

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL VOLTADA PARA A POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL: uma revisão bibliográfica

(MENTAL HEALTH POLICY FOR THE CHILDREN'S POPULATION: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW)

Mariana de Fátima Lima de Moraes Barbosa¹

Jennifer Cicera dos Santos Faustino²

RESUMO

O presente artigo apresenta uma análise teórica sobre a trajetória da saúde mental no Brasil, tendo como objetivo analisar a políticas públicas na Saúde Mental, inserindo a população infanto-juvenil. Para isso, descreve-se, historicamente, a política pública de saúde mental no Brasil e identificam-se as particularidades da política pública de saúde mental nos equipamentos públicos que assistem à população infanto-juvenil. Como metodologia, utilizou-se da pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa. Após realização do estudo, observou-se que houve uma grande transformação ao longo das décadas e que hoje, devido a reforma psiquiátrica, o usuário em sofrimento psíquico possui melhores condições de receber o tratamento adequado.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas Públicas. Infanto-Juvenil.

ABSTRACT

This paper presents a theoretical analysis about the mental health trajectory in Brazil, aiming to analyze the public policies in Mental Health inserting the children and youth population. Describing, historically, the public policy of mental health in Brazil and Identifying the particularities of the public policy of mental health in public facilities that assist the children and youth population. For this, we used the bibliographical research, of qualitative nature. It was observed that there has been a great transformation over the decades and that today, due to psychiatric reform, the user in psychological distress is better able to receive the appropriate treatment.

Keywords: Mental health. Public Policy. Youth.

¹ Acadêmica de graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: marianahadassa09@gmail.com

² Mestre em Desenvolvimento e meio Ambiente. Docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Ateneu – Unidade Lagoa. E-mail: jennifer.faustino@uniateneu.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chicotada e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado. Por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Para Phillippe Pinel, no século XVIII, considerado o pai da psiquiatria, era necessária uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e tirando-os dos manicômios. A intervenção defendida por Pinel baseava-se na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deveria ser exercida com firmeza, mas com gentileza.

O início do movimento da luta Antimanicomial foi marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado nessa luta, o Movimento da Reforma Psiquiátrica propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

A partir da Reforma Psiquiátrica, os avanços foram se concretizando. Nesse sentido, vemos que a Política de Saúde Mental no Brasil busca promover a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos Hospitais Gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa a constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção à pessoa com sofrimento mental, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

Diante dessa temática, este trabalho tem como objetivo analisar quais as ações da Política de Nacional de Saúde Mental são voltadas para a população infanto-juvenil. Tem como objetivos específicos: descrever, historicamente, a política pública de saúde mental no Brasil; historicizar o avanço das políticas voltadas para crianças e adolescentes; identificar as particularidades da Política de Nacional de Saúde Mental nos equipamentos públicos que assistem à população infanto-juvenil. Este artigo pretende contribuir no debate e na análise da saúde mental no Brasil, tendo em vista que é um

dos espaços sócio ocupacionais do Serviço Social. Podemos colaborar tanto para categoria profissional do Serviço Social, como para as demais ciências.

Este trabalho está dividido em três partes. Na primeira seção, fala-se sobre Saúde Mental como Política Pública; na segunda seção nos aprofundamos na história e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e no terceiro momento, abordamos a população Infanto-Juvenil dentro da Saúde Mental.

2 METODOLOGIA

O presente artigo foi elaborado com base na pesquisa de natureza qualitativa, que segundo Minayo (2001, p. 21), “[...] responde a questões muito particulares”. É um trabalho que não pode ser quantificado, pois está relacionado à subjetividade, ao mundo dos significados, correspondente a relações, processos e fenômenos.

Utilizamos a pesquisa bibliográfica, fonte importante para construção deste artigo e que, de acordo com Gil (2002), tem como base no material já produzido, em que podemos citar livros de leitura corrente e de referência, publicações periódicas e impressos diversificados. Esse tipo de pesquisa colabora com as diversas concepções de vários autores sobre determinados assuntos, em que se tem uma vasta cobertura de conhecimentos mais amplos.

