

## Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação

Child and adolescent mental health policy:  
history and paths to participation

Claudia Pellegrini Braga<sup>1</sup>  
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira<sup>1</sup>

**Abstract** *People with mental disorders play an important role in the mental health reform process, which involves the creation of new public policies, practices, knowledge, and ways of relating to this experience. Using a guiding question addressing the history of child and adolescent mental health in Brazil and the participation of child and adolescent mental health service users in the policy construction process, a narrative literature review was undertaken framing the main policy developments and advances in this area within the overall context of the Brazilian mental health reform. A search of technical, institutional, and legal documents in the thematic area Mental Health was conducted using a national database. The material analyzed addressed milestones in child and adolescent mental healthcare, highlighting the paths taken in building this field. The article also discusses the participation of child and adolescent mental health service users in this process in the form of a commentary. Finally, the article highlights the need to guarantee the participation of this group to enable them to play a leading role in the struggle for the construction and realization of rights.*

**Key words** *Mental health, Child, Adolescent, Public policy, Social participation*

**Resumo** *Na reforma psiquiátrica brasileira, é importante a participação de pessoas com experiência de sofrimento psíquico enquanto atores sociais na construção desse processo, que envolve a criação de novas políticas públicas, práticas, saberes e modos de relação com essa experiência. A partir do questionamento acerca do percurso histórico específico da saúde mental infantojuvenil e da participação de crianças e adolescentes nesse processo, foi feita uma revisão narrativa da literatura que busca evidenciar os momentos principais dessa trajetória, no que concerne à produção de políticas públicas e legislações. A revisão consistiu na busca de documentos técnicos e institucionais da área temática da Saúde Mental em base de dados nacionais, além de documentos legais. O material analisado versou sobre um conjunto de marcos da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e a análise assinalou os caminhos trilhados na construção desse campo. Ainda, na perspectiva de um comentário, foi discutida a participação de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico nesse processo. Este artigo destaca a necessidade de construir garantias concretas de participação dessa população, possibilitando que assumam o papel de protagonista na luta pela construção e garantia de direitos.*

**Palavras-chave** *Saúde mental, Criança, Adolescente, Políticas públicas, Participação social*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. claudia.pellegrini.braga@gmail.com

### **Construção e consolidação da saúde mental infantojuvenil na reforma psiquiátrica brasileira**

No cenário nacional, no final da década de 1970, teve início o processo de reforma psiquiátrica no contexto de lutas pela redemocratização do país<sup>1</sup>. Pode-se identificar o ano de 1978, com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como um dos marcos do movimento social de crítica das condições de assistência psiquiátrica e de busca de novas proposições<sup>1-3</sup>. Como resultado desta luta tem-se a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, que busca consolidar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) um campo de atenção psicossocial aberto, de base territorial, promotor de reintegração social e cidadania e inserido nos contextos reais de vida das pessoas com experiência de sofrimento psíquico<sup>1</sup>. Trata-se de um movimento que conta com a participação de diversos atores sociais, sendo de fundamental importância a presença dos usuários dos serviços da rede de atenção psicossocial nessa construção, assumindo o papel de protagonista na luta pela garantia e produção de direitos.

Nesse contexto, se insere a atenção à saúde mental infantojuvenil que, apesar de ter seus temas incluídos mais tardiamente na agenda pública, tem produzido significativos avanços no campo das práticas e da produção de saberes. Considerando isso, bem como os 15 anos da Lei n.º 10.216/01<sup>4</sup>, completados no ano de 2016, e a expansão da reforma psiquiátrica na construção de políticas públicas, torna-se significativo compreender e dar lugar para o percurso histórico específico da construção de políticas públicas no campo da saúde mental infantojuvenil. Essa iniciativa possibilita dar visibilidade para os principais marcos a partir da compreensão da contínua necessidade de ampliação da participação de crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental na construção e produção dessas políticas públicas.

#### **Dimensões da reforma psiquiátrica brasileira**

O percurso da reforma psiquiátrica configura-se como um processo social complexo que está para além da reestruturação do modelo assistencial, envolvendo um incessante movimento com a inovação de atores, conceitos e princípios<sup>2-5</sup>. Para Amarante<sup>2</sup>, considerando o cenário brasileiro, diferentes dimensões inter-relaciona-

