



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Ana Cláudia de Oliveira Barbosa

**OS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**  
apontamentos sobre a realidade de Florianópolis

Florianópolis  
2023

Ana Cláudia de Oliveira Barbosa

**OS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**  
apontamentos sobre a realidade de Florianópolis

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico Campus Florianópolis da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Camargo

Florianópolis  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

de Oliveira Barbosa, Ana Cláudia

Os caminhos da saúde mental de crianças e adolescentes :  
apontamentos sobre a realidade de Florianópolis / Ana  
Cláudia de Oliveira Barbosa ; orientadora, Marisa  
Camargo, 2023.

85 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro  
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis,  
2023.

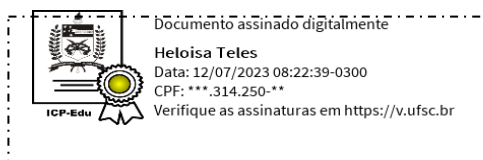
Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Criança e  
Adolescente. 4. Florianópolis. I. Camargo, Marisa. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço  
Social. III. Título.

Ana Cláudia de Oliveira Barbosa  
**OS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES:**  
apontamentos sobre a realidade de Florianópolis.

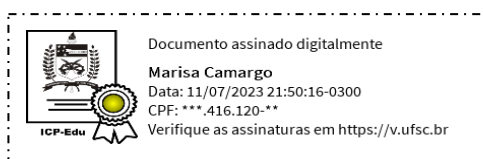
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 22 de Junho de 2023.

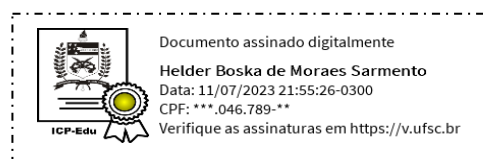


Prof.<sup>a</sup>. A Dra. Heloísa Telles  
Coordenadora do Curso de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina

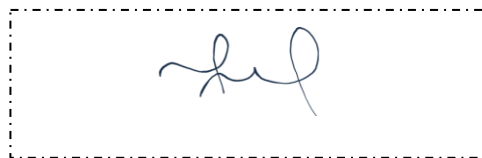
**Banca examinadora**



Prof.<sup>a</sup>. Dra. Marisa Camargo — Orientadora  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmiento — Examinador  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina



Agnes Schweitzer Pereira — Examinadora

Associação de Pais, Amigos, Pessoas com Deficiência e Funcionários do Banco do  
Brasil

Florianópolis

2023

À minha amada mãe,  
gratidão eterna.

## AGRADECIMENTOS

À arte dos encontros, embora haja tantos desencontros nessa vida, como bem disse Vinícius.

Ao mais importante deles, o encontro que cruzou os destinos de meus pais, Itamar de Oliveira e Paulo Roberto Hunter Barbosa, e me trouxe a esse mundo. Hoje compreendo que para tudo existe um porquê. Aceito e sou grata por ser fruto desse encontro e tudo que dele resultou.

Ao papai, pelas risadas, pelas guloseimas, por me cobrir durante a noite, por ir me buscar de bicicleta no portão da escola fizesse chuva ou sol, por me ouvir e se importar com as minhas queixas de criança e sempre tentar me proteger. Sou grata a Deus por me permitir retornar para casa a tempo de ajudar a cuidar um pouquinho de você nos seus últimos dias.

À mamãe, a mulher mais amorosa, doce, forte, gentil e evoluída que eu já conheci. Que privilégio ter nascido dessa alma. Gratidão por me trazer até aqui, mesmo com todos os obstáculos, e por nunca desistir de mim. Por compartilhar comigo esse sonho desde o início, quando brigou na prefeitura para garantir a última vaga no ônibus que levaria os estudantes até a cidade mais próxima que aplicava o ENEM, convicta de que eu conseguia realizar esse sonho. Por sempre ter mais fé em mim do que eu mesma, por enxergar luz até na escuridão e pela imensa capacidade de dar muito mais amor do que poderia receber. Perder você foi como perder a luz, a fé e a mim mesma. Mas o seu amor é o que faz eu me reencontrar todos os dias, e assim consegui chegar até aqui, e por isso sou grata.

Aos meus irmãos, que partilharam comigo o resultado desse encontro. Ao meu irmão, Marcos Paulo, o alívio cômico da família mesmo em meio a tragédias e situações inóspitas, obrigada por compartilhar da minha história de vida e por me fazer tia aos 10 anos e tia-avó aos 29.

À minha irmã, Rita de Cássia, por quem desenvolvi amor, admiração e imenso respeito quando, finalmente, paramos de dividir o mesmo quarto e as mesmas roupas. Agradeço por ser um suporte sólido em que posso confiar para tudo, por me inspirar a ser uma pessoa melhor por meio do seu exemplo de coragem e força e por ter me dado meus sobrinhos amados Davi e Martín.

Às indígenas, ciganas, celtas e tantas outras, Ângulos, Hunters, Oliveiras, que vieram antes e são parte de mim, minha amada vovó Ivone, vovó Belmira, Justina, Ernestina, Leontina, Annie, Suzanna... quando eu finalmente colocar as minhas mãos nesse bendito diploma, vocês todas estarão comigo.

À minha tia Teté e minha prima Analy, obrigada pelo cuidado e carinho de sempre.

Aos encontros que o ano de 2022 proporcionou em terras distantes, que me permitiram aprender, evoluir e trocar tantas experiências enriquecedoras e transformadoras, e onde pude reencontrar um pouquinho de mim.

Aos Grays, o meu "Clan" honorário escocês, por todo o afeto, cuidado e boas lembranças que me proporcionaram.

Aos encontros que a UFSC proporcionou nos últimos sete anos. Amigos, colegas, professores, servidores, trabalhadores terceirizados, companheiras de repúblicas e comunidade universitária em geral, tanta gente que passou, que ficou, que foi e voltou. Agradeço aos amigos que ficaram em Floripa, aos que se foram e aos que se foram depois da faculdade. Agradeço a todos por terem-me ajudado a crescer como pessoa.

Ao encontro que levarei para a vida, no coração e na memória, por tantos momentos genuinamente afetuosos, leves, divertidos, e por vezes caóticos, com os queridos Mateus Pierri e Samantha Schutz.

Ao Mateus, por ser essa alma genuína e pura, uma bruxa alquimista canceriana que nessa encarnação resolveu vir em forma de um guri motoqueiro da Palhoça só pelo deboche. Todo o amor e felicidade do mundo para ti ainda é pouco, seu lindo.

À Samantha Schutz, a adolescente brilhante e caótica do primeiro semestre, que vi crescer e se tornar uma amiga, profissional, mãe e mulher extraordinária. A inteligência, a força, a lealdade e a sabedoria, muito além da idade, estão lá desde sempre, mas dia após dia se expandem cada vez mais. Obrigada por sua amizade Sah, te amo e te admiro.

Aos que vieram antes de mim e lutaram por uma universidade pública, gratuita, de qualidade e acessível a quem veio das camadas mais vulneráveis da sociedade. Eu não teria sido a primeira pessoa da minha família a ter ingressado em uma universidade federal se não houvessem as ações afirmativas e as políticas

de permanência estudantil. Minha gratidão e reconhecimento ao movimento estudantil de ontem, de hoje e de amanhã.

Aos colegas bolsistas e tutores do PET Conexões de Saberes, iniciativa importante de desenvolvimento acadêmico e permanência estudantil para estudantes oriundos das ações afirmativas, que viabilizou a minha própria permanência na universidade. Vida longa ao PET Conexões!

À professora de Direito da Criança e do Adolescente Dra. Josiane Petry Veronese, com quem aprendi muito nesse último semestre sobre um tema que me é tão caro e do qual ela tem tanto compromisso e propriedade. Foi uma honra, muito obrigada professora!

Às professoras e professores do Departamento de Serviço Social, e à equipe de servidores, minha admiração e gratidão pela contribuição na minha formação acadêmica e profissional.

Aos membros da banca deste TCC, Prof. Marisa Camargo, Prof. Helder Boska Sarmiento e a Assistente Social Agnes Schweitzer Pereira, por tamanha paciência. Primeiramente, em aceitarem o convite duas vezes, depois por receberem o trabalho praticamente 24 horas antes da defesa e por fim por serem acolhedores e compreensivos com o meu nervosismo durante a apresentação. O universo me pediu para avisá-los que as cotas de Carma positivo estão garantidas nesta e na próxima encarnação, pode pendurar na minha conta

À minha orientadora, professora Marisa Camargo por sua capacidade intelectual, seu compromisso ético, generosidade e paciência, que para mim sempre foram suas principais qualidades como docente.

Ao professor Hélder Boska, um dos educadores mais generosos que já tivemos, generosidade no ato de ensinar, de compartilhar seus saberes e suas experiências, sua didática e sua postura em sala de aula. Muito obrigada, professor Hélder, por aceitar integrar a minha banca de TCC e ter sido tão acolhedor nas



suas pontuações e permitir que eu complementasse na defesa o que não consegui acrescentar no trabalho escrito.

À Agnes Schweitzer Pereira, por aceitar integrar essa banca e por ter oportunizado uma experiência de estágio tão enriquecedora sob a sua supervisão no Projeto Pana da Cáritas SC.

Às demais supervisoras de estágio a quem sou grata pelas trocas e pelo exemplo de postura e compromisso ético-político com a profissão, Keila Arimura (CAPSi) e Bruna Ramos (Instituto Arco-íris), meu muito obrigada!

Às supervisoras acadêmicas de estágio, parte fundamental desse processo, Luciana Zucco, Inez Rocha e Fabiana Negri, por me guiar e inspirar “a prática de pensar a prática”.

Às (os) usuárias (os) dos serviços e instituições que encontrei nessa minha jornada de inserção no campo. As crianças, adolescentes e familiares do CAPSi, os imigrantes e refugiados da Cáritas e da Círculos, a população em situação de rua do Arco-íris, minha gratidão a todas (os).

À todas as crianças e adolescentes, sujeitos de direitos, sujeitos psíquicos, que diariamente enfrentam obstáculos econômicos, políticos, sociais e psicológicos na busca por acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico. Que nós adultos possamos construir e efetivar uma política de saúde mental ampla, democrática e eficaz para vocês e com vocês.

E, finalmente, às crianças e adolescentes com sofrimento mental que cresceram, os que ficaram pelo caminho, os que serão para sempre crianças, às meninas e meninos de Oliveira, de Barbacena, de Sant'ana, dos SAMs, das FEBEMs e a pequena Ana Cláudia... obrigada por construir esse Trabalho de Conclusão de Curso junto comigo.



*É preciso uma vila inteira para criar uma criança*  
*(Provérbio africano)*

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso visa conhecer a trajetória histórica da assistência em saúde mental para crianças e adolescentes em Florianópolis. Para tanto realizou-se uma análise crítica do objeto a partir de uma perspectiva histórica. A análise tem como ponto de partida a introdução às concepções de infância e de loucura ao longo da história. Na sequência se abordará a trajetória genealógica das representações sociais da infância e adolescência no Brasil e sua relação com o Estado e a sociedade e suas implicações na assistência à saúde mental; as legislações, normas e parâmetros nacionais que orientam a assistência à saúde mental dessa população em uma perspectiva de direitos, especificamente o direito à saúde, os direitos das pessoas com sofrimento mental e os direitos das crianças e dos adolescente, à luz das lutas por esses direitos. Além disso, apresenta-se a estrutura, a racionalidade, os princípios e as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Florianópolis, com destaque para o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A metodologia utilizada baseia-se em uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa em fontes secundárias. E por fim tem como resultado as considerações finais onde se faz uma análise sobre como a trajetória histórica das representações sociais da infância e sua relação com o Estado-sociedade interferiu no desenvolvimento de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** saúde mental; criança e adolescente; Florianópolis.

## **ABSTRACT**

This final work aims to know the trajectory of mental health policy for children and adolescents in Florianópolis. To achieve this objective, a critical analysis of the object was carried out from a historical and genealogical perspective. The analysis has as its starting point the introduction to the conceptions of childhood and madness throughout history. Next, we will talk about how childhood and adolescence in Brazil are connected to the State and society. We will also discuss laws and rules that govern mental health care for this group. These laws include the right to universal healthcare, the rights of people with mental health issues, and the rights of children and adolescents. We will also talk about the Psychosocial Care Network (RAPS) in Florian and the reasons behind its creation. The methodology used is based on a bibliographical review from a qualitative approach in primary and secondary sources. Finally, the final considerations are made about how the history of social representations of childhood in its interaction with the State-society interfered with the development of a mental health policy for children and adolescents.

**Keywords:** mental health; children and adolescents; Florianópolis.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Número de atendimentos em saúde mental de crianças e adolescentes na Atenção Primária em Saúde em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022 ..... 68
- Quadro 2:** Número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental de crianças e adolescentes em Saúde em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022 ..... 69
- Quadro 3:** Número de atendimentos em saúde mental de crianças e adolescentes no CAPSi em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022 ..... 71
- Quadro 4:** Número de atendimentos em urgência e emergência em saúde mental de crianças e adolescentes na UPA em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022 ..... 71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO — Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
APAE — Associação de Pais e Amigos do Excepcional  
APS — Atenção Primária em Saúde  
CAPS — Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CAPS — Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD — Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPSI — Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil  
CEBES — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CNS — Conselho Nacional de Saúde  
CNSM — Conferência Nacional de Saúde Mental  
COI — Centro de Orientação Infantil  
COJ — Centro de Orientação Juvenil  
CRAS — Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS — Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
ECA — Estatuto da Criança e do Adolescente  
DINSAM — Divisão Nacional de Saúde Mental  
DNC — Departamento Nacional da Criança  
EMAESM — Equipe Multiprofissional em Saúde Mental  
ESF — Estratégia em Saúde da Família  
FEBEM — Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor  
FNSMCA — Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes  
FUNABEM — Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor  
HNA — Hospital Nacional de Alienados  
HIJAF — Hospital Infantil Jessor Amarante Farias  
HIJG — Hospital Infantil Joana de Gusmão  
IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IEPS — Instituto de Estudos para Políticas de Saúde  
INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
IPAI — Instituto de Proteção e Assistência à Infância  
IPQ — Instituto de Psiquiatria  
LBA — Legião Brasileira de Assistência  
LBHM — Liga Brasileira de Higiene Mental

LBI — Laboratório de Biologia Infantil  
MHGAP — Mental Health Gap  
MTSM — Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental  
MS — Ministério da Saúde  
OMS — Organização Mundial de Saúde  
ONG — Organização Não-Governamental  
ONU — Organização das Nações Unidas  
OPAS — Organização Panamericana de Saúde  
PNAISC — Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PSE — Programa Saúde na Escola  
PSF — Programa de Saúde da Família  
PNSM — Política Nacional de Saúde Mental  
PTS — Projeto Terapêutico Singular  
RAS — Rede de Atenção à Saúde  
RAPS — Rede de Atenção Psicossocial  
SAM — Serviço de Assistência ao Menor  
SES — Secretaria Estadual de Saúde  
SGD — Sistema de Garantia de Direitos  
SMCA — Saúde Mental de Crianças e Adolescentes  
SMS — Secretaria Municipal de Saúde  
SRT — Serviço Residencial Terapêutico  
SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS — Sistema Único de Saúde  
TEA — Transtorno do Espectro Autista  
UPA — Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL .....</b>	<b>22</b>
PALÁCIO DOS LOUCOS (1852 – 1889): OS PRIMÓRDIOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	22
REPÚBLICA VELHA (1890 – 1930): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE CARIDADE E FILANTROPIA.....	26
ESTADO NOVO (1930 – 1945): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE TUTELA	32
BREVE EXPERIÊNCIA DEMOCRÁTICA E DITADURA MILITAR (1946 – 1985): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE REPRESSÃO.....	37
<b>3 A LUTA PELO DIREITO A TER DIREITOS (1985 – 2001).....</b>	<b>41</b>
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA.....	41
A LUTA PELOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES: A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL .....	53
<b>4 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A REALIDADE DE FLORIANÓPOLIS.....</b>	<b>60</b>
A SMCA NOS DISCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DESCAMINHOS INICIAIS .....	60
A SMCA COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	66
A ASSISTÊNCIA EM SMCA EM FLORIANÓPOLIS: A RAPS .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil enquanto campo de estudo, cuidado e intervenção está inserida em um contexto histórico abrangente. Sua trajetória está entrelaçada com as transformações da sociedade brasileira (RIBEIRO, 2006). Embora existam registros sobre a relação histórica da sociedade com o fenômeno da loucura desde os períodos mais remotos da civilização, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) irá contextualizar o desenvolvimento da saúde mental a partir de uma delimitação histórica. Para tanto, parte-se de um percurso prático e discursivo que Amarante (1998, p. 25) descreve como “fundante do saber e prática psiquiátrica”, que se inicia na segunda metade do século XVIII na Europa, desdobrando-se até o momento atual.

