Saúde fosse aprovado apesar da franca expansão mundial do neoliberalismo econômico.

Sob influência da “Oitava”, como ficou conhecida a 8ª CNS, realizou-se em 1987, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM)²⁰. À maneira agora estabelecida pela conferência anterior, as conferências municipais e estaduais realizadas foram de fundamental importância para realizar um aquecimento das discussões e ganhar força política nacionalmente para pressionar a DINSAM a realizar a ICNSM. Em muitos estados apesar das dificuldades colocadas pela direção nacional, as conferências estaduais puderam ocorrer de maneira potente devido ao lugar estratégico que militantes do MSTM ocupavam nas gestões. A divisão inicialmente aliou-se à corrente retrógrada da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), tentando que a conferência ocorresse de maneira técnica e com a presença especialmente de psiquiatras; não conseguindo, opera manobras políticas tal como nomear uma comissão organizadora que definiu previamente à conferência as comissões de redação e encaminhamento dos desdobramentos; e não abrir espaços de grupos de discussão durante a conferência. Todas estas propostas conseguiu-se derrubar, a grande perda,

²⁰ Foram realizadas ainda outras três Conferência Nacionais de Saúde Mental, em 1992, 2001, e 2010, todas em Brasília. A última teve acrescentada ao seu nome original o adjetivo Intersectorial (com a convocação de diferentes setores ao debate) e só ocorreu após intensa pressão realizada por diversas entidades articuladas pela Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), que culminou na Marcha dos Usuários à Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, ocorrida em 30 de setembro de 2009, que contou com a presença de mais de 2300 pessoas de 23 estados brasileiros e forçou o Ministério da Saúde a ouvir as reivindicações do movimento, entre eles, o pedido de realização de outra edição da Conferência Nacional. (<http://marchadosusuarios.blogspot.com.br/>).

contudo, foi em relação à ausência de participação, com direito a voz e voto, de usuários e familiares.

No final deste mesmo ano, 1987, realiza-se o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este é considerado como o grande momento de virada que o movimento da Reforma Psiquiátrica faz em sua própria atuação, uma vez que amplia o escopo de sua atuação para além da psiquiatria, montando-se “uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico (...), movendo-se em direção às pessoas, às comunidades” (AMARANTE, 2009 [1995], p. 95). Surge aqui o lema ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’, assim como é estabelecido o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que passa a ser comemorado no dia 18 de maio com diversos eventos que incluem a presença de manifestações artísticas e debates nas ruas do Brasil.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica torna-se movimento social quando, em 1987, abandona a agenda corporativa e conclama: ‘Por uma sociedade sem manicômios’, nosso lema desde então. Chamada tão inusitada e corajosa só faz sentido se amparada na premissa de que essa causa não pode ser somente de ‘Trabalhadores de Saúde Mental’ e sim de toda a sociedade, pois revoga a conceitos solidamente enraizados, dentre os quais, o de que o isolamento pode ser terapêutico e aquele que pune a desvantagem da doença com uma sobre-pena, se assim podemos chamar, com a perda dos direitos civis destas pessoas (ALVES, 2004, p. 6, grifo meu).

Ainda em 1987, ocorre uma experiência em implantação de serviço extra-hospitalar na cidade de São Paulo (mas vinculado à Secretaria Estadual de Saúde) que marcou profundamente o campo a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira²¹, ou ‘CAPS Itapeva’, como ficou conhecido devido ao nome da rua em que funciona. “Trata-se do primeiro serviço que procurava constituir-se fora da lógica manicomial. Ensaiaava ações de inserção comunitária e iniciava propostas de atenção intensiva a pacientes com quadros mais graves que, até então eram atendidos predominantemente em hospitais e, muito raramente em ambulatórios” (AMARANTE, 2009 [2008]).

O final da década de 1980 é um período de destacadas experiências para as áreas de políticas públicas em alguns municípios brasileiros que conseguiram eleger integrantes do Partido dos Trabalhadores, então de esquerda. A prefeitura de Santos é um destes exemplo e teve êxito não somente no campo da saúde mental, onde foi realizada a histórica intervenção da Casa de Saúde Anchieta, que culminou no

²¹ Sobre essa rica e pioneira experiência, recomenda-se a leitura do livro de Jairo Goldberg, “Clínica da Psicose – um projeto de saúde pública”.

fechamento deste hospício em 1994, mas também na saúde como um todo²². Outro exemplo é a cidade de Porto Alegre²³, onde é implantado inicialmente o Orçamento Participativo, hoje referência mundial em participação social nas políticas públicas.

Para o movimento da Reforma Psiquiátrica a experiência de alteração da lógica manicomial posta em prática pelo CAPS passa a demonstrar na prática como é possível um cuidado digno e fora do hospício, dando visibilidade e corpo às bandeiras do movimento.

O forte impacto e a repercussão da experiência santista estão na base das condições de possibilidade do aparecimento, em outubro do ano de 1989, do projeto de lei (PL 3.657/89), de autoria do Deputado Paulo Delgado²⁴, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros serviços de saúde mental. Apesar da rápida aprovação na Câmara dos Deputados, um ano depois, o projeto ficou em tramitação por quase doze anos e acabou sendo rejeitado no Senado. Contudo, deu origem ao surgimento de um substitutivo que, apesar de abandonar algumas das propostas mais importantes do projeto – tais como a extinção progressiva dos manicômios –, possibilitou muitas inovações no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2009 [2008], p. 745).

Entretanto, todas estas modificações só são possíveis de acontecer devido à forte mobilização social ocorrida para a aprovação da Constituição Federal de 1988, cuja tônica maior é a ampliação da noção de cidadão, a garantia dos direitos civis e a responsabilização do Estado brasileiro pelas políticas sociais, entre elas a saúde. São estas noções básicas que conformam a possibilidade de institucionalização de instâncias democráticas em diferentes políticas e que visam garantir a participação social como forma de impedir um novo momento político ditatorial.

3.2. A institucionalização de práticas democráticas na saúde pós-88

Assim no ano de 1988, em meio a um amplo e intenso processo de discussão política que marca um novo momento na história das políticas públicas brasileiras, foi

²² Recomenda-se o livro “Contra a Maré à Beira-mar – a experiência do SUS em Santos” (CAMPOS, F. C. B.; e HENRIQUES, C. M. P. - organizadores), sobre esta rica experiência de gestão e transformação da gestão do cuidado ocorrida em Santos.

²³ Ver “A inovação da democracia no Brasil: o orçamento participativo” (AVRITZER, L.; e NAVARRO, Z. - org.).

²⁴ A partir da aprovação e implantação do SUS cria-se uma série de instrumentos que dão arcabouço legislativo para a implantação de um Política de Saúde Mental brasileira, baseada na Reforma Psiquiátrica e cujos principais marcos são retomados à frente.

aprovada a Carta Magna conhecida como Constituição Cidadã²⁵, dada a ampliação do papel do Estado como garantidor dos direitos dos cidadãos – que passam agora a serem definidos como todos e qualquer – e também à ideia mesma de uma participação política mais ativa da sociedade civil, garantida em diferentes artigos do texto constitucional, sendo exemplos:

O artigo 14 da Constituição de 1988 [que] garantiu a iniciativa popular como iniciadora de processos legislativos. O artigo 29 sobre a organização das cidades requereu a participação dos representantes de associações populares no processo de organização das cidades. Outros artigos requereram a participação das associações civis na implementação nas políticas de saúde e assistência social (AVRITZER, 2002, p. 573).

A partir destes artigos e das leis orgânicas que institucionalizam diversas políticas que se sucedem, há uma capilarização sem precedentes dos mecanismos de participação civil em todo o Estado brasileiro, que parece assim ganhar mais porosidade aos cidadãos, como consequência desta nova forma de concepção das políticas públicas. Experiências como a do Orçamento Participativo e a do Sistema Único de Saúde são internacionalmente reconhecidas como exemplos de políticas inclusivas e que conseguiram inovar criando um arcabouço institucional democrático “de formação de opiniões e vontades e de sua publicização, com rebatimentos institucionais a partir da possibilidade de influência de atores sociais no Estado, seja na construção das agendas das políticas públicas seja na sua formulação e controle.” (MENECCUCCI, 2010, p. 184-185).

A implementação de tais dispositivos de participação está de acordo com o que BOBBIO (2011 [1984]) aponta sobre a necessidade cada vez mais forte, dada a complexidade das sociedades contemporâneas, de caminhar-se em direção ao que chama de democracia integral, ou seja, um combinado entre a democracia direta – no qual o cidadão opina ele mesmo sobre as questões coletivas – e a democracia representativa – quando as decisões sobre a vida pública são conferidas a alguns representantes eleitos para esta finalidade. Embora seja acirra a disputa sobre a melhor forma de exercício da democracia, Bobbio (2011 [1984]) afirma que:

democracia representativa e democracia direta não são dois sistemas alternativos (...). Como uma fórmula sintética, pode-se dizer que num sistema de democracia integral as duas formas de democracia são

²⁵ Sobre este assunto, as dificuldades e caminhos tomados durante as articulações políticas para que o SUS fosse a provado, ver “A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo” (BRASIL, 2006), que conta com a avaliação de muitos atores deste processo sobre como ele ocorreu.

ambas necessárias mas não são, consideradas em si mesmas, suficientes (BOBBIO, 2011 [1984], p. 65).

Partilhando-se desta ideia, é possível afirmar que é na direção da expansão de uma democracia integral que a sociedade brasileira, através de movimentos sociais como o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, caminhou ao propor um sistema de saúde universal que tem como uma de suas diretrizes a participação da comunidade, criando um arcabouço institucional que incluísse a população não somente como usuário das políticas de saúde, mas sim como protagonista. A opção brasileira pela combinação entre as formas de democracia também fica visível na afirmação de que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.” (BRASIL, 1988, grifo meu).

Em relação à saúde, pode-se afirmar que

Três instituições caracterizaram a democracia sanitária no Brasil: conferências, conselhos e fundos de saúde. São também integrantes desta ‘democracia sanitária’, as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que são mecanismos de gestão participativa colegiada os conselhos gestores nos serviços de saúde; e as consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e outras instâncias do Ministério (SCOREL e MOREIRA, 2009 [2008], p. 1001).

Destaca-se ainda que o Fórum estudado no presente trabalho é um destes mecanismos de gestão participativa que teve lugar no que os autores chamam de ‘democracia sanitária’. Além disto, tem-se conhecimento de uma série de outros mecanismos de participação criados mais recentemente e que também funcionam como fóruns de discussão, pactuação e deliberação locais e regionais.

Essa noção de uma deliberação partilhada convoca que se procure refletir sobre o que seria um processo deliberativo e o que está em jogo quando tal ideia é mencionada. Nobre (2004) ao apresentar alguns modelos de democracia, cita Bernard Manin como aquele que teria realizado uma primeira e interessante distinção entre os dois sentidos que cabem no termo deliberação, a saber: como “processo de discussão” e como “decisão”. Assim, é possível afirmar que o processo decisório tem como momento primeiro e necessário o processo de participação, ou em seus termos, o “processo de discussão”.

Ainda segundo Nobre (2004), Seyla Benhabib evidencia tal questão ao formular que um processo deliberativo seria composto pelas seguintes características:

- 1) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate; 2) todos têm o direito de questionar os tópicos fixados no diálogo; e 3) todos têm o direito de

introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas (BENHABIB *apud* NOBRE, 2004, p. 34).

Segundo Côrtes (2007), além dos canais legais que regulamentaram o funcionamento dos fóruns e outros mecanismos de participação, a forma como a descentralização foi viabilizada também parece ter tido influência na expansão de tais dispositivos. A União lançou mão de incentivos financeiros que estavam atrelados à criação de mecanismos participativos como, por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde para operacionalizar descentralização – outra diretriz constitucional – e de outra maneira seguiu incentivando a criação destes canais institucionais de participação e, em vários deles, de deliberação sobre as políticas públicas de saúde. Assim,

Em 2005, todos os municípios brasileiros tinham criado seus conselhos municipais de Saúde, gerando um contingente de aproximadamente 70.000 conselheiros, dos quais cerca de 35.000 participam como representantes dos usuários do SUS, o que os torna a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (SCOREL e MOREIRA, 2009 [2008], p. 1001).

Bispo Júnior e Gerschman, contextualizando o surgimento de instâncias de participação como os Conselhos de Saúde, discutem as implicações da democracia clássica ter se misturado à teoria liberal do capitalismo, gerando a democracia liberal/representativa, em que o minimalismo e os procedimentos ganham peso acentuado. Afirmam que

a partir da segunda metade do Século XX, as relações entre Estado e sociedade mudaram profundamente e a dinâmica social impôs novos comportamentos e posturas aos atores individuais e coletivos. Nessa conjuntura, as correlações de força se alteraram e a democracia representativa passou a ser questionada como método capaz de responder às demandas materiais, culturais e por participação da sociedade.

Observa-se, então, a eclosão de várias iniciativas de promoção da participação social. Movimentos e fóruns participativos são criados com o propósito de ampliar a democracia para além do processo eleitoral (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013, p. 8).

Os autores elencam os pontos que consideram críticos na democracia liberal/representativa, com destaque para o fato de que a própria mistura de teoria democrática com a ideologia liberal aponta para uma controvérsia já que tratam de valores por vezes antagônicos, contudo por meio da ideia de igualdade proveniente da **segunda**, foi possível a aproximação e efetivação do voto universal como principal mecanismo de democratização do Estado. A questão decorrente é que a escolha dos representantes através do voto passa a ser o único momento de participação, havendo uma manutenção da separação entre povo e elites. Residiria aí a importância de

mecanismos como Conselhos de Saúde, já que estes ampliariam a capacidade democrática da sociedade para além dos momentos eleitorais.

Parece particularmente interessante para a discussão que vem sendo proposta nesta dissertação, pensar a articulação que os autores deste artigo realizam com relação ao que chamam de “dupla possibilidade de inclusão gerada pelos conselhos: a inserção de novos atores à cena política (...); e a participação dos conselhos no processo decisório das políticas municipais de saúde” (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013, p. 13). Além de muito similar ao que parece acontecer no Fórum que é aqui objeto de estudo, os autores associam esses movimentos, interno e externo, com a dinâmica democrática: o movimento interno de inclusão ligado à participação, e, portanto à ampliação da democracia, e o movimento externo de influência que exerce sobre as políticas, ligado ao processo de deliberação.

Detendo-se na análise do percurso do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como o primeiro fórum participativo da saúde, que teria tido origem na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, um dos artigos lidos faz interessante observação sobre como a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada a partir de uma indicação do próprio CNS acatada pelo Ministério da Saúde, teve como efeito seu esvaziamento. A autora trabalha com o conceito de

comunidade política [que] refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial. (...) a unidade mantém-se enquanto houver consenso político e ideológico em torno de uma determinada visão sobre a explicação para os principais problemas da área em que atua e, principalmente, sobre um conjunto básico e essencial de propostas (CÔRTEZ, 2012, p. 1627-1628).

Segundo seu estudo, a criação da CIT retirou o protagonismo do CNS na arena política da saúde ao propor um espaço que tem por objetivo planejar e gerir o SUS e que é composto somente por gestores das três esferas de governo, ou seja, excluindo a participação social e de representantes dos prestadores de serviço. Isto, aliada à estratégia de ampliação sobre o poder decisório interno do CNS adotada pelos principais atores que permaneceram atuando nele, favoreceu a formação de uma nova comunidade política que se opunha à comunidade do movimento sanitário.

Assim, essa comunidade, articulada em torno do ‘núcleo duro’ de integrantes do CNS, disputava com o movimento sanitário na arena política da área da saúde a condição de herdeira do movimento reformista fundador do SUS.

Os atores sociais que passaram a liderar os trabalhos do CNS optaram por uma estratégia que visava ampliar seu controle sobre o fórum e não fortalecê-lo como espaço decisório na arena política da área. (...)

buscavam acabar com a vaga cativa dos médicos e manter o número de representantes de gestores e de entidades de mercado reduzido, ao mesmo tempo em que pressionavam para retirar do Ministério da Saúde a prerrogativa de presidir o CNS (CÔRTEZ, 2012, p. 1630).

O que desta análise chama atenção são as consequências desta mudança de protagonismo e o fato de que o impedimento da participação de alguns atores não significou que eles deixassem de ter influência no campo. Ao contrário, mudou somente o locus de atuação e a maneira de se articular, por exemplo: “os atores de mercado optaram por exercer influência direta sobre os decisores governamentais e por estratégias de mercado que lhes garantisse posição privilegiada como provedores de serviços no âmbito do SUS e fora dele.” (CÔRTEZ, 2012, p. 1630). Assim, cabe deixar como questão quais são os efeitos da não participação de alguns atores nas instâncias públicas de participação e deliberação, sendo este um ponto de destaque a ser pensado adiante quando da análise do Fórum que é tema aqui.