das compõem esse movimento, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual refere-se ao movimento de ruptura com o paradigma psiquiátrico e envolve a elaboração, a crítica e a produção de novos saberes<sup>2</sup>. Na perspectiva da desinstitucionalização produzida pela experiência italiana, que teve importante influência no Brasil, desenvolveu-se uma profunda crítica à instituição psiquiátrica em si – com seus aparatos científicos, assistenciais, relacionais, administrativos, legislativos e culturais. Ainda, produziu-se uma ruptura com a função e com o mandato social dos profissionais desta instituição. Segundo Basaglia<sup>6</sup>, para constituir um objeto fictício de intervenção, que é a doença, a disciplina psiquiátrica separa a experiência de sofrimento psíquico da existência global e concreta dos sujeitos. Em uma atitude crítica ao modelo existente, Basaglia<sup>6</sup> propõe que se coloque a doença entre parênteses, e não o sujeito, de modo que seja produzido um rompimento com um modelo psiquiátrico que objetiva os sujeitos em torno de uma noção de doença e que se torne possível a aproximação com as experiências concretas e complexas de vida.

Assim, nas práticas desinstitucionalizantes busca-se com ações práticas e reflexivas a desconstrução dos modos de saber e de fazer vigentes, criando formas inéditas de ação. Nessa esfera teórico-conceitual, Amarante<sup>2</sup> destaca a necessidade de considerar que a desinstitucionalização designa as “múltiplas formas de tratar os sujeitos em sua existência e em relação com as condições concretas de vida”<sup>2</sup>. Dessa forma, trata-se de um processo de desconstrução do problema, de saberes e práticas, e de estabelecimento de novas relações.

Articulada a essa dimensão situa-se a técnico-assistencial, que envolve a questão dos modelos assistenciais, sendo que toda construção de serviços está pautada em conceitos e teorias – a dimensão teórico-conceitual<sup>2</sup>. Se o objeto de atenção for a doença e a periculosidade for um componente importante do campo, como é no modelo psiquiátrico, as instituições deverão ser normativas e disciplinares; porém, se a proposta de atenção tiver como norte entrar em relação com a existência complexa de sujeitos com sofrimento psíquico, os dispositivos de atenção deverão ser criados a fim de sustentar a multiplicidade de elementos do processo<sup>6</sup>. Por isso, a proposição de novas modalidades de atenção exige a reconstrução de concepções e a produção de inéditos modos de compreensão que visem à elaboração de dispositivos e estratégias de intervenção<sup>2</sup>.

No âmbito dessa dimensão da reforma psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são os serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n.º 3.088/11, republicada em 2013<sup>7</sup>. Em suas diferentes modalidades, o CAPS é definido como um serviço territorial responsável pela ordenação da rede de cuidados dos usuários da RAPS; dentre as ações e estratégias de cuidado e de fomento de discussões, estão previstos acolhimentos, atendimentos, ações de reabilitação psicossocial, ações de articulação em rede intra e inter setoriais, dentre outras<sup>8</sup>. O território, entendido como um espaço plural com diversas histórias, formas de viver e formas de habitar, constitui para sujeitos e para coletivos modos de pertencimento com múltiplos sentidos<sup>1,9</sup>. Ressalta-se que, além de diferentes modalidades de CAPS, a RAPS conta com outros seis componentes de atenção<sup>7</sup>.

A criação e a consolidação de tal rede de atenção que entende a pessoa com experiência de sofrimento psíquico, antes de tudo, como um cidadão, só são possíveis por meio da interlocução com o campo da política e do direito, o que resulta na terceira dimensão do processo de reforma psiquiátrica, a dimensão jurídico-política. Vale afirmar que o caráter de legalidade e o direito são elementos fundamentais das lutas emancipatórias: os ganhos dos movimentos sociais passam pela linguagem do direito, virando conquistas legais. Pode-se afirmar que um dos primeiros marcos dessa dimensão é a Declaração de Caracas, de 1990, que assevera princípios e diretrizes para a reestruturação da atenção em saúde mental. Mas o destaque é a promulgação da Lei n.º 10.216/01, que dispõe sobre os direitos e a atenção às pessoas com sofrimento psíquico e redireciona o modelo de atenção em saúde mental<sup>4</sup>, e a concomitante constituição de uma Política Nacional de Saúde Mental.

Acerca do processo histórico de promulgação dessa Lei, resultado do debate em torno de um projeto de lei apresentado em 1989 que envolveu tensões, disputas e discussões entre diferentes instituições e aparatos sociais, Delgado<sup>10</sup> ressalta a emergência da figura do usuário de serviço de saúde mental como sujeito político. Em diálogo com profissionais, com familiares e com o Estado, os usuários participaram da criação e da consolidação das bases consensuais para a elaboração dessa Lei e das políticas públicas de saúde mental<sup>10</sup>. As garantias fornecidas pela promulgação dessa Lei impulsionaram o processo de reforma psiquiátrica em todas suas dimensões, influenciando na criação de outras legislações

relevantes para a consolidação do processo de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica.