No século XVIII, sob a influência dos ideais iluministas e da revolução francesa, o médico francês Philippe Pinel (1745 – 1826) foi pioneiro na constituição do saber psiquiátrico por meio da observação e análise sistemática desses fenômenos, abordando a doença mental como um problema moral (AMARANTE, 1998).

Antes de Pinel e da transformação do pensamento provocado pelo iluminismo, a percepção social da loucura possuía um caráter distinto, como explica Amarante (1998):

Durante a Idade Média, a percepção da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de “proteção” e guarda, como um jardim das espécies; diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas. Durante a segunda metade do século XVIII a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social. Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica (AMARANTE, p. 25, 1998).

O autor sustenta ainda que a distinção do louco<sup>1</sup> enquanto figura disruptiva da ordem social, representando risco e periculosidade para a sociedade, fundamentou a institucionalização da loucura.<sup>2</sup> Esse processo deu-se principalmente

---

<sup>1</sup> Esse trabalho irá recorrer às nomenclaturas utilizadas nos diferentes períodos abordados para designar as pessoas com problemas mentais a fim de situar historicamente o leitor e ser fiel ao contexto histórico em que as ações se passam.

<sup>2</sup> Neste trabalho, o termo loucura se dá na perspectiva da resignificação proposta pelo Movimento Antimanicomial. Compreende-se a loucura como um enigma próprio da condição humana,

por meio da ordenação do espaço asilar, transformando o hospital em instituição médica, em detrimento de sua finalidade original assistencial e filantrópica, e promovendo uma prática de assistência e tutela (AMARANTE, 1998). Pinel defendia a separação dos loucos dos demais residentes dos hospitais gerais, que até então eram instituições cuja função primordial era abrigar e remover de circulação toda sorte de indivíduos excluídos da sociedade.

Para Barros (1994) a “noção de periculosidade associada ao conceito da doença mental, formulada pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (apud AMARANTE, p. 27, 1998). Essa relação de tutela para com o sujeito louco se estabelece então como um dos pilares a sustentar a práxis manicomial.

Em seus escritos sobre a História da Loucura, Michel Foucault (1978) irá denominar esse período de “O Grande Enclausuramento”. O Hospital Geral foi concebido, no século XVII na França, como uma instituição destinada “aos pobres de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT, 1978, p. 36 apud AMARANTE, 1998, p. 29).

O Grande Enclausuramento foi a solução encontrada pelo Estado para administrar o problema representado por aqueles que ameaçavam a ordem social e o sistema produtivo essencial ao processo de acumulação capitalista mercantilista que florescia na Europa. Ao separar aqueles acometidos pela desrazão dos demais enclausurados e isolá-los em um ambiente controlado favorável à observação dos fenômenos da loucura a partir de uma visão médica-científica, Pinel contribuiu para a inauguração de um novo campo para a prática da medicina, o alienismo.

Castel (1978) sustenta que a medicina mental criada por Pinel, e aperfeiçoada posteriormente por Étienne Esquirol (1772 – 1840), é baseada numa racionalidade puramente classificatória, que não visa identificar a origem da doença no organismo, limitando-se a observar os sintomas para classificá-los de acordo com sua ordem natural, baseando-se em suas expressões aparentes. O alienismo deu início à apropriação da loucura por discursos e práticas medicalizantes, centralizando a autoridade na figura do médico detentor do saber e do poder institucional (AMARANTE, 1998).

---

uma expressão de subjetividade, um modo de ser e estar no mundo, que deve ser acolhido, compreendido e respeitado em sua complexidade.

Quanto ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, enquanto um conjunto de saberes e práticas próprias, tratam-se de uma construção recente e difere em muitos aspectos da psicopatologia do adulto. Sua trajetória acompanhou um processo histórico de construção da concepção da criança e do adolescente como sujeito psíquico e sujeito de direitos (SANTOS, 2011).

Campos e Ramos (2018) citam o historiador e medievalista francês Philippe Ariés (1914 – 1984) que por meio de seu trabalho historiográfico inovador sobre a infância, define a concepção de infância enquanto categoria social, tal qual conhecida no presente, como um fenômeno moderno. Segundo o trabalho de Ariés (2006), a sociedade medieval não possuía o que ele descreve como “um sentimento de infância”, porém ressalta:

[...] não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressa na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes (ARIÉS, 2006, p.99, apud CAMPOS; RAMOS, 2018, p. 137).

Para o autor, é na atenção às particularidades da criança enquanto ser que se baseia a concepção moderna de infância. Ariés (2006), defende que os ideais propagados pelo iluminismo foram fundamentais para transformar a consciência social coletiva a respeito da criança em uma perspectiva racional e progressista (Campos; Ramos, 2018).

Uma figura considerada central nessa transformação, o filósofo Jean-Jacques Rousseau (1712 – 1778) é apontado como o idealizador do conceito moderno de infância que também teria suas origens na França do século XVIII. Rousseau ajudou a localizar o lugar da criança e do jovem na sociedade no contexto de sua época e contribuiu para a compreensão da importância dessa fase da vida na formação do homem. A visão de Rousseau inspirou mudanças significativas no trato da infância, principalmente no campo da educação, e sua influência pôde ser notada mais tarde na construção da psicopatologia infantil (REIS et al., 2016).

Antigamente a ideia da loucura infantil era inexistente, pois de acordo com Assumpção (1995) “o eu, nesta idade, não está ainda formado de maneira estável para apresentar uma perversão durável e radical” (apud REIS et al. p. 110, 2016). “Por muito tempo a compreensão da patologia mental na criança era resultado da

projeção do sistema psicopatológico do adulto sobre o universo infantil” (idem, *ibidem*). Desse modo, a criança não era vista como um ser capaz de imprimir complexidade e subjetividade psíquicas próprias.

Com esse breve resgate histórico e introdutório, objetiva-se contextualizar o leitor acerca da temática definida como objeto dessa pesquisa. O presente trabalho de conclusão de curso TCC debruça-se sobre o processo de construção da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), enquanto campo de estudo, cuidado, intervenção e política pública.

A escolha do tema justifica-se em razão do interesse particular da autora que foi aguçado durante sua trajetória acadêmica através da realização do estágio curricular obrigatório em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Essa etapa do processo de formação profissional foi realizada inicialmente no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) de Florianópolis, no período de março a agosto de 2018.

A aproximação com o exercício do trabalho profissional do Serviço Social, em um contexto institucional interdisciplinar, oportunizou uma rica experiência crítica de desenvolvimento acadêmico e profissional. O encontro com os desafios, diversos e complexos, do campo produziu inquietações e despertou o interesse em aprofundar as análises iniciadas durante a supervisão acadêmica de estágio. Destarte, essas inquietações levaram à elaboração de um projeto de pesquisa com vistas a problematizar os desafios e a realidade da SMCA.

Tendo como pressuposto a seguinte questão norteadora: como se configura a SMCA em Florianópolis? Seu objetivo geral é conhecer a trajetória da assistência à SMCA em Florianópolis. Como objetivos específicos tem-se: a) conhecer a história da assistência à SMCA no território nacional; b) conhecer as legislações, normas e parâmetros nacionais que orientam a assistência à SMCA à luz das lutas por direitos; c) apresentar a Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis (RAPS).

Para atingir esses objetivos optou-se por uma abordagem teórico metodológica de cunho qualitativo que permitisse problematizar o presente a partir do resgate de sua trajetória histórica. Para Chizzotti (1991), uma abordagem qualitativa parte do princípio de que há uma relação entre a realidade e o sujeito, e uma interdependência entre o sujeito e o objeto. Já segundo Minayo (2009), na pesquisa em Ciências Sociais a abordagem qualitativa trabalha a partir de:

[...] com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Desta forma, a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica (MINAYO, 2009, p. 21).

Portanto, considerando a complexidade do objeto em questão, acredita-se que essa abordagem permitirá a essa pesquisa realizar uma análise atenciosa e crítica do tema. Essa abordagem fez-se por meio de revisão bibliográfica de natureza exploratória utilizando fontes secundárias tais como artigos científicos e livros e documentos como relatórios, legislações e normativas do âmbito municipal, estadual e federal. Além disso, foram utilizados documentos de produção própria e dados públicos sobre saúde mental de crianças e adolescentes acessados por meio da Lei de Acesso à Informação.

Quanto aos aspectos estruturais, esse TCC organiza-se em cinco sessões. A primeira sessão diz respeito ao presente capítulo introdutório. A segunda sessão consiste no resgate do processo histórico da assistência à SMCA no Brasil. A terceira sessão apresenta as lutas sociais que resultaram na definição de legislações, normas e parâmetros que orientam a SMCA. A quarta sessão apresenta a constituição do campo da SMCA, tal qual como conhecemos hoje, e sua configuração no município de Florianópolis. E por fim, na quinta sessão, as considerações finais.

## **2A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

O caminho da SMCA no Brasil tem seu início marcado pela influência de movimentos internacionais relacionados à psiquiatria e a psicologia, e as políticas de assistência à infância promovidas pelo Estado. No Brasil, em decorrência das circunstâncias históricas, o conceito de Estado foi se transformando ao longo do tempo, da colônia à atual República foram diversas concepções acerca de cidadania e democracia. O presente capítulo traça a trajetória da representação social da criança e do adolescente em relação ao binômio Estado-sociedade e suas inflexões na assistência em saúde mental. Para tal, será feita uma periodização histórica em quatro tempos, em uma configuração similar àquela proposta por Mendonça (2000) em seus estudos sobre a trajetória das políticas de assistência e proteção à infância. Neste capítulo, o recorte temporal foi adaptado para atender às especificidades do tema, tendo como ponto de partida a criação da primeira instituição psiquiátrica no país, ainda na era imperial (1852 – 1889). Na sequência serão abordados os períodos referente à República Velha (1890 – 1929), o Estado Novo (1930 – 1945), e por fim, o período entre o fim do Estado Novo, marcado por um breve intervalo democrático, e a Ditadura Militar (1946 – 1985).

### **O IMPERIAL PALÁCIO DOS LOUCOS (1852 – 1889): OS PRIMÓRDIOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

De acordo com Baptista (2007 apud MELO, 2012), apenas em 1808, com o deslocamento da família real portuguesa para a capital do Brasil colônia, são instituídas de maneira incipiente as primeiras políticas públicas de saúde. O atendimento médico era escasso e restrito às elites e a população pobre e escrava dependia da assistência religiosa e caritativa, prestada por ordens religiosas, irmandades leigas e santas casas de misericórdia. Essas instituições ofereciam abrigo, alimentação e cuidados paliativos aos doentes, mas não tinham recursos nem infraestrutura adequados para tratar as enfermidades. Além disso, a assistência era baseada em critérios morais e religiosos, excluindo os considerados pecadores e hereges. Segundo Escorel (2008), o Estado intervinha na saúde apenas em situações de epidemias ou ameaças à ordem pública. As medidas adotadas eram de

caráter repressivo e higienista, visando controlar a propagação das doenças e eliminar os focos de insalubridade.

No caso dos loucos, estes não eram vistos como enfermos que necessitavam de assistência médica, eram comumente tratados como indigentes, perambulavam pelas ruas até serem detidos por perturbação da ordem e encarcerados nos porões da Santa Casa de Misericórdia.

Inspirada pelas transformações no tratamento da loucura concebidas na Europa, a então recém-formada Sociedade Médica do Rio de Janeiro passou a denunciar as condições às quais eram submetidas as pessoas acometidas pela loucura e a clamar por reformas na assistência. José Clemente Pereira (1787 – 1854), provedor da Santa Casa de Misericórdia, corroborou as denúncias em relatório de 1839, onde afirmava que “parece que, entre nós, a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz, pois é punida com a pena de prisão, que, pelo tipo de cárcere onde se executa, se converte na de morte”. (PEREIRA, 1839 apud BRASIL, 2008). Pereira então empenhou-se em uma campanha pública pela construção de uma instituição de assistência mental que transformasse o tratamento da loucura no país (BRASIL, 2008).

Um marco na história da saúde pública e o ponto de partida da trajetória institucional da saúde mental brasileira, o primeiro hospital psiquiátrico do país foi inaugurado em 1852 como parte das celebrações em comemoração à Declaração da Maioridade do Imperador Dom Pedro II na cidade do Rio de Janeiro (SILVA, 2008). A primeira instituição nacional dedicada exclusivamente ao tratamento da loucura adotava o modelo institucional asilar manicomial desenvolvido por Pinel e Esquirol e considerado avançado para a época. Esse modelo seria adotado como referencial por várias outras instituições similares inauguradas no Brasil nos anos seguintes (RIBEIRO, 2006).

Dotada de tal racionalidade, o Hospício Pedro II fora pensado e projetado como uma instituição de excelência no tratamento e cura da loucura, adotando as melhores práticas desenvolvidas no exterior. Abriu suas portas em 1852 com capacidade para receber 150 alienados divididos em quatro categorias, pensionistas de primeira, segunda ou terceira classe, que pagavam suas respectivas cotas diárias conforme a classe, e os indigentes, que não dispunham de condições para pagar pela internação (EDLER; GONÇALVES; 2009).



O Palácio dos Loucos, assim chamado popularmente em razão de sua construção suntuosa que se assemelhava a um palácio no Rio de Janeiro, e funcionava como anexo à Santa Casa de Misericórdia com a administração a cargo das freiras da Ordem de São Vicente de Paulo. Os recursos financeiros necessários para sua construção e manutenção foram obtidos por meio de doações realizadas à Santa Casa por membros abastados da sociedade da época, dentre elas o próprio Imperador Dom Pedro II (BRASIL, 2008). Segundo Silva (2008, p. 28) “O hospício, àquela altura, respondia aos ideais de filantropia e de busca do espírito científico tão simbólico de uma nação civilizada.”

Teixeira (1997), observa que apesar da influência do alienismo francês na cena médica brasileira, o reconhecimento institucional da atividade psiquiátrica no país só aconteceria décadas após a inauguração do Hospício Pedro II. O autor defende que o nascimento oficial da psiquiatria no Brasil aconteceu com a criação no ano de 1881<sup>3</sup> das primeiras cadeiras de clínica das moléstias mentais nas escolas de medicina do Rio de Janeiro e Bahia. Contudo, apenas em 1887 um médico alienista com formação especializada assumiu a administração geral da instituição, que até então era de responsabilidade das freiras da Ordem de São Vicente de Paulo (apud SILVA, 2008).