3 SAÚDE MENTAL E POLITICAS PUBLICAS

O conceito de saúde definido pela OMS em 1946 afirma que “[...] é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência da doença”. Chamamos a atenção para dimensão social, onde saúde é melhorar as condições de vida, rumo ao bem-estar, porém se destina mais aos problemas trazidos pela doença (WHO, 2006).

Segundo a OMS (2001), a definição de saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo se dá conta de suas próprias atitudes, enfrenta as pressões normais da vida, pode ser produtiva e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade. A OMS utiliza e explica também o termo saúde mental positiva como “[...] a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, relacionado no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele relacionado seus objetivos, expectativas, sadios e preocupações” (WHO, 2001, on-line).

Estudos sobre os fatores no aumento ou redução de riscos para se desenvolver doenças mentais indicam a influência direta de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os fatores sociais são os que necessitam de intervenções sobre a comunidade ou sociedade como um todo: pobreza, dificuldade no acesso a moradia, educação, transporte, desemprego, populações refugiadas por conta de guerras catastróficas naturais, discriminação e injustiça racial, convivência com a violência e a criminalidade, mais condições de trabalho, acesso ao álcool e a outras drogas, desorganização de comunidade e degradação do capital social (SAXENA, 2006).

Os fatores biológicos e psicológicos são os que necessitam de intervenções voltadas ao indivíduo e às famílias: complicações perinatais e baixo peso ao nascer, conflito e desorganização familiar, dificuldade escolar e baixa escolaridade, déficit de atenção ou dificuldade de leitura, abuso ou negligência na infância, pais com doenças mentais ou abuso de substâncias, eventos de vida estressantes (luta, separação, dentre outros, imaturidade e descontrole emocional, exposição a violência, agressão ou trauma emocional, solidão, isolamento, dor e insônia crônicas, desempenho social ou profissional ruim, focos de internações preventivas (SAXENA, 2006; WHO, 2004).

Neste sentido, o Sistema de Saúde no Brasil, no início do século XX, estava envolvido em campanhas sanitaristas e nos atendimentos de casos de surtos epidêmicos. Na década de 1970, o atendimento a saúde era focado no tratamento hospitalar, serviço realizado por instituições privadas, mantido por verbas do governo.

O Sistema Nacional de Saúde foi criado e aprovado em Lei nº 6. 229, de julho de 1975, que permitiu a separação de ações ligadas à saúde pública e ações de atenção às pessoas. Decorrente de mudanças socioeconômicas no país, no final da década de 1970, ocorreu a Reforma Psiquiátrica, que será abordada adiante neste trabalho. A partir de então, o modelo de médico assistencialista foi substituído, mantendo-se o foco no tratamento e internações de pessoas.

Um dos grandes avanços foi a promulgação da Lei nº 8. 080, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), como o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de qualquer serviço.

Entre uma das diretrizes, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que segmenta uma rede de serviços aos usuários, atendendo diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves, e insere a assistência integral. Esta política busca obter maior participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. No

SUS, os pacientes com transtornos mentais são atendidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Precisam de atenção psicossocial as pessoas que sofrem com transtornos mentais, tais como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e consumo de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, maconha, crack e outras drogas).

A Política Nacional de Saúde Mental motiva maior integração social, reforça a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que é identificado com transtorno mental. Pacientes que apresentam transtorno mental recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O SUS é a construção de uma rede contínua, segura, eficaz e humanística a serviço das pessoas com transtornos mentais.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pelos seguintes serviços:

- O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que é resultado da política de saúde mental brasileira para a mudança de atendimento na comunidade. Com a evolução do modelo, verificou-se que o CAPS atendia várias necessidades da reforma psiquiátrica, dentre os cuidados de saúde mental. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi criado como recurso da clínica ampliada e da política nacional de humanização em saúde. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS foi originalmente criado como um recurso da clínica ampliada e da política nacional de humanização em saúde. É um instrumento fundamental para a organização do processo de trabalho matricial. Há uma valorização do olhar das políticas de saúde coletivas, nas quais as práticas de saúde coletiva levam em consideração o indivíduo e seu contexto social, focando-se na singularidade de sua realidade, como consta na política nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Os projetos podem ser; além de indivíduo, familiares e até tentativas. Assim, permitem extrapolar o foco de intervenções, para além do indivíduo, o que para saúde mental muitas vezes é fundamental. São produtos da interação entre os vários profissionais, nas discussões de caso BRASIL (2008).