Ademais, é componente indispensável da dimensão jurídico-política as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992, 2001 e 2010, com ampliação progressiva da participação e protagonismo de usuários e familiares. Em suma, as Conferências Nacionais de Saúde Mental se revelaram importantes dispositivos para organização, construção e consolidação do processo de reforma psiquiátrica, operando transformações complexas na saúde mental, com desdobramentos para além da dimensão jurídico-política em uma intercorrespondência com as outras dimensões desse movimento.

Nesse cenário de luta por direitos e transformações, têm papel essencial os movimentos sociais, com destaque para o que veio a ser o movimento da luta antimanicomial. No processo histórico da reforma psiquiátrica, foi a partir da denúncia da violência existente nos Hospitais Psiquiátricos que os trabalhadores em saúde mental passaram a se mobilizar, exigindo do Estado mudanças concretas na atenção às pessoas com sofrimento psíquico. Um momento importante desse processo refere-se à realização, em 1987, do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Nessa ocasião, com a adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o movimento se ampliou e passou a contar com a presença e a participação dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares<sup>2</sup>. A ampliação e o fortalecimento da participação de usuários e familiares em tal movimento social são indicativos da construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento psíquico, produzidos pela reforma psiquiátrica.

Justamente, é nesse percurso de recriação de novas formas de intervenção e de relação com as pessoas com experiência do sofrimento psíquico que se encontra a quarta dimensão do processo de reforma psiquiátrica, a sociocultural<sup>2</sup>, que diz respeito “ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura”<sup>2</sup>. Assim, na dimensão sociocultural, são fundamentais as experiências e os projetos que buscam, na articulação com a cultura, transformar o lugar social do sofrimento psíquico; é uma dimensão estratégica da reforma psiquiátrica pelas reverberações que produz no tecido social em geral. Essa dimensão está intrinsecamente relacionada às outras três, uma vez que pela criação de novas concepções e conceitos acerca do sofrimento psíquico, pelas práticas transfor-

madoras realizadas na RAPS, e pela consolidação de leis que estabelecem os direitos das pessoas com sofrimento psíquico é possível modificar o imaginário social acerca da loucura. Nesse cenário, a participação social e política dos atores sociais é um aspecto fundamental dessa dimensão e que possibilita a articulação intrínseca com as demais.

O que parece fundamental enfatizar é que o processo de reforma psiquiátrica, compreendido na perspectiva da desinstitucionalização, constitui um percurso complexo e vivo. A busca pela transformação das relações entre o sofrimento psíquico e o tecido social e pela garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico, envolve a produção de saberes, o desenvolvimento de práticas inovadoras e a elaboração de políticas públicas e de fundamentos legais para a viabilização e sustentação desse projeto<sup>2,3</sup>. Nesse percurso, a participação de pessoas com experiência de sofrimento psíquico na constituição de políticas públicas para a construção de estratégias e redes de atenção é primordial; a essência desse processo é a luta por direitos e afirmação da cidadania e, nesse sentido, trata-se de “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”<sup>2</sup>.

## Método

Esse texto consiste em uma revisão narrativa da literatura, definida como uma revisão bibliográfica não sistemática e apropriada para discussão e desenvolvimento de um determinado assunto de um ponto de vista teórico e contextual<sup>11</sup>. A revisão foi desenvolvida a partir de uma questão orientadora: considerando a centralidade da participação das pessoas com sofrimento psíquico no processo de construção das políticas públicas na reforma psiquiátrica brasileira, quais são os principais elementos e marcos do percurso histórico e do panorama atual específicos da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes? A proposta de uma revisão narrativa da literatura, com enfoque no percurso de criação e implementação de políticas públicas sustentadas por legislações, consiste em situar o desenvolvimento e os avanços do campo da saúde mental infantojuvenil no cenário geral da reforma psiquiátrica brasileira, levando em consideração a participação das crianças e adolescentes nesse processo.