Com o passar do tempo a instituição passou a operar acima de sua capacidade e a lógica da criminalização da loucura persistia. Os chefes das províncias ao tomarem conhecimento de sua existência passaram a embarcar para a capital todos aqueles indivíduos considerados perturbadores da ordem local. Indivíduos esses, nem todos necessariamente acometidos por algum tipo de doença mental, desembarcavam na cidade e por lá perambulavam sem destino até serem recolhidos pela polícia. Assim, as condições da instituição foram deteriorando-se consideravelmente, à disposição insuficiente de recursos para sua manutenção somaram-se denúncias de corrupção na administração e maus-tratos no tratamento dos doentes (EDLER; GONÇALVES; 2009).

A instituição passou a receber também crianças acometidas por alguma forma de desordem mental, que passaram a dividir o espaço com os internos adultos e a compartilhar, sem nenhum tipo de distinção, os mesmos ambientes e rotina (RIBEIRO, 2006). Existem poucas informações a respeito do tratamento terapêutico

---

<sup>3</sup> Decreto n.º 8.024, de 12 de março, cria a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Fonte: [Decreto 8.024](#)

das crianças alienadas durante as primeiras décadas de funcionamento desta instituição. Silva (2008) faz um resgate de trechos de relatórios produzidos por diretores da instituição, bem como de alguns relatos pessoais e denúncias publicados pela imprensa que aludem ao tratamento dispensado às crianças.

Em relatório produzido por Antônio Dias Barros, o diretor-geral da instituição enfatiza a necessidade de uma intervenção por parte das autoridades sobre a precária situação das crianças no hospício:

O que, porém, merece toda a solícitude de V. Exa. é a condição precária e dolorosamente triste em que se acham as crianças n'este hospício. A promiscuidade obrigatória d'elles com enfermos de todas as classes sociais e edades torna-as verdadeiras victimas das administração que (...) não pode melhorar a situação actual. V. Exa. se o entender, poderá, de tão penosa que é a condição d'essas infelizes crianças, seres imitadores por excelência dos maus costumes e tendencias dos que os cream, tornar-a supportavel ao menos, determinando a apropriação de uma das dependências do estabelecimento, actualmente sem emprego abandonada a um pavilhão destinado a tão abandonadas creaturas. Além disso (...) talvez V.Exa pudesse crear um logar de medico encarregado de tratá-las e discipliná-las em tão rude esforço... (BARROS, 1903, p.12 apud MULLER, 1998, p.93, apud SILVA, 2008, p.33).

A urgência das palavras de Dias Barros ecoam na consternação expressada pelo poeta e jornalista Olavo Bilac (1865-1918), que por décadas foi um visitante habitual do local, no relato publicado na imprensa em 1905:

Antigamente, as crianças idiotas asyladas no Hospicio viviam, n'uma sala apenas aumentada, de rojo no chão, gritando e gargalhando, sem ensino, como animais malfazejos ou repulsivos. Eram asyladas e alimentadas – e cifrava-se n'isso toda a assistencia que lhes dava o Estado. Aquillo era para ellas o limbo sem esperanza. Uma vez entradas alli, como creaturas incuraveis, alli ficavam crescendo ao acaso, condemnadas ao idiotismo perpetuo, ou votadas em futuro proximo ou remoto á loucura furiosa, á demencia, á paralyisia geral, e a morte. Inuteis a si mesmas e inuteis a sociedade, os pequenininos idiotas assim ficavam, como o rebutalho maldito da vida, flores gangrenadas logo ao nascer, sem promessa de melhor sorte... (BILAC, 1905, apud SILVA, 2008, p. 310).

Nesse período não havia uma política de Estado destinada a assistir e proteger a infância pobre, sendo essa uma incumbência das irmandades religiosas. Era o caso da “Roda dos Expostos” e dos asilos para crianças abandonadas comandadas pela Igreja Católica. Apesar de não prover recursos diretamente para esse fim, ainda no século XIX o Estado deu um primeiro passo em sua responsabilização através do Decreto n.º 8.910 de 1883. Sobre o Decreto Zanella (2018) comenta que:

[...] pela primeira vez aparece na legislação do Brasil que seriam admitidas na instituição crianças que não eram órfãs de pai e mãe. A idade para fazê-lo ficou estipulada em oito anos, idade que as crianças já poderiam trabalhar

para manter a instituição, seguindo a perspectiva utilitarista do período. [...] decreto estabeleceu ainda que se os pais ou parentes de algum asilado desejasse retirar a criança do local por se achar em condições de cuidar de sua educação, o Ministro do Império mandaria entregá-lo se julgasse conveniente, mas os reclamantes deveriam indenizar o Estado (ZANELLA, 2018, p. 1758).

Esse fato é considerado pela autora e outros historiadores como o início do processo de institucionalização da infância que viria a se estabelecer no país nas décadas seguintes. Esses aspectos contribuem para a composição de um panorama do contexto em que o tratamento das crianças alienadas era realizado nesse período primordial da assistência psiquiátrica no Brasil. Tal período antecede a introdução no país do campo da psicopatologia infantil, que dava seus primeiros passos na Europa desde o início do século XIX. No entanto, os primeiros passos no sentido de transformar a assistência mental infantil começara apenas no início do século XX.

#### REPÚBLICA VELHA (1890 – 1930): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE CARIDADE

Ainda na segunda metade do século XIX, a introdução no Brasil de teorias e correntes de pensamento tais como o evolucionismo, o darwinismo e principalmente o positivismo foi, de acordo com Schwarcz (2000 apud RIBEIRO, 2006), de fundamental influência no processo de transformação pelo qual passou a sociedade brasileira no período.

Destarte pode-se citar a abolição da escravidão (1888), a queda da monarquia e a proclamação da República (1889) como eventos que provocaram uma mudança profunda no cenário nacional. Nesse período, a saúde pública despontou como um problema político, objeto de interesse do Estado e de diversos setores da sociedade. A urbanização descontrolada e a pauperização da população incitou uma reação do Estado que adotou uma postura intervencionista e centralizadora, promovendo campanhas sanitárias, vacinações em massa, obras de saneamento básico, reformas urbanas e reformas na saúde. (SCOREL, 2008).

No tocante à assistência psiquiátrica, em consonância com as reformas institucionais advindas da administração republicana, o vulgarmente denominado palácio dos loucos foi renomeado como Hospício Nacional de Alienados (HNA). Na era republicana a instituição adentrou uma nova fase, de reformas institucionais

internas, em relação a sua própria administração, e externas, com a criação oficial da Assistência Médico-Legal a Alienados no Brasil por meio do decreto 206-A de 15 de fevereiro de 1890 (SILVA, 2008).

É nesse contexto que entra a figura do médico alienista Juliano Moreira<sup>4</sup>, que assumiu a direção do HNA em 1903, permanecendo na função até 1930. Moreira supervisionou uma série de transformações institucionais, dentre as quais destaca-se a reformulação no tratamento das crianças do HNA. O decreto n.º 1.132 de 22 de dezembro de 1903, promulgado pelo então Presidente da República Rodrigues Alves, promoveu a reorganização da assistência aos alienados no âmbito nacional. Amparado pela nova legislação, Moreira dá início às suas reformas institucionais, primeiramente com a nomeação do primeiro pediatra para o corpo médico do HNA, seguido da construção do Pavilhão-Escola Bourneville<sup>5</sup>. O Pavilhão Bourneville foi um marco na história da assistência mental infantil no Brasil, seu atendimento terapêutico aliava o então nascente campo da psicopatologia infantil com o campo da pedagogia. Seu modelo foi replicado em outras instituições do tipo pelo país, mais notadamente no Hospital Psiquiátrico do Juqueri em São Paulo, que criou em 1920 um pavilhão infantil, similar ao Bourneville, intitulado “Seção de Menores Anormais” (RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Conforme pontua Ribeiro (2006), uma característica marcante desse período é a importância atribuída à ciência e seu protagonismo na construção de uma nova concepção de sociedade idealizada pela república. A medicina brasileira da época seguiu a tendência e passou a dar maior ênfase ao rigor científico, profissionalizando-se e por consequência ocupando um lugar de poder e influência na sociedade.

O Estado ampliou seu papel na saúde pública, criando órgãos e instituições para planejar e executar as políticas de saúde e estimular a produção científica e tecnológica na área da saúde. Datam desse período a criação de importantes instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (1900), o Instituto Butantan (1901), Instituto Ezequiel Dias (1907) e o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920). Havia uma verdadeira efervescência nos círculos intelectuais e de poder que eram alimentadas pelas novas teorias científicas e correntes de pensamento importadas

---

<sup>4</sup> Figura célebre na história da medicina e da saúde mental brasileira. Médico alienista, considerado um dos “pais fundadores” da psiquiatria brasileira. [Dicionário Fiocruz](#)

<sup>5</sup> Criado por meio do decreto 896 de 26 de junho de 1892, funcionava em um prédio anexo ao HNA. Fonte: <https://www2.camara.leg.br>

da Europa. Esses fatores convergiram em uma conjuntura de transição da sociedade e guiaram os rumos da nação nos primeiros anos da república, criando um ambiente propício à adoção de novas regras e novas concepções sociais (FONSECA, 1993).

Todavia, esse processo de transição foi atravessado pelos ideais higienistas. O higienismo foi uma doutrina criada ainda na primeira metade do século XIX, e introduzida no Brasil na virada do século XIX para o século XX. Sobre essa doutrina Merisse (1997) ressalta:

[...] 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 de saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social (MERISSE, 1997, p. 33).

O higienismo, e seu braço político, o movimento higienista, constituem aspectos históricos importantes da trajetória da saúde pública brasileira, tendo destacada influência na relação do Estado com a infância, tendo penetrado os campos da saúde, da justiça e da educação. Os higienistas pautavam o debate sobre a saúde pública, promoviam congressos e seminários científicos nacionais e internacionais, e utilizavam os meios de comunicação para difundir seus ideais e aumentar seu alcance na sociedade.

A simbiose entre ciência (eugênica) e república instituiu uma relação visando avançar um projeto ideal de nação, e para tal direcionou sua atenção para o objeto considerado fundamental nesse processo, a criança. O Estado e a sociedade adotaram uma nova postura em relação à população infantojuvenil, resultando no desenvolvimento de uma nova “[...] conduta social, novos costumes e novos padrões de comportamento, culminando nas modificações que serão verificadas na organização da família brasileira [...]” (RIBEIRO, 2006, P. 31).

Contudo, a infância pobre representava um grande entrave para o processo civilizatório nacional. Discutiam-se amplamente as implicações da pobreza para o progresso do país, mas sua causa não era abordada. Até então, a assistência à infância pobre continuava restrita à caridade religiosa, que demonstrou ser insuficiente, à medida que a pobreza se multiplicava pelo país, gerando demanda para além de sua capacidade (RIZZINI, 1997).

Assim entra em cena a filantropia, enquanto estratégia defendida pelos higienistas e apoiada pela elite da época, para o enfrentamento das mazelas sociais do país:

O viés filantrópico tinha como objetivo cuidar do corpo e da moral, entregues à ignorância, propensos aos vícios e à degradação. Cabia, assim, aos homens cultos o dever patriótico de resgatar estes indivíduos pertencentes às classes pobres a quem se atribuía falta de saber sobre a gestão de suas vidas. Por isso, ofereciam conselhos pautados em preceitos científicos, bem como doações fiscalizadas que permitiam, por um lado, o controle daquele que a recebia e, por outro, a utilidade destas doações, além de serviços básicos. Enfim, a filantropia pretendeu uma assistência que utilizava mecanismos reguladores para cumprir sua missão de cunho científico e moral (SILVA; GARCIA, 2010, p. 617).

O viés filantrópico estava em plena sintonia com a nova realidade do Brasil republicano que se pretendia uma sociedade moderna, um Estado Liberal cujo dever seria apenas orientar e fiscalizar, cabendo à iniciativa privada o dever patriótico de prestar assistência aos menos favorecidos (COUTO, 2012). Ao trocar proteção social por adequação a determinados padrões, exercia-se um poder de tutela sobre a população pobre. Isso contribuía para a preservação do sistema econômico-social vigente como era de interesse das elites da época. Portanto, a filantropia era um instrumento do Estado Liberal para o controle das classes subalternas e a manutenção da ordem social.

Adepto e entusiasta da filantropia, e pautado pelas ideias eugênicas e higienistas, o médico Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871 – 1944) tornou-se no início do século XX a principal voz em defesa da construção de uma política dirigida à infância. Fundou em 1899 no Rio de Janeiro, com recursos próprios, o Instituto de Proteção à Infância (IPAI), Instituição filantrópica ancorada nos preceitos higiênicos para prestar assistência à infância pobre. O IPAI, e outras tantas iniciativas que ele inspirou, adotava uma práxis de viés filantrópico-higienista, e atuava em uma dimensão pedagógica a fim de promover o ajustamento das condutas da população alvo. Desde sua fundação até 1929, o IPAI produziu e distribuiu mais de um milhão de cartilhas com conselhos sobre higiene infantil direcionadas às mães, revelando assim, de acordo com seu fundador, “o patriótico interesse com que procuramos concorrer para o melhoramento de nossa gente” (MONCORVO FILHO, 1929, p.14 apud SILVA; GARCIA 2010, p.624).

No campo da saúde mental os ideais higienistas difundiram-se por meio da criação, no ano de 1920, da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM),

transformando-se na “entidade central da psiquiatria na formulação de um projeto novo e ampliado de intervenção social” (REIS, 2000, p. 114). A LBHM exerceu grande influência, por meio do aprimoramento e desenvolvimento de novas técnicas e metodologias, nos processos de ensino e intervenção nos campos da educação, medicina e psicologia. No entanto, a interferência da eugenia no cerne das ações da LBHM era um fato:

A Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros. [...] influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas[...] princípios da eugenia e da higiene mental incentivaram psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009, p. 82).

A eugenia, e sua ênfase no conceito de degeneração<sup>6</sup> na concepção de doença mental, orientava o pensamento dos médicos integrantes da LBHM e subsidiava as intervenções clínicas. Como explicam Caponi e Trindade (2018), os adeptos da teoria da degeneração acreditavam na conjunção de fatores ambientais, biológicos e genéticos como causadores da doença mental e no seu agravamento por meio da hereditariedade. Logo, a ideia de degeneração deixou de ser vista apenas como um problema individual e passou a ser encarada como uma ameaça social ao desenvolvimento da nação. O pensamento eugênico defendia a tese de “melhoramento da raça” e a possibilidade de resolver problemas de origem social por meio de soluções biológicas e emergiu no Brasil “[...] como um subproduto do nacionalismo em ascensão” (FONSECA, 1993, p. 103).

A assistência filantrópica às pessoas com problemas mentais era um assunto polêmico entre os integrantes do movimento higienista, justamente por ir de encontro à tese de melhoramento e purificação da raça preconizada pela teoria eugênica. O alemão Emil Kraepelin (1856 – 1926), considerado o pai da psiquiatria moderna, expressou seu desgosto com as práticas assistenciais aos enfermos mentais:

[...] é impossível saber quantos idiotas, epiléticos, psicopatas, criminosos, meretrizes e vagabundos são filhos de pais alcoólicos ou sífilíticos e herdaram a inferioridade de seus pais. É óbvio que **o dano será em parte compensado por sua menor capacidade para sobreviver**. Mas, infelizmente, a extensão de nossos programas de assistência social tem o

---

<sup>6</sup> Foucault (2003) situa esse conceito no Tratado de degeneração física, moral e mental, publicado em 1857, pelo psiquiatra franco-austriaco Benedict Morel (1809 – 1873)

efeito de impedir a autopurificação natural de nosso povo (KRAEPELIN, 2007, p.400, apud BORGES; CAPONI, 2018, p. 1248).