Parte integrante da realização do PTS é a formulação diagnóstico multiaxial, que é composta pelos seguintes itens: sintomas mentais; transtornos mentais de personalidade e do desenvolvimento; problemas sociais. (BRASIL, 2008).

As propostas de intervenção são criadas conjuntamente pelos membros da equipe, sendo que tarefa específica deve ter seus responsáveis destacados, assim como o momento para reavaliação do caso, havendo um responsável pelo caso, para

coordenar (e cobrar) as pactuações construídas durante sua formulação. Enfim, a formulação do PTS deve ser composta para vários tópicos, a saber: abordagem biológica e farmacologia; abordagem psicossocial e familiar; apoio do sistema de saúde; apoio da rede comunitária; trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

É um instrumento como ferramenta de trabalho para as políticas de saúde coletiva, focando no contexto social do indivíduo, sua realidade e política nacional de Atenção Básica, sendo discussões de caso de vários profissionais.

- A Unidade de acolhimento, adulto e infanto-juvenil, realiza o acolhimento e tratamento e reinserção social de crianças e adolescentes, com idade entre 0 e 18 anos, que tenham transtornos mentais nos jovens e adultos.
 - As enfermarias especializadas em Hospital Geral. O Serviço Hospitalar realiza por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/outras drogas.
 - O Hospital Psiquiátrico, que pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões em que o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente.
 - O Hospital-Dia, assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirurgias, diagnósticos e tratamentos terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade para um período máximo de 12 horas.
 - A Atenção básica de Saúde (ABS), ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial que tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidade de correntes do uso do crack, álcool e outras drogas, compartilhadas sempre que necessário, com os demais pontos da rede.
 - A Urgência e emergência - Pontos de atenção da Rede de Atenção as Urgências – SAMU 192, Sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência.
 - As Comunidades terapêuticas, cujo foco de atenção na rede nasce dentro das políticas de enfrentamento do crack, mas deve se expandir para uma série de circunstâncias em que a situação de rua ou a precariedade do ambiente familiar causam um agravamento insustentável do quadro enfrentado.

3.1 O Governo Temer: uma nota sobre o neoliberalismo de exceções

Na saída da Dilma Rousseff do poder; entrou em seu lugar o vice-presidente Michel Temer (PMDB), implementando a doutrina do choque e do pavor (27) e o estado de exceção (28), ambos elementos para uma espécie de conceituação que podemos classificar de “neoliberalismo de exceção”, que se baseia nas seguintes características: ajuste fiscal rigoroso, agressiva perseguição e criminalização aos movimentos sociais; avanços das reformas trabalhistas e previdenciária, apoio irrestrito ao setor privado via inserções, desonerações e incentivos financeiros ao mercado de trabalho, controle e parceria com a maioria do congresso nacional, principalmente com as bancadas mais conservadoras, como os dos planos privados de saúde, além de conchaves com a meta do setor bancário, financeiros, judiciário e midiático numa aliança contra tudo o que representa os termos Democracia; Direitos Humanos e Políticos Sociais no Brasil (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Em relação à política pública de saúde, o Governo Temer enterrou de vez qualquer tipo de avanço na área, acelerando a politização e o subfinanciamento do setor, defendendo propostas desconstituintes – no sentido de violar o SUS Constitucional – a começar pela nomeação para Ministro da Saúde de um representante do conglomerado de empresas de planos privados de saúde.