Assim, foi feito o levantamento de um conjunto de documentos diversos que abordam a

questão, foi sistematizada a discussão e produzida uma análise crítica do ponto de vista teórico e conceitual. A busca pelos documentos foi realizada em base de dados nacional (SciELO), com foco específico nas buscas de documentos técnicos e institucionais da área temática da Saúde Mental da Biblioteca Virtual em Saúde e na consulta de documentos legais, constituindo conjunto de documentos primários de análise; ainda, para uma leitura desses documentos, foram consultados artigos e livros relacionados ao tema em questão, identificados a partir das citações e referências dos primeiros materiais e considerados chaves na discussão das políticas públicas analisadas. Na revisão, primeiramente, foram selecionados todos os documentos técnicos e institucionais produzidos pela área temática da Saúde Mental da Biblioteca Virtual em Saúde, além dos documentos legais relativos à área. A partir de uma leitura exploratória inicial, foram selecionados os documentos que são marcos do campo da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Com base nas referências desses materiais, foram selecionados documentos publicados na forma de artigos em revistas indexadas, bem como livros que, do ponto de vista informativo bem como crítico, tratassem do tema em questão. Dessa forma, os materiais analisados compreendem documentos técnicos, institucionais e legais, tais como legislações e documentos orientadores e promotores de políticas públicas, além de um conjunto de documentos sob a forma de artigos e livros específicos sobre o tema de referência no campo.

Após leitura do conjunto do material e análise, a discussão teórica foi organizada em dois eixos temáticos, a saber: caminhos para construção da atenção à saúde mental infantojuvenil; e a atenção à saúde mental infantojuvenil no âmbito da reforma psiquiátrica. Ainda, foi realizada ao final uma reflexão crítica, que constitui o comentário da revisão narrativa, acerca da importância de garantia da escuta da voz de crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico e usuários de serviços de saúde mental. Dessa forma, pretendeu-se discutir e refletir sobre o desenvolvimento da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e os caminhos no processo de ampliação da participação de desses sujeitos na produção de políticas públicas.

Destaca-se que este estudo é parte de pesquisa que objetivou analisar os motivos de internação de crianças e adolescentes, no contexto da reforma psiquiátrica, em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar a partir das perspectivas da insti-

tuição, bem como das crianças e dos adolescentes internados/institucionalizados<sup>12</sup>.

### **Caminhos para construção da atenção à saúde mental infantojuvenil**

A criação de uma política de atenção à saúde mental específica para a população infantojuvenil está inserida no contexto macro do processo de reforma psiquiátrica e de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, embora haja uma inclusão tardia desse tema nessa agenda<sup>13</sup>. Assim, a transformação do campo é uma ação recente que preenche uma lacuna na assistência à população infantojuvenil com sofrimento psíquico.

Historicamente, por falta de investimentos e vontade do setor público, foram criadas para crianças e adolescentes instituições totais com modelos de atenção que não priorizaram a produção de cuidado integral, e nem tinham como foco a reinserção social e a relação com outros setores sociais<sup>14</sup>. Segundo Couto<sup>15</sup>, ao olhar para o histórico da atenção produzida para crianças e adolescentes no cenário nacional, é possível encontrar duas situações principais vivenciadas por essa população: crianças e adolescentes que habitam os “abrigos para deficientes” de lógica asilar e à margem do sistema formal de saúde mental, e crianças e adolescentes “diagnosticados como autistas ou psicóticos” que “são encontrados peregrinando em busca de atendimento especializado, sem que os localize”.

Assim, a assistência até então produzida para essa população, com o engendramento de “um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado”, acarretou não na inserção social em uma perspectiva de construção de direitos de crianças e adolescentes, mas, sim, na “institucionalização do cuidado” e na “criminalização da infância pobre”, o que gerou “um quadro de desassistência, abandono e exclusão”<sup>14</sup>; trata-se de uma lógica de enquadramento e de isolamento das crianças e dos adolescentes considerados desviantes. No âmbito jurídico-político, esse cenário era corroborado inicialmente pelo Código de Menores de 1927, conhecido como Código Mello Mattos, que foi substituído pelo Código de Menores em 1979. Se o primeiro expressava a finalidade de “saneamento social”, o segundo entendia que havia situações de riscos na infância e na adolescência que precisavam ser resolvidas por meio de internações em massa, sendo aplicadas preferencialmente para crianças

e adolescentes que se encontravam em situação de vulnerabilidade social ou que haviam cometido pequenos atos infracionais<sup>16</sup>.

O movimento pela redemocratização do país, no qual estava inserida a luta pela reforma psiquiátrica, deu visibilidade à necessidade colocada de se pensar a criança e o adolescente como cidadãos e provocou a transformação da questão. A Constituição Federal de 1988 afirmou a cidadania das crianças e dos adolescentes, condição de sujeitos de direitos que resultou na promulgação de Lei n.º 8.069/90, o ECA<sup>17</sup>. Esse dispositivo em vigor visa a enfatizar o caráter de cidadão das crianças e dos adolescentes e a garantir os seus direitos, asseverando a necessidade de o Estado garantir a proteção integral desses sujeitos, com a constituição de ambientes e de vínculos sociais e familiares afetivos, o pertencimento a um território e a seu tecido social, a educação em escolas, a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros<sup>17</sup>. Com efeito, o ECA é um marco histórico para a construção de novas políticas e modos de atenção voltados para a população infantojuvenil.