A literatura que dedica-se a analisar a implantação e funcionamento de tais dispositivos é unânime ao afirmar que embora a simples criação de dispositivos de participação não garanta um funcionamento democrático, para um país com passado tão recente de ditadura, significa amplo avanço das possibilidades, embora, certamente os traços históricos de patrimonialismo e clientelismo ainda se encontrem presentes neste espaços decisórios, a forte tradição associativa no campo da saúde e os canais permanentes de participação são apostas de enfrentamento cotidiano destes.

No campo da saúde mental, pode-se afirmar que são diversos os mecanismos de participação instituídos nas últimas três décadas. Se os exemplos mais visíveis neste processo são as Conferências Nacionais, que agregam diversos atores e permitem que entre outros, usuários, familiares, profissionais e gestores decidam novos rumos e reafirmem princípios para a política, são inúmeras as experiências de fóruns regionais e locais de participação e cotidianos ao dia a dia dos CAPS, especialmente os de adultos, os espaços de assembleias.

4. Considerações metodológicas

4.1. Abordagem e referencial de análise do estudo

Cumprе salientar que é a partir da perspectiva de Mattos (2011) que aqui entende-se o encontro com o aporte teórico-metodológico que servirá de apoio a esta pesquisa. Segundo este autor,

podemos considerar as contribuições teóricas das quais nos apropriamos como ferramentas (...). O fundamental é que sejamos capazes de explicitar nossas escolhas sobre essas contribuições teóricas e sobre os usos que dela fazemos, demonstrando a utilidade das mesmas para nossos propósitos de investigação (MATTOS, p. 33-34, 2011, grifo do autor).

Ainda durante a configuração do projeto de pesquisa, ficou claro como as preocupações que moveram este estudo possuem ligação direta com apreensões sobre os rumos que a política de saúde mental para crianças e adolescentes está tomando com o posicionamento dúbio de diferentes instâncias governamentais, incluindo o Ministério da Saúde e com destaque para o município do Rio de Janeiro, e que desconsideram pactos coletivos. Isto em contraste com a percepção de como as discussões e debates no Fórum pareciam levar em conta o respeito pela posição alheia e a busca de uma posição de consenso, desde que de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, do ECA e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O que retorna é sempre a imagem do Fórum como uma “ágora grega”²⁶. À luz desta imagem e em que pesem as diferenças, preserva-se a possibilidade de exercício da democracia por meio de discussões e tomada de decisões coletivas pelos cidadãos presentes. Assim, no decorrer das orientações de pesquisa, identificou-se no debate sobre democracia e formas de deliberação, associado à discussão sobre desenhos institucionais de instâncias intermediárias de Fung (2004), elementos teóricos-conceituais adequados para a construção do referencial de análise do estudo.

²⁶ Imagem comparativa feita pela primeira gestora do Fórum. As ágoras eram praças públicas onde ocorriam reuniões dos cidadãos para discutir os assuntos de relevância da pólis, entre eles os ligados à política e à justiça. As assembleias ocorriam através do voto direto tendo cada grego igual direito a voz e a voto. A ágora grega de maior projeção democrática foi a ateniense. Um ponto de destaque é o fato de que apesar de todo o cidadão grego poder participar, nem todo o morador da Grécia era considerado cidadão, sendo um exemplo disto os escravos. Dessa forma, conclui-se que mesmo na democracia que serve de base às outras e que até hoje é tida como referência houveram limites para sua ampliação.

Cabe destacar que o Fórum parece muito ligado à democracia deliberativa, podendo ser lido como um legítimo mecanismo de seu exercício, já que em um processo deliberativo:

- 1) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate;
- 2) todos têm o direito de questionar os tópicos fixados no diálogo;
- 3) todos têm o direito de introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas (BENHABIB *apud* NOBRE, p.34, 2004).

Por outro lado, em um artigo em que cita o Fórum, Couto afirma:

Surpreende nesta experiência [Fórum] o alcance que vem adquirindo, principalmente no que diz respeito à sua legitimidade enquanto fórum público de discussões e deliberações. Este espaço tem trazido à luz as distorções existentes, rediscutido responsabilidades, pactuado ações intersetoriais e intermunicipais e incentivado a construção de parcerias capazes de responder publicamente pelo cuidado ético de crianças e adolescentes (COUTO, p.142, 2001, grifo meu)

Em pleno acordo com Couto (2001), quando fala da experiência do Fórum e observando atentamente as características descritas acima, as discussões sobre democracia e participação permitem fundamentar este estudo, já que:

A concepção de democracia deliberativa está organizada em torno de um ideal de justificação política. De acordo com este ideal, justificar o exercício do poder político coletivo é proceder com base na argumentação pública livre entre iguais. Uma democracia deliberativa institucionaliza este ideal (COHEN, *apud* NOBRE, p.34, 2004, grifo meu).

Preocupado em compreender as formas de organização específicas da sociedade e suas consequências para o funcionamento da democracia, Fung (2004) desenvolve o conceito de minipúblico. Para ele, os minipúblicos são instâncias de participação que reúnem cidadãos e

residem na classe intermediária das instituições democráticas – na vizinhança de agências administrativas e associações secundárias ao invés de constituições ou estruturas básicas. (...) Os minipúblicos (...) resistem à generalização precisamente porque os valores que eles promovem e suas consequências para a governança democrática dependem dos detalhes de sua construção institucional (FUNG, p. 174, 2004, grifo meu).

O funcionamento dos minipúblicos está diretamente ligado ao modo como estes constituem-se, como inicialmente é traçado seu desenho institucional, havendo consequências funcionais decorrentes daí, entre elas, para a deliberação que, segundo ele “é um processo de discussão pública no qual os participantes oferecem propostas e justificações para sustentar as decisões coletivas. Estas propostas são embasadas por justificações que apelem aos outros participantes e por razões que os outros possam aceitar” (FUNG, p. 179, 2004).

De acordo com o autor, os minipúblicos podem ser úteis no aperfeiçoamento da esfera pública por contribuir para a participação cívica e deliberação pública em um nível intermediário que se não é capaz de alterar a macroestrutura operando grandes deslocamentos na vida política e social – o que se sabe depender de recursos que só estão reunidos eventualmente – podem aprimorar a qualidade da democracia e das deliberações coletivas.

O reconhecimento da importância estrutural do desenho institucional faz com que o autor elenque uma série de elementos para caracterizar e mensurar a capacidade de atuação dos minipúblicos. De acordo com ele, o conjunto de características presentes em um minipúblico poderá auxiliar em maior ou menor grau “o projeto democrático de revigoração de toda a esfera pública não apenas modelando o ideal, mas também aprimorando a qualidade da participação e da deliberação em uma área significativa da vida pública.” (FUNG, p. 175, 2004).

A ideia do minipúblico como algo que pode revigorar e aprimorar a um só tempo as formas de participação política e a responsividade do Estado, parece apropriada à maneira pela qual o Fórum é entendido e tomado como objeto neste estudo, pois permite apreender suas repercussões sobre a política de modo amplo, incluindo as percepções e atuação daqueles que participam dessa organização, no ambiente e cotidiano dos serviços. Assim, com algumas adaptações²⁷, para apreender as características gerais deste Fórum e seus desdobramentos sobre a política, serão utilizadas nesta pesquisa as categorias elaboradas por Fung (2004) no estudo do desenho institucional de minipúblicos.

Para análise do desenho institucional e funcionamento do Fórum informações foi utilizado o quadro de referência apresentado abaixo e que foi montado a partir de uma adaptação das categorias apresentadas por Archon Fung em seu trabalho “Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências” (2004). Esse quadro (Quadro 1) contém um resumo adaptado sobre as escolhas do desenho institucional, seu modo de deliberação e capacidade deliberativa. Para Fung (2010), a partir desta primeira classificação é possível dimensionar as consequências funcionais do desenho dos minipúblicos, tendo algumas escolhas mais importância que as outras para cada característica.

²⁷Cabe destaque o fato do estudo de Rafael Cardoso Sampaio, de 2012, também ter utilizado com algumas adaptações as categorias de Fung (2004), para criar uma metodologia de avaliação do desenho institucional de fóruns de participação pela internet.

Quadro 1 – Referencial de análise para caracterização do desenho institucional e funcionamento do Fórum

Características do Desenho	Elementos de Análise	Consequência Funcional
Modo de deliberação	Finalidade/Caráter do Fórum (fórum educativo; conselho consultivo; cooperação para a resolução de participativa de problemas)	Qualidade da deliberação; Informação aos representantes; Informação aos participantes; Justiça das políticas; Efetividade da ação política; Mobilização
Seleção e recrutamento dos participantes	Número e perfil dos participantes; Formas de escolha dos participantes; Estratégias de divulgação e recrutamento; Presença de incentivos formais à participação (liberação do horário de trabalho; viabilização de transporte; viabilização de alimentação)	Engajamento político; Viés da participação; Justiça das políticas
Tema de escopo da deliberação	Caráter dos assuntos em pauta (político/técnico; geral/específico) Preferências e valores relacionados à política; Prestação de contas/Retorno dos representantes; Avaliação da política pelos participantes/Retorno aos representantes	Engajamento político; Viés da participação; Qualidade da deliberação; Informação aos representantes; Informação aos participantes; <i>Accountability</i> oficial; Justiça das políticas; Efetividade da ação política; Mobilização
Recorrência e Iteração	Número e frequência de reuniões realizadas (ordinárias e extraordinárias); Rodadas de negociação entre os participantes	Engajamento político; Qualidade da deliberação; Informação aos representantes; Habilidades democráticas e socialização; Efetividade da ação política
Capacidade Deliberativa	Engajamento/Implicação dos participantes; Repercussões sobre os participantes (transformações das percepções; valores e práticas); Influências sobre a política	Engajamento político; Viés da participação; Informação aos participantes; Qualidade da deliberação; Habilidades democráticas e socialização; Mobilização

Destaca-se ainda que outro referencial que serve como base para o estudo em questão é coincidente com o apresentado por Souza (2007), quando esta afirma que:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável independente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007, p. 69).

Acrescenta-se aqui que a formulação e implantação de políticas públicas efetivas não parte somente das possibilidades que possuem os atores governamentais, mas considera também que outros atores, como os profissionais a ela ligados, cotidianamente colocam em execução através de suas práticas, interferindo sobremaneira nos rumos que a mesma vai sofrendo ao longo do tempo.

A partir deste entendimento, olha-se para o objeto Fórum como instância deliberativa de nível intermediário que contribui para a articulação da política pública de saúde mental de crianças e adolescentes, tanto em relação às deliberações e ações institucionais que produz, quanto sofre os efeitos da participação de diferentes atores presentes e atuantes no campo produzem.

Novamente reproduz-se aqui as palavras da autora, tendo em vista a clareza e concordância com sua maneira de interpretar a atuação do Estado, a partir de outros autores que consultou:

Não se defende aqui que o Estado (...) reflete tão-somente as pressões dos grupos de interesses (...). Tampouco que o Estado opta sempre por políticas definidas exclusivamente por aqueles que estão no poder (...), nem que servem aos interesses de determinadas classes sociais (...). No processo de definição de políticas públicas, sociedades e Estados complexos como os constituídos no mundo moderno estão mais próximos da perspectiva teórica daqueles que defendem que existe uma ‘autonomia relativa do Estado’, o que faz com que este tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas (EVANS, RUESCHMEYER & SKOCPOL, *apud* SOUZA, 2006, p. 7).

4.2. Estratégias e limites da pesquisa

Algumas estratégias de pesquisa foram utilizadas para atingir os objetivos e buscar respostas para as questões que movem este estudo. A primeira delas foi uma **revisão bibliográfica**, que não pretendeu-se exaustiva e que buscou localizar alguns conceitos-chave que pudessem servir de balizas teóricas e articular alguns antecedentes

históricos que contextualizassem o tema em debate, tendo sido apresentadas nos capítulos precedentes.

Nela foi possível perceber a enorme carência de estudos tanto em relação ao modo como a política de saúde mental ocorreu no Rio de Janeiro, quanto em relação ao papel que a institucionalidade de novas instâncias democráticas tem tido para a produção da política pública brasileira e para o avanço da democracia. A revisão bibliográfica buscou contextualizar o surgimento do Fórum tomando por base estes dois vieses.

Outra estratégia foi a **análise dos documentos institucionais** que o Fórum produziu no período estudado (2000 a 2006), fossem eles públicos de acesso livre ou restrito. Esta análise foi realizada com base nas recomendações feitas por Cella (2008). O autor considera que uma etapa preliminar da análise de um documento ou fonte, deve levar em consideração cinco dimensões, a saber: o contexto; o autor ou os autores; a autenticidade e a confiabilidade do texto; a natureza do texto; e os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Assim, foi realizada uma extensiva análise das Atas de cada reunião do Fórum, buscando identificar temas prioritários, pontos de conflito e de consenso entre os diferentes atores e ações que tenham sido pactuadas coletivamente. Para o enriquecimento da análise, também foram considerados os documentos externos ao Fórum, mas que versam sobre seu tema – como, por exemplo, o texto que consolida a política e também resoluções e projetos de lei.

Durante os anos de 1999, 2000 e até julho de 2001, ou seja, nas reuniões que precedem o Fórum, todo o seu primeiro ano e metade do segundo, não parece haver preocupação com a escrita de atas, sendo as Resoluções o documento que concentra as pactuações feitas. Assim, embora sejam conhecidos os temas que mais chamaram atenção e os acordos realizados, não foi possível saber quais foram os embates presentes nesse momento ou como ocorreu o processo político.

Em relação ao modo como as atas foram escritas, levando-se em consideração o momento em que isso começa a ocorrer em diante, a maior parte delas é escrita com clareza de detalhes do modo como as discussões ocorriam e as pactuações eram feitas, incluindo os conflitos e a identificação dos que tomam a palavra, chegando a haver atas com 16 páginas. Contudo, há as exceções com algumas sendo muito breves – a menor possui 02 páginas –, contendo somente os temas descritos e/ou a letra oferecendo bastante dificuldade em relação ao entendimento.

Outro ponto que chama atenção é que em uma quantidade considerável, existem frases que são iniciadas e não acabadas, o que ocorre mesmo nas atas em que é possível notar preocupação com a escrita. Considera-se aqui que os relatores ou não conseguiram acompanhar na escrita a velocidade com que a discussão ocorria ou foram tomados pela discussão, uma vez que entende-se que todos que ali estavam, mesmo sem tomar a palavra, participavam do que estava ocorrendo. De um modo geral, pode-se afirmar que há clareza quanto aos pontos levantados, chegando a ser possível perceber se o “clima” durante os debates era mais amistoso ou tenso.

Por último foram realizadas **entrevistas semiestruturadas** com atores que participaram do Fórum e tiveram uma atuação relevante na condução dessa política no período da pesquisa. As entrevistas tiveram como foco a compreensão sobre o funcionamento do Fórum e seu processo deliberativo, bem como captar a percepção dos entrevistados sobre o papel desta instância na produção da política pública e suas possíveis influências sobre as práticas nos serviços de saúde.

Durante o processo de qualificação, definiu-se que as entrevistas seriam realizadas com diferentes atores que tiveram participação de destaque ao longo do processo de funcionamento do Fórum, mesclando a incidência de tais participações, com o cuidado para que pudesse aparecer na pesquisa realizada a visão de diferentes setores. Entretanto, alguns entraves ocorreram, especialmente em relação a dificuldade para contatar alguns atores identificados como importantes e para que outros aceitassem participar da pesquisa – alguns alegando já não estarem mais nos cargos que ocupavam à época do Fórum, outros simplesmente não respondendo a diferentes tentativas de contato ou não comparecendo às entrevistas agendadas e reagendadas.

Sendo assim, o quê configurou-se como possível foi uma amostra de 07 entrevistas que foram realizadas com gestores de diferentes níveis governamentais, sendo todos do setor saúde e cuja maioria esteve presente justamente durante a primeira metade dos anos 2000. Avalio que o cronograma apertado do mestrado, tendo em vista o que a pesquisa pretendia, impediu que houvesse o prolongamento do período destinado à captação de entrevistados e este é um limite da presente pesquisa.

Isto aliado ao fato de que durante o acesso aos livros de ata percebeu-se que aquele referente ao período de 2009 não constava na SES/RJ, impeliu a que o recorte temporal da pesquisa fosse refeito. Contudo, já que parte-se do entendimento de que este dispositivo é um instrumento de gestão de nível intermediário que possibilitou movimentos tanto para dentro dos municípios quanto teve reflexos nacionalmente, é possível afirmar que tal amostra, aliada ao restante do material pesquisado, possibilitou

levantar importantes tensões presentes no campo e indicar algumas das questões que têm dificultado o exercício da política pública na atualidade.