Tal retórica era ecoada em solo nacional por adeptos das teorias eugenistas, e inclusive por membros da LBHM, a exemplo de Renato Kehl (1889 – 1978), um dos principais líderes do movimento eugenista brasileiro, que em 1929 proferiu o seguinte discurso:

Evidencia-se por toda parte a preocupação dos governos por encontrar soluções para abrigar e alimentar a uma elevada porcentagem de incapazes, criminais e anormais. Para agravar a calamitosa situação, higiene, medicina e filantropia salvam a vida de milhões desses **infra-homens (que a seleção natural deveria eliminar)**, aumentando assim as contribuições para mantê-los em inatividade ou encerrados em instituições (KEHL, 1929, p. 93 apud BORGES; CAPONI, 2018, p. 1248).

Mesmo assim, com suas motivações equivocadas e deletérias, a LBHM é peça indissociável da trajetória de construção do campo da SMCA, tendo desempenhado um papel ativo, promovendo novas classificações e diretrizes, direcionando as intervenções junto àquelas crianças ditas “degeneradas”.

Nessa mesma época, surgem no país as primeiras iniciativas voltadas exclusivamente à assistência psiquiátrica da população infantojuvenil. Sob o argumento de proteção à infância, estabeleceu-se um padrão de ajustamento da criança e da família“ [...] normatizando condutas, docilizando corpos e delimitando fronteiras entre o normal e o patológico” (SILVA; GARCIA; 2010, p. 615). A emergência do padrão de família burguesa como o modelo ideal a ser seguido foi amparado por um saber científico notadamente impregnado de preconceitos eugênicos.

O discurso higienista infiltrou-se em praticamente todos os espaços ocupados pela criança, como a escola, a família, o hospital, reproduzindo-se “[...] de tal maneira que seus princípios orientaram as ações do Estado sobre a infância por décadas” (OLIVEIRA, 2005 apud RIBEIRO; TANAKA, 2016, p. 120). Entre essas ações, o Decreto n.º 17.943-a de 12 de outubro de 1927, instituiu o I Código de Menores do Brasil. Sua implementação deu-se como uma resposta do plano jurídico às inquietações dos higienistas em relação à delinquência infantojuvenil e as mazelas psíquicas da infância.

O Código transformou-se no principal instrumento por meio do qual se materializou o controle do Estado sobre a infância, ele “[...] produziu legalidade, legitimando a ação do Estado junto àqueles que se constituíssem enquanto



desviantes de determinadas normas sociais vigentes” (SILVA; GARCIA; 2010, p. 616). Esse novo ordenamento jurídico marcou uma nova inflexão na representação social da criança e do adolescente perante o Estado e a sociedade, reconhecendo-os como objeto de tutela e passíveis de controle. Essa representação social refletiu diretamente na forma como o Estado brasileiro passou a organizar a assistência à saúde mental infantojuvenil nas décadas seguintes.

### ESTADO NOVO (1930 – 1945): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE TUTELA

A chegada ao poder, por meio de um golpe de Estado, de Getúlio Vargas (1882 – 1954) em 1930, inaugurou era da vida nacional, o Estado Novo ou a Era Vargas<sup>7</sup>. Concomitantemente, o higienismo atingiu seu ápice de influência na Era Vargas e sua força política e social foi demonstrada na Assembleia Constituinte de 1934, quando “a intervenção de parlamentares higienistas [...] inaugurou um período em que a higiene e a saúde pública passa a ser de responsabilidade do Estado” (SOARES, 2007, p. 18). Assim, a saúde foi incorporada como um dos direitos sociais na Constituição de 1934 e novamente na Constituição de 1937, vinculado à cidadania e à seguridade social e dotado de um caráter contributivo.

Fonseca (1993) afirma que o projeto político de Vargas era acompanhado de um projeto societário, sustentado por um discurso político-ideológico de aspiração identitária da nação, que começou a ser delineado décadas antes, ainda nos primeiros anos da República. Esse projeto societário era impulsionado por um ideal construtivista que tomava o presente como ponto de partida para uma espécie de reconstrução do país a partir do zero. Esse ideal carregava em sua essência “uma negação implícita do passado e da memória histórica do país” (1993. p. 114).

Portanto, a infância despontou como a gênese da reconstrução nacional, e objeto preferencial de intervenção do Estado, tal como defendia o próprio Getúlio Vargas, em discurso proferido antes mesmo de assumir a presidência do país, onde afirmava ser “preciso plasmar na cera virgem que é a alma da criança, a alma da própria Pátria” (VARGAS 1913 apud FONSECA, 1993, p. 102). Porém, tal qual como

---

<sup>7</sup> Período entre 1930 – 1945, em que Getúlio ocupou a presidência da República. Notabilizou-se na historiografia pelas profundas transformações econômicas, sociais e políticas. É um dos mais significativos da história da seguridade social das políticas sociais no Brasil. O segundo governo Vargas (1950 – 1954) é considerado pela historiografia como um período aparte (FONSECA, 1993).

acontecera na República Velha, o Estado depara-se com as mazelas psíquicas e as expressões da questão social na infância como um entrave civilizatório.

Legitimado por um arcabouço jurídico, o I Código de Menores de 1927 baseava-se na Doutrina da Situação Irregular, como ficou conhecida a fundamentação teórica que sustentava a concepção jurídica que deu origem o termo “menor” para se referir a um determinado grupo de crianças e adolescentes. As ações e políticas dirigidas à infância e adolescência no período possuíam, em alinhamento com o Estado Novo, caráter autoritário, intervencionista e tutelar. O conceito de um Estado tutelar baseia-se no princípio de *parens patriae/pai da pátria*, quando se confere ao Estado o poder de intervenção, mediante demanda, e suspensão do pátrio poder contra os genitores ou guardiões legais de uma criança. Isto implica na atribuição de responsabilidade pela custódia legal ao Estado que passa a exercer a tutela sobre a criança ou adolescente (VERONESE, 2020). Ainda sobre o conceito de Situação Irregular e tutela destaca-se:

No modelo tutelar, o termo menor deixou de ser utilizado apenas para marcar a diferença em relação à idade do adulto, ou uma contraposição matemática de oposição ao termo maior, mas passou a significar um conceito que segregava e diferenciava as crianças e os adolescentes pertencentes a uma determinada condição social e a um modelo de família nuclear burguês; o menor se tornou a criança pobre, pertencente às famílias que também foram estigmatizadas como desestruturadas, porque não obedeciam ao modelo estabelecido pela burguesia. Assim, a carência material da família justificava a perda do pátrio poder (ZANELLA, 2019, p. 1755).

Nesse sentido, o modelo tutelar configurava-se como mais um artifício do Estado enquanto mediador e regulador das relações sociais, característica primordial da era Vargas. Esse modelo promovia a culpabilização das famílias e criminalização da pobreza, contribuindo para a noção determinista e estigmatizante da criança pobre como possível futuro delinquente.

Visando solucionar a questão social da infância, foi instituído em 1940 o Departamento Nacional da Criança (DNC), órgão administrativo estatal responsável pela orientação e implementação de diversos equipamentos e serviços públicos. Dentro os serviços sob a administração do DNC estavam os Centro de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ), instituições que foram fundamentais para disseminar a educação higiênica para as famílias brasileiras (RIBEIRO; TANAKA; 2016). No campo da saúde mental a função exercida por instituições como COI e COJ era de orientação e intervenção junto às ditas “crianças

problemas”. Orientadas pelos princípios higienistas e atravessadas por concepções oriundas da psiquiatria e da psicanálise, essas instituições tinham como objetivo categorizar as crianças de acordo com seus sintomas. Desse modo, distinguiram-se as crianças com comprometimento do desempenho intelectual como “deficientes mentais” daquelas consideradas “desajustadas emocionais”, categoria que incluía os “delinquentes” (MENDONÇA, 2000).

Outra instituição de destaque desse período foi o Laboratório de Biologia Infantil <sup>8</sup>(LBI), que sob o comando de seu diretor, o médico legista Leonídio Ribeiro, que defendia uma proposta ampla de intervenção e estudos “do ponto de vista médico e antropológico, dos menores abandonados e delinquentes, especialmente com o fim de apurar as causas físicas e mentais da criminalidade infantil no Brasil” (FONSECA, 1993, p.91). O LBI era subordinado ao Juizado de Menores e realizava testes e exames clínicos com as crianças que se encontravam sob tutela do Juizado, elaborava pareceres e indicava tratamentos. Silva (2011) descreve assim a dinâmica de atuação do LBI:

As crianças recolhidas pela polícia eram encaminhadas pelo Juizado de Menores ao LBI, responsável pela realização de exames e elaboração de pareceres para o Juizado. Os menores ficavam internados no IIRJ, que funcionava como local de triagem [...] para completar o ‘inquérito social’, [...] com o histórico de cada menor [...] colhidas por assistentes sociais preparadas em cursos técnicos no próprio Laboratório (SILVA, 2011, p. 117).

Conforme afirma Fonseca (1993), no LBI defendia-se a tese, que a identificação e intervenção precoce nas mazelas físicas e mentais das crianças poderiam exercer uma “profilaxia criminal”, isto é, a possibilidade de identificar o criminoso antes mesmo do crime. Essa interface entre discurso médico e discurso jurídico, intercalando doença mental e teoria penal, delineava no imaginário popular a figura do indivíduo perigoso e ameaçador da ordem. Então, utilizou-se do dispositivo do medo para convencer a sociedade a ampliar o contrato social que conferia à psiquiatria o poder controle desses indivíduos, estendendo-os para infância dita desviante e delinvente. Essa forma de controle, denominada por Foucault (2003) como biopoder, encontrava respaldo em diferentes ordenações jurídico-normativas, não obstante o Código de 1927 já abordava as questões de saúde física e mental de crianças e adolescentes em uma perspectiva autoritária:

---

<sup>8</sup> Desenvolveu suas atividades entre os anos de 1936 e 1941 no Rio de Janeiro como um órgão subordinado ao Ministério da Justiça. Funcionava como anexo do Instituto de Identificação do Rio de Janeiro (FONSECA, 1993).

No seu artigo 68 do capítulo VII, o Código explicita que “se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epilético, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará que seja submetido ao tratamento apropriado” (REIS et al., 2016, p. 123).

Similarmente, o Decreto n.º 24.559/1934<sup>9</sup> previa a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes sob a seguinte premissa:

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais desse gênero (BRASIL, 1934).

Ainda na perspectiva do controle às expressões comportamentais desviantes, foi implementado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), através do Decreto-Lei n.º 3779 de 1941, e encarregado de executar nacionalmente uma política nacional de assistência aos menores desvalidos e infratores. No entanto, o SAM entrou para a história das políticas públicas infantojuvenis como um exemplo infame de desassistência e crueldade com a infância (VERONESE, 2020).

Na época a compreensão da psicopatologia infantojuvenil era incipiente e permanecia atrelada aos temas do desempenho intelectual e da delinquência, todavia isso não impediu o governo de investir na construção de um aparato estatal destinado à saúde mental da população adulta e infantil. O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), instituído em 1941 e ratificado posteriormente pelo Decreto n. 17.185 de 1944, era o órgão administrativo central encarregado de organizar a expansão da assistência psiquiátrica em todo o território nacional. Como resultado desse processo de interiorização da assistência psiquiátrica, o número de dispositivos de caráter hospitalar e manicomial no país cresceu vertiginosamente. Proliferaram hospitais-colônia e institutos de psiquiatria e neuropsiquiatria adulta e infantil, além da ampliação das estruturas já existentes, levando a uma institucionalização massiva (COUTO, 2012).

Cabral e Darosci (2019) atentam para o caráter clientelista da assistência à saúde durante essa época como uma característica própria de um regime populista como era o primeiro governo de Vargas.

No bojo dessa expansão territorial da psiquiatria, o estado de Santa Catarina ganha seu primeiro serviço exclusivo para pessoas com problemas mentais.

---

<sup>9</sup> Decreto publicado por Vargas em 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

Fundado no município de São José, na região da grande Florianópolis, o Hospital Colônia Sant'ana (HCS) passou a atender uma clientela infantojuvenil logo após sua criação em 1941. Os estudos de Borges e Caponi (2018) e Viana (2015) revelam a presença de mais de uma centena de pacientes institucionalizados no HCS, com idades entre cinco e dezessete anos de idade, ao longo de toda a década de 1940.

A análise dos prontuários desses pacientes constata que as internações se prolongavam por meses e anos a fio, com o agravante de que nesses registros verifica-se “a inexistência de diagnósticos que apontassem patologias psiquiátricas claramente definidas[...]” denotando que as internações davam-se, teoricamente, “em função de supostos comportamentos desviantes, entendidos como indicadores de supostas patologias psiquiátricas que poderiam se desencadear no futuro” (BORGES; CAPONI; 2018, p. 1255). Nos prontuários observou-se ainda, por meio de anotações, a preocupação por parte da equipe clínica em construir as árvores genealógicas dos pacientes infantis. Tal prática, influenciada por concepções eugenistas sobre hereditariedade, era comum e almejava descobrir se os indivíduos eram ou não aptos, ou desejáveis, do ponto de vista eugênico, para a reprodução. Geralmente, a recomendação era que não se reproduzissem.

Outra característica da assistência psiquiátrica do HCS, observada por Viana (2015), era a inclusão de atividade laboral como recurso terapêutico, prática conhecida como praxiterapia, aplicada aos pacientes conforme a designação de gênero. Atividades terapêuticas envolvendo “cozinha” e “lavanderia” para as meninas e “lavoura” para os meninos. Os registros nos prontuários contêm ainda anotações como “adapta-se ao trabalho” e “não se adapta ao trabalho” como condição para o retorno ao meio social.

O período aqui compreendido ainda foi testemunha de outras iniciativas que tinham como foco a intervenção no âmbito da saúde mental infantojuvenil, mas sempre atravessadas por representações classificatórias segregadoras das condições psíquicas, alternando entre deficiência e delinquência. Algumas iniciativas direcionaram sua atenção para o ambiente escolar por acreditar que era o ambiente mais propício para uma intervenção normatizadora eficaz, dando origem às escolas hospitalares. Mas no geral, foi uma época marcada pela expansão do aparato asilar manicomial e de um avanço do processo de institucionalização da infância atravessado por um discurso médico-jurídico que reduzia a representação social da

criança e do adolescente à categoria do “menor” possível delinquente e ameaça social.

### BREVE EXPERIÊNCIA DEMOCRÁTICA E DITADURA MILITAR (1946 – 1985): A INFÂNCIA COMO OBJETO DE REPRESSÃO

O fim do Estado Novo (1945) e a promulgação de uma nova Constituição em 1946 marcou o início de um período de mudanças políticas e sociais no Brasil. Lima (2006) circunscreve a importância desse período (1946 – 1964) como uma inédita experiência democrática na história do Brasil, com um ciclo de 19 anos de relativa tranquilidade institucional no aparato do Estado. Porém, esse período democrático inicial não resultou em uma evolução significativa na assistência à saúde mental ou na assistência e proteção à infância, na verdade, o oposto aconteceu.