No que se refere especificamente à atenção a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, a consolidação do ECA, concomitantemente com o processo de reforma psiquiátrica e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, exigiu a reestruturação da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Vale destacar que Delgado<sup>10</sup> chama atenção para a “ausência do tema de crianças e adolescentes no debate da reforma psiquiátrica” nos anos 1990, em um desencontro entre as discussões acerca das políticas públicas para crianças e adolescentes e o campo da saúde mental. Justamente, apenas em 2001, foram criadas condições concretas para construção de políticas públicas para essa população com a promulgação da Lei 10.216/01<sup>4</sup>; tão logo nesse mesmo ano, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, esta temática foi eleita como um dos focos prioritários da reforma psiquiátrica, sendo assinalado que a “elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do ECA”<sup>18</sup>.

### **A atenção à saúde mental infantojuvenil no âmbito da reforma psiquiátrica**

A partir do contexto primordial produzido pela Lei 10.216/01, tem-se como um importante marco para a efetiva transformação da atenção à

crianças e adolescentes a promulgação da Portaria n.º 336/02<sup>19</sup>, que criou condições de financiamento para a construção de CAPS em território nacional, dentre eles a modalidade dos CAPSi. A partir de então, há uma expansão significativa da rede de atenção psicossocial e, com a instituição da RAPS, em 2011, e a promulgação da Portaria n.º 854/12, que busca qualificar as informações das práticas dos CAPS, afirma-se pela legislação a articulação e integração dos diferentes pontos de atenção<sup>7</sup>, bem como ficam definidas as estratégias e ações na prática cotidiana dos serviços, incluindo o CAPSi<sup>8</sup>.

Considerando especificamente o percurso histórico da atenção à saúde mental infantojuvenil, é relevante assinalar que em 2003, por meio da Portaria n.º 1.946/03, e também como decorrência das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi criado um Grupo de Trabalho, sendo a atribuição “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”<sup>20</sup>.

A partir desta iniciativa, foi constituído, em 2004, por meio da Portaria n.º 1.608/04<sup>21</sup>, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, sendo composto por 32 representantes de diferentes instâncias com assentos permanentes e vindos dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, saúde mental e direitos humanos. O colegiado do Fórum, através da realização de reuniões temáticas e de plenárias, objetiva “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população”<sup>22</sup>. Com efeito, esse colegiado é um dos principais atores na construção das bases e das diretrizes para políticas públicas de saúde mental específicas para crianças e adolescentes, garantindo a construção e a consolidação de novos serviços estratégicos, os CAPSi, e inéditos modos de cuidado.

O conjunto dos princípios norteadores para a construção de tais políticas, explicitado em documento publicado em 2005, afirma que a atenção em saúde mental infantojuvenil deve prever o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede e a intersetorialidade na ação do cuidado, de modo a “possibilitar ações emancipatórias” e gerar “uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções

que cada sujeito faz a partir de seu quadro”<sup>14</sup>. Uma das premissas desse documento refere-se à noção ampliada das experiências de vida e do processo saúde-doença, com o entendimento de que múltiplas dimensões compõem esse processo; da parte dos serviços, tem-se como premissas um compromisso ético radical e profundo com a singularidade do sujeito e uma real tomada de responsabilidade pelo cuidado. Nessa perspectiva da singularidade das experiências de vida, as condições de produção de cuidado e a atenção à criança e ao adolescente com sofrimento psíquico estão relacionadas a uma escuta atenta das necessidades reais dos sujeitos e a garantia de escuta da voz deles, que podem dizer de si e de seu sofrimento. Trata-se de garantir o direito à palavra, legitimar seus saberes e criar possibilidades para que crianças e adolescentes possam narrar suas vivências, assinalar suas perspectivas e se responsabilizar subjetivamente por suas experiências em suas trajetórias de vidas.

Ainda, nesse documento que aponta os caminhos para a construção de políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, considera-se primordial a articulação entre diferentes setores e a construção permanente dessa rede, sendo de responsabilidade dos serviços o acolhimento universal e o encaminhamento responsável com a corresponsabilização dos distintos atores envolvidos. Nessa linha, é necessária articulação com o território dos sujeitos, que envolve os vínculos sociais, as histórias, as relações que os sujeitos estabelecem, os lugares que frequentam, entre outros<sup>14</sup>.