Entre os retrocessos sanitários perpetrados por apenas 1 ano de neoliberalismo de exceção aplicadas no período Michel Temer e uma das principais iniciativas foi a Proposta de Emenda Constitucional PEC nº 241, pela Câmara dos Deputados e rebatizada como nº 53 no Senado Federal. Foi aprovado pelo Congresso Nacional como Emenda-Constituição nº95/2016, que institui o Novo Regime Fiscal e que retirou do SUS em taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em 4,5% (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Para os referidos autores, tal decisão representa do fim do SUS como o conhecemos, pois não haverá investimento real nas ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sendo um ataque de graves proposições às propostas e demais do Movimento da Reforma Sanitária.

Outro retrocesso é a proposta dos planos privados populares ou oficialmente denominado Plano de Saúde Mais Acessível, realizada por um grupo de trabalho convidado pelo próprio Ministério de Saúde e formado por representantes de mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar, incluindo a Associação Brasileira de Planos de

Saúde – Abrange, Associação Médico Brasileiro - AMB, Unimed, além de representantes governamentais como a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, demonstrando, por parte do governo, uma postura inconstitucional e incoerente com seu dever da efetivação e comprometimento como o Sistema Único de Saúde. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Há outros retrocessos sanitários do Governo Temer e seu neoliberalismo de exceção, como o corte de banda larga de milhares de Unidades Básicas de Saúde (UBS), suspensão de concursos públicos para o Ministério da Saúde, conflito sistemático com a Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI), contingenciamento no repasse de financiamento para os entes subnacionais, fechamento de centenas de Farmácias Populares e redução de atuação do Programa Mais Médicos, explicando, dessa forma, uma atuação *jus* político contrário aos ditames do SUS Constitucional.

Durante o governo Temer, em que foram cancelados vários direitos da população civil, entre eles, os serviços da saúde, que são fundamentais num país e principalmente para a população necessitada, que mais padece. Nesse interim, o SUS era o único recurso para essa população, tendo o governo o dever de garantir o acesso à sociedade necessitada, entrelaçada a desigualdades sociais.

3.2 Um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se deu início no final da década de 1970 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Este movimento foi influenciado pelo movimento reformista italiano.

A crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, que era o órgão do Ministério da Saúde Mental, responsável pela formulação das Políticas de Saúde Mental, foi o ponto de partida para a necessária reforma, pois as condições humanas e de trabalho eram precárias, havia queixas salariais e o modelo-médico assistencial era percebido como ultrapassado.

Diante disso, ocorreu a greve dos trabalhadores em 1978, organizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro. Movimento este que formou um quadro de críticas ao modelo clássico e hegemônico de tratamento o modelo-terapêutico, propondo-se a intenção da ação no campo social da psiquiatria, com o pensamento crítico relacionado a saúde mental, por meio da desinstitucionalização na inversão desse modelo.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, com fatos importantes para o avanço da Reforma Psiquiátrica. O evento tinha como propostas gerais a ampliação do conceito de saúde, incluindo seus determinantes as condições gerais de vidas e a participação popular na saúde mental. Considerando as questões dos trabalhadores da área, foi sugerido que revirassem a efetivação do papel destes dentro desse novo modelo de atenção à saúde mental.

A Conferência proporcionou que fosse pensado em saúde não apenas como ausência de doenças, mas que fosse relacionada com a vida social, cultural, econômica e política da pessoa. O II Congresso Nacional do Movimento da Trabalhadora em Saúde Mental, ocorrido em dezembro de 1987, com lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, apresentou três eixos básicos, sendo o I eixo referente à ampliação da discussão da loucura, indo além de seu aspecto meramente assistencial. Outro ponto relacionado à organização dos profissionais de saúde mental com o Estado, se voltou para que fossem reconhecidos como trabalhadores da saúde pública. O terceiro e último eixo buscava a reflexão sobre a prática profissional concreta, no cotidiano, para que houvesse efetivamente a ruptura com o isolamento social.