Da mesma forma, cumpre destacar que o levantamento de participantes foi realizado a partir das assinaturas nas Listas de Presenças, havendo a possibilidade de que mais pessoas tenham estado presentes e não assinado a lista, uma vez que foi possível identificar, durante a análise das atas, por exemplo, pessoas que tomavam a palavra e/ou que estavam na mesa e cuja assinatura não constava na listagem referente àquele dia. Para clareza em relação à forma de utilização dos dados pesquisados, foram quantificados somente as presenças registradas com assinatura, embora possivelmente este total esteja subdimensionado.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os princípios legais e éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com o número CAAE 14615813.3.0000.5240. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. O Fórum na política de saúde mental para crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro

5.1. O Fórum no contexto inicial de produção da política

O processo de produção da política de saúde mental do Rio de Janeiro foi marcado pelo fortalecimento institucional da Coordenação de Saúde Mental e seu funcionamento a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Esse processo é caracterizado pela ocupação de cargos estratégicos na gestão estadual da saúde de atores oriundos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica – respectivamente como secretário de saúde e coordenador de saúde mental –, cujos valores e concepções orientaram a busca por soluções coletivas e que funcionassem a partir da ideia da responsabilização pública.

Neste momento inicial fica evidente, de acordo com a fala de uma das gestoras que esteve à frente do Fórum, uma preocupação com a institucionalidade da Coordenação de Saúde Mental. Segundo ela,

“O estado vinha de uma secura total, ou seja, de uma hiperburocratização (...). E aí (...) montou[-se] uma pequena equipe para começar (...) E era para começar mesmo! (...) só para descrever a situação como era antes a Coordenação de Saúde Mental, a gente tinha lá uma estante, 5 arquivos (o famoso ofício recebido, ofício emitido, memorando recebido, memorando emitido e um outro); um telefone que só fazia ligação local, naquela época você não ligava para Niterói porque era interurbano, não ligava para a Baixada, não ligava para os outros municípios, isso em abril de 1999; e uma máquina de datilografia, usada por [dois funcionários] (...). Isso era a coordenação do Estado. Isso era a ação política do Estado do Rio de Janeiro para a Saúde Mental. (...) então, em 1 ano e 4 meses a gente já tinha 91 municípios (...). Você tinha coordenador de saúde mental, outra lógica. A gente tinha feito diagnóstico do estado, acabou montando vários dispositivos coletivos de construção, implantação e avaliação de política de saúde mental, e começou a ação da Eiras de Paracambi, o maior hospício da América Latina.” (E2)

Assim, um dos primeiros dispositivos lançados por esta gestão foi o diagnóstico situacional proposto aos municípios, o que permitiu identificar que as crianças e adolescentes mais graves estavam sem o suporte da saúde, sendo ‘diagnosticadas e tratadas’ por outros setores. Tal resultado foi interpretado como um contra censo constitucional, uma vez que a prerrogativa de tratamento é do setor saúde. Segundo este levantamento, realizado em parceria com o Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental do IPUB/UFRJ (NUPPSAM), havia o seguinte cenário no estado:

“No caso de autismo e psicose, em 47,2% dos municípios, ou seja em 46 cidades do Estado, é a rede filantrópica, basicamente as APAE e Pestalozzi, a responsável pelo tratamento. No caso de portadores de

deficiência mental, 75% dos municípios (em 54 cidades) recorrem a rede filantrópica para o cuidado dos mesmos. Vale ressaltar que na extensa maioria dos municípios, o SUS local não tem estabelecido um convênio formal com estas entidades, impedindo com isto não só a responsabilização do poder público para com a assistência de seus munícipes como também o acompanhamento sistemático do trabalho que é feito em cada instituição, a construção de dados epidemiológicos etc.” (CERQUEIRA *et al.*, p. 03, 2002).

Em relação à rede CAPSi,

“Até abril de 2000, apenas o município do Rio de Janeiro contava com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenis. No final de 2000, o município de Barra Mansa inaugurou um dispositivo Caps para crianças e adolescentes, sendo a primeira cidade do interior a tomar esta iniciativa. Em setembro de 2001 outro CAPS infanto-juvenil foi inaugurado na cidade do Rio.” (COUTO, 2001, p.139).

Além disto, o então denominado Hospital Vicente Rezende²⁸, no Engenho de Dentro, seguia sendo o único responsável pelas internações de todos os jovens do estado do Rio de Janeiro. Segundo Couto, havia “no Estado do Rio, aproximadamente 850 crianças e adolescentes vivendo em abrigos para deficientes, submetidos à lógica da institucionalização” (COUTO, p.65, 2000).

Com os dados deste diagnóstico, lança-se mão do Fórum como um dispositivo operador de política para enfrentar diferentes problemas de maneira coletiva e não burocratizada, que pudesse unir as decisões da gestão à clínica, e trabalhar as questões presentes em diferentes áreas através do debate, sendo um deles o de crianças e adolescentes. Uma gestora estadual à época, ao falar do Fórum, afirma que:

“ele tem essa potência porque de fato não se torna um espaço burocrático, se torna um espaço onde a clínica, a política e a gestão do cuidado se colocam de forma muito interessante porque você de fato ia para ali para resolver impasses e pensando, a partir do caso, como é que você conseguia pensar estratégias mais macro para o desenho do programa no município. Isso é muito interessante, a perspectiva da intersetorialidade. O espaço do Fórum, dos Fóruns, como dispositivo de política não é novo. A questão da inovação é a forma como você o ocupa. (...) Este foi um dispositivo de política que a gente utilizou em todas as áreas: para criança e adolescente, para morador de rua... uns permaneceram, outros suspenderam, o próprio Fórum de Coordenadores, espaço colegiados de gestão da clínica, da política. Eu percebo que isso deu movimento ao estado do Rio de Janeiro.” (E3)

O Fórum de Coordenadores citado acima também é localizado como um dos dispositivos que tiveram influência direta na organização da rede psicossocial pelo estado, tanto para adultos quanto mais especificamente para crianças e adolescentes.

²⁸ Posteriormente, (ata de 28/08/2003) quando há uma troca de espaço físico, esta unidade passa a chamar-se Hospital Dia e Noite Isabela Martins, em homenagem à paciente falecida.

“Quando se traz para cá os coordenadores de saúde mental dos municípios provoca-se neles a necessidade de pensar o projeto de Saúde Mental para as cidades, incluindo CAPSi e pensando assistência pelo eixo da clínica. Isto tem um papel de indução de forma democrática, inteligente, provocando nas pessoas a reflexão, tornando-as participantes dessa mudança política”. (E5)

Em relação especificamente ao Fórum de crianças e adolescentes, houve toda uma movimentação para que ele pudesse existir como norma, mas também para além dela. Segundo uma das gestoras de então uma série de reuniões e convocações preparatórias foram realizadas de modo a viabilizar a criação deste instrumento de gestão, para que tivesse legitimidade institucional e entre as instituições que de alguma maneira estavam envolvidas com a infância. Em suas palavras,

“a gente foi fazendo um ‘esquenta’, tanto interno à secretaria de saúde, para ela poder aprovar, isso tinha que passar lá dentro, quanto com os atores chave. A gente chamou serviços que já existiam para conversar conosco, a gente conversou com universidade, a gente conversou com promotor, dizendo o que estava querendo fazer isso. É uma ação também de sensibilização por um programa novo. A gente começou a compartilhar o que tinha encontrado como diagnóstico da situação do estado do Rio de Janeiro”. (E2).

Após estas reuniões, em abril de 2000, é publicada a Resolução 185/00 que cria o Fórum, e realizada sua primeira reunião oficial, com duas mesas: uma contando com a presença do secretário de saúde e outra cujo título é ‘A criança sujeito de direitos e a criança sujeito de responsabilidades’. Não há registro em ata desta primeira reunião, contudo, pelo título da mesa de debates é possível identificar a partir de que balizas é tomada a criança a ser alvo de uma política: situa-se entre os direitos que o ECA garante-lhe e a responsabilização por seu sintoma e vida, fundamento da clínica da atenção psicossocial²⁹ – os palestrantes são professores universitários ligados ao tema e um deles faz parte do CAPSi Pequeno Hans, como supervisor.

Em termos de serviços que ocupavam-se de crianças e adolescentes graves no âmbito do estado, é o município do Rio de Janeiro quem concentra serviços voltados para esta população. Como citado, havia além da internação no Hospital Isabela Martins, que possuía 30 leitos e internava a população de todo o estado, grandes ambulatorios ligados aos três institutos da cidade que atendiam crianças e adolescentes autistas e psicóticos em serviços-dia – COIJ na Colônia Juliano Moreira, PAICAP no Nise da Silveira e NAICAP no Pinel. A partir de 1998, o município passa a contar também com o CAPSi Pequeno Hans, situado na zona oeste e que caracteriza-se por ser

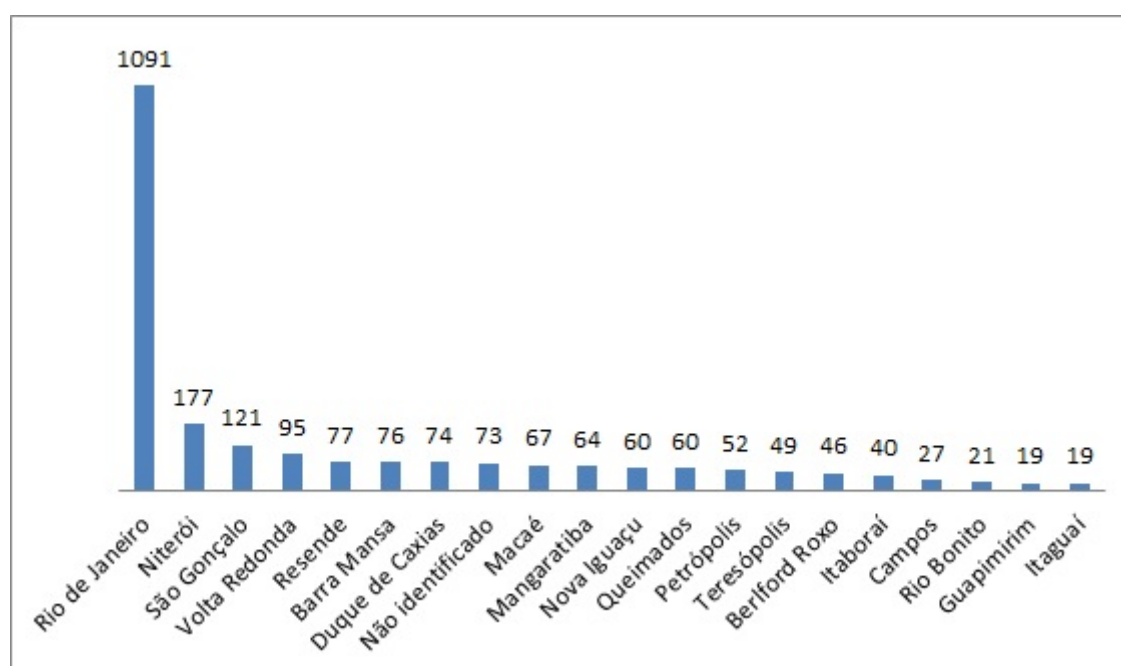
²⁹ Mais à frente localiza-se melhor os referenciais teórico-clínicos que, ao lado de um entendimento específico de política, foram identificados como a base teórica desta política pública em específico.

o primeiro serviço com este nome no Brasil, embora outros serviços funcionando sob a lógica da atenção psicossocial e do cuidado territorializado já existissem, por exemplo, o CERSAMI em Betim/Minas Gerais. Em setembro de 2001 é inaugurado também na zona oeste do Rio de Janeiro, a partir do COIJ, o CAPSi Eliza Santa Roza, que tem o mesmo supervisor do CAPSi Pequeno Hans.

Portanto, em termos de pioneirismo de serviços, o município do Rio de Janeiro destaca-se e adquire posição de relevo nas reuniões do Fórum, uma vez que havia experiências precursoras a serem publicizadas e começam a delinear-se ações para intervenção no único hospital do estado que internava crianças e adolescentes. Embora não seja objeto desta pesquisa é possível inferir que inicia-se a formação de uma rede municipal de atenção psicossocial, tendo como vias a participação no Fórum e a constituição de uma assessoria para infância e adolescência municipal, tal como a existente em âmbito estadual³⁰.

Em que pese o fato das reuniões mensais ocorrerem no próprio Rio de Janeiro como um dos fatores que pode ter facilitado a presença deste município no Fórum, de acordo com a Figura 01, fica evidente como as ações acima citadas tiveram influência em tornar este o município que mais comparece às reuniões, havendo uma diferença de 914 presenças em relação ao segundo município mais representado.

Figura 01: Título: Registros de presenças nas reuniões do Fórum por município de origem – Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2006.



³⁰ Conforme registro em ata de 04/04/2002.

Ainda nesse sentido, destaca-se que a estratégia de desmonte de tal serviço passou pelo uso do espaço de deliberações do Fórum. Para ela,

o Fórum teve este potencial de aglutinar os municípios do Estado do Rio que não tinham nada para que pudessem começar a se articular para ter serviços que atendessem suas crianças e comesçassem também a assumir as internações e (...) os municípios pudessem começar a assumir o atendimento e até, a médio e longo prazo, a internação – quando necessário – de suas crianças e adolescentes pra quebrar aquele (...) chamado o ‘polo de referência’ na época, que era o grande Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, que com esse nome bonito na realidade mascarava um pequeno hospício. (...) Então o Fórum, ele teve um papel muito importante de construir ações para desconstrução daquele serviço (...) a gente estabeleceu protocolos para as crianças e adolescentes que eram internados (E4).

Ainda como influência para a política em nível estadual, porém também já apontando para desdobramentos nacionais, está a ascensão de um dos gestores estaduais ao cargo máximo da política pública de saúde mental, assumindo a Coordenação Nacional. Outro ponto identificado como fundamental é a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que pela primeira vez na história das conferências de saúde aparece a preocupação com a saúde mental infanto-juvenil e que foi precedida pela Pré-Conferência para Infância e Adolescência, realizada no Rio de Janeiro – mais uma vez apontando para a posição de destaque deste estado na construção desta política pública.

Uma gestora importante de então explicita melhor qual para ela foi a posição de destaque do Rio de Janeiro, ligando-a ao Fórum como instrumento de gestão e não à presença de serviços pioneiros. Assim, afirma que

na III Conferência, pela primeira vez foi destacado o tema da infância, muito capitaneado pelo estado do Rio de Janeiro, muito. Mas não só: Minas Gerais tinha uma coisa muito importante em termos de ação de Capsi. (...) o Rio teve uma importância, o estado, como estado, naquele momento no sentido talvez de organização de um dispositivo político que era o Fórum. Em termos de serviço, de ações feitas pela atenção psicossocial, Minas tinha, Rio Grande do Sul alguma coisa, aqui ou acolá, muito rudimentar no Brasil, mas tinha, São Paulo tinha, também muito rudimentar mas tinha (E2).

Essa posição de destaque, a partir do Fórum como instrumento de gestão, também evidencia-se no fato de haver no caderno preparatório à Conferência um texto da então coordenadora do Fórum, em que é explicitada a situação encontrada no estado do Rio de Janeiro e enumeradas as razões históricas pelas quais haveria a necessidade de criação de uma política em âmbito nacional.

No Relatório Final da III CNS constam 17 propostas aprovadas para a área da infância e adolescência, sendo duas delas:

Propor que a III Conferência Nacional de Saúde Mental referende as propostas aprovadas na Pré-Conferência para Infância e Adolescência, realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de 2001;

Criar a política de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, mediante implementação de CAPS Infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação de CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, p. 57, 2002).

Em relação à legislação, outro marco importantíssimo instituidor da política pública, foi a aprovação, em abril de 2001, da Lei 10216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, devido ao nome do deputado que propôs sua base, 12 anos antes, tempo em que ficou tramitando no Senado sem ser aprovada devido a não haver uma força política favorável. Esta Lei, aliada à Portaria 336 lançada em fevereiro de 2002, formam o arcabouço institucional da Reforma Psiquiátrica e ajudam a abrir caminho para a criação de diversos serviços do tipo CAPS e também para a elaboração da política para infância e adolescência.

Segundo alguns dos entrevistados, existem dois fatores de destaque ligados a estes marcos legislativos:

1) a existência de um ‘ambiente’ propício que extrapolava os próprios limites da política de saúde, tal como citado na fala desta gestora:

Acho que havia um momento muito positivo, havia um fortalecimento da política, era um momento muito efervescente, o Brasil estava encantado em poder ter um presidente eleito pela maioria como o Lula foi, de achar que a via democrática ia se consolidar finalmente. Havia um ambiente, eu acho, político, cultural, social. A Reforma tinha conseguido 12 anos depois aprovar a Lei [10216/01], 12 anos de briga, aprovou a Lei e a gente ficou encantado (E2);

2) para duas das gestoras entrevistadas, o fato de uma linha de financiamento específico extra-teto ter sido lançada impulsionou os estados e municípios a investirem na rede de atenção psicossocial e é “aí [que] começa a existir nos municípios os CAPSi que formalizam a política pública” (E4), já que

Como mudou a forma de financiamento isso tem uma importância fundamental, quando é dinheiro novo os prefeitos se interessam em captar esse recurso, mas quando é um dinheiro que já está no teto do município aí vão ficar brigando por coisas difíceis, como emergência, ambulância (E5).