A partir desse conjunto de norteadores, entre 2005 e 2012 o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil realizou, no total, nove Reuniões Temáticas nacionais, além das regionais. Essas reuniões produziram três recomendações para esse campo de atenção, além de sínteses dos debates das reuniões, no sentido de produzir entendimentos, qualificar as discussões e fortalecer a construção de políticas públicas, abordando temas como os desafios da desinstitucionalização para o campo infantojuvenil no âmbito da RAPS, a articulação entre os operadores da saúde mental e da justiça, as estratégias de cuidado em rede – tendo em vista a intersetorialidade –, entre outros<sup>22</sup>. Importante notar que na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, é feita a convocação de outros setores envolvidos com a construção das políticas públicas em saúde mental, como os operadores do direito, da assistência social, da cultura, entre outros<sup>23</sup>. Assim, pode-se afirmar que se a intersetorialidade na atenção à saúde mental de crianças

e adolescentes já vinha sendo afirmada como um fundamento necessário na construção de políticas públicas, com um diálogo intenso com diversos setores em uma concepção de rede pública ampliada<sup>24</sup>, esse tema é fortalecido no contexto da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e tem continuidade nas reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil.

Do conjunto das reuniões, merece destaque a IX e última Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que ocorreu em 2012 com o tema “Desafios para o campo da infância e juventude no âmbito da rede de atenção psicossocial (RAPS)”, em uma discussão que “pretendeu qualificar o debate sobre a RAPS e seus pontos de atenção, formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens e qualificar a interface com o sistema de garantia de direitos e o protagonismo juvenil”<sup>22</sup>. Esta reunião produziu um conjunto de 41 proposições, dentre as quais se destacam a necessidade de tornar mais viável a participação de adolescentes em fóruns municipais, estaduais, regionais e nacionais, de fortalecer a RAPS e ações intersectoriais, e construir mecanismos de sustentabilidade para os CAPSi<sup>22</sup>. Também é fundamental o fato de que, por meio da articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e o Programa de Cidadania dos Adolescentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi viabilizada a presença e a participação de adolescentes com sofrimento psíquico nesse processo. Por conta disso, nessa reunião, foi significativa a participação dos adolescentes, que atuaram como ouvintes, debatedores e também relatores dos grupos de trabalho e da plenária; dentre as várias recomendações feitas pelos adolescentes na ocasião, ganha destaque “a necessidade de adequar os próximos fóruns e também os serviços da Rede de Atenção Psicossocial às demandas específicas e à linguagem dos adolescentes”<sup>25</sup>.

Ainda, em relação especificamente às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias, em 2011 é constituído um grupo de trabalho e em 2013 é publicado um documento que “objetiva contribuir para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção” dessa população no âmbito da RAPS<sup>26</sup>. Apesar de não ser um documento específico da saúde mental infantojuvenil, tem relevância considerando a população atendida nos CAPSi.

Dando continuidade às discussões no campo, em 2013 foi realizado o I Congresso Brasileiro de CAPSi (CONCAPSi), que buscou abarcar e deba-

ter a multiplicidade de práticas realizadas na rede de atenção psicossocial infantojuvenil atentas às singularidades das experiências, das histórias e dos contextos de vida dos usuários dos serviços<sup>27</sup>. Este encontro configurou-se como um espaço de compartilhamento de experiências e de reflexão sobre os desafios colocados, compreendendo a pluralidade de ações desenvolvidas não apenas no campo da atenção psicossocial direta, mas também nos eixos da formação, da gestão e da política, indicando uma riqueza de ações no campo<sup>27</sup>.

Ainda nesse ano, a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em parceria com outras e com o Conselho Nacional do Ministério Público, realizou uma consulta pública visando “estabelecer linguagem e entendimentos comuns que possam fazer avançar o acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde”<sup>28</sup>. Como resultado desse processo, foi produzido um documento em que são afirmados, no contexto da RAPS, os principais temas e desafios concernentes à atenção de crianças e adolescentes, tais como o papel estratégico da educação, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a proteção social integral, a atenção integral em saúde, as medidas socioeducativas, e a atenção em situação de violência<sup>29</sup>.

Esse documento é expressão do esforço de transformação significativa na atenção psicossocial. Nesse contexto, em uma perspectiva de uma clínica ampliada que reconhece o sujeito a partir do que lhe “é próprio e singular”<sup>30</sup>, busca-se garantir uma produção de cuidado que incluam ações como “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos”<sup>29</sup>. Assim, de um campo em que a exclusão social, a violência e o descaso com o cuidado eram as marcas principais, estando a problemática ausente da agenda de debates, passa-se a ter um campo vivo de invenções de serviços, de políticas públicas, e de modos de se relacionar com a experiência de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, com ações compromissadas com diferentes dimensões da reforma psiquiátrica.