Inspirado na Lei Basaglia (Lei 180 de 1987), o então deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou um Projeto de Lei ao Congresso Nacional, no ano de 1987, que propunha uma mudança radical no que se referia à assistência em saúde mental.

No novo Projeto de Lei constava que seriam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos e que a rede hospitalar psiquiátrica seria extinta em cinco anos. Havia tratamentos alternativos e a interferência da autoridade judiciária que julgaria a internação ou não, quando fosse solicitado pelo paciente.

A Declaração de Caracas, aprovada por aclamação na Conferência do dia 14 de novembro de 1990, destacou a reestruturação da assistência psiquiátrica, revisando o papel hegemônico e centralizado do hospital psiquiátrico, que era a única forma de tratamento. Este projeto de lei tramitou por 12 anos no Senado, sofrendo várias modificações. O interesse político e econômico para que os hospitais psiquiátricos se mantivessem em pleno funcionamento dificultaram o andamento do processo de reforma e continuam até os dias de hoje, com uma força bastante reduzida.

Definida no dia 06 de abril de 2001, foi sancionada a lei n 10.216, chamada Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nela se apresentaram algumas mudanças básicas; iniciando pela nomenclatura dos doentes mental, usando

agora usuário, em vez de paciente, sendo que ele é um usuário de um serviço de saúde, serviço de saúde mental, especificamente.

O modelo hospitalocêntrico passou a ser modelo psicossocial, buscando um olhar abrangente sobre este ser humano que sofre de transtorno mental. Estas mudanças ocorreram com um novo olhar na proposta à saúde mental, a família, de culpado “sem serventia”, tornado agora aliada e parceira no tratamento do ente familiar doente.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social de inclusão, de reintegração social e de reconstrução, na busca cotidiana e permanente do nosso lugar do doente mental na sociedade, buscando não só o modelo de atenção como mudança, mas a substituição dos manicômios por serviços de atenção diária a população que necessita.

Configura uma nova assistência e serviços a população que necessita, configurando uma nova política de saúde mental, com as mudanças que o movimento de Reforma Psiquiátrica propôs.

3.3 Holocausto Brasileiro anos 50 sem punição

Até início dos anos 1980, na cidade do Holocausto brasileiro, Barbacena – Minas Gerais, mais de 60 mil pessoas perderam a vida no hospital Colônia, sendo 1.853 corpos vendidos para 17 faculdades de medicina. Havia um comércio que incluía até a negociação de peças anatômicas, como fígado e coração, além de esqueletos. Mais de 70% dos internados sofria de fome, frio, diarreia, pneumonia, maus-tratos, abandono, tortura. Para revelar uma das tragédias brasileiras mais silenciosas, a tribuna refez os passos de uma história de extermínio (Educar Brasil,2011). É um fato considerado dos mais torturantes da história brasileira: hospital sem assistência adequada e profunda desumanização, que mantinha e tratava pessoas como animais, resultando numa zona de massacre.

Em 1903, criado pelo governo estadual, no hospital Colônia, oferecido “assistência aos alienados de Minas”, atendidos nos porões da Santa Casa, o Hospital Colônia, de início, com capacidade de 200 leitos, atingiu a marca de cinco mil pacientes, em 1961, tornando-se o endereço de um massacre. A instituição, transformada em um dos maiores hospícios dos país, começou a inchar na década de 30, mas foi durante a ditadura militar que os conceitos médicos simplesmente desapareceram. Eram trazidos para este lugar desafetos, homossexuais, militares, políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, pessoas sem documento e todos os tipos de indesejados, inclusive doentes mentais

(Educar Brasil, 2011). Na década de 30, durante a ditadura militar, sem ética, os conceitos médicos perderam-se.