Seguindo em nível nacional, em 2003 é constituído o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado pela Portaria 1.946, de 10 de outubro

de 2003, que teve como objetivo realizar função similar à ocorrida no Rio de Janeiro e descrita acima por uma das entrevistadas como um ‘esquenta’, com a convocação de diferentes instituições que tenham relação com infância e adolescência e a definição de um diagnóstico situacional. Reproduz-se aqui dois artigos fundamentais:

Art. 1º Constituir Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área.

Art. 2º Atribuir ao Grupo de Trabalho a tarefa de, com base nesse diagnóstico preliminar, proporcionar condições para a implantação de um Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que funcione como espaço de articulação intersetorial (BRASIL, 2003)

Note-se que também aqui estão presentes as diretrizes do SUS adotadas em nível estadual: a ampliação do acesso a partir da equidade. Cumprindo sua função, em 03 de agosto de 2004, é criado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, através da Portaria GM 1608, cuja semelhança com o Fórum estadual do Rio de Janeiro é notória. Além disto, destacamos que dois importantes atores presentes nas articulações no âmbito estadual passam a prestar consultoria para o Ministério da Saúde nesta área, fato que sem dúvidas contribuiu para que a experiência em curso neste estado ganhasse relevo e influência nacional.

A partir destas importantes ações e marcos elencados acima, foi possível que em 2005 fosse lançado pelo Ministério da Saúde o documento ‘Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil’ que consolida as diretrizes clínicas e políticas desta nova política pública brasileira, além de contextualizar o que havia de ações nesta área até então. A formulação desta política nacional é o desdobramento maior da experimentação que vinha-se fazendo nos fóruns acima citados.

Este documento elenca as diretrizes que regem nacionalmente a atenção em saúde mental à crianças e adolescentes, a saber: o acolhimento universal, primeira diretriz operacional citada no documento da Política parte da ideia de que todo o pedido de atendimento endereçado a um serviço deve ser tomado como legítimo e, portanto, digno de escuta. Em conjunto com a segunda diretriz, que afirma a responsabilização do serviço que recebe tal pedido, fala da clínica e dos pressupostos do SUS. Quem procura atendimento deve encontrar acolhida na rede, mesmo que seja depois encaminhado ou que venha-se a desfazer a demanda.

A terceira e a quarta diretrizes operacionais afirmam a necessidade de que durante todo o processo mantenha-se o convite a que, tanto quem está sendo atendido (a criança ou o adolescente) quanto aqueles que responsabilizam-se por ele, participem

ativamente do tratamento, o que equivale a dizer que sejam tomados como sujeitos e, portanto, que podem dizer de si, responsabilizando-se por seus atos e suas consequências.

A penúltima, afirma a ligação que a política infanto-juvenil tem com o restante das políticas públicas existentes (prioritariamente a de Saúde Mental), bem como lembra a importância de uma articulação teórico-clínica aliada ao trabalho em equipe e intersetorial. Desta forma, está referida à sexta e última diretriz, quando esta coloca a necessidade de que, de acordo com o que for importante no momento e para cada caso, sejam buscadas parcerias.

As diretrizes citadas acima, portanto, definem o eixo geral da política de saúde mental para crianças e adolescentes, mas estrategicamente o fazem imprimindo em cada uma delas o imperativo de que outros dispositivos sejam acionados (dispositivos de saúde mental ou não) e criando a cada vez uma clínica particular, a partir do que cada sujeito atendido traz como necessidade. O que buscam é enfrentar o desafiante paradoxo de mudar o cenário histórico de exclusão e desassistência de uma maneira geral, mas dando voz a cada um daqueles que forem atendidos e sem encerrar num mesmo serviço todas as possibilidades – o que sempre pretendeu o manicômio.

5.2. O Fórum e suas relações com a política de saúde mental

Importante destacar que durante a análise das entrevistas, das Resoluções e pelas listas de presença nota-se a presença constante das equipes dos poucos serviços CAPSi já existentes então, o que talvez indique que seu modo de funcionar tenha servido como baliza para as discussões e combinados iniciais. Também é possível identificar que ele nasce marcado por duas ideias principais que colocaram-se a partir do diagnóstico situacional, são elas:

1) a perspectiva da intersectorialidade, por entender-se que

se os meninos com problema grave estavam em outro setor que não o setor saúde, é óbvio que não adiantava a gente montar uma sala intra-setorial. A gente não ia acessar o problema de saúde pública. Então, a ideia foi desde o começo, fazer uma ação em nome da saúde mental, para a saúde mental de crianças, mas de fundamento intersetorial, porque quem conhecia os meninos com problemas não era a saúde (E2); e

2) a perspectiva da equidade uma vez que o problema eleito para ser enfrentado referia-se às crianças mais graves, apesar dos quadros que mais chegavam aos ambulatórios e outros dispositivos de saúde mental serem os de queixas escolares, distúrbios de

aprendizagem e outros casos considerados leves diante do que encontrou-se com o diagnóstico situacional.

Assim, o critério é o da equidade e não o epidemiológico. Tal medida parece controversa a princípio, entretanto, está de pleno acordo com o exercício de uma política pública baseada nos princípios do SUS, já que buscava-se enfrentar o que havia de mais danoso às crianças acometidas por sofrimento psíquico grave e persistente, a saber o não acesso a tratamento que produzia longas institucionalizações e quebra dos laços familiares.

Localiza-se que em algumas das situações mais tensas e emblemáticas o município de São Gonçalo destaca-se como central, sendo a partir dele que inicialmente (08/2001) delinea-se um embate sobre o público e o privado que é subjacente à tomada de responsabilidade do estado pela população de crianças e adolescentes com quadros severos. A partir de um caso de uma munícipe de lá, têm-se a percepção de que o dono de uma clínica privada em Minas Gerais – Comunidade Terapêutica Interdisciplinar (COTEI) – vinha possivelmente orientando pais de autistas a entrarem com ação na Justiça, solicitando que o Estado arcasse com os altos custos de uma internação em sua clínica ao afirmar que essa era a única opção de tratamento do autismo no Brasil. Este episódio, além de descrito em diversas atas – mostrando como o Fórum e a ASM/SES-RJ deteve-se nesse tema por vários encontros seguidos – é citado durante algumas entrevistas como momento marcante vivido durante a participação no Fórum, sendo bastante representativo.

Como ilustração do que é possível a partir de um espaço de discussão coletiva e com institucionalidade política como o Fórum, destaca-se algumas das ações que foram deliberadas em relação a este tema, são elas: a convocação do dono desta clínica para diálogo em plenária do Fórum; ações de intervenção junto aos juizados e promotorias que vinham encaminhando meninos para lá – a própria fundação do CAPSi de São Gonçalo é consequência deste embate quando o Ministério público, após participação nas reuniões mensais, revoga sua solicitação de encaminhamento de um menino para COTEI/MG e passa a pressionar o município pela abertura de serviço CAPSi –; ação de fiscalização da SES-RJ junto à SES-MG, depois que o dono da clínica recusa-se, em plenária do Fórum registrada em ata, a fornecer dados dos munícipes do estado do Rio de Janeiro lá internados; diálogo com um pai, cujo filho faleceu durante a internação lá com suspeita de maus tratos; resposta à Ação Civil Pública em que o estado e o município do Rio de Janeiro são réus e na qual exige-se que TODA criança ou adolescente que necessite de tratamento seja internado na COTEI/MG; e visita técnica à

clínica com elaboração de relatório sobre situação encontrada, que foi enviado a diversas áreas e setores interessados no assunto, divulgando-se, inclusive, que não havia autorização da Vigilância Sanitária para funcionamento.

Sobressai durante a análise das atas o fato de que toda a crítica ao modo como a associação do dinheiro público aos interesses privados ocorre é acompanhada de uma reflexão sobre como o campo público vinha de alguma maneira contribuindo nesta questão. Por exemplo, profissionais de saúde do serviço público imputavam-se o direito de escolher a clientela a quem atenderiam nos ambulatorios e demais serviços de saúde. Essa leitura permite que uma série de ações sejam propostas em conjunto, com a abertura de várias frentes de trabalho, sendo um dos temas recorrentes durante todo o período pesquisado o da formação de profissionais sob a lógica da atenção psicossocial.

Outro tema relevante e cujas pactuações coletivas alteraram sensivelmente a realidade, está o abrigamento e internação de crianças por longo período. Tendo sido realizadas ações de desinstitucionalização nas seguintes instituições (durante os anos de 2001 e 2001) Clínica Pinto Duarte (em Teresópolis), que fora descredenciada; no CICAPD Oswaldo Aranha (Abrigo de Dorândia, distrito de Barra do Piraí); na própria COTEI/MG; e no Hospital Vicente Rezende (HVR, no bairro carioca do Engenho de Dentro).

Neste último há o registro de que existiam 04 meninos em situação de alta clínica que por não terem para onde ir estavam vivendo no hospital destinado ao acolhimento à crise. Nas reuniões do Fórum delineia-se uma parceria entre a equipe do HVR e a Secretaria de Desenvolvimento Social/FUNLAR, sendo possível que este último crie uma Casa-Dia, com a capacitação e suporte à equipe feita pelo HVR, para receber 12 meninos em situação de vulnerabilidade social, incluindo os 04 que estavam no hospital por não ter família ou dispositivo assistencial que os acolhesse.

Sobre a ação do Abrigo Dorândia³¹, o censo realizado revelou³² a existência de 70 moças abrigadas, a maioria desde a infância, todas do Rio de Janeiro, 77% em uso de psicofármacos, estando 51,4% abrigadas entre 10 e 20 anos e 30% por 20 anos ou mais. Estes dados foram interpretados como sugerindo transinstitucionalização e a existência da ideia de instituição total, com especialistas indo até o abrigo e não as abrigadas até os serviços. Ou seja, embora essa ação não tenha visado especificamente a população infanto-juvenil, eram noticiadas e discutidas no Fórum, uma vez que evidenciavam os

³¹ Conforme registro em ata de 22/08/2002, em que afirma-se a decisão judicial de extinção da referida instituição.

³² Conforme registro em ata de 19/02/2002.

efeitos nefastos da não existência de um tratamento de base territorial ainda durante a infância.

No que tange as influências que a institucionalização maior da política nacional de saúde mental teve no Fórum, a partir da aprovação da Lei 10216, de abril de 2001, destaca-se a montagem de um Grupo de Trabalho³³ para discutir as implicações da regulamentação desta Lei, sob a pergunta: toda internação de crianças e adolescentes será involuntária? Bem como a realização³⁴ de uma Oficina para Gestores em função da publicação da Portaria 336/02, que regulamenta os CAPS, tornando-os não mais um procedimento e sim um serviço, com financiamento próprio.

Na relação com os outros saberes que historicamente ocuparam-se destas crianças, foi realizada³⁵ uma aproximação com a Educação Especial, que apresentou seu modo de funcionar e algumas mudanças ocorridas no decorrer do tempo. Mencionam existir, no município do Rio de Janeiro, cerca de 600 crianças inseridas na escola sem inserção em tratamento. A discussão com a Educação também possui alguns pontos de divergência entre o modo como esta afirma funcionar e o que representantes do setor Saúde dizem funcionar. Segundo estes últimos, algumas escolas estariam autorizando-se sim a “diagnosticar” as crianças e adolescentes matriculados. Segue-se por três meses discussão no Fórum, com combinação posterior de reuniões por áreas programáticas (AP) no município do Rio de Janeiro para diálogo entre Saúde Mental e Educação Infantil e formação da rede de suporte local.

Destaca-se que em reunião do dia 04/05/2002, pela primeira vez há registro com menção à crianças e adolescentes em uso de drogas. Nesta reunião uma profissional do município de Teresópolis afirma que o Conselho Tutelar da região, somente no mês anterior, encaminhou 50 meninos para o serviço que atende crianças e adolescentes, sendo especialmente crianças e adolescentes em uso de drogas. Chama atenção o fato de que as discussões caminham para localizar essa demanda como externa ao CAPSi ou às equipes de saúde mental em geral, quase como se houvesse a necessidade de um local especializado para este tratamento.

A coordenadora do Fórum chega a levar um cadastro dos serviços públicos que atendem crianças e adolescentes usuários de drogas e não há menção a questionamentos da plenária nesse sentido, o que indica que neste momento o CAPSi consensualmente não é tomado como lugar privilegiado para este tipo de atendimento. Entretanto, esse

³³ Conforme registro em ata de 31/01/2002.

³⁴ Conforme registro em ata de 04/04/2002.

³⁵ Conforme registro em ata de 27/06/2002.

tema parece insistir de tal forma que, mais à frente³⁶ é tomado como uma questão a ser enfrentada. Em 2002, o Fórum chega a contar com a presença do presidente do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – órgão normativo e de deliberação coletiva, vinculado ao Ministério da Justiça (CONAD).

O ano de 2003 parece ser um dos anos em que houve maior tensão nos debates, com as discussões tocando em pontos que deflagraram os contrastes entre algumas lógicas e lançando luz sob as diversas posições teóricas presentes. Em algumas plenárias o debate é tão intenso que é perceptível o esforço da coordenação do Fórum e da Coordenadora de Saúde Mental do estado em sustentarem a possibilidade de diálogo, mesmo havendo diferenças.

O exemplo mais contundente disto revela-se no município de São Gonçalo³⁷, quando – em uma apresentação de trabalho de reinserção social desenvolvido com as famílias pela ONG Associação Movimento Terapêutico (MOTE), em parceria com a FIA, e também o trabalho com as famílias realizado no município do Rio de Janeiro – um psicólogo da Justiça de São Gonçalo questiona “como cobrar da família seus deveres se o Estado não cumpre os seus?”, há intensa discussão com diversos municípios colocando-se e a intervenções que falam não de cobrança, mas sim de responsabilização como sujeitos.

Na reunião do mês seguinte³⁸, há um questionamento acalorado em relação à forma como o caso de uma adolescente munícipe de São Gonçalo foi conduzido pela equipe do Hospital Vicente Rezende quando, após atos violentos seus, a equipe do HVR a encaminha à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para que respondesse juridicamente por seus atos. Há uma intensa discussão de diferentes participantes polarizando-se a partir das posições: da existência de um ato “clínico”, tal como afirmado pela equipe do HVR, ou dito um “crime”, conforme psicólogo da Justiça de São Gonçalo que afirma que a menina seria inimputável. Da DPC, ela é encaminhada a uma unidade do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) e, posteriormente, à COTEI/MG, já que tanto a promotora de São Gonçalo presente quanto esse psicólogo afirmam que a adolescente seria morta na instituição socioeducativa.

O episódio é extremamente tenso – tendo havido inclusive uma ameaça de prisão durante o debate – e aparece em algumas das entrevistas como um dos momentos

³⁶ Conforme registro em ata de 19/02/2004.

³⁷ Conforme registro em ata de 24/04/2003.

³⁸ Conforme registro em ata de 22/05/2003.

de maior destaque que viveram na experiência do Fórum. Sobre este episódio, afirma uma das entrevistadas:

A questão da ameaça de prisão. Claro que aquilo foi importante. Mas não pela ameaça em si. A gente está na chuva pode se molhar. Mas foi um momento que eu entendi como essa questão do tema da loucura produz respostas reacionárias em setores de muita vanguarda. Por exemplo, quem nos ameaçou foram técnicos da Justiça e estava presente uma promotora de Saúde Mental, quer dizer, promotora de Justiça da infância; era uma defensora dos direitos da criança e do adolescente. E ela nos ameaçou porque o Fórum não estava, a coordenação do Fórum (...) [se] opondo a uma equipe de Saúde Mental da rede que tinha, por questões de atos muito violentos de uma cliente, a encaminhado para o Educandário Santos Dumont, que é da Justiça. A promotora dizia que a gente tinha mandado a garota, que a equipe mandou (...) a menina para uma instituição que a mataria, pois 'o Santos Dumont mata'. E eu disse pra ela: está sob a sua gestão. Ela falou mal da Lei da Saúde Mental, que aquilo era um absurdo. Mas eu falei: a senhora é uma promotora. Uma promotora que é uma representante mais direta da lei criticar uma lei? Uma lei que teve um processo de discussão, de debates por bastante tempo? É uma lei importante e elaborada a partir de um consenso (E2).