Referente à saúde mental, Cabral e Darosci (2019) situam alguns marcos normativos dignos de nota, como o Decreto/Lei n. 8.850 de 1946 que possibilitou a fomentação de acordos com vistas à expansão da assistência psiquiátrica no país. A criação do Ministério da Saúde (MS), através de sua desvinculação do Ministério da Educação, instituído pelo Decreto n. 34.596 publicado em 16 de novembro de 1953. E a realização da derradeira III Conferência Nacional de Saúde (CNS), a última do período democrático. Na área da SMCA, Couto e Delgado (2015) apontam para a continuação da estrutura asilar-manicomial como principal dispositivo de assistência psiquiátrica no âmbito das políticas públicas nacionais. E para o desenvolvimento, nas academias e clínicas de psicanálise, de estudos das teorias psíquicas da infância que constitui etapa importante da construção da SMCA, que foi realizado de maneira isolada através de iniciativas pontuais em diferentes estados brasileiros, e não necessariamente articulada a uma agenda pública.

Já no âmbito da assistência e proteção social entidades importantes se estabelecem nessa época, como a Associação Pestalozzi (1948) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1954, ambas entidades civis sem fins lucrativos voltadas para a assistência e reabilitação de crianças e adultos com deficiência intelectual e transtornos do neurodesenvolvimento (BRASIL, 2005).

O golpe de estado deflagrado na noite do dia 31 de março de 1964 efetivou a deposição do presidente João Goulart (1919 – 1976) e a imposição de um regime militar (1964 – 1985) no Brasil. Conforme explicam Schwarcz e Starling (2015), o

golpe aconteceu em razão da conjuntura interna e externa daquele período. Aspectos conjunturais de ordem política, econômica e social no cenário interno brasileiro deixaram o governo da época em uma posição vulnerável diante das pressões de setores conservadores da sociedade brasileira como os latifundiários, multinacionais, elites militares, etc.

Esses grupos temiam uma suposta ameaça comunista representada pelo presidente João Goulart, passaram então a conspirar em favor de uma intervenção militar sob a égide dos EUA e sua política externa durante a Guerra Fria que buscava influenciar os governos da América Latina em detrimento à expansão da influência de outro poder hegemônico, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) na região. O golpe pôs fim à breve experiência democrática e iniciou a ditadura militar (1964 – 1985), que se caracterizou pela repressão política, pela censura à imprensa e pela violação dos direitos humanos (Schwarcz; Starling; 2015).

O regime de exceção produziu enormes desafios aos povo brasileiro e situou o país em um ciclo de 21 anos de escuridão traduzidos em repressão social e embargo dos direitos civis, políticos e humanos. Enquanto uma das representações mais vulneráveis da sociedade, crianças, adolescentes e pessoas com problemas mentais foram as mais afetadas pela conjuntura. O Decreto do Ato Institucional n 5 garantiu à cúpula militar a liberdade necessária para perpetuar qualquer tipo de ação autoritária sem enfrentar resistência oficial por parte de outros poderes ou ser questionado publicamente, ao menos oficialmente.

Mendonça (2000), destaca que a repressão, principal meio de controle no Estado de exceção, atingiu significativamente à infância, adolescência e juventude brasileiras, particularmente a parcela mais pobre, já historicamente afetada pelo descaso do Estado brasileiro. Burgos (2020) sintetiza algumas das principais iniciativas assistenciais do período, destacando-se:

[...]a criação Política Nacional do Bem-estar do Menor (PNABEM). Ao efetivar essa política, por meio da Lei no 4.513 de 1965, dá-se a criação da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM) e Fundação Estadual do Bem-estar do Menor (FEBEM). Esse regime de internação buscava o afastamento das crianças e adolescentes vindas de 'famílias destruídas ou desestruturadas' visando a continuação da ordem vigente e a proteção da sociedade. Contudo, logo após sua criação recebe ataques por sua ineficácia e tratamentos desumanos (BURGOS, 2020, p. 27).

O carro chefe nesse período foi a institucionalização balizada por poucos ou nenhum critério legal, as instituições de acolhimento transformaram-se em

verdadeiros depósitos de meninos e meninas sem expectativas. A política de amparo às crianças e adolescentes do regime militar mesclava desproteção social com repressão e violação da dignidade humana (VERONESE, 2008). O processo de institucionalização cruel, sistemático e sem critérios não aconteceu apenas nas FUNABEM, FEBEM e SAM, deu-se também nos manicômios, junto aos adultos.

No âmbito das políticas de saúde mental, entre alterações normativas e institucionais, dois fatores relacionados entre si devem, obrigatoriamente, serem abordados. O primeiro fator diz respeito à “indústria da loucura”, denominação dada à modalidade de assistência psiquiátrica predominante no período, baseada na política privatista promovida pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS possuía vínculos estreitos com o setor privado de saúde e por décadas fomentou a expansão descriteriosa de ofertas de leitos psiquiátricos de lógica manicomial e hospitalocêntrica. Isso acontecia por meio de contratação, com recursos públicos, de leitos em clínicas e hospitais privados (CABRAL; DAROSCI; 2019).

Martins, Assis e Bolsoni (2019), situam as estatísticas do período partindo de cerca de 14 mil leitos psiquiátricos existentes no início da Ditadura em 1964 para algo além dos 70 mil leitos disponíveis no final da década de 1970. Atrelado a isso, estava a expansão do processo de medicalização, em razão da proximidade e interesses mútuos entre a indústria hospitalar e indústria farmacêutica, igualmente financiados com recursos públicos pelo INPS.

O segundo fator, resultado direto desse processo de industrialização da loucura, foi o enclausuramento em massa nos hospícios em todo o território nacional nessa época. Em *Holocausto Brasileiro* (2013), logo nas páginas iniciais, Arbex (2013) explica quem eram esses “loucos” enclausurados pela indústria da loucura:

[...] Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p. 12).

O trecho é apenas um recorte, situado na realidade do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, mas permite ilustrar as consequências resultantes de uma política de saúde mental privatista e indiscriminada, como a perpetrada durante



o período ditatorial. Ilustra como uma política pública de assistência à saúde quando atravessada por interesses financeiros privados, em detrimento do interesse público e coletivo, pode degenerar em injustiça e até mesmo barbárie.

A história de Barbacena e a história do SAM é a história da representação social da loucura e da infância pobre no cenário de desigualdades da segunda metade do século XX no Brasil que encerra esse capítulo.

### **3 A LUTA PELO DIREITO A TER DIREITOS (1985 – 2001)**

No presente capítulo serão abordados os processos de luta e participação popular que desencadearam transformações normativas importantes em relação às legislações e parâmetros nacionais que incidem diretamente no desenvolvimento da SMCA. Nesse breve resgate histórico serão apresentadas a luta pelo direito à saúde; a luta pelos direitos das pessoas com problemas mentais; e por fim, a luta pelos direitos da criança e do adolescente. Dessa forma, o capítulo irá contextualizar três marcos normativos fundamentais para a construção da política de SMCA: o Sistema único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

#### **A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA**

Paiva e Teixeira (2018) afirmam que o Sistema Nacional de Saúde vigente no Brasil durante o período da ditadura militar, além de ser contributivo, era caracterizado pela predominância financeira das instituições previdenciárias, pela burocracia, por um caráter de mercantilização crescente da saúde e sobretudo pela corrupção. Foi um período marcado pela redução dos investimentos na saúde pública e pelo incentivo à expansão do setor privado na saúde em detrimento do setor público, que ficou sucateado e restrito aos mais pobres. O conceito de saúde adotado pelo Ministério da Saúde (MS) era restrito e biologicista, focado na cura das doenças e na assistência médico-hospitalar.

Paim (2011) sinaliza que a atuação do regime militar favoreceu o surgimento dos planos e seguros privados de saúde, que passaram a atender aos trabalhadores formais vinculados à previdência social. A saúde passou a ser vista como uma mercadoria, sujeita às leis de mercado e aos interesses dos empresários da saúde. Além disso, entre 1970 e 1974 recursos provenientes do orçamento federal foram destinados a “reformular e construir hospitais privados e a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais” (PAIM, 2011, p. 17).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e junto deste o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que promovem pequenas aberturas como tentativa de aliviar as

tensões sociais. Foi criado ainda o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que tinha a função de estruturar a atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde (Escorel, 2008).

O Estado reprimia duramente os movimentos sociais e políticos que lutavam pela redemocratização do país e pela garantia dos direitos humanos. No entanto, a sociedade civil encontrou meios para se organizar e resistir à ditadura. No campo da saúde o movimento sanitário passou por um processo de renovação e reorganização para somar na luta democrática, adotando uma postura reformista e protagonizada por um movimento social que ficou conhecido como o Movimento pela Reforma Sanitária. Sarah Escorel (2012), faz um resgate histórico desse processo de renovação que remonta à década de 1970 e que no decorrer das duas décadas seguintes foi ganhando força e expressão política e social. O movimento aliou-se a outros movimentos na resistência à ditadura militar, como os sindicalistas, partidos políticos, as universidades, as igrejas e entidades da sociedade civil, formando uma frente ampla e democrática em defesa da democracia e da saúde pública.

Paralelamente, foram criadas diversas organizações de profissionais da área da saúde como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que passaram a compor o movimento. De acordo com Escorel, essa configuração do movimento era composta por três vertentes principais:

O movimento estudantil e o CEBES; os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico — o referencial ideológico — do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco (ESCOREL, 2012, P. 341).

A articulação entre essas vertentes foi fundamental para a difusão do pensamento médico-social defendido pelo movimento e para o processo de formação de uma “consciência sanitária” de seus integrantes.

Segundo Krüger (2005) a principal distinção dessa configuração para os movimentos sanitários anteriores foi a sua concepção crítica de saúde, para além do conceito meramente biológico. O conceito adotado na Reforma Sanitária compreende a saúde como um processo histórico-social inserido num contexto de relações em uma sociedade dividida por classes, próprio do modo de produção

capitalista. Essa concepção foi responsável por enfatizar no plano político-institucional que “a saúde tem como determinantes e condicionantes o meio físico (ambiente, habitação, saneamento, etc.), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, alimentação, educação, etc.) e a oportunidade de acesso a serviços e ações que configurem a integralidade da assistência” (KRÜGER, 2005, p. 73).

No processo de construção democrática da Reforma Sanitária, um evento em particular ficou registrado na história: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Realizada em Brasília em março de 1986, congregou mais de quatro mil pessoas, trabalhadores, partidos políticos, estudantes, parlamentares, gestores e pela primeira vez contou com a participação de usuários da saúde. Cabe resgatar aqui as origens das CNS, criada por meio da Lei n.º 378 em 1937 durante a Era Vargas para promover a articulação entre o governo federal e demais entes federativos para a formulação de políticas e a distribuição de verbas para a área da saúde. Constatando a relevância desse espaço no desenvolvimento da saúde pública brasileira, Escorel e Bloch (2005) sublinham que “desde que foram instituídas, as conferências sofreram profundas mudanças, mas todas, com maior ou menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde” (apud Giovanella et al., 2012, p. 358).

O encontro de 1986 foi precedido por uma série de pré-conferências estaduais e municipais que se transformaram em lócus privilegiado de exercício da democracia, promovendo a discussão e construção colaborativa das pautas que seriam desenvolvidas na 8ª CNS (Lima et al., 2006). A inédita participação popular tinha razão de ser, a inclusão de representantes dos usuários fora pensada considerando sua importância para o processo de formação da política de saúde (Arouca, 1988). Durante cinco dias a 8ª CNS assegurou a definição e estruturação dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e delineou o caminho a ser percorrido na busca por respostas institucionais condizentes com tais princípios. A principal dela supunha “uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado” (AROUCA, 1986, p.41).

Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941 – 2003), médico sanitário e presidente da FIOCRUZ (1985 – 1989) encarregado de proferir a palestra de

abertura da 8ª CNS intitulada “Democracia é saúde” e resumiu assim a proposta de Reforma Sanitária:

[...]a reforma sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições. A reforma sanitária pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe ao nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando, assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde (AROUCA, 1986, p. 41).

Para Arouca a Reforma Sanitária idealizada sob o viés da consciência sanitária expressava um objetivo maior do que ser uma reforma administrativa setorializada, ele a entendia como um “projeto civilizatório”, um processo genuíno de transformação social a partir da transformação da realidade sanitária. Ele descreveu esse projeto da seguinte maneira:

[...] um processo de transformação da situação sanitária em, pelo menos, quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas” (AROUCA, 1988, apud GIOVANELLA et al., 2012, p. 344).

Afinal, o projeto da Reforma Sanitária continha em si os mesmos princípios e valores almejados para uma sociedade democrática. Paim (2010) compreende a lógica defendida por Arouca como “um ciclo composto por ideia — proposta — projeto — movimento — processo” (p. 173, apud Giovanella et al. 2012, p. 345). Paim concebe a Reforma Sanitária como uma reforma social constituída por três dimensões que convergem entre si: a democratização da saúde, a democratização do Estado e a democratização da sociedade. Essas três dimensões foram convertidas em princípios e diretrizes que posteriormente orientaram a implantação do SUS.

O relatório final da 8ª CNS concluiu a consolidação das propostas apresentadas durante o encontro e estabeleceu a “[...] sistematização da Reforma Sanitária como projeto, isto é, o conjunto de políticas articuladas[...]” pela defesa da saúde como um direito fundamental e social, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e participação popular (Escorel, 2012). Tão logo encerrado os trabalhos da 8ª CNS, o movimento direcionou seus esforços aos desdobramentos político-institucionais que ocorriam no período.

Naquele mesmo ano o Brasil já caminhava rumo à abertura política, em um processo lento, complexo e traçado coletivamente. O chamado “processo de

abertura” iniciou em 1980 em virtude de uma conjunção de fatores internos e externos que instigaram uma série de crises de caráter econômico, social e moral. O fim do “milagre econômico” somado ao desemprego, hiperinflação, arrocho salarial e a pressão de uma crise econômica mundial desencadearam a derrocada da Ditadura Militar. Gradualmente o regime foi perdendo suas bases de sustentação com o crescimento da inquietação social, as denúncias de corrupção e violação dos direitos humanos e o enfraquecimento da aliança com o empresariado nacional. Os militares foram forçados a agir e já “no primeiro ano do general Figueiredo como presidente da República, foi decretada a anistia política e a reforma partidária, extinguindo o bipartidarismo”(ESCOREL, 2012, p. 362).

Em 1984 o movimento pelas Diretas Já despertou a atenção do Brasil ao reunir um grupo bastante heterogêneo de representantes dos mais variados setores da sociedade para reivindicar o restabelecimento de eleições diretas que haviam se tornado ilegais durante a Ditadura Militar. Em 1985 o regime militar chega ao fim com a eleição indireta em 1985 do então senador Tancredo Neves (1910 – 1985) e a posse de seu vice José Sarney que assume a presidência da República em razão de sua morte repentina. Tem início então o processo de redemocratização e reconstrução nacional, que apesar de desafiador e atravessado pelas profundas dificuldades econômicas e sociais vivenciadas pela população brasileira na época, revelou-se uma experiência coletiva inédita e exitosa (Schwarcz; Starling; 2015).

O principal elemento da redemocratização foi a organização da Assembleia Nacional Constituinte, que contou com a inédita participação popular na elaboração da nova Carta Magna. Representantes da sociedade civil foram convocados a contribuir na construção do texto constitucional apresentando propostas e reivindicações para os mais diversos setores. A intensa mobilização e o acúmulo de experiências provenientes da 8ª CNS subsidiaram a proposta de inclusão da saúde como um direito de cidadania na nova Constituição. Para supervisionar e elaborar a proposta referente à saúde foi instituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, “de composição paritária entre governo e sociedade civil [...]” enquanto a Plenária Nacional de Saúde foi composta por “entidades representativas dos movimentos popular, sindical, dos profissionais de saúde, dos partidos políticos e da academia, a qual atuou intensamente no processo constituinte” (ESCOREL, 2008, p. 428).