Para Wellerson Durões de Alkmim, 59 anos, membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicologia, jamais esqueceu o primeiro dia em que pisou no hospital, em 1975. Cita o mesmo que “Ele era estudante do hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em Belo Horizonte, quando foi fazer uma visita à Colônia Zoológica de Barbacena. Tinha 23 anos e foi um grande choque encontrar, no meio daquelas pessoas, uma menina de 12 anos atendida no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil. Ela estava lá numa cela, e o que o separava dela não era somente grades. O frio daquele maio cortava sua pele sem agasalho. A metáfora que expôs sobre aquele dia foi sobre aqueles ônibus escolares que foram fazer uma visita ao zoológico, só que não era tão divertido. Wellerson Durões ficou muito impactado e, na volta, diz ter chorado diante do que viu”. (Educar Brasil,2011). O referido autor e doutor neuropsiquiátrico-infantil presenciou essa desumanização envolvendo crianças, onde não havia maca e nenhum equipamento hospitalar que pudesse dá suporte ao internamento dessas crianças. Havia pavilhões em que para os internos dormirem chamado de “leito único”, nome oficial, havia substituição das camas por capim, caso bárbaro em que as pessoas dessa época, inclusive as crianças, eram tratadas quase como animais. Não havia lençol, agasalho, nenhum suporte adequado para ser internado ali, ou mesmo ser chamado de hospital.

Entrar nesse local, chamado Colônia, era a decretação de sua sentença de morte. Era desumano. Os pacientes ficavam descalços, nus, defecavam em público e depois se alimentavam das próprias fezes. Pessoas que viviam como bichos, largados ao vento, e que havia a crueldade planejada. Nesse hospício, conseguiam tirar o caráter humano de uma pessoa. Ainda ocorriam os eletrochoques, que eram dados como se fosse crime. Para o Psiquiatra e escritor Ronaldo Simões Coelho, 80 anos, que trabalhou na Colônia no início da década de 60 como secretário geral da recém-criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, substituída, em 1977 pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), a Fhemig continua responsável pela instituição, reformulada a partir de 1980 e, recentemente, transformada em hospital regional. Hoje, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barcelona (CHPB) atende um universo de 50 cidades e uma população estimada em 700 mil pessoas. (Educar Brasil, 2011). Após a Reforma Psiquiátrica e a luta Antimanicomial, houve no país uma grande evolução no atendimento e tratamento e recuperação das pessoas internas nos hospitais, com a inovação da

assistência psiquiátrica e a recuperação das pessoas com transtornos mentais ocorre mais rápido no convívio com a sociedade.

3.2 A Saúde Mental na população infanto-juvenil

De acordo com a OMS (2005), adolescentes com boa saúde mental são capazes de manter bem-estar e funcionamento psicológico e social ótimos. Podem ter identidade e autoestima, se relacionar com familiares de maneira segura, aprender e produzir com facilidade, enfrentar os desafios do desenvolvimento e manusear recursos culturais para o seu crescimento. O jovem que possui boa saúde mental participa ativamente da vida econômica ativa na sociedade.

Segundo WHO (2005), existem várias razões para que sejam elaboradas políticas públicas de saúde mental específicas para adolescentes. Os problemas de saúde mental na infância e adolescência prejudicam a qualidade de vida e provocam estresse e sofrimento, tanto para criança e o adolescente, quanto a família. Crianças e jovens com problemas de saúde mental podem perder oportunidades em certos momentos da vida, em decorrência de seus sintomas ou do prejuízo funcional relacionado a estes, que são irreparáveis no futuro.

Historicamente, podemos observar que as políticas voltadas para as crianças e adolescentes são recentes, principalmente a de saúde mental. Até 1890, final do Império e início da República, não há registro de políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro. A população carente era cuidada pela Igreja Católica, nas Santas Casas. Este período foi chamado de sistema da Roda dos expostos e tinha como objetivo recolher crianças abandonadas e donativos (LORENZI, 2007).

Em 1923, foi criado o Juizado de Menores e em 1927, foi promulgado o primeiro documento legal voltado para a população de menor de 18 anos, criando o Código de Menores, conhecido de Código Mello Mattos (o primeiro juiz de menores da América Latina). O referido código era endereçado para crianças em "situação irregular" (o menor abandonado ou delinquente) e pretendia instituir diretrizes claras na infância e juventude excluídas (LORENZI, 2007).