Durante a discussão sobre o caso clínico da adolescente, também apareceu divergências quanto à questão teórica. Informando o sério embate que houve, estava um outro que o ultrapassa em muito e tem relação com a teoria comportamental e a psicanálise. Importante destacar que essa questão já havia sido colocada em relação aos métodos utilizados pela COTEI/MG, em que a teoria comportamental era a base para a administração de punições e reforços punitivos que buscavam suprimir comportamentos. Entende-se como de muita transparência a convocação feita pela então coordenadora de saúde mental sobre a necessidade de que, sendo esta uma política pública nova, explicitasse o que são suas bases teóricas.

Cabe dizer que durante algumas entrevistas, bem como na pesquisa teórica realizada para este estudo, tal assunto veio à tona e foi possível identificar que além da psicanálise a outra teoria forte que compõe a clínica da atenção psicossocial voltada à crianças e adolescentes é a psiquiatria fenomenológica, havendo outras que informam o campo sem maiores embates, como as teorias ligadas ao existencialismo, e algumas com as quais há maiores dificuldades, sendo a teoria comportamental a que opõe-se frontalmente a certos princípios básicos da lógica psicossocial e da Reforma Psiquiátrica. Sendo que na área de infância e adolescência claramente há uma maior preocupação com a sustentação clínica das ações realizadas, entretanto, em ambos os casos evidencia-se clínica e política como indissociáveis. Destacamos a fala de uma das pessoas entrevistadas que teve muito influência nesta área, pela forma direta com que expõe esse posicionamento:

o campo público é plural, mas ele não é terra de ninguém. (...) isso é um princípio de entendimento da política pública. Você tem que ter um respeito pela diferença, fazer valer a diferença, não pode querer anular a diferença, mas isso não quer dizer que nas ações que você faz inclua ecleticamente tudo. Então, considerando isso (...), defendi que a saúde mental como política pública tinha que fazer valer no mundo um sujeito que tivesse história, singularidade, subjetividade, fosse atravessado por enigmas da consciência, transtornar-se, perturbar-se, adoecesse, etc., que isso tudo devia ser tratado, quando fosse necessário, considerando que ele era um sujeito com experiência própria, história própria, singularidades. Um princípio ético: esse é o sujeito da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ele não se reduz a uma doença, ele não se reduz a uma manifestação comportamental. Ele é um sujeito, ele tem história, fale ele ou não. Considerando isso (...), uma teoria clínica que considere que um sujeito se reduz a uma série de sinapses, e trocas químicas ou bioquímicas, que desconsidere história, experiência, uma teoria clínica que considere que esse sujeito é um conjunto de comportamentos, essas teorias não dão suporte, elas não respondem ao mandato da atenção psicossocial (E2).

Ainda durante o ano de 2003 reconhece-se que especialmente com a instituição Conselho Tutelar pouco caminhou-se na construção de uma parceria³⁹, havendo dificuldades em relação a lida com lógicas diversas. Durante as discussões, acontecem ponderações sobre a necessidade de estudo e de concurso para esta função, o que seria um contra censo, tendo em vista que pelo que regulamenta o ECA são pessoas da comunidade, eleitas por período específico, para executar a função de controle social. Identifica-se necessidade de presença do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDA). Em uma das tentativas de diálogo⁴⁰ duas conselheiras tutelares participam da mesa, juntamente com uma promotora e combina-se para o próximo ano um seminário entre instâncias da Justiça e da Saúde Mental.

O estabelecimento de parceiras e diálogos com diferentes instâncias é marca deste Fórum, sendo a ligação com diferentes instituições e pesquisas acadêmicas uma das principais e que entende-se ter relação com o entendimento de que a formação é necessária para alterar de maneira duradoura a realidade da assistência. Um dos exemplos de articulações neste sentido foi a apresentação⁴¹ da pesquisa de professora de psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), sobre a genealogia (de base foucaultiana) da criança anormal no Brasil.

³⁹ Conforme registro em ata de 28/08/2003.

⁴⁰ Conforme registro em atas de 25/09/2003 e 23/10/2003.

⁴¹ Conforme registro em ata de 25/09/2003.

Um dos pontos de destaque é o anúncio na reunião do final de ano, em 2004, da saída da coordenadora de saúde mental por motivos pessoais e a realização de um seminário estadual para prestação de contas sobre esses 04 anos de gestão.

Inicia-se o ano de 2004 com o tema da violência contra crianças e adolescentes⁴², discutindo-se as diferentes abordagens e também a questão da notificação. Esse tema é pauta principal por 03 meses seguidos, tendo havido apresentação da FIA em relação a este assunto⁴³: contratam ONGs (Núcleo de Atenção à Violência/NAV) “especializadas” em violência para executar esse trabalho e prestam supervisão, além de dar o incentivo financeiro. Utilizam a metodologia da entrevista de revelação e entendem que após a “revelação” da violência sofrida, precisam de apoio da rede SMCA para atendimento a estas crianças e adolescentes, o que gera intenso debate sobre a eficácia deste método, com o questionamento sobre como pode ser um excesso fazer a criança falar, “revelar” a violência e o encaminhamento posterior a este momento inicial ser para outro serviço.

Em relação ao encontro acima citado entre Justiça e Saúde Mental, adiamentos reiterados sugerem uma dificuldade com o Ministério Público e, por último, devido a eleições, fica agendado para março de 2005. Outra questão polêmica envolvendo a Justiça é a decisão de um magistrado do município do Rio de Janeiro que determina atendimento hospitalar obrigatório a jovens usuários de drogas. Segundo o registro das atas, é nesta reunião⁴⁴ que pela primeira vez a questão de uso de drogas é tomada como um problema a ser enfrentado pelo Fórum. Ou seja, é pela via da judicialização que esta questão coloca-se como um problema a ser enfrentado pelo Fórum e pela rede de CAPSi.

Já no ano de 2005, continuando tema que apareceu no ano anterior, seguem-se reuniões com os serviços expondo a maneira como têm realizado suas recepções e os impasses gerados por esta⁴⁵. Além disto, entre os temas prevalentes segue a discussão sobre a internação psiquiátrica⁴⁶, como ocorreu em todos os anos analisados. Nota-se também uma preocupação reiterada por parte da Coordenação do Fórum com a necessidade de ampliação das ações deste⁴⁷ e também com a institucionalização da

⁴² Conforme registro em ata de 22/01/2004.

⁴³ Conforme registro em ata de 19/02/2004.

⁴⁴ Conforme registro em ata de 19/02/2004.

⁴⁵ Conforme registro em atas de 27/01; 24/02; e 31/03/2005.

⁴⁶ Conforme registro em ata de 15/09/2005; e 06/10/2005.

⁴⁷ Conforme registro em ata de 27/01/2005.

política, tendo talvez como pano de fundo o fato de que devido a processo eleitoral teriam ocorrido mudanças em algumas gestões municipais, passando a participar das plenárias pessoas que nunca estiveram antes. Neste contexto, chega-se a produzir o documento “Diretrizes Estaduais para Assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil”.

Em 31/03/2005, durante uma apresentação do Serviço Infanto-Juvenil do Instituto Philippe Pinel (IMPP), aparece como a Justiça tem feito muitos pedidos de tratamento para os meninos usuários de drogas. Novamente, é pela via da Justiça que a questão do uso de drogas coloca-se. Essa questão deflagra uma série de discussões⁴⁸ sobre os impasses no diálogo entre Justiça e Saúde Mental, com ampla tensão frente ao entendimento da noção de “proteção”, da qual partilham Justiça e Assistência Social e que difere da noção da proposta pela Saúde Mental, além de debates sobre os 15 anos do ECA. Na última reunião do ano⁴⁹, inicia-se movimento que tem continuidade em 2006, de convocar instituições que ocupam-se de meninos em uso de drogas para conhecer seu funcionamento, diretrizes e o que entendem pela clínica destes meninos.

Em 2006, segue esse tema acrescentando-se a apresentação dos poucos casos destes que tem chegado ao CAPSi e que em geral não permanecem, trazendo outras dificuldades. Já é claro a posição de que estes meninos “são para CAPSi”, porém ainda não se sabe bem como, só que tem relação com “radicalizar a clínica”⁵⁰. No final do ano é anunciada troca de coordenação do Fórum, além de realizada prestação de contas pelos 07 anos que esta gestão ficou à frente deste.

Em relação a isto, chama atenção a preocupação com a prestação de contas pública a respeito das ações que vinham sendo tomadas por parte da equipe da ASM/SES responsável pelo Fórum e, concomitantemente, a convocação a que os serviços e profissionais também o fizessem. Há diversos exemplos disto, havendo anualmente pelo menos uma reunião em que fazia-se a discussão dos pontos já trabalhados e dos que propunha-se avançar no próximo ano. Um exemplo disto é a sessão de 23/01/2003 quando, após ter ocorrido uma troca de governo estadual, fala-se de como foi o ano de 2002 e dos planos para o ano de 2003, com registro de que o “Fórum tem que prestar contas”. Na reunião de 23/08/2001, a coordenadora do Fórum, afirma a importância de se pôr em “verificação pública o que se faz”.

Além disto, as diversas plenárias em que serviços apresentavam dados e seu modo de funcionar, abrindo-se à crítica pública bem como podiam posicionar-se em

⁴⁸ Conforme registro em atas de 28/04; 19/05; 23/06; 21/07; e 25/08/2005.

⁴⁹ Conforme registro em ata de 15/12/2005.

⁵⁰ Conforme registro em ata de 23/03/2006.

relação aos outros serviços ou ao modo como a própria equipe do estado vinha conduzindo alguma questão, parecem conformar uma noção de política pública baseada na noção de coletivo e preocupada com a transparência de suas ações. Em uma das entrevistas fica ainda mais visível a noção de política na qual a equipe que inicia esse trabalho baseia-se em:

uma posição de entendimento de política pública de que ela é um instrumento... uma ação na verdade. Uma ideia bem Hannah Arendt. Ela é uma ação política, ela depende de pactuações, ela depende de deliberações coletivas, ela depende de mediação, e porque ela vai ter sempre que atravessada a ela conflitos (não tem política pública sem conflito), ela depende da construção de atores sociais, e aí tem a ver com gestão, trabalhadores, usuários, familiares, movimento social organizado, universidades... é intersetores. Se você vir a portaria de publicação do fórum, ele é isso (E2)

Em relação a alguns problemas eleitos como prioritários como a ação em relação ao hospital infantil que internava crianças de todo o estado, a primeira vez em que ele é discutido é em 23/01/2001, mas passa a ser frequente que uma das reuniões anuais fosse dedicada a apresentar os dados dos meninos que estavam internando e quais eram os municípios e/ou áreas da cidade do Rio de Janeiro que mais internavam e, portanto, precisariam de maior atenção. Esses estudos foram sendo comparados (a primeira comparação e discussão do impacto dos debates do Fórum na internação é apresentada em 16/06/2002), formando uma série histórica anual que demonstra com clareza a organização que as diversas cidades do estado foram sendo convocadas a ter para acolher seus munícipes, bem como das diferentes A.P. do município do Rio de Janeiro, e cuja última apresentação, pelo recorte temporal que fizemos, data de 24/08/2006. Ou seja, perpassa praticamente todo o tempo pesquisado, sendo um dos assuntos que mais constam em pauta.

Além desses dados quantitativos, constam discussões de casos que, por exemplo, proporcionaram a saída dos meninos em situação de longa permanência citado acima, ou mesmo que as internações fossem acompanhadas mais de perto. Essas discussões, pelo que pode-se apreender das atas, nem sempre eram tranquilas, com alguns momentos de importante tensão e choque entre diferentes lógicas de funcionamento chegando a ocorrer. O caso mais emblemático, sem dúvidas, é o da divergência quanto à conduta clínica da equipe do hospital em relação a uma adolescente de São Gonçalo.

Merece destaque o amplo reconhecimento, pelos próprios participantes do Fórum⁵¹, da importância da experiência em saúde mental à crianças e adolescentes no

⁵¹ Conforme registro em ata de 22/07/2004.

estado do Rio de Janeiro, em comparação com a nacional, e do lugar privilegiado do Fórum nas pactuações coletivas que foi alcançado. Comenta-se isto a partir da experiência no Congresso Brasileiro de CAPS, no qual percebeu-se como a direção coletiva pactuada no Fórum destaca a experiência do estado do Rio de Janeiro das demais.

Conclui-se sobre a influência sobre a política do estado do Rio de Janeiro em âmbito nacional a partir de alguns elementos, entre eles: a presença de importantes atores em lugares-chave da produção da política nacional, tais como o coordenador de saúde mental em cuja gestão o Fórum estadual foi criado ter assumido a coordenação nacional de saúde mental; bem como a primeira coordenadora do Fórum e o supervisor de dois dos primeiros CAPSi do estado terem sido chamados para prestarem assessoria técnica nacionalmente na área da infância e adolescência; e a presença de representantes do Ministério da Saúde nas plenárias do Fórum⁵² entre a fundação de Grupo de Trabalho sobre saúde mental de crianças e adolescentes nacional e instituição do Fórum Nacional, que possui o mesmo formato base e premissas do estadual.

5.3. Características e modo de funcionamento do Fórum

Sobre a finalidade do Fórum e o que esperava-se dele quando de sua criação, é possível afirmar que ele é um instrumento de gestão que funcionou como um dispositivo, acionando movimento às ações do estado e ajudando a alterar o panorama da atenção à infância e juventude em sofrimento psíquico a partir da pactuação pública. Na Resolução que constitui o Fórum, fica evidente sua abertura à participação e seu protagonismo na proposição da política a ser constituída, já em seu Art. 1º quando afirma-se a finalidade de:

- Discutir permanentemente as políticas para esta área;
- Emitir parecer técnico sobre as ações propostas no âmbito público;
- Promover a integração e interlocução das diversas instituições e setores públicos responsáveis pelo cuidado, atenção e assistência à criança e ao adolescente;
- Facilitar a tomada de decisões das instituições públicas (RIO DE JANEIRO, 2000).

Assim, tendo como base o recorte temporal realizado e o material a que teve-se acesso, pode-se afirmar que neste período foram realizadas 75 reuniões, sendo 02 pré-fundação formal do Fórum e 73 pós-fundação, sendo todas estas reuniões ordinárias. Do total, 60 tiveram ata escrita e nas outras 15 somente são registrados o tema e as presenças. A partir do ano de 2002 passam a haver Encontros Anuais de CAPSi como

⁵² Conforme registro em atas de 23/10/2003; e 22/01/2004.

desdobramento do Fórum, sendo o total de 04 no período estudado, contudo, há menção dos temas discutidos e de ações pactuadas ou dados apresentados, mas não registro em ata, de modo que aqui não contam como reuniões do Fórum nem mesmo de maneira extraordinária e sim são tomadas como parte das diversas ações que este coletivo produziu para além de seu espaço formal.

A regularidade com que ocorrem as plenárias - sempre na última quinta-feira do mês, sendo raríssimas as exceções que, em geral, relaciona-se com algum evento de força maior como feriado ou eleições -, permite uma organização que favorece em muito o comparecimento, especialmente, das pessoas que deslocam-se de municípios longe da capital e que precisam organizar-se com antecedência em relação a transporte institucional.

A partir de uma sugestão da própria plenária, decide-se por uma mala direta de e-mails, enviada mensalmente nas semanas que precedem a reunião. Na mensagem, constam a pauta com alguns pontos de informe e o tema principal de debate em geral deliberado na reunião anterior pela própria plenária ou, mais raramente, proposto pela Coordenação do Fórum (caso algum assunto ganha destaque no período entre as reuniões).