Todavia, antes mesmo da conclusão dos trabalhos da constituinte, a Reforma Sanitária iniciou seu processo de implementação institucional quando em

1987 o governo Sarney (1985 – 1990) instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS foi uma medida transitória que organizou a transferência dos serviços de saúde existentes para os estados e municípios, estabelecendo os alicerces sobre os quais o SUS seria construído (Krüger, 2005).

A Constituição Cidadã foi votada e aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte no dia 22 de setembro de 1988 e promulgada oficialmente dias depois, em 5 de outubro. A confirmação da conquista histórica do direito à saúde está expressa no artigo constitucional nº196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em 1989 a Plenária Nacional da Saúde assume a condução dos trabalhos de elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS), promulgada no ano seguinte. Já no fim de seu governo, Sarney autoriza a transferência do INAMPS para o MS “estabelecendo uma nova configuração setorial: a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, constituindo o SUS” (ESCOREL, 2008, p. 430).

No entanto, a implementação do SUS esteve, e está até os dias atuais, sujeita à ordem político-econômica vigente. Na época, o principal desafio para a implementação do SUS nesse início foi a eleição de Fernando Collor de Mello para a presidência da república em 1989. Collor sancionou com vetos as Leis 8.080 em 19 de setembro de 1990 e 8.142 em 22 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços de saúde, bem como a participação popular na gestão do SUS e transferência de recursos financeiros para a saúde (BRASIL, 1990).

Os princípios básicos norteadores do SUS preconizam a universalização da saúde como um direito de todas as pessoas e dever do Estado, onde o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação e demais características sociais ou pessoais. O princípio da equidade, com o propósito de diminuir as desigualdades, tem em vista contemplar pessoas, realidades, territórios e necessidades diferentes, adaptando a regra ao contexto. E por fim, o princípio da integralidade considera os sujeitos na totalidade e

visa atender às suas necessidades de maneira integral. Isso inclui ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, além de tratamento e reabilitação (Brasil, 2000).

O SUS orienta-se ainda por princípios de caráter organizativo, como a participação da comunidade através de mecanismos de controle social (conselhos e conferências), que viabilizam a contribuição popular no controle e avaliação das políticas de saúde.

Descentralização e Comando Único, que permitem descentralizar e redistribuir o poder e a responsabilidade pela administração dos serviços de saúde entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), além de viabilizar o controle social por parte da população usuária local. E por fim, a regionalização e hierarquização determinam a organização dos serviços de saúde segundo os diferentes níveis de complexidade, e de critérios epidemiológicos e geográficos.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços existentes visando o comando unificado dos mesmos, enquanto a hierarquização refere-se à divisão dos níveis de atenção e as formas de acesso aos serviços que integrem a complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis em cada região (BRASIL, 2000).

Enquanto luta popular, o movimento pela reforma sanitária possui inegável relevância histórica e política. Seu processo de construção coletiva e democrática de uma estrutura como o SUS, ímpar no mundo no que diz respeito ao seu alcance e organização, merece ser celebrado, estudado e resgatado sempre que possível. Ao incluir um breve resgate desse processo histórico, neste capítulo propõe-se uma reflexão sobre a saúde como direito social conquistado e contextualizar sua organização a fim de situar os demais aspectos abordados nesse trabalho que integram a estrutura do SUS.

## **A LUTA PELOS DIREITOS DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Contemporaneamente ao processo que resultou na reforma sanitária e criação do SUS, um movimento similar era construído coletivamente no campo da saúde mental. Assim como o movimento pela reforma sanitária, o movimento pela



reforma psiquiátrica teve seu desenvolvimento marcado pela crítica ao modelo de saúde excludente vigente até então, a defesa de um conceito amplo e democrático de saúde e postulou-se a ir além da transformação técnico-operacional. Similarmente, a trajetória da reforma psiquiátrica foi construída a partir de experiências reformistas anteriores e se assumiu enquanto um movimento social e político em uma conjuntura de resistência ao regime militar e posterior transição democrática (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

O conceito de Reforma Psiquiátrica é amplo e complexo, pois envolve não apenas aspectos técnicos e científicos, mas também éticos, políticos e culturais. Delgado (1992) defende que reforma e psiquiatria são expressões intrínsecas e aponta para o próprio mito de origem da medicina psiquiátrica, quando Pinel libertou os loucos das correntes e dos porões e os colocou no manicômio, como um ato de reforma. O autor faz então um breve resgate da história da psiquiatria no Brasil e afirma que após a introdução do modelo de assistência pineliano (esse fato em si constitui uma reforma da assistência em saúde na época), ocorreram as primeiras experiências reformistas.

Tenório (2002), pontua que na virada para o século XX os médicos alienistas passaram a propor reformas nos modelos estruturais e terapêuticos das instituições psiquiátricas. Alguns exemplos foram a criação de alas específicas e escolas, hospitais para separar os enfermos mentais infantis dos adultos, a criação das colônias agrícolas que deram origem aos hospitais-colônias e o incentivo à ampliação da estrutura manicomial por meio do aparato estatal na era Vargas. Nas décadas de 1960 e 1970 surge a experiência original das comunidades terapêuticas e a introdução da psiquiatria comunitária no país. Todas essas iniciativas podem ser compreendidas como desafios reformistas impetrados conforme o contexto social e científico de suas respectivas épocas.

Assim, o que distingue a reforma psiquiátrica atual é a sua intenção radical de ruptura com a lógica manicomial e o conceito de reforma ganha uma inflexão diferente quando “a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, incidindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle” (Tenório, 2002, p. 27). Paulo Amarante sintetiza esse conceito de reforma psiquiátrica da seguinte maneira:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo

clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91 apud Tenório, 2002, p.29).

Amarante (1994) narra que os caminhos da luta que levaram à reforma psiquiátrica como a conhecemos hoje têm como ponto de partida a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978<sup>10</sup>. A mobilização de trabalhadores da área de saúde mental iniciou com a deflagração de uma greve de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), no que foi a primeira greve de servidores públicos realizada durante a ditadura militar, em um episódio que ficou conhecido como “<sup>11</sup>Crise da DINSAM”. A organização coletiva despontou como um dos principais aspectos no processo de luta<sup>12</sup> pela reforma psiquiátrica brasileira, e posteriormente esse mesmo grupo de trabalhadores promoveu o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1979, que debateu reivindicações trabalhistas e a precariedade da assistência em saúde mental.

Além da organização dos trabalhadores, a criação de um núcleo de saúde mental no interior do CEBES (1978) foi uma estratégia importante que proporcionou a produção de conhecimento sobre a temática com a realização de estudos e discussões, a participação no CEBES aproximou os movimentos de reforma psiquiátrica e reforma sanitária. Afinal, para que os objetivos da reforma psiquiátrica pudessem ser alcançados seria imprescindível o sucesso da reforma sanitária, e o núcleo em questão contribuiu ativamente para a formulação de propostas e organização da 8ª CNS.

A aproximação entre os dois movimentos reformistas foi marcada por convergências e divergências. Os grupos convergem sobre a noção ampliada do conceito de saúde como um direito universal e dever do estado atrelado a uma visão

---

<sup>10</sup> Ano importante na história da reforma psiquiátrica. Além da crise na DINSAM e da criação do MTSM, nesse ano ocorreram encontros, debates e mobilizações na área da saúde mental no Brasil e no mundo. Aprovação da lei de reforma psiquiátrica na Itália e visita de Franco Basaglia ao Brasil. Fonte: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>

<sup>11</sup> Greve de trabalhadores deflagrada após denúncias de graves violações nos hospitais psiquiátricos e demissão de 260 trabalhadores da DINSAM, fato que deu origem ao MTSM.

<sup>12</sup> Segundo Amarante, essa conotação de luta é uma particularidade da reforma brasileira, inspirada pela reforma italiana e pelo contexto social e político do país no período

de cidadania, e divergiam sobre as estratégias para atingir os resultados almejados. Tenório (2002) aponta como fim da trajetória sanitaria da saúde mental o período no fim da década de 1980 que marca a chegada dos sanitaristas ao controle das instituições estatais de saúde e o início do processo de instituição da reforma sanitária. Embora reconhecesse a ineficácia e a perversidade da estrutura manicomial, a gestão sanitaria defendia a reestruturação da assistência psiquiátrica por meio de “racionalização, humanização e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital” (Tenório, 2002, p. 33). Portanto, tinha como foco a prática e não a instituição.

Destarte, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1987 simboliza o amadurecimento do movimento e seu propósito de uma reforma ampla e estrutural e “o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002, p. 35).

Segundo Yasui (2010), às CNSM transformaram-se no principal veículo de mobilização da causa e com o tempo foi ganhando relevância política e expandindo sua abrangência com a realização de pré-conferências municipais e estaduais. Foi nas CNSM e nos encontros de trabalhadores da saúde mental que os princípios e diretrizes da reforma foram construídos coletivamente e onde o movimento antimanicomial organizou-se nacionalmente.

Nessa trajetória, a indignação dos trabalhadores da saúde mental somou-se com a dos usuários dos serviços e seus familiares que denunciavam a precariedade da assistência e violações contra a dignidade humana que ocorriam de maneira sistemática nas instituições psiquiátricas brasileiras. Ao longo das décadas seguintes o movimento foi ampliando seu escopo de intervenções em diferentes frentes, com a realização de audiências públicas, articulações políticas, criação de cursos de especialização em saúde mental, manifestações, passeatas e lançamento de obras audiovisuais e literárias.

Delgado (1992) e Amarante (1998) ressaltam que mais do que pressionar pela reforma nos campos normativo e legislativo, esses esforços pretendiam transformar a visão da sociedade brasileira a respeito da loucura e do tratamento dispensado a ela. Para os autores, o lema “por uma sociedade sem manicômios” não se tratava simplesmente de clamar pelo encerramento dessas instituições, e sim de reclamar a cidadania do sujeito atravessado pela loucura.

O processo foi longo e enfrentou a resistência das esferas mais conservadoras da sociedade que naquela conjuntura travava batalhas em diferentes frentes pela manutenção do *status quo*. A oposição mais firme partiu do setor privado de saúde, grande beneficiário de recursos públicos destinados ao financiamento de leitos psiquiátricos, maiores interessados na manutenção do sistema manicomial e para quem o processo de desinstitucionalização significaria uma enorme perda financeira. O setor privado agiu contra a aprovação da reforma psiquiátrica por meio de um poderoso lobby econômico com representação na Câmara dos Deputados e nas entidades de classe psiquiátrica. O movimento antimanicomial contra atacou com denúncias sobre a precariedade dos serviços, os maus tratos contra os pacientes e a corrupção na gestão dos recursos financeiros públicos destinados à manutenção de clínicas e hospitais psiquiátricos privados (Delgado, 2011).

Em disputa estavam interesses e projetos societários completamente distintos e os embates estenderam-se por mais de uma década, período entre o primeiro esboço do projeto de lei de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989 e aprovação pela Assembleia Legislativa e ratificação pelo presidente da república Fernando Henrique Cardoso (1994 – 2002) em 6 de abril de 2001. A Lei 10.216 instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil que estabelece “a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental” (BRASIL, 2001).

Yasui (2010) recorda eventos importantes que antecederam o processo de aprovação da Lei 10.216 em 2001. No fim da década de 1980, com a vitória de instâncias políticas progressistas nas eleições dos governos estaduais, alguns integrantes do movimento antimanicomial assumiram posições na gestão pública, promovendo a reestruturação da assistência psiquiátrica em iniciativas locais e aprovação de leis estaduais.

E na década de 1990 o Brasil já havia assumido o compromisso de reestruturar integralmente a assistência em saúde mental ao ratificar a Declaração de Caraca<sup>13</sup>s proclamada em novembro de 1990 na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas

---

<sup>13</sup> Os objetivos da Declaração de Caracas incluíam promover uma atenção psiquiátrica comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva e revisar criticamente o papel do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços.

Locais de Saúde convocada pela OMS/OPAS. O documento orienta as políticas públicas de saúde mental na América Latina e fornece justificativa ideológica para a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental, demarcando a posição da reforma psiquiátrica brasileira no âmbito internacional (Yasui, 2010).

Dessa forma, a regulamentação normativa da reforma psiquiátrica ao nível federal seria consequência da disseminação da causa da reforma, intensificada pelos embates travados no campo legislativo por 12 anos e que resultou na “situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada” (Tenório, 2002, p.36).

O principal aspecto da lei consiste no reconhecimento da cidadania das pessoas com transtornos mentais e na confirmação de seus direitos consoante os princípios constitucionais expressos nos artigos I e II da referida legislação:

Art. 1.º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I — ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II — ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III — ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV — ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V — ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI — ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII — receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII — ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX — ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A lei estabelece ainda princípios normativos que orientam, dentre outras ações, a criação de serviços substitutivos ao hospital, a regulamentação das internações involuntárias e compulsórias, a fiscalização dos estabelecimentos de saúde mental e a criação de mecanismos de participação social na formulação e controle das políticas públicas em saúde mental (BRASIL, 2001).

Enquanto um processo político enquadrado nas relações sociais, a reforma psiquiátrica foi atravessada por interesses político-econômicos e desafiada por projetos ideológicos que insistem em uma lógica manicomial cuja aplicabilidade independe da existência de um aparato físico estrutural. A racionalidade manicomial tem o poder de condicionar práticas e influenciar as dimensões clínica e político-institucional, resultando em retrocessos<sup>14</sup> e descaracterização da política nacional de saúde mental.

Por isso, é fundamental compreender a reforma psiquiátrica como um processo dinâmico em constante evolução e não como um mero evento histórico, estático, consumado. Essa compreensão pressupõe uma leitura crítica do atual contexto da saúde mental e a reafirmação constante do compromisso com os princípios antimanicomiais de valorização da cidadania e defesa dos direitos humanos.

#### A LUTA PELOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES: A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

A Constituição Federal de 1988 reconhece, por meio do artigo n.º 227, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento que demanda proteção integral e prioritária por parte da família, da sociedade e do Estado. Esse reconhecimento é sustentado por um arcabouço jurídico orientado pelos princípios da Doutrina da Proteção Integral (BRASIL, 1988).

De acordo com Veronese (2013), a consagração da Doutrina da Proteção Integral na carta constitucional representou um novo paradigma no ordenamento jurídico brasileiro em sua compreensão da criança e do adolescente. Essa compreensão simboliza a renúncia aos princípios assistencialistas, discriminatórios e repressivos da Doutrina da Situação Irregular, que vigorou no país até então, e que orientava as intervenções estatais dirigidas “a um tipo de criança e adolescente específico, aquele que estava inserido num quadro de exclusão social” (VERONESE, 2013, p. 48).

---

<sup>14</sup> Portaria n.º 3.588/2017 do Ministério da Saúde, que ampliou o financiamento para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas religiosas...