Em 1942, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), órgão do Ministério da Justiça que funcionava com um equivalente do sistema penitenciário a população infanto-juvenil. Este órgão trabalhava sem júri. Prévios atendimentos diferentes eram dados aos adolescentes autores de atos infracionais, sendo internados no reformatório

e em casas de correção. Em 1950, foi instalado o primeiro escritório do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF no Brasil.

Durante o regime militar, entre 1964 a 1979, para a infância esse período foi composto por documentos significativos: A lei que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) (Lei nº 4.513, de 01 de dezembro de 1964) e o Código de Menores de 1974 (Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979), se baseou na revisão do Código de Menores de 1927.

Na década de 1980, a abertura democrática permitiu a ampliação da discussão sobre a infância e adolescência. Essa discussão se polarizou entre dois grupos: os menoristas, que defendiam a manutenção do Código de Menores - Doutrina da Situação Irregular; e os estatutistas, que defendiam grande mudança no Código, instituindo novos e amplos direitos às crianças e adolescentes, que passariam a ser sujeitos de direitos - Doutrina da Proteção Integral.

Com a promulgação da nova Constituição (1988), a perspectiva de Doutrina da Proteção Integral concretizou-se no artigo 227, que delineou esta perspectiva nas políticas brasileiras voltadas para crianças e adolescentes. Na então Carta Magna, se firmou ser dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, sendo incondicional, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, entre qualquer forma de descaso e desatenção, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Durante a década 1990, houve a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, consolidando uma enorme conquista da sociedade brasileira. O ECA, em especial nos três primeiros artigos, estabeleceu os valores e os princípios legais do cuidado dispensado às crianças e aos adolescentes:

Art.1º esta lei dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente Art.2º considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte anos de idade. Art.3º a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condição de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Em 05 de agosto de 2013, foi criada nova lei que institui o Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852), sob a autoria da Deputada Luizianne Lins. Este estatuto dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das Políticas Públicas de Juventude (PPJs) e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), ferramenta de desenvolvimento de ações produzidas para o público entre 15 e 29 anos.

Art.1º esta lei institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas da juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 1º para os efeitos desta lei, são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade. [...] Art.19º_ o jovem tem direito a saúde e a qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral. Art.20º_ a política pública de atenção à saúde do jovem será desenvolvida em consonância com as seguintes diretrizes: I- acesso universal gratuito ao Sistema Único de Saúde -SUS e a serviços de saúde humanizados e de qualidade, que respeitam as especificidades do jovem; II- atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e a prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens; III- desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e os estabelecimentos de ensino, a sociedade e a família, com vistas à prevenção de agravos

No campo da saúde mental, a promulgação da Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001, foi um movimento da redemocratização e de movimentos internacionais. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, e a internação que só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A portaria GM/MS nº 336, de 19 de setembro de 2002, foi o primeiro resultado e a primeira ação efetiva de cuidado de crianças e adolescentes na rede pública, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi). O CAPSi assume o papel de não somente oferecer cuidados clínicos a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, mas também gerenciar a rede ampliada de atenção.

O Capsi tem como o objetivo fazer atendimentos à população infanto-juvenil em sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e reinserção social, pelo acesso a escola, lazer, cultura, esporte, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Em 2005, foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento "Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil", implementado no SUS.

O primeiro princípio do referido documento é a ideia de que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos, presente no artigo nº 227 da Constituição de 1988, levando em consideração a singularidade de cada caso, referente à escuta cuidadosa de cada criança e jovem e não tomar fala de outro sobre eles. Nesse sentido,

compreender o sofrimento psíquico apresenta valor no aqui e agora e não apenas algo que atrapalhe o vir a ser adulto do futuro, precisando ser resolvida na demanda formulada e nos encaminhamentos a serem propostos, sendo fundamental evitar leituras morais e higienistas dos problemas de saúde mental identificados.