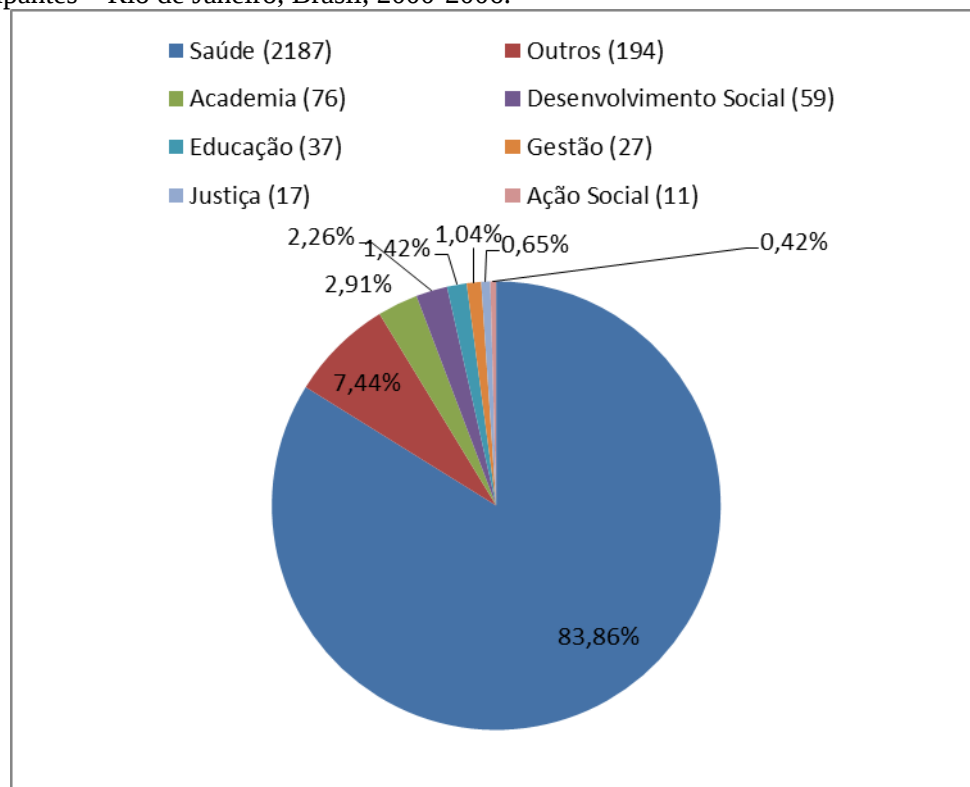
Em relação ao modo como as atas foram escritas, a maior parte delas possui clareza nos detalhes do modo como as discussões ocorriam e as pactuações eram feitas, incluindo os conflitos e a identificação dos que tomam a palavra, chegando a haver atas com 16 páginas. Contudo há as exceções, com algumas sendo muito breves – a menor possui 02 páginas – e contendo somente os temas descritos e/ou a letra oferecendo bastante dificuldade em relação ao entendimento.

Outro ponto que chama atenção é que em uma quantidade considerável, existem frases que são iniciadas e não acabadas, o que ocorre mesmo nas atas em que é possível notar preocupação com a escrita. Considera-se aqui que os relatores ou não conseguiram acompanhar na escrita a velocidade com que a discussão ocorria ou foram tomados pela discussão, uma vez que entende-se que todos que ali estavam, mesmo sem tomar a palavra, participavam do que estava ocorrendo. Num modo geral, pode-se afirmar que há clareza quanto aos pontos levantados, chegando a ser possível perceber se o “clima” durante os debates era mais amistoso ou tenso.

Sobre os participantes, além da convocação de 32 instituições realizada inicialmente na Resolução SES 1485/00 que institui o Fórum, identificou-se que a partir dos problemas levantados e discussões propostas que novos atores eram convidados a fazer parte deste coletivo. Durante os anos pesquisados, há registro de que estiveram

presentes 2644 pessoas durante as reuniões, representando 150 instituições diferentes e registrando-se a presença de 56 secretarias municipais de saúde. A Figura 02 demonstra o percentual de participações dos diversos setores que compareceram nas reuniões no período de 2000 a 2006:

Figura 02: Distribuição dos registros de presença nas reuniões do Fórum segundo setores participantes – Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2006.

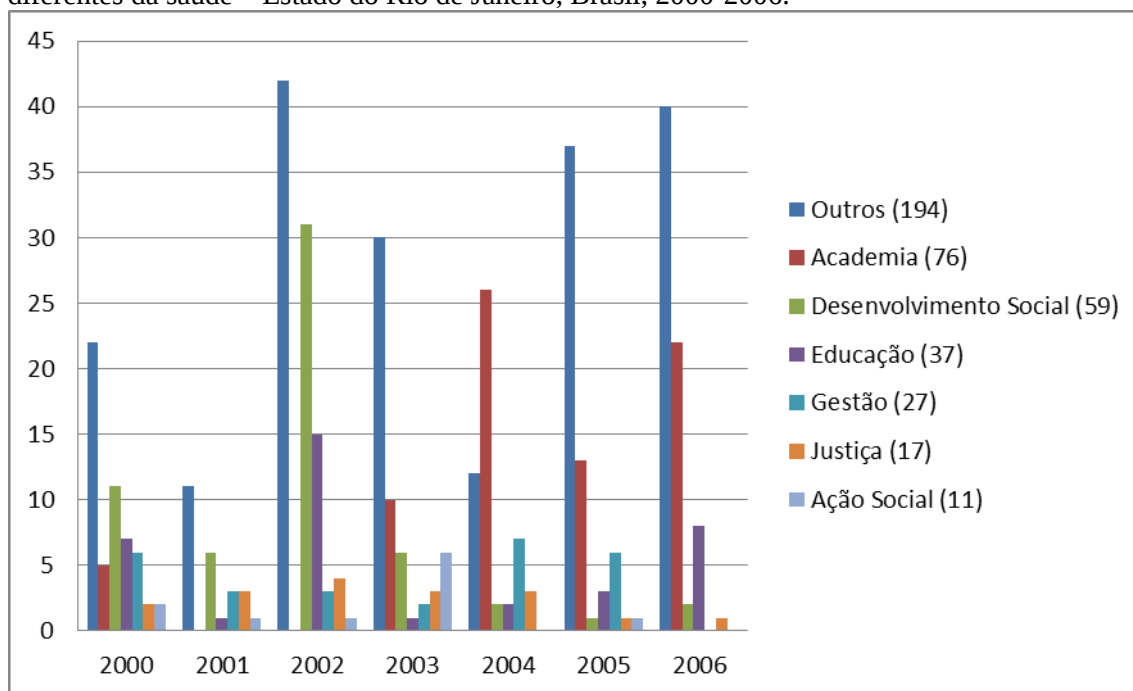


Fonte: Atas de Reuniões do Fórum, ASM/SES-RJ. Elaboração própria.

Um ponto digno de nota é o fato de que apesar de ser um Fórum de base intersetorial e no qual há evidente preocupação com a necessidade de manter o diálogo com outros setores que não a saúde, ainda assim há claro predomínio deste em relação aos demais.

A Figura 03 explicita a presença de outros setores para além da saúde durante os anos pesquisados. Ressalta-se que para efeito de análise foram agrupados diversos setores na categoria outros, entre eles consta a presença de ONGs e Associações de pesquisa ou de familiares.

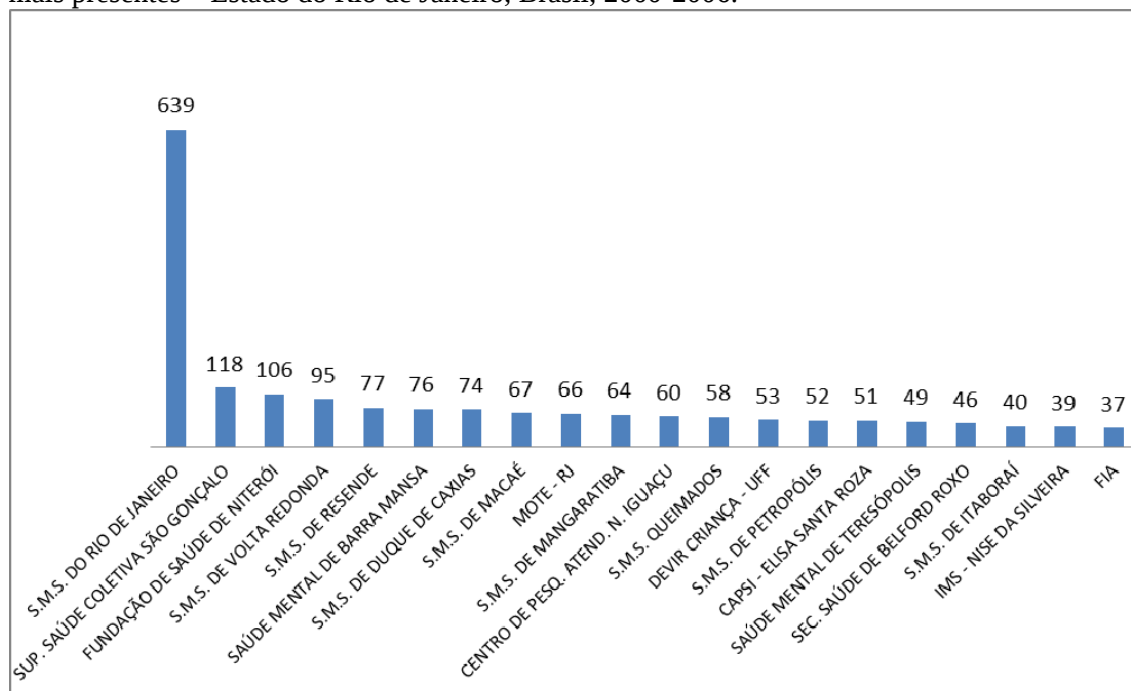
Figura 03: Distribuição dos registros de presença nas reuniões do Fórum segundo setores diferentes da saúde – Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2006.



Fonte: Atas de Reuniões do Fórum, ASM/SES-RJ. Elaboração própria.

Ainda no que diz respeito a presenças e a relação entre o setor saúde e os demais, a Figura 04 demonstra como no corte das 20 instituições que mais participaram, as 08 primeiras são do setor saúde e somente 04 deste total pertencem a outros setores. Das 16 instituições de saúde, 14 instituições são de secretarias municipais de saúde e também destaca-se a presença do Instituto Municipal Nise da Silveira ao qual estava vinculado o hospital psiquiátrico que respondia pelas internações infanto-juvenis do estado à época.

Figura 04: Distribuição dos registros de presença nas reuniões do Fórum segundo instituições mais presentes – Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2006.



Fonte: Atas de Reuniões do Fórum, ASM/SES-RJ. Elaboração própria.

Não identificou-se a presença de nenhum incentivo formal à participação ou mesmo obrigatoriedade de quem quer que fosse, entretanto, a convocação realizada pela coordenação e o fato de ser um espaço de decisões, responsabilizava as pessoas e instituições a comparecerem. Entendeu-se que na maior parte dos casos, especialmente ao que refere-se aos profissionais, a ida a este evento é realizada como parte da carga horária de trabalho. Em muitas vezes, através da participação nas reuniões do Fórum foi possível notar que, especialmente quando trata-se de municípios mais distantes da capital, consegue-se um carro institucional, havendo, inclusive associação entre parceiros de diferentes setores para aproveitar o mesmo transporte.

até onde eu acompanhei ele era muito cheio. Se você imaginar que são 92 municípios do estado, municípios de 4, 5 horas de distância pra chegar aqui e que tinha uma representação muito ativa de quase todas as regiões. Isso é um analisador da potência do Fórum. E também do que ele conseguia produzir de conversa com a intersetorialidade (E3).

Além disso, em alguns momentos, dependendo do tema e do que precisava-se avançar, alguns profissionais eram convidados a expor o modo de funcionar de seu serviço, com avanços e impasses que estavam vivendo, por exemplo, frente ao modo como estava ocorrendo a recepção em seu serviço, qual era a clientela absorvida ou algum caso de maior complexidade. Frequentemente durante os primeiros anos do Fórum, casos de internação no Hospital Vicente Rezende que fossem oriundos de outras

cidades que não o Rio de Janeiro, eram discutidos neste espaço tendo em vista a criação de estratégias de suporte quando do retorno da criança ou adolescente ao seu município.

A importância do bom uso da representatividade e preocupação com a transmissão das discussões ocorridas neste espaço, é evidenciada⁵³ em fala da então coordenadora do Fórum quando afirma a “necessidade das pessoas passarem as informações para as pessoas da equipe que não vieram ao Fórum”. Bem como a própria plenária⁵⁴ destaca a importância da transmissão das discussões que ocorrem sobre a assistência a crianças e adolescentes autistas e psicóticos como forma de impedir judicialização do tratamento e o que a coordenadora do Fórum chamou de “migração mineira”, referindo-se à COTEI/MG.

Quanto à presença dos pais, ainda é menor que a de profissionais de diversas áreas, embora seja possível perceber sua existência. Há o registro de pelo menos três famílias, sendo uma delas em 24/10/2002, em que há o forte relato do pai de um menino que afirma ter sido orientado pelo diretor da COTEI/MG a procurar o SUS para pagar pelo tratamento do filho. Esse senhor conta que tendo conseguido a internação do filho, este convulsionou durante uma punição de manchete, e não recebeu devido atendimento, vindo a falecer. Nos primeiros 45 dias teria emagrecido 15 Kg, tendo sido levado ao médico por decisão da família e não da clínica (diagnosticado raquitismo). Afirma que psicóloga foi afastada após divulgar a punição com retirada de alimentação que o menino sofria por se urinar constantemente. Também registra-se a presença de algumas associações de pais, contudo, mais especificamente em relação a estas, a presença parece ser mais para a cobrança de alguma situação do que a pactuação coletiva, chegando a haver alguns momentos em que se nota alguma tensão⁵⁵.

Em relação a este ponto, nas entrevistas surgiu um interessante comentário de uma gestora municipal que julga-se importante evidenciar aqui, mesmo ultrapassando os limites deste estudo, por ajudar a pensar fatores que podem ter tido influência nos ataques que a política de saúde mental de crianças e adolescentes vem sofrendo na atualidade:

A situação se alterou de uma forma muito grande. E acho que também o que aconteceu foi o seguinte, um certo lobby político. Talvez a gente não tenha sabido fazer junto aos familiares e junto a outras instancias. Tinha um *lobby* muito forte da reabilitação, das técnicas cognitivo-comportamentais. A psicanálise a psiquiatria, que são duas teorias da clínica muito fortes dentro do campo da infância e adolescência... E

⁵³ Conforme registro em ata de 16/05/2002.

⁵⁴ Conforme registro em ata de 22/08/2002.

⁵⁵ Conforme registro em atas de 24/02/2005; e 31/03/2005.

acho que são mesmo, não é que seja uma hegemonia. Eu não acredito nisso. Mas acho que são teorias da clínica fortes, tem uma consistência para atender casos graves. Talvez isso tenha produzido um certo fechamento. Não sei bem. De repente uma certa dificuldade no caminho. Tinha um *lobby* político muito forte dos pais de pacientes e um *lobby* de outras correntes teóricas tentando fazer uma mudança com relação a essa questão da psiquiatria e da psicanálise. Mas acho que este não foi o forte. Eu acho que teve um *lobby* muito forte de familiares (E6).

Digno de nota o fato de que no único momento em que aparece um questionamento em relação ao “caráter antidemocrático” do Fórum é a partir de uma fala realizada fora de seu espaço, porém rapidamente relançada a ele pela Coordenação de Saúde Mental, permitindo que as tensões aparecessem a partir de seu próprio espaço, mesmo sendo uma situação de difícil manejo. Sobre este processo de discussão no Fórum, houve unanimidade em relação ao entendimento de que ser democrático é uma característica que o distingue e marca fundamentalmente. Destaca-se aqui uma fala interessante por não partir somente do elogio à democracia, mas mencionar também suas dificuldades:

As discussões eram muito potentes, dentro de muito respeito. O exercício da democracia é um exercício muito difícil porque você ouvir todas as pessoas, passar por várias correntes isso é chato, é ruim. Mas ainda assim a democracia é o que a gente tem de melhor. Mas é chato, é difícil. [Apesar disto,] nunca teve uma baixaria, brigalhada, uma confusão... (...) São discussões duríssimas com a justiça, com os coordenadores de Saúde Mental da baixada. Nossa! Os coordenadores de Saúde Mental da baixada! A baixada levou muito tempo pra se organizar, a gente sabe que lá é uma politicagem da pior qualidade. Tem gente excelente trabalhando (...). Situações super graves e as pessoas trabalhando, batalhando muito, com muita responsabilidade e muito cobradas também e nessa relação tensa. O tempo todo tensa com a educação, assistência social, com a justiça, com a própria saúde mental dentro dos municípios (E6)

Chama atenção na análise do conteúdo das entrevistas este ter sido um dos episódios mais mencionados como dos mais marcantes vividos durante as plenárias mensais. Entende-se que essa lembrança possui relação com ter sido este um momento de radicalização do debate democrático, uma vez que a coordenadora de saúde mental do estado não recua inclusive da provocação sobre a necessidade de explicitação das bases teóricas que informam a atenção psicossocial voltada à crianças e adolescentes.

Em relação ao modo como ocorre o processo deliberativo nas reuniões do Fórum, foi possível perceber que – apesar de haver marcas do modo como a gestão à frente deste dispositivo posiciona-se, com sua fala dando maior relevo ou servindo para tencionar alguns pontos em específico – as decisões tomadas sempre tinham ligação direta com as questões mais prementes no momento. Sendo uma forte questão, por

exemplo, no período estudado a necessidade de formação e, frente a esta demanda, sendo realizadas uma série de parcerias com universidade que proporcionaram cursos, encontros temáticos, oficinas e entre outros, bem como a supervisão clínico-institucional foi tomada como uma ação de educação permanente.