A origem da Proteção Integral remonta aos marcos normativos internacionais sobre os direitos da criança e os direitos humanos universais elaborados pela Organização das Nações Unidas (ONU) no contexto histórico e político pós-Segunda Guerra Mundial. Os principais marcos, isto é, os que exerceram influência direta na concepção da Proteção Integral, foram a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). O documento de 1989 tornou-se a convenção internacional mais ratificada da história contemporânea mundial e a principal influência normativa dos direitos infantoadolescentes (RIBEIRO, 2020). A Convenção estabelece como direitos fundamentais de todas as crianças e adolescentes:

- ❖ direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento;
- ❖ direito à proteção contra todas as formas de violência, abuso, exploração e negligência;
- ❖ direito a não discriminação, independentemente de cor, sexo, língua, religião ou opinião;
- ❖ direito à participação e à expressão livre de opiniões e informações;
- ❖ direito à identidade, ao nome e à nacionalidade;
- ❖ direito à saúde, à alimentação, à água potável e ao saneamento;
- ❖ direito à educação, à cultura, ao lazer e ao brincar;
- ❖ direito à família, ao ambiente de felicidade, amor e compreensão (ONU, 1989).

É imperativo resgatar que essa transformação paradigmática do tratamento jurídico e social só ocorreu por mérito dos movimentos sociais que protagonizaram a luta pelos direitos da infância e adolescência. Dois agentes dessa transformação merecem destaque em virtude de seu protagonismo, o Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua e o Movimento Criança Constituinte, que atuaram em conjunto com outros agentes e entidades da sociedade civil organizada em prol da inclusão prioritária da pauta pela Assembleia Constituinte. Registrou-se ainda a decisiva participação popular de crianças e adolescentes nesse processo, em um inédito exercício democrático que ressalta “a nova concepção da infância atrelada à nova noção de cidadania estabelecida na Carta de 1988” (VERONESE; SILVEIRA, 2011, p. 27).

Após a promulgação da Constituição e da ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança, reconheceu-se a necessidade de construir um arcabouço jurídico próprio considerando a prioridade necessária e a condição peculiar de desenvolvimento desses sujeitos. Portanto, instituiu-se por meio da Lei n.º 8.069 de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo a Doutrina da Proteção Integral o referencial teórico que sustenta esse arcabouço.

O Estatuto, por sua vez, é orientado por um conjunto de critérios éticos caracterizados por três princípios norteadores: (i) o princípio da prioridade absoluta, (ii) o princípio do melhor interesse e (iii) o princípio da municipalização (BRASIL, 1990). O princípio da prioridade absoluta estabelece que os direitos das crianças e dos adolescentes devem ser tratados como prioridade absoluta pelo Estado e pela sociedade em geral. O princípio do melhor interesse determina que todas as decisões relativas a eles devem ser tomadas com base em seus interesses superiores. E o princípio da municipalização estabelece que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente deve ser executada com base na descentralização político-administrativa, ou seja, com a participação efetiva dos municípios (RIBEIRO, 2020, VERONESE, 2020).

Entretanto, após sua promulgação, constatou-se a necessidade de uma estrutura organizacional para garantir a efetivação dos direitos. Assim, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) estabeleceu por meio da Resolução n.º 113 de 19 de abril de 2006 os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGD), configurado conforme disposto:

Art. 1º O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente **constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil**, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal.

§ 1º Esse Sistema articular-se-á com todos os sistemas nacionais de operacionalização de políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública,



planejamento, orçamentária, relações exteriores e promoção da igualdade e valorização da diversidade.

§ 2º Igualmente, articular-se-á, na forma das normas nacionais e internacionais, com os sistemas congêneres de promoção, defesa e controle da efetivação dos direitos humanos, de nível interamericano e internacional, buscando assistência técnico-financeira e respaldo político, junto às agências e organismos que desenvolvem seus programas no país (CONANDA, 2006).

Essa grande engrenagem garantidora foi organizada devido à natureza constitutiva do ECA, visto que “crianças e adolescentes são os seres mais nitidamente intersetoriais, posto que sua existência, por si mesma, aciona vários setores sociais” (RIBEIRO; TANAKA, 2016, p. 212). A função da organização e institucionalização estrutural do SGD é estabelecer parâmetros para favorecer a articulação desses setores sociais e orientar o lócus de atuação de cada um deles na dimensão da Proteção Integral. Essa estrutura divide-se em três grandes eixos, controle social e efetivação; defesa; promoção; e sua configuração segue a seguinte ordem:

**Eixo de Controle e Efetivação de Direitos:** composto pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e demais conselhos setoriais tais como Assistência Social, Educação e Saúde; Ministério Público; Poder Legislativo; Fóruns; Cidadãos e demais instituições públicas e entidades da sociedade civil organizada.

Objetivos: formular políticas públicas; deliberar e disseminar marcos normativos, planos e projetos; fiscalizar e monitorar as estratégias de defesa e promoção dos direitos;

**Eixo da Defesa:** composto pelos mecanismos garantidores do acesso à Justiça e à proteção legal dos direitos de crianças e adolescentes, tais como Varas da Infância e Juventude; Varas Criminais; Comissões de Adoção; Corregedorias dos Tribunais; Coordenadorias da Infância e Juventude; Defensorias Públicas; Serviços de Assistência Jurídica Gratuita; Promotorias do Ministério Público; Polícia Militar e Civil; Conselhos Tutelares; Ouvidorias; Centros de Defesa da Criança e do Adolescente, além de outras entidades e instituições que atuam na proteção jurídico-social.

Objetivos: assegurar a exigibilidade e impositividade; responsabilização de direitos violados e responsabilização de possíveis violadores.

**Eixo de Promoção:** espaço intersetorial e transversal que pode e deve ser composto pelas mais diversas representações. Por exemplo, escolas, CAPSi, Grêmios Estudantis e os demais atores já mencionados.

Objetivos: oferecer serviços e programas (assistência, saúde, educação, saúde, lazer, etc.); promover a participação social de crianças e adolescentes; promover campanhas de conscientização e mobilização; promover a convivência familiar e comunitária; materializar o ECA em ações práticas e concretas para garantir os direitos da criança e do adolescente (CONANDA, 2006; POLITIZE, 2018)<sup>15</sup>.

Os esforços do CONANDA, e de outras entidades atuantes no campo da Proteção Integral, são fundamentais em criar estratégias que potencializam a efetivação de direitos. Porém, há de se questionar a necessidade de se institucionalizar um processo para garantir a efetivação de um marco jurídico estabelecido uma década antes. Isso implica que a implementação da Doutrina da Proteção Integral enfrenta desafios, pois se há a necessidade de se criar uma estrutura para garantir os direitos, é porque há falhas, e possivelmente resistência, em uma dimensão estrutural no reconhecimento a esses direitos. Como afirma Couto (2012, p. 63), “marcos normativos por si só não transformam a realidade[...]”, para isso é necessária a construção coletiva de uma estrutura social que viabilize o acesso aos direitos fundamentais e proporcionem às crianças e aos adolescentes condições de vida digna para o seu pleno desenvolvimento.

Na realidade brasileira atravessada por desigualdades estruturais, essas condições inexistem para a maioria da população infantojuvenil. Como superar essa realidade e construir uma estrutura social justa para as crianças? Trata-se de uma questão complexa, mas instigante, que requer uma reflexão macro e micro dimensional. Em uma dimensão micropolítica, cabe a nós, enquanto família e sociedade, que dividimos o espaço social com esses sujeitos, nos questionar onde nos situamos no paradigma dos direitos das crianças e dos adolescentes. Como enxergamos e interagimos com esses sujeitos? Possivelmente, a maioria de nós ainda os enxerga como seres “menores”, como seres que devem ouvir o que temos para dizer e aprender o que temos para ensinar, em uma relação monológica e hierárquica.

---

<sup>15</sup> Como é estruturado o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente?  
<https://www.politize.com.br/direitos-da-crianca-e-do-adolescente-brasil/>

É imperativo reconhecer a pluralidade das infâncias e adolescências e suas fissuras, e a realidade diversa de crianças e adolescentes pretos, indígenas, pobres, periféricos, atípicos, com sofrimento mental, dentre tantas outras representações. Qual o lugar destinado a essas infâncias e adolescências no paradigma da Proteção Integral e na estrutura social responsável por sustentar esse paradigma? Miranda (2021) faz uma análise comparativa entre o conceito de racismo estrutural e “menorismo estrutural” enquanto herança histórica dos Códigos de Menores e da Doutrina da Situação Irregular. Na obra “O que é racismo estrutural” Almeida (2019) explica como a formação social, histórica e política da sociedade brasileira produziu uma estrutura que historicamente normalizou e promoveu a desigualdade racial. Portanto, o racismo seria “decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional” (ALMEIDA, 2019, p. 33).

Dessa forma, Miranda (2021) sugere que as representações sociais históricas da infância e adolescência na estrutura social brasileira, marcadas pelo paradigma da situação irregular, normalizaram a condição do “menor”, situando crianças e adolescentes em uma posição de inferioridade. Portanto, o “menorismo” seria uma cultura e uma prática engendrada e reproduzida no país, conforme o autor explica:

“[...] no Brasil, dada as devidas proporções, também se tornou normal praticar o menorismo. Ele se encontra nas sentenças jurídicas, nas decisões pedagógicas de aceitar ou não um adolescente que cumpre as medidas socioeducativas ou nas ações socioassistenciais, contribuindo diretamente com a reprodução da violência e o aumento das desigualdades praticadas contra crianças e adolescentes pobres e periféricas (MIRANDA, 2021, n.p).

Esse paralelo faz sentido quando analisamos os desafios estruturais impostos à implementação da Proteção Integral, a ponto de ser necessária a criação de todo um sistema para garantir sua efetivação. E como enfrentar o menorismo estrutural? Baratta (2013), propõe que em uma dimensão macro-política deve-se refletir sobre como as formas de produção que sustentam o sistema econômico vigente, contribuem para o agravamento da questão social e suas expressões na infância.

Nesse sentido, a adesão de um Estado e uma sociedade capitalista a uma doutrina que promove a proteção integral e o acesso universal e igualitário aos direitos sociais seria uma contradição? Seria essa contradição, e suas implicações, a razão da existência do “menorismo estrutural” mesmo com todos os avanços nos

campos normativos e institucionais? Qual seria o papel da sociedade em solucionar tal questão? Uma possível resposta seria partir do seguinte entendimento:

[...] (da) sociedade como o conjunto das relações sociais existentes. Ela não é um ente separado no que se refere a visões normativas, articuladas pelos textos legislativos, constitucionais e das convenções internacionais. A sociedade não é apenas o status quo das relações sociais existentes. Ela constitui o lugar da tensão entre o ser e o dever ser, o lugar no qual se desenvolve a luta para reduzir a distância entre o status quo e as normas, os princípios, os direitos humanos (BARATTA, 2013, p. 11).

Na visão da referida autora, a efetivação desses direitos requer uma compreensão da consagração constitucional da doutrina para além da retórica, sendo “necessário conferir-lhe um sentido normativo e de projeção política”. Esse sentido pressupõe adotar os direitos humanos das crianças e adolescentes no principal pilar de sustentação de um projeto societário, transformando-os em “frente estratégica na luta pela emancipação de toda a sociedade, não só das crianças” (BARATTA, 2013, p. 12).

Dessa forma, conclui-se que para garantir a plena implementação da Doutrina da Proteção Integral é necessário ir além da ratificação de convenções internacionais e da criação de um arcabouço jurídico-normativo. É preciso criar na estrutura social brasileira as condições necessárias para a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

#### **4A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A REALIDADE DE FLORIANÓPOLIS**

No presente capítulo será abordado os caminhos da SMCA rumo à construção e efetivação de uma política pública. Primeiramente serão abordados os descaminhos entre a SMCA e o movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica e serão apresentadas as possíveis razões para esse desencontro que consistem em um resgate histórico da abordagem da SMCA nas CNSM; no item seguinte será apresentado o processo inicial da inserção da SMCA na agenda política e a construção de uma política pública; e por fim será apresentada a configuração da assistência em SMCA em Florianópolis através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa forma, o capítulo irá contextualizar a trajetória da SMCA no século XXI e sua configuração em Florianópolis.

##### **A SMCA NOS DISCURSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DESCAMINHOS INICIAIS**

A nova compreensão da criança e do adolescente incidiu diretamente sobre a forma de pensar e formular políticas públicas considerando aspectos específicos de sua condição de sujeito. São seres vivos e sociais dotados de sua própria subjetividade “sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, mas também ser atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana”, logo são passíveis de adoecer e sofrer mentalmente como sublinha Couto (2012, p. 6).

Blikstein (2012) faz alusão aos estudos de Bercherie (2001) sobre a clínica psiquiátrica da infância, onde afirma que a categoria sujeito psíquico no universo infantoadolescente é resultado de uma construção histórica atrelada ao surgimento de correntes e teorias da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise que floresceram durante o século XX. Com o tempo, essa corrente teórica foi agregando adeptos oriundos de outras fundamentações teóricas associadas a ela contribuindo para sua expansão, de maneira resumida algumas dessas contribuições:

[...] de Sigmund Freud vieram os argumentos da psicanálise; Erik Erikson introduziu a teoria do desenvolvimento e a psicanálise ao campo da antropologia cultural, destacando o impacto da experiência social durante o curso da vida; Margaret Mead contribuiu com uma análise antropológica, relacionando a rebeldia da puberdade como uma fase universal ao aspecto da inserção cultural; Jean Piaget estabeleceu que, por meio da assimilação e da acomodação, o adolescente compreenderia a sua realidade, construindo sistemas filosóficos, éticos e políticos como tentativa de se adaptar e mudar o mundo (ZANELLA, 2019, p. 1756).

Essas correntes e teorias, diferentes e por vezes complementares entre si, atribuem especificidades a cada fase do desenvolvimento da criança e do adolescente. Esse processo foi fundamental para corrigir equívocos passados quando havia pouca ou nenhuma distinção entre os transtornos da mente e do neurodesenvolvimento e suas muitas expressões.

Conforme descrito anteriormente, os esforços por parte da psiquiatria no sentido de categorizar os diagnósticos das crianças tidas como anormais não resultaram necessariamente em oferta de tratamentos condizentes. As análises historiográficas realizadas por Arbex (2013) Blikstein (2012) Borges e Caponi (2018) Couto (2012) Ribeiro (2006) Vianna (2014; 2015;) entre outros que se debruçaram sobre o tema convergem quanto ao entendimento de que as condições psíquicas da criança foram por muito tempo incompreendidas pela clínica e deliberadamente negligenciadas pelo Estado.

A institucionalização da infância brasileira foi majoritariamente uma questão para a assistência social, embora houvesse, em menor número, crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas. Essa constatação ajuda a entender o porquê da inclusão tardia da SMCA na reforma psiquiátrica, cujo objetivo era a desinstitucionalização psiquiátrica.

Ao questionar o porquê do movimento antimanicomial ter ignorado o assunto, Couto e Delgado (2015) sugerem como possível causa para o desencontro o fato de que quando o movimento adentrou os hospícios, no final da década de 1980, para descortinar uma realidade cruel e iniciar o processo desinstitucionalização eles não encontraram ali crianças e adolescentes. Pelo menos não em um contingente significativo que provocasse uma reação importante e a inclusão desse grupo no discurso do movimento. E por que isso aconteceu? Onde estavam as crianças com

transtornos mentais? Existem mais de uma resposta para essa questão, uma delas pode ser encontrada no seguinte trecho do livro de Arbex (2013):

Em Barbacena, elas [crianças] passaram a dividir com os outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, em vez de camas de capim, havia berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles. Hiram Firmino, jornalista de Belo Horizonte, o segundo do país a entrar no Colônia, em 1979, ficou tão impressionado com a cena, que perguntou a uma secretária o que aconteceria com eles, caso alcançassem a idade adulta. A resposta foi dura como um golpe de navalha. — Ué? Eles morrem (ARBEX, 2013, p. 78).