O serviço de saúde de acolhimento universal deve ser aberto para todos que precisarem e procurarem. Acolher significa receber e ouvir o motivo da procura e dar algum tipo de resposta, reduzir as barreiras burocráticas e os encaminhamentos irresponsáveis.

Devido a gama de demandas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), foi produzida a construção permanente da rede que interliga ações e serviços envolvidos com o cuidado de crianças e adolescentes, sendo: a saúde mental e geral, a educação, a assistência social e justiça, priorizando a integralidade dos cuidados e inclusão social. As redes são formas multicêntricas e uma forma de organização e articulação, com proposta de trabalho coletivo, contribuição diferente de articular sujeitos diversos ocasionando transformações (MENDES, 2008).

WHO (2001) destaca os serviços e ações de saúde mental que priorizam a perspectiva comunitária, desde a atenção na comunidade, emancipação, inclusão social, na conquista da cidadania e defesa de direitos das pessoas com problemas de saúde mental. A atenção comunitária, na prática, ocasiona o desenvolvimento de ampla variedade de serviços próximos às residências da população alvo, na construção de redes de apoio eletivas.

Segundo Couto (2008), para responder às demandas das crianças e adolescentes, houve a necessidade de implantação de um grande número de CAPSi no país. Para o Ministério da Saúde, a proposta é que haja um CAPSi para 150.000 habitantes (Portaria MS/GM nº3.088 de 23/12/2011). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, teríamos a necessidade de 1.272 CAPSi no País.

Considerando o maior número de CAPSi, será essencial melhorar a oferta e qualidade do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na Atenção Primária a Saúde. As crianças e suas famílias que necessitam do serviço comparecem com frequência as Unidades de Básicas de Saúde (UBS) para realização de intervenções e cuidados prestados pelos profissionais da saúde, priorizando a promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais.

4 CONCLUSÃO

Diante do estudo que se realizou, conclui-se que a Reforma Psiquiátrica propõe nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os dos manicômios, destinados somente aos doentes mentais.

Jovens e adolescentes passaram a ter os atendimentos garantidos pela Política de Saúde Mental no Brasil, que promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando as internações psiquiátricas apenas quando necessários e que contribuam para melhorar o tratamento. São usuários com direitos, defendidos pelos direitos humanos e podendo viver ativamente em sociedade. Todas as pessoas têm o direito à melhor assistência disponível quanto à saúde mental. Cabe indagar o que é melhor e em que contexto. Isso é muito importante, para nós do Serviço Social, e psiquiátrico, em que primamos pela contextualização do nosso trabalho profissional. Não adianta quereremos fazer inovações se o cenário social e a correlação de forças políticas não permitem, sendo imprescindível, analisarmos o CAPS e nossa atuação profissional, que é o principal equipamento reformista, sinalizado pelo documento do Ministério da Saúde.

Todas as pessoas com problemas mentais deverão ser tratadas com humanidade, respeito e dignidade, valores inerentes à pessoa humana. Todas as pessoas dispõem de valor humano, integralmente, tendo ou não transtorno mental, deficiência ou o que quer que seja. Todas as pessoas com problemas mentais e que estejam sendo tratadas têm direito à proteção contra a exploração econômica, sexual ou qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza e contra qualquer tipo de tratamento degradante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Lei n 12.852, de 05 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/images/stories/Saude/Lei-org-saude.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.488.** Portaria Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** acesso no tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília - DF: Opas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DELGADO, P. G. Perspectivas da psiquiatria após-asilar no Brasil. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério (orgs.). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

EDUCAR BRASIL. **Tecnologia a serviço da Educação.** 2011. Disponível em: <http://www.portaleducarbrasil.com.br/publico/quem-somos.php>. Acesso em: 24 set. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SAXENA, S., JANÉ-LLOPIS, E., HOSMAN, C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. **Word Psychiatry.**, v. 5, n. 1, 2006.

WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization. 2004. Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf. Acesso em 1 nov. 2019.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. 2001. Disponível em: <http://who.int/whi/2001>. Acesso em: 24 set. 2019.