Sobre o modo como as diversas questões são deliberadas no Fórum, a atual coordenadora do Fórum explicita como ocorre seu processo:

A gente tem as discussões necessárias para as deliberações, então as pessoas que não concordam se colocam. A gente, por exemplo, propõe a partir de uma discussão que talvez fosse importante que tivesse uma recomendação do Fórum em relação àquele assunto, aí a gente se organiza. Na gerência a gente redige essa recomendação, a partir dessas discussões vivas que a gente teve no Fórum, redige essa recomendação e aí ela é lida no Fórum e aprovada. Ou então, quando tem pessoas que discordam (...) a gente pauta de novo, novas discussões, antes de aquela recomendação (E1).

Em relação às deliberações realizadas, destacam-se ainda a preocupação com que o Fórum pudesse produzir ações e documentos que ultrapassassem-no e instrumentalizassem os profissionais da ponta a seguir as direções pactuadas em suas plenárias. Este posicionamento produziu clara alteração da realidade, efeito inclusive mencionado pelos participantes em algumas reuniões⁵⁶ e mencionado nesta entrevista:

Tem uma força muito grande quando todos se veem participando das decisões isso tem muito mais efeito no cotidiano, no território, no serviço quando você faz parte daquele processo. Quando é uma decisão que vem de cima só pega as pessoas que tem interesse que aquilo que pegue. (...) Pode se ter um objetivo, mas ele não é completamente alcançado porque tem outras forças em jogo que também opinam, que também participam, argumentam diferente daquilo que você pensou num primeiro momento. O Fórum se fortaleceu muito quando as pessoas que participavam começaram a perceber as realidades municipais modificadas. Ter um espaço de pactuação, com a chancela do estado e que a partir disso você podia ir ao seu município e conversar dizendo que isso foi decidido em um espaço coletivo, num Fórum, que tem representação daqui, dali, do Ministério Público, da Justiça, Educação, Assistência Social. Não sou eu quem está dizendo, foi uma decisão tomada coletivamente. Isso dá uma força muito grande (E7).

Destaca-se que apesar disso, a organização do campo público permitida pelo Fórum não conseguiu alterar a realidade frente ao fato de que alguns CAPSi estarem em condições péssimas de funcionamento – essa crítica ultrapassa o limite do estudo na medida em que precisariam ser considerados os cenários locais e mesmo a existência ou não de ações federais neste sentido. Contudo, entende-se fundamental mencioná-la uma vez que aponta para o fato de que, no limite, há conjunturas municipais que influenciam sobremaneira na sustentação da política.

⁵⁶ Conforme registro em ata de 18/10/2001.

Cita-se como alguns exemplos atuais o fato de um CAPSi do Rio de Janeiro, atuante desde as primeiras reuniões ter passado mais de um ano em local completamente inadequado, após ação de despejo do local onde anteriormente funcionava; bem como as ações de recolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua ocorridas também nesta cidade; além do município de São Gonçalo, em que foram muitas as situações de dificuldades: salários abaixo do piso-mínimo nacional, equipe mínima e, atualmente, fechado após o local onde funcionavam ser interditado devido à problemas no teto do serviço – sendo esta a única unidade em uma cidade com mais de 1 milhão de habitantes, ou seja, muito aquém do preconizado na Portaria 336/02.

Ou seja, embora tema de muitos Fóruns e, tal como mencionado em ata, também de inúmeras reuniões da ASM/SES-RJ com as Secretarias Municipais de Saúde, em alguns municípios a situação de SMCA parece nunca avançar de modo estável, havendo sempre recuo após as pactuações realizadas, uma vez que as alterações nas conjunturas políticas locais fragilizam em muito a continuidade das ações. Entende-se aqui que o exemplo mais contundente disto refira-se ao município de São Gonçalo, que é emblemático quanto à necessidade de que mesmo com engajamento da equipe presente no serviço e pressão por parte da instância estadual não há sustentação, ao longo do tempo, desta política se a gestão municipal não tomar a saúde mental como uma questão prioritária em sua atuação. Eis aqui um problema que parece deflagrar um limite da capacidade deliberativa do Fórum em questão.

Nota-se que houve clara preocupação com institucionalidade da política, sua sustentação e viabilidade durante este processo. Uma primeira conduta⁵⁷ foi a participação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do Rio de Janeiro, tendo reunião sobre o tema da saúde mental. Esta preocupação foi acentuada em períodos de eleição, municipais ou estadual, tendo em vista possibilidade de que com troca mudança de conjunturas políticas locais as equipes e coordenações de saúde mental também sofressem alteração. Em uma destas⁵⁸, um Plano de Ação com Linhas de Ação para 04 anos, foi pensado para que cada município definisse seu planejamento – a partir das propostas e diretrizes pensadas no Fórum – antes das eleições.

Outra forma de institucionalização e sustentabilidade desta política foi a articulação com as instâncias de controle social⁵⁹, movimento que também contribui

⁵⁷ Conforme registro em ata de 25/07/2002.

⁵⁸ Conforme registro em ata de 19/09/2002.

⁵⁹ Conforme registro em ata de 21/11/2002.

para visibilidade ao Fórum e à rede pública de saúde mental de crianças e adolescente, como a convocação de representantes de um Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e a orientação para que tanto o Fórum como os serviços realizassem suas inscrições nos respectivos CMDCA, conforme artigo 90 do ECA.

Em relação ao Fórum, seguindo a mesma linha de atuação, há a proposta de que sejam realizados Grupos de Trabalho como possibilidade de ampliar o escopo de atuação do Fórum. Esta preocupação com a institucionalidade da política que permeia todo tempo pesquisado, acentua-se durante o ano de 2005 e 2006, talvez já indicando que a conjuntura política interna à SES tenha sofrido alterações e que a necessidade de um respaldo externo aumentava. Esta alteração mais macro no campo político, a partir das mudanças no governo do estado provocadas pelas eleições, é a alegação para a saída no final de 2006 da coordenadora do Fórum que o geriu desde a sua criação.

Outra tentativa para o fortalecimento deste espaço apesar destas variações, foi a estratégica criação de um Grupo Consultivo para consolidação das políticas públicas para infância e adolescência no estado do Rio de Janeiro, apresentado na reunião em que é realizada a apresentação das mudanças ocorridas no estado durante os 07 anos de funcionamento do Fórum⁶⁰. Ou seja, este grupo é formado por pessoas de destaque durante estes anos e cria-se como uma força a mais para respaldar os embates na defesa das diretrizes pactuadas coletivamente num momento de recrudescimento interno à SES. Entende-se que, a princípio, este grupo respaldaria a nova coordenação, contudo devido ao recorte temporal desta pesquisa, não foram pesquisados os efeitos deste dispositivo nem a maneira como operou.

⁶⁰ Conforme registro em ata de 27/11/2006.

6. Considerações Finais

Guardando coerência com as expectativas do começo do estudo, a presente análise identifica claramente o próprio Fórum como um ator fundamental para a construção desta política, uma vez que operou enquanto um espaço aglutinador das diferentes visões e atuações presentes no campo. Além disto, chama-se atenção para o fato de que o Fórum possui uma amplitude maior do que a considerada inicialmente, uma vez tende a influenciar a percepção dos trabalhadores e as práticas dos serviços de saúde mental. Acredita-se que ele pode constituir-se como uma força política fundamental num momento em que há vacância em relação à posição ministerial na forma de enfrentar as questões de saúde mental de crianças e adolescentes.

Destaca-se que permeia às interpretações realizadas neste trabalho o entendimento de que o instrumento que congrega as diretrizes da política pública de saúde mental democrática e construída coletivamente para crianças e adolescentes no Brasil é o documento ministerial de 2005, “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”. Este documento reflete o que foi possível construir coletivamente em meio a uma disputa pelo campo público que envolve, entre outros, a prevalência de um determinado recorte teórico-metodológico e de um certo entendimento de política. Essas disputas ainda fazem-se presentes. Prova disto é que com a alteração das forças em luta na conjuntura política atual tornam-se visíveis os embates presentes.

Importante marcar que esta posição coaduna-se com a dos formuladores do referido documento, não somente por entender que houve uma construção coletiva e democrática, como por partir-se da ideia, assim como na fala de um dos entrevistados já citada, de que o campo público não comporta um sistema de pensamento que exclua as diferenças e tenha como objetivo a homogeneização do social. Há, portanto, um posicionamento ético-político claro e afirmado, embora tenha-se buscado compreender as incoerências e paradoxos que este modo de compreender as questões produz.

Sobre os atores envolvidos nas deliberações do Fórum, um ponto curioso diz respeito ao significado de um espaço intersetorial ter apresentado maior comparecimento da saúde. Estes dados que poderiam ser lidos somente a partir de uma afirmação rasa e leviana de que “não existe intersetorialidade no Fórum”, aqui são entendidos também como o Fórum tendo contribuído para sua missão maior de acionar movimentos que possibilitassem a expansão da rede.

Desta forma, se o número reduzido de representantes de outros segmentos desperta certa preocupação no sentido de indicar que um aprofundamento das discussões em saúde mental pode convocar a ideia de especificidade e afastar leigos ou pessoas de outros segmentos e que, portanto, é preciso que tenha-se sempre o cuidado de retomar a convocação a outros setores. Por outro lado, também há a possibilidade de que a presença de profissionais de saúde neste Fórum tenha tido como serventia a instrumentalização de atores do setor saúde no sentido do fortalecimento e respaldo para as práticas que estão de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Pode-se inferir que na atualidade parece ser o uso de drogas o ponto da política de saúde mental de crianças e adolescentes que tensiona diferentes saberes que compõem o campo e onde as fronteiras entre eles são mais indefinidas, havendo muitas dificuldades no diálogo. Fica o questionamento sobre em que medida o fato de a ausência desse debate no momento inicial do Fórum para que se pudesse enfrentar a questão do tratamento do autismo e da psicose grave, não tem relação com o que ocorreu depois em relação à judicialização e propostas que não foram pactuadas coletivamente. Será que não se deixou uma porta aberta para a institucionalização ao não se tomar este de um modo aprofundado como um problema a ser enfrentado pelos CAPSi?

Retomando a imagem do Fórum como uma ágora grega lembrando que de maneira similar ao que acontecia na Grécia, em que todos os cidadãos participavam, porém nem todos eram considerados cidadãos, um dos pontos que foi possível identificar como paradoxo tem relação com o fato de que os maiores interessados nos efeitos dessa política em construção, a saber, os meninos e meninas em sofrimento psíquico grave estiveram presentes no Fórum em pouquíssimas vezes. Para além disso, a participação dos responsáveis também ocorreu de maneira bem menos presente que a dos profissionais e gestores, o que pode indicar que algumas das dificuldades sofridas recentemente em relação ao entendimento da política possa ter com a dificuldade dos pais⁶¹ possam ter com o enfrentamento da problemática em questão.

⁶¹ Está se afirmando pais aqui, de maneira genérica, em relação àqueles que têm feito pressão política externa aos canais de sua pactuação, para mudanças por um outro modelo de cuidado que não foi discutido nem criado no Brasil e que não é norteado com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e nem mesmo do SUS. Ressalva-se o fato de existirem inúmeros pais que fazem uso dos serviços CAPSi e que estão de acordo com o modo pactuado publicamente e expresso no documento de 2005, uma vez que verificam na prática a melhora cotidiana de seus filhos.

Contudo, cabe destacar que há um movimento que ultrapassa em muito o cerne de deliberações do Fórum ou mesmo da influência de pais e responsáveis. Tal movimento possui caráter internacional e é ligado ao lobby de empresários de indústrias farmacêuticas e de instituições interessados em ganhar dinheiro público com a implantação de métodos baseados na eliminação de comportamentos considerados inadequados socialmente. Esse movimento tem bases no modo cada vez menos tolerante ao convívio com diferença que as sociedades capitalistas atuais apresentam. Avaliamos ser esta uma das forças presentes na atualidade que têm dificultado a plena execução da política consolidada no documento de 2005 e o ataque frequente que os dispositivos CAPSi vêm sofrendo antes mesmo que pudessem ter sido implantados plenamente.

Apesar disto, afirma-se que uma interessante estratégia pode ser a utilização do espaço coletivo do Fórum com uma das forças de respaldo aos trabalhadores no momento de tomar decisões em sua prática cotidiana. Durante a análise e como trabalhadora de um município que tem tomado decisões muito controversas e questionáveis em relação ao modo como entende-se a atenção psicossocial, entendeu-se que os instrumentos que o Fórum produz podem ser argumentos palpáveis para fazer frente ao movimento mais retrógrado da sociedade e de alguns governos de diferentes âmbitos. Um bom exemplo, é o de utilizar as pactuações ali feitas e os documentos produzidos coletivamente para, no dia a dia, não realizar o encaminhamento imediato de um adolescente que chega fazendo uso de drogas para uma comunidade terapêutica ou não pretender-se que a abstinência seja condição para um acompanhamento de base territorial. Ou seja, para reafirmar-se cotidianamente a atenção psicossocial.

Chama-se atenção para que esta última leitura ser aqui tomada como uma das possibilidades que o Fórum apresenta e que pode representar a radicalização na mudança das práticas para dentro dos serviços, em seus processos de trabalho. Esta interpretação, parte do Fórum tanto como um espaço formador, quanto como de ampliação e fortalecimento das ações micropolíticas – podendo contribuir para a politização dos trabalhadores – o que é tão interessante quanto sua capacidade de gerar efeitos macropolíticos e não parece estar dissociado dela.

7. Referências

ALMEIDA, N. M. C. de; DELGADO, P. G. G. (orgs.). **De Volta à Cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes**. p. 252. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro. Dezembro de 2010.

ALVES, D. S. N. Prefácio. In: FERREIRA, Gin; BAPTISTA, L. A.; e MELO, W. (organizadores). *Dialética dos Movimentos Sociais no Brasil: Por que a Reforma Psiquiátrica?* Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2004.169 p.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. 4ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009[1995]. 136 p.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008[1996]. 142 p.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. Scientific American Mente e Cérebro, reportagem publicada em setembro de 2006 no site http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html (consulta em novembro de 2013).

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.

_____. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1ª reimpressão (2009). 1112 p. il., tab., graf.

AVENA, D. de A. **O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade** Orientadora: Roseni Pinheiro. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 143 p. 2009.

AVRITZER, L. *Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático*. In: **Opinião Pública**, Campinas, v.14, n.1, June 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100002&lng=en&nrm=iso e <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762008000100002>

AVRITZER, L. Modelos de Deliberação Democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Souza (org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2002.

_____; e NAVARRO, Z. (org.). A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo. São Paulo: Cortez, 2003, 334 p.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. *A ideia de ciclo na análise de políticas públicas*. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.138-172. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. Orientador: Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: s.n., 141p. 1999.

BONTEMPO, V. L. Dos cuidados intensivos à direção de trabalho no um a um. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.1, n.3, dez. 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 7.498, de 10 de Outubro de 2003**. Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1946.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº. 1608, de 03 de agosto de 2004**, institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 340 p. Série E. Legislação de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. 28p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

_____. Gabinete da República. **Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro

Autista; e altera o §3º do artigo 98 da Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 2012b; 191º da Independência e 124º da República.

BRASIL, F. G. *A análise do desenho institucional das Políticas de Gestão Participativa pelas teorias democráticas*. São Paulo. 2012. Disponível em: http://www.simposiodemode.unb.br/mesas/9_mesa/Brasil%20-%20A%20an%C3%A1lise%20do%20desenho%20institucional%20das%20pol%C3%AAdticas%20de%20gest%C3%A3o%20participativa%20pelas%20teorias%20democr%C3%A1ticas.pdf

CAMPOS, F. C. B.; e HENRIQUES, C. M. P. (Org.) **Contra a Maré à Beira-mar – a experiência do SUS em Santos**. HUCITEC, Coleção Saúde em Debate. São Paulo, 1997, 2ª Edição Revista e Ampliada.

CAPELLA, A. C. N., *Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas*. In: HOCHMAN, G. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 87-122. 2007.

CELLA, A. *A análise documental*. In: POUPART et al. (tradução de NASSER, A. C.) **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, p. 295-316. 2008.

CERQUEIRA GOMES, M. P.; COUTO, M. C. V.; VIVEIROS, D. S. de. *Perfil Preliminar do Estado do Rio de Janeiro para o atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes*. In: **I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, 2002, João Pessoa. Disponível em: www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/saudemental.pdf (acesso em 22 de setembro de 2012).

CASTRO, D. M. F. de. **A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: O Programa Saúde Do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental**. Orientador: Ruben Araujo de Mattos. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 150f. 2009.

COUTO, M. C. V. *Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. In: BRASIL, **Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não**. Brasília, Dezembro de 2001.

_____. *Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. IN: FERREIRA, T. (org). **A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 61-72. 2004.

_____.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. *A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios*. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, Dec. 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000400015&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>. Acesso em 04 de agosto de 2012.

DELGADO, J. M. F. (organização e tradução). Lei 180. In: A loucura na sala de jantar. Editora Resenha Ltda. São Paulo. S.P. 127 p.