No diálogo reproduzido acima, a frieza da resposta à indagação sobre o destino das crianças asiladas responde parte da questão. O movimento antimanicomial não encontrou nos hospícios crianças e adolescentes porque esses já não existiam mais, os que não sucumbiram aos horrores haviam crescido e se tornado os adultos institucionalizados torturados com que o movimento se deparou.

Arbex relata a trajetória de alguns desses sobreviventes e revela como essas infâncias aprisionadas e destroçadas pelo manicômio, invisibilizadas pela historiografia e ignoradas no discurso antimanicomial, geraram efeitos nefastos em adultos que hoje, em liberdade, possuem uma capacidade limitada de autonomia, mentalmente aprisionados a uma infância que lhes foi roubada.

Outra possível resposta é fornecida por Couto (2012), uma das principais autoras a estudar o tema e também trabalhadora psicossocial integrante do movimento antimanicomial que atuou diretamente no processo de desinstitucionalização. A maioria desse contingente de crianças e adolescentes estava institucionalizada nos abrigos, educandários, reformatórios de natureza adaptativa e corretiva. Enquanto outros “eram institucionalizados em suas próprias casas, em uma espécie de segregação e exclusão que ficou invisível até mesmo aos olhos atentos da Reforma Psiquiátrica” (2012, p. 34). A autora resgata um episódio

de sua trajetória profissional na desinstitucionalização para ilustrar o que significa estar “institucionalizado em casa”:

[...] Era início do ano de 2004. D. Maria, mãe de João, tinha sido notificada pelo Conselho Tutelar por negligência, maus-tratos e cárcere privado do filho. A base da acusação era o fato de João viver, há alguns anos, recluso em um espaço gradeado dentro do seu quarto [...] Por volta dos seis anos, João começou a apresentar sinais de problema mental grave. Na cidade, o único local de atendimento gratuito era uma instituição filantrópica para deficientes mentais. Até os 11 anos, João foi tratado lá, semanalmente. Com esta idade começou a ficar mais agitado, desorganizado [...] tendo sido considerado ‘não elegível’ para permanecer na instituição. A mãe, já viúva, buscou por conta própria outros serviços, mas sem sucesso. Segundo D. Maria, o filho foi ficando mais agitado e agressivo, de tal modo que ficará impossível sair com ele de casa [...] Foi aí que ela decidiu construir o que nomeou como “um berço de dois metros de altura”. Era o tal espaço gradeado, motivo da denúncia e da ameaça de perda da guarda do filho. Para o Conselho Tutelar, uma jaula. Para D. Maria, um berço. Para o CAPSi, recém-implantado na cidade, o começo de um trabalho” (COUTO, 2012, p. 94).

O caso relatado acima demonstra como a lacuna na assistência ao sofrimento mental infantojuvenil empurrou essa população para o limbo da negligência, onde famílias e cuidadores aflitos e desamparados pelo sistema buscam nas limitações de sua realidade meios desesperados de manejo da situação.

Delgado (2011) aponta esses descaminhos da institucionalização da infância em ambientes externos ao aparato psiquiátrico como uma das causas para a inclusão tardia do tema na agenda política da reforma psiquiátrica. Ainda que as décadas de 1980 e 1990 tenham sido prodigiosas no debate e construção de políticas voltadas aos direitos de crianças e adolescentes, a discussão sobre uma política de SMCA passou às margens de ambos os movimentos. Uma análise dos relatórios finais das CNSM permitem constatar que essa inclusão foi construída vagarosamente.

No relatório final da **I CNSM** (1987), a SMCA é apenas ligeiramente tangenciada, apesar de integrar o eixo de discussão de propostas para a reforma



legislativa da saúde mental. O documento reconhece a ausência de legislação e política específica para SMCA e critica o que descreve como “deformação conceitual vigente que considera menores sem lar, “meninos de rua”, como futuros delinquentes ou psicopatas” (BRASIL, 1988a, p. 25). Ao mesmo tempo, se contradiz quando defende que “se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle” e em seguida uma proposta em que defende o aperfeiçoamento do espaço asilar em que “se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico” e outra em que preconiza que os “critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária” (BRASIL, 1988a, p. 25).

No relatório final da **II CNSM** (1992), figura a total ausência do tema da SMCA constando uma única menção no eixo referente à reforma legislativa em que se propõe a criar, no “Ministério da Saúde, uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1994b, p. 23).

É apenas na **III CNSM** (2001), realizada no mesmo ano da aprovação da Lei 10.216 que o tema aparece com destaque pela primeira vez e desdobra-se em propostas resolutivas. A III CNSM incluiu a questão já em sua carta convocatória, instigando as instâncias preparatórias locais (conferências municipais e estaduais) a ampliarem o debate sobre a SMCA e contribuir com propostas para a construção de uma política nacional.

A discussão ganhou um espaço próprio com a convocação pelo Ministério da Saúde de um Seminário Nacional<sup>16</sup> pré-conferência que agregou representantes intersetoriais de vários estados reunidos com a “responsabilidade de estabelecer diretrizes ético políticas, capazes de dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema de saúde mental

---

<sup>16</sup> Realizado na cidade do Rio de Janeiro, nos dias 3 e 4 de dezembro de 2001, na sede do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

do SUS” (BRASIL, 2001b). O evento resultou na elaboração de um conjunto amplo de orientações aprovadas em sua integralidade pela plenária final da III CNSM que resumidamente destacam-se:

**Deliberações da III CNSM sobre ações prioritárias a serem realizadas:**

**i)** Criação de dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, na lógica dos CAPS; **ii)** inclusão na pauta da SMCA do problema da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e filantrópicos, especialmente os destinados aos portadores de deficiência, assim como dos problemas relacionados à violência; **iii)** prioridade na rede para os casos de maior gravidade e complexidade, em dispositivos tipo CAPS, com enfoque multiprofissional e baseados na integralidade do cuidado; **iv)** realização de mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos de assistência infanto-juvenil, filantrópicos e do judiciário; **v)** criação de mecanismos de participação, intersetoriais, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários, para a formulação, acompanhamento e monitoramento da política de SMCA, nos moldes de um fórum interinstitucional, a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS (COUTO, 2012, p. 32 – 33).

**Deliberações da III CNSM sobre os fundamentos da política e a organização da rede:**

- I. A SMCA deveria se orientar pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da atenção psicossocial;
- II. A criança e o adolescente deveriam ser considerados sujeitos psíquicos e de direitos, capazes de formular suas próprias demandas, tendo na família a principal referência de acolhimento;
- III. A política de SMCA deveria integrar a política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial, e construir uma rede de cuidado, de base territorial, adequada às particularidades das crianças e adolescentes, e em acordo com a realidade sociocultural de cada município;
- IV. A lógica do CAPS (naquele momento, regulamentado apenas para atendimento de adultos) deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais;
- V. A intersetorialidade deveria ser a marca distintiva e estruturante da rede de cuidados em SMCA, à qual ficariam articulados os CAPS e os demais dispositivos a serem criados;
- VI. As ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização, institucionalização, redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como de saúde mental, e contra a simples finalidade de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente. (COUTO, 2012, p. 31).

A **IV CNSM-I** (2010), agora intitulada Conferência Intersetorial ao reunir pela primeira vez todos os setores que integram o campo da saúde mental, é um feito inédito para o evento. Realizada às vésperas de se completar uma década da aprovação da Lei 10.216 e vinte anos após a criação do SUS, que proporcionou à IV CNSM-I uma oportunidade de avaliação e reflexão de todo o processo de implementação da reforma psiquiátrica. No que tange à SMCA, o relatório final ratificou os encaminhamentos feitos pela III CNSM com o destaque “saúde mental

na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade” onde ampliou seu escopo dentro da PNSM com uma série de recomendações a organização da rede no marco principal da intersetorialidade (BRASIL, 2010c). No entanto, essa foi a última Conferência de Saúde Mental<sup>17</sup> realizada no âmbito nacional, desde então houve um esvaziamento do espaço que ocorre justamente em uma conjuntura desafiadora testemunha de retrocessos no contexto da reforma psiquiátrica.

Com esse breve resgate da trajetória da SMCA nos discursos e nas instâncias deliberativas da saúde mental, conclui-se que a inclusão da pauta da SMCA deu-se tardiamente por, dentre outras razões, os caminhos distintos da institucionalização de crianças e adolescentes. A invisibilidade e complexidade da questão do sofrimento psíquico infantil fez com que ocupasse por muito tempo as margens da reforma psiquiátrica e possivelmente contribuiu para o desenvolvimento tardio de uma política pública. Constata-se ainda que a SMCA enquanto política pública é um fenômeno recente originado nesse século, tendo como marco as deliberações e consequente ações normativas derivadas da III CNSM em 2001.

### A SMCA COMO POLÍTICA PÚBLICA

Rua (1998) define política pública como “um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos” (1998, p.731). Por problema compreende-se uma situação de injustiça, incômodo, desafio que configura um ‘estado de coisas’ que gera demanda social e afeta uma parcela, mais ou menos abrangente, da população, que emerge a partir de alguma necessidade (RUA, 1998). Por necessidade entende-se aqui o conceito de necessidade básica humana conforme delineado por Pereira (2000) enquanto fator essencial a uma condição de vida plena de aspecto objetivo e dimensão universal, como a saúde, por exemplo. Quando uma necessidade básica humana não é atendida e transforma-se num

---

<sup>17</sup> Após uma série de adiamentos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) convocou por meio da Resolução n. 707/2023 a realização da V CNSM a ser realizada em Brasília entre os dias 24 a 27 de outubro de 2023.

problema incômodo o suficiente a ponto de provocar uma reação coletiva e ocupar espaço na agenda pública, têm-se verdadeiramente um problema político, que deverá então converter-se em objeto de intervenção de uma política pública (RUA, 1998).

Essa definição de 'problema político' ajuda as razões do desenvolvimento extemporâneo da política de saúde mental infantojuvenil em comparação com as demais políticas públicas de saúde. Corroborando a análise de Couto e Delgado (2015) sobre sua inclusão tardia nos discursos da reforma psiquiátrica, conclui-se que até os estágios finais do século XX a questão não se configurava como um 'problema político'. Embora seja, desde sempre, uma necessidade básica humana e classificada como um problema, a SMCA não foi capaz de provocar uma reação efetiva dos atores sociais e políticos que levasse a integrar a agenda política, processo necessário para ser considerado um "problema político" *de facto* e ser considerada objeto de política pública, conforme a definição de Rua (1998).

Porém, isso mudou quando, após longo e tortuoso caminho, a SMCA adentrou o século XXI como tônica de relevância na agenda política da saúde mental brasileira. Com a aprovação da Lei da saúde mental e os encaminhamentos da III CNSM em 2001, finalmente a questão começou a ser pensada e projetada enquanto política pública.

A primeira ação resolutiva em relação à SMCA por parte do MS ocorreu com a publicação da Portaria 336/2002 que dispõe sobre a criação de cinco tipologias de CAPS. A portaria adere às recomendações da III CNSM e institui o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), o primeiro dispositivo específico para atenção em saúde mental de crianças e adolescentes do país (BRASIL, 2002).

O documento estabelece as normas e diretrizes dos dispositivos a serem implementados em todo território nacional conforme a densidade populacional e a população alvo dos serviços da seguinte maneira: CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, CAPS ad (álcool e outras drogas) para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPSi para municípios com mais de 200.000 habitantes. Sobre a importância dessa primeira ação:

O CAPSi constituiu a primeira ação, concretamente falando, da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA. Representou a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para casos de maior gravidade e complexidade envolvendo crianças e adolescentes com

problemas mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade de real atendimento (COUTO, 2012, p. 34).

Após a publicação da portaria de 2002 teve início a próxima etapa do processo de formulação da política que consiste na definição do “corpo legislativo e normativo da política, o financiamento, diretrizes, organização de treinamento e formação permanente dos trabalhadores, sistema de monitoramento e acompanhamento” (COUTO, 2012, p. 116,117). Desse modo, a segunda ação resolutive para a construção de uma política pública de SMCA de caráter intersectorial por meio da Portaria 1608/2004 do MS que instituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (FNSMCA). Coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental do MS, o FNSMCA foi concebido em sua essência como um espaço constitutivo intersectorial de caráter deliberativo com a função de articular, pensar, estruturar, definir diretrizes e propor recomendações para a construção e efetivação de uma rede pública ampliada de SMCA sob um viés participativo e democrático (BRASIL, 2005).

Sobre as articulações realizadas pelo fórum entende-se que:

Entre 2004 e 2009, realizou oito reuniões ordinárias, em diferentes estados da federação, para discutir e deliberar sobre as questões: a) dos descaminhos da institucionalização de crianças no Brasil, a tendência histórica ao confinamento e privação de liberdade, e a necessidade da criação de mecanismos eficazes de interlocução entre o campo da saúde mental e o do Direito; b) dos desafios da atenção integral aos usuários em uso indevido de álcool e drogas, e o risco da judicialização do cuidado; c) da direcionalidade do cuidado em rede e as orientações necessárias para sua implantação nos diferentes contextos do país; d) dos desafios da intersectorialidade no cotidiano dos territórios (COUTO, 2012, p.35).

O MS publicou no ano seguinte, como produto das discussões realizadas pelo FNSMCA uma cartilha com orientações e encaminhamentos intitulada — Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil — que estabelece que “antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito” (BRASIL, 2005, p. 11).

Para fundamentar uma política pública de cuidados em saúde mental infantojuvenil, o documento define os seguintes princípios:

- I. **acolhimento universal:** significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida;
- II. **encaminhamento implicado:** exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento

- de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. O serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso;
- III. **construção permanente da rede:** o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso;
  - IV. **território:** território é o lugar psicossocial do sujeito. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território;
  - V. **intersectorialidade:** os serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos — de natureza clínica ou não — que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar; (BRASIL, 2005, p.16);

Dentre todos os princípios elencados acima, o princípio da intersectorialidade é o mais imprescindível para a implantação de uma política pública de cuidados em saúde mental. Porém, por norma, a intersectorialidade tende a materializar-se como consequência dos processos de implantação e efetivação das políticas públicas. No caso da SMCA a intersectorialidade materializou-se como o grande marco orientador da organização de uma estrutura de formulação e gestão participativa da política através do FNSMCA. Pode ser considerado seu princípio fundador posto que “na SMCA ela foi constitutiva, foi a própria possibilidade de o processo ser iniciado” (COUTO, 2012, p.35).

### A ASSISTÊNCIA EM SMCA EM FLORIANÓPOLIS: A RAPS

Na estrutura do SUS, as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) formam um conjunto de serviços de saúde mental para oferecer atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que formam as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A RAPS foi criada originalmente por meio da Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e atualizada pela Portaria n.º 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que estabelece princípios, diretrizes e estratégias (BARBOSA, 2019; BRASIL, 2017; FLORIANÓPOLIS, 2022). A RAPS foi idealizada como estratégia de fortalecimento do processo de desinstitucionalização que é a base de

sustentação da reforma psiquiátrica. A construção de modelos de assistência substitutivos ao aparato asilar-manicomial foi elemento central ao movimento desde seus primórdios:

O sucesso da reforma, sua eficácia terapêutica e seu apelo ideológico reside em larga medida na construção de um amplo arcabouço de cuidados para sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados à errância ou à hospitalização quase permanente. São criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados e de cuidados integrais e outras formas de intervenção ampliada (TENÓRIO, 2002, p. 56).

A organização da RAPS se dá na lógica da desinstitucionalização, estruturando-se em pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade, buscando oferecer uma linha de cuidado integral em atenção psicossocial de atuação comunitária e