#### **A garantia da escuta da voz de crianças e adolescentes usuários de serviços de saúde mental**

Na perspectiva da desinstitucionalização, a busca pela ampliação do protagonismo e participação social é um dos pilares fundamentais e um dos aspectos centrais na produção de proces-

sos de reabilitação, na medida em que reabilitar significa “construir (reconstruir) acesso real aos direitos de cidadania, ao exercício progressivo desses direitos, à possibilidade de vê-los reconhecidos e de agir a partir deles, à capacidade de praticá-los”<sup>31</sup>. Ora, o exercício pleno de direitos é o horizonte emancipatório e isso passa pela garantia de que atos de fala de usuários de serviços de saúde mental, que são cidadãos e sujeitos de direitos, tenham espaço no tecido social. Ou seja, as vozes dos sujeitos precisam ser validadas e enunciadas em espaços que as legitimem, seja em assembleias nos serviços, seja em encontros ampliados dos movimentos sociais, seja em diversos espaços e instituições do território e do tecido social. Assim, a possibilidade de ampliação da participação social está intrinsicamente relacionada ao fortalecimento do poder contratual no jogo social.

Como assinalado anteriormente, na reforma psiquiátrica esse processo constituiu, e ainda constitui, um percurso complexo, em que as mudanças conquistadas apenas se tornam possíveis pela realização de debates e de deliberações operados na esfera pública em que todos – trabalhadores, familiares, pessoas com sofrimento psíquico e sociedade em geral – participam. Assim, considerando o percurso histórico da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e a necessidade de aumentar a participação desses sujeitos no debate, torna-se relevante, refletir sobre como pode ser possível ampliar suas possibilidades de contratualidade e de participação social nesse processo, garantindo direitos e percursos de transformações.

Assim, pode-se afirmar, de modo geral, que por meio da garantia de fala opera-se com o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos e de responsabilidades, construindo, também, possibilidades para que sejam protagonistas de seus processos. Tendo em vista essas premissas, no âmbito da luta pela reforma psiquiátrica e de suas ações, as políticas públicas que vêm sendo construídas para a população infantojuvenil enfatizam, como afirmado, a importância de dar voz às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico, seja no espaço político como acontece nas Reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, seja nos serviços de atenção psicossocial, seja no cotidiano, pois:

[...] *na dimensão da saúde, enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta*

*daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falar sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família*<sup>28</sup>.

Para tanto, é imprescindível a disposição para escuta e a legitimação dessas falas em um processo de validação social. Nesse contexto, é interessante notar que uma prática recorrente dos serviços de atenção em saúde mental de base territorial refere-se à realização de assembleias periódicas, nas quais os profissionais, os familiares e os usuários do serviço têm direito à voz; tal prática era largamente utilizada no contexto da experiência italiana de desinstitucionalização. Assim, no cotidiano dos serviços, essa pode ser uma importante estratégia para ampliação da participação.

Para Vasconcelos et al.<sup>32</sup>, possibilitar que os usuários dos serviços possam falar sobre suas experiências e essas serem validadas significa fortalecer, ou “empoderar”, a voz de cada um, além de engendrar movimentos de transformação pelo fato de a voz ser “o instrumento de mudança social, cultural e institucional na sociedade civil”. O conceito de empoderamento, de caráter polissêmico, pode ser compreendido como o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais”<sup>33</sup>; assim, trata-se do fortalecimento do poder de contrato dos sujeitos nas diversas relações, possibilitando uma participação ampliada nas trocas sociais. Segundo Kinoshita<sup>34</sup>, o poder de contrato é estabelecido na relação com outros sujeitos na esfera social por meio de processos de intercâmbios, estando relacionado à troca de bens, de afetos e de mensagens; no percurso de ampliação da participação social, da autonomia e do poder contratual das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, é possível o profissional emprestar ao outro seu poder contratual, constituindo processos conjuntos de tal modo que, gradualmente, esse outro possa construir sua própria trajetória singular. Dessa forma, se garantir poder contratual aos usuários é ponto de partida para a constituição de relações mais horizontais nas práticas em saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica e ampliação da autonomia, participação social e contratualidade, revela-se imprescindível assegurar a escuta das experiências vivenciadas por esses sujeitos enquanto estratégia de empoderamento.