DUARTE; C. S.; COUTO, M. C. V.; GRAEFF-MARTINS, A. S.; PEGORARO, R.; DAHL, C.; CAVALCANTI, M. T. *A rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro*. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p.280-302. (Saúde em debate; 207).

ELIA L, Amaral N, Armony NS, Pinto RF, Santos KWA. *Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro*. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 211-29.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; *et al.* (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1ª reimpressão (2009). 1112 p. il., tab., graf.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Política de Saúde: uma política social*. In: GIOVANELLA, Lúgia; *et al.* (orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 23-64, 2008. 1ª reimpressão (2009). 1112 p. il., tab., graf.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico – Curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511 p. Coleção Tópicos.

FUNG, A. *Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências*. In: COELHO, V. S. P. e NOBRE, M. (Orgs). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, 2004, p. 173 a 209.

Goldberg, J. *Clínica da Psicose – um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2ª edição, 1996, 168p.

LAMBERT, A.; BORSOI, P. *Lugar de criança é fora do hospício: a história do CAPSi Maria Clara Machado*. **Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 87-92, 2007.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. 426 p.: il. (Saúde em debate; 207).

LIMA; L. D. de; MACHADO, C. V.; NORONHA, J. C. de. *O Sistema Único de Saúde – SUS*. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L.; *et al.* (Orgs.) Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 435-472, 2008. 1ª reimpressão (2009). 1112 p. il., tab., graf.

LOBO, L. F. **Os Infames da História - Pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 452 p.

LÜCHMANN, L. H. H. *O desenho institucional dos conselhos gestores*. In: LYRA, R. P. (Org.) **Participação e segurança pública no Brasil: teoria e prática**. João Pessoa: Ed. UFPB, 2009, 390p.

MACHADO, V. C.; BAPTISTA, T. W. F. *A Agenda Federal da Saúde: dinâmica e prioridades*. In: BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. (orgs). **Políticas de Saúde no Brasil – continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.149-171, 2012.

MATTOS, R. A. *Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos)*. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.20-51. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps

MENECUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R. dos; e AMARANTE, P. D. de C. (Orgs.), **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde** – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

MONTEIRO, Katia Alvares de Carvalho; RIBEIRO, Mariana Mollica da Costa; BASTOS, Angélica. *Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição*. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 2, jun. 2007 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200010&lng=pt&nrm=iso

NOBRE, Marcos. *Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução*. In: **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. COELHO, Vera Shattan P. e NOBRE, Marcos, organizadores. São Paulo: Ed. 34, 2004, p. 21 a 40.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. *Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lng=pt&nrm=iso e <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>

PINTO, Rosemary Fiães. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 112 p.

RIBEIRO, C. S.; PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G. & DIAS, F. W. *A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório*. In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 5(1), São João del-Rei, janeiro/julho. 2010.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. *História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha*. In: **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, Apr. 2006. Acessado em 04 de agosto de 2012 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso e <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100004>

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde – SES. **Resolução nº. 1485 de 11 de abril de 2000**. Constitui o Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro.

_____. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. **Projeto de Lei 2702 de 2009**, de autoria do deputado Audir Santana. Institui o Sistema Estadual Integrado de Atendimento e dá Outras Providências. Plenária Barbosa Lima Sobrinho, 05 de novembro de 2009.

_____. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania. **Relatório de visitas aos “abrigos especializados” para crianças e adolescentes**. Junho de 2012.

RIO DE JANEIRO (Município), Comunicado da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, 07 de outubro de 2009. **Inauguração do Centro Municipal de Atenção à Pessoa com Autismo (CEMA-RJ)**. Diário Oficial [do Município do Rio de Janeiro], Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIII, nº 138, 07 out. 2009, p. 186.

_____. Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ). **Resolução nº 20 de 27 de maio de 2011**. Cria e regulamenta o Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social, no âmbito das ações de proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho.

SAMPAIO, Rafael Cardoso. *Minipúblicos online: uma metodologia de análise de e-participação pelo desenho institucional*. In: **Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico** (ISSN 2175-9391), nº 6, p. 331-352, 2012.).

SILVA, Renata Prudêncio da. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX**. Orientadora: Ana Teresa A. Venancio. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 80 f., 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

SOUZA, Celina. *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*. In: **Políticas Públicas no Brasil**. HOCHMAN, G. (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 65-86 p.

VIANA, A. L. d.; BAPTISTA, T. W. F.; *Análise de Políticas de Saúde*. In: GIOVANELLA, Lígia; *et al.* (orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 65-105, 2008.

8. Anexos

Cronologia dos principais eventos históricos que demarcaram a atenção à saúde mental voltada para crianças e adolescentes no Brasil e estado do Rio de Janeiro

1852 – Inaugurado, em 05 de dezembro, o Hospício Nacional, na Praia Vermelha.

1903 – Transferência, em fevereiro, das crianças que viviam junto aos adultos do Hospício Nacional para um chalé junto lavanderia, após resultado de inquérito que apontava irregularidades, entre elas a convivência entre adultos e crianças.

1904 – Inaugurado Pavilhão-Escola Bourneville.

“No plano de reforma elaborado pelo Dr. Juliano Moreira, adoptado pelo governo e feito depois lei, não escapou a propósito de prover o novo departamento da Assistência à Alienados de um especialista que entendesse com vantagem a pediatria. Foi de tento melhor aviso esse alvitre, quanto a escolha relativa recahiu sobre um nome feito e já consagrado nestes estudos, o Dr. Fernandes Figueira. O seu esforço secundado, sempre que as condições o permittiram, pela directoria, tornou em 1904 um serviço installado esse de **assistencia e educação a atrasados e debeis**, bem melhor chamado agora de Pavilhão-Escola Bourneville.” (Maia, E.M, 1905, p.28, apud. SILVA, p. 34, 2008, grifo do autor).

1911 – Inaugurada Colônia de Alienados do Engenho de Dentro.

1919 – Inaugurado Serviço de Pediatria do Ambulatório Rivadávia Correa (Engenho de Dentro). O Ambulatório Rivadávia Correa foi o primeiro Ambulatório Psiquiátrico da América Latina.

“Ainda que a atenção aos portadores de transtornos mentais da época ficasse restrita ao modelo manicomial, a experiência do ambulatório do Engenho de Dentro era vista como uma exceção à regra. Sua proposta assistencial, com forte influência da escola alemã introduzida pelo médico Juliano Moreira e do higienismo da época, não se limitava apenas a acompanhar os pacientes, mas também visava a promover o "aconselhamento genético" como forma de prevenir os distúrbios mentais.” (OLIVEIRA, 2007; RAMOS; GEREMIAS, 2009, apud AVENA, p. 26, 2009).

1923 – Fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental.

1924 – Inaugurada Colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá.

1932 – Inaugurada, pela Liga Brasileira de Higiene Mental, a Clínica da Eufrenia que era

“destinada a prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude” (Arquivos Brasileiros de Higiene Mental apud Schechtman, 1981:38, apud BENTES, p. 43, 1999).

1934 – Clínica da Eufrenia passa a funcionar na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro.

1935 – Colônia Juliano Moreira.

1939 – Extinta a Clínica da Eufrenia, passando posteriormente funcionar em seu espaço físico uma escola-hospital:

“...a Escola-Hospital é o melhor meio de realizar a profilaxia de todos os males físicos e morais que ameaçam a criança e, não raro, infeccionam o homem” (Clark, *apud* Schechtman, 1981:48, *apud* BENTES, p. 43, 1999).

1942 – Extinto o Pavilhão-Escola Bourneville, na Praia Vermelha.

1942 – Inaugurado o Hospital de Neuro Psiquiatria na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, recebendo a clientela do Pavilhão-Escola Bourneville

“Este hospital, inaugurado em 10 de outubro de 1942, era composto por:

I- Enfermaria Ana Nery - onde se internavam encefalopatas, oligofrênicos profundos, prova viva das teorias de degenerescência que ainda impregnavam o saber psiquiátrico.

II- Enfermarias Bourneville (masculina) e Fernandes Figueira (feminina), voltadas para pacientes portadores de várias condições psiquiátricas, além de desviantes sociais encaminhados através de órgãos como o extinto SAM - Serviço de Assistência ao Menor.” (BENTES, p. 44, 1999).

1956 – Inaugurado Pavilhão Feminino de Adolescentes na Colônia Juliano Moreira, posteriormente denominado Pavilhão Ulisses Pernambucano.

1957 – Inaugurada, em espaço externo ao Hospital de Neuro Psiquiatria, a Escola Especial Basílio de Magalhães.

“Um ‘atrasado intelectual’, mais ou menos grave, é nas classes ordinárias, um grande óbice ao adiantamento dos alunos normais. O tempo que com ele despende o professor, quer para ministrar-lhe as mais simples noções de leitura e escrita, quer para tentar incutir-lhe hábitos de disciplina, é completamente perdido, e melhor fora que se aplicasse àqueles, que daí tirariam lucro seguro (...)

Umas são de todo [...] incapazes de aprender de trabalhar e requerem vigilância incessante, porque suas mórbidas impulsões se tornam perigosas à vida e à honra e à propriedade dos seus semelhantes mais bem dotados por natureza.

E isso [...] só se poderá conseguir segregando, até certo ponto, dos ainda não viciados, nem viciosos, os que são ‘débeis de espírito’, e educando-os e dando-lhes tratamento às moléstias” (MAGALHÃES, Basílio, p. 176 a 180, 1913 *apud* LOBO p. 387-390, 2008).

1959 – Pavilhão Adib Jabour, para adolescentes do sexo masculino, na Colônia Juliano Moreira.

1963 – Escola Basílio de Magalhães volta ao espaço hospitalar, compondo com o Setor de Terapia Ocupacional a Seção de Psicopedagogia Terapêutica.

1966 – Firmado Convênio entre FUNABEM e Colônia Juliano Moreira para internação direta nesta de menores que a primeira viesse a encaminhar.

1967 – Criada Campanha Nacional de Saúde pelo Decreto n. 60.252, de 21.2.1967:

“- Atendimento de casos psiquiátricos infantis (crianças até 12 anos), e de adolescentes (Jovens de 12 a 18 anos), mediante primeiro atendimento e triagem, bem como internação e emprego de todas as terapêuticas adequadas, nos casos que apresentem condições ou possibilidades de recuperação;

- Asilamento hospitalar de casos psiquiátricos infantis e de adolescentes, utilizando recursos de pedagogia, ludo e laborterapia e outros, para pacientes com situações congênitas ou adquiridas imperfectíveis, ou para os que, nos outros casos, esgotadas as tentativas terapêuticas feitas nos hospitais de tratamento, se tornem, em consequência, crônicos, recidivantes ou residuais.” (Magalhães, 1998:36 apud BENTES, p. 46, 1999).

1967 – Inaugurado Pavilhão de Adolescentes (40 leitos femininos e 40 leitos masculinos) para casos agudos no Engenho de Dentro, sendo a Colônia Juliano Moreira destinada aos crônicos.

1974 – Extinto o Pavilhão Adib Jabour, na Colônia Juliano Moreira, sendo clientela transferida para o Engenho de Dentro.

1974 – Renomeado, após o recebimento de clientela do Pavilhão Adib Jabour, o Hospital de Neuro Psiquiatria para Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil. O hospital do Engenho de Dentro, à época Centro Psiquiátrico Pedro II, torna-se o único no Estado do Rio de Janeiro a internar crianças e adolescentes e chega aos 300 leitos.

1976 – Fim do Convênio FUNABEM-CJM.

1983 – Inaugurado o Hospital-Dia e o Núcleo e Adolescentes no CPPII, que consegue diminuir para 120 os leitos destinados à infância e adolescência.

1986 – Inaugurado no Instituto Philippe Pinel, na Praia Vermelha, o NAICAP (Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica).

1987 – Inaugurado em Março o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em Itapeva na cidade de São Paulo.

1987 – I Conferência Nacional de Saúde Mental. O tema da atenção em saúde mental à infância não é mencionado.

1989 – Inaugurado, no Engenho de Dentro, o PAICAP (Programa de Atenção Interdisciplinar à Criança Autista e Psicótica).

1990 – Promulgada em 13 de julho a Lei 8069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências.

1994 – Criado, em Betim/MG, o Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (Cersami), serviço de base territorial nos moldes de um CAPSi.

1994 – II Conferência Nacional de Saúde Mental. Novamente o tema da atenção em saúde mental à infância não é mencionado.

1998 – Extinto o PAICAP.

1998 – Inaugurado em 28 de setembro de 1998, na zona oeste do Rio de Janeiro, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Pequeno Hans, o primeiro do Brasil a ser nomeado como um CAPSi.

1999 – Inaugurado, no Engenho de Dentro, o CAD (Centro de Atenção Diária). O número de leitos destinados à infância e adolescência é reduzido para 30. O CAD foi criado

“como uma continuação da assistência às crianças e adolescentes egressos das enfermarias e, mais tarde, recebendo encaminhamentos do ambulatório. O CAD funcionava com oficinas de atividades direcionadas, tendo sido reformulado posteriormente.” (LAMBERT; BORSOI, p. 91, 2007).

2000 – Constituído pela Resolução 1485 de 11 de abril, o Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro.

2000 – Inaugurado, em 27 de setembro, o CAPS IJ Eliza Santa Roza, em Jacarepaguá.

2001 – Realizada Pré-Conferência para a Infância e Adolescência, nos dias 3 e 4 de dezembro de 2001.

2001 – III Conferência Nacional de Saúde Mental. Pela primeira vez a questão da atenção à infância e adolescência aparece numa Conferência de Saúde Mental. Entre outras, são aprovadas as seguintes propostas:

“Constituir uma agenda específica para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental, elegendo esta temática como o foco prioritário das discussões no ano 2002; (...) Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente; (...) Os CAPS infanto-juvenis ou outros dispositivos de base territorial devem ter como uma de suas prioridades de ação os projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados; (...) Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante; (...) Criar fóruns intersetoriais nacional/estadual/municipal para tratar de questões referentes ao campo da infância e adolescência.” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, p. 57 a 59, 2002, grifo meu).

2001 – Pactuado pelos integrantes do Fórum Inter-Institucional para Atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro um “Protocolo de Ação”, em que

“o objetivo principal de informar e dar a conhecer [por cada município] cada uma das crianças e adolescentes internados [no Instituto Municipal Nise da Silveira] e também o de construir dados que subsidiassem as ações necessárias à superação desse modelo” (SESDEC-RJ, p. 2, 2007)

2003 – Ano dedicado à saúde mental de crianças e adolescentes pela Organização Mundial de Saúde.

2003 – Constituído, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, um Grupo de Trabalho destinado à análise e diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes no âmbito do SUS.

2004 – Constituído pela Portaria GM nº. 1608, de 03 de agosto o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil.

2005 – Lançada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, intitulada “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”.

2007 – Inaugurado, a partir do Hospital Isabela Martins, o CAPSi Maria Clara Machado, em Piedade.

2007 – Regionalização dentro do município do Rio de Janeiro (através dos Institutos Philippe Pinel, Nise da Silveira e Juliano Moreira) dos 12 leitos remanescentes do Hospital Isabela Martins.

2007 – Apresentado pelo Fórum Inter-institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes do “Projeto para Implantação de Leitos de Suporte em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Hospital Estadual Getúlio Vargas”, visando auxiliar, com 02 leitos de retaguarda e pelo período de 01 ano, os 80 municípios do Estado do Rio de Janeiro que ainda possuíam CAPSi e não poderiam mais contar os leitos do Hospital Isabela Martins.

2007 – Decretado pela ONU, em 18 de dezembro, o Dia Mundial de Conscientização do Autismo, a ser comemorado anualmente a partir do dia 02 de abril do próximo ano.

2009 – Apresentado em 05 de novembro o Projeto de Lei Estadual 2.702/09 em que propõe a instituição do Sistema Estadual Integrado de Atendimento à Pessoa Autista.

2009 – Criado em 07 de outubro o Centro Municipal de Atendimento à Pessoa com Autismo (CEMA-Rio), pela Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência do Rio de Janeiro.

2010 – IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. No Eixo que discute o Cuidado e a Rede aparece o item: “Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade”.

2011 – Publicada em 27 de maio a Resolução nº 20 da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro que cria o Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social e institui medida de Acolhimento Compulsório

2012 – Proposta, apresentada em 31 de maio durante o VIII Encontro de CAPSi do Estado do Rio de Janeiro (evento do Fórum Inter-institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes), do “I CONGRESSO BRASILEIRO DE CAPSi (ICONCAPSi) - Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes”, a ser realizado em abril de 2013 no Rio de Janeiro.

2012 – Sancionada em dezembro a Lei Ordinária 12764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução, a partir do Projeto de Lei Federal n.º 1.631 que começou a tramitar no Senado em 2011.