Ainda segundo Vasconcelos et al.<sup>32</sup>, as narrativas dos usuários dos serviços sobre suas experiências possibilitam que as vivências sejam

expressas a partir da perspectiva pessoal, social e política, em um processo de “afirmação da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade e das narrativas feitas de fora e de cima pelos profissionais e especialistas”. Ora, considerando em particular o direito à fala da criança e do adolescente, é relevante notar que desde o princípio da construção de políticas de saúde mental infantojuvenil considera-se que:

*Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela*<sup>14</sup>.

Justamente, de acordo com Vasconcelos et al.<sup>32</sup>, quando as experiências narradas pelos usuários dos serviços podem ser compartilhadas com as vivências de outros usuários, é possível às pessoas colocarem-se “como porta-vozes mais universais dessas dimensões recalcadas do ser, e reclamarem mudanças concretas nas formas como a sociedade encara e trata dessas dimensões e dessas pessoas”. Nesse sentido, estar atento ao modo como os sujeitos compreendem seu processo significa abrir um campo de possibilidades de transformação a partir da experiência concreta desses sujeitos.

A partir dessa compreensão, é preciso criar estratégias e possibilidades diversas para que essas narrativas tenham lugar, seja na prática coti-

diana dos serviços, seja em espaços políticos ampliados. A construção de tais ações constitui-se, ainda hoje com tantos avanços, como um desafio permanente da reforma psiquiátrica.

### Caminhos a seguir

A construção de políticas públicas e de modos de atenção em saúde mental, em uma perspectiva de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, mostra-se como um processo contínuo de luta pela construção e efetivação de direitos. No campo da atenção à saúde mental infantojuvenil são notórios os avanços produzidos nas diferentes dimensões, com destaque para a criação e expansão dos serviços para essa população garantidos por meio da legislação e para as mobilizações sociais e políticas na busca por garantir a escuta e a voz de crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico. Contudo, há que se destacar que a última reunião realizada pelo Fórum ocorreu em 2012 e, tendo em vista que novas proposições e o seguimento de políticas públicas estão relacionados a um campo político ampliado, é temeroso que esses avanços enfrentem interrupções. Nesse sentido, é preciso investir permanentemente na construção desse processo, construindo possibilidades no cotidiano dos serviços e em níveis diversos, com o desenvolvimento de projetos que estejam comprometidos, de fato, com a ampliação da participação social de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e a garantia de cidadania.

### Colaboradores

CP Braga trabalhou na concepção, delineamento e redação final do artigo. AFPL d’Oliveira trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: MS; 2005.
2. Amarante P, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.
3. Nicácio F. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
4. Brasil. Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 6 abr.

5. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F, organizador. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.17-59
6. Basaglia F. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
7. Brasil. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.
8. Brasil. Portaria nº 854, de 22 de Agosto de 2012. Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012. *Diário Oficial da União* 2011; 24 ago.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. Brasília: MS; 2013.
10. Delgado PG. Saúde Mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia* 2011; 63(2):114-121.
11. Rother ET. Revisão sistemática X Revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* 2007; 20(2):v-vi.
12. Braga CP. *A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015
13. Couto MCV, Delgado PGC. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.* 2015; 27(1):17-40.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: MS; 2005.
15. Couto MCV. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira T, organizador. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC; 2004. p.61-74.
16. Coimbra CMB, Nascimento ML, Ayres LSM. *Pivetes: encontros entre a Psicologia e o Judiciário*. Curitiba: JURUA; 2008.
17. Brasil. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília; 2002.
19. Brasil. Portaria Federal n.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II. *Diário Oficial da União* 2002; 19 fev.
20. Brasil. Portaria Federal n.º 1.946, 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. *Diário Oficial da União* 2003; 10 out.
21. Brasil. Portaria Federal n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. *Diário Oficial da União* 2004; 3 ago.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: MS; 2014.
23. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Conasa). Comissão Organizadora da IV CNSM. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília; 2010.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: MS; 2007.
25. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *UNICEF promove participação de adolescentes e jovens no Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil*. Brasília: UNICEF Brasil; 2012 Nov; s.p.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS*. Brasília: MS; 2013.
27. Universidade Federal do Rio de Janeiro/IPUB/NU-PPSAM. *Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi): Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro; 2013.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos. Versão Preliminar*. Brasília: MS; 2013.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos*. Brasília; 2014.
30. Couto MCV, Delgado PGG. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro EL, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2010. p. 271-279.
31. Rotelli F. *Per la normalità*. Trieste: Asterios Editore; 1999.
32. Vasconcelos EM, Leme CCCP, Weingarten R, Novaes PR, organizadores. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro: EncantArte; 2005.
33. Vasconcelos EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2825-2835.
34. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.55-59.

Artigo apresentado em 25/07/2016

Aprovado em 17/12/2016

Versão final apresentada em 19/12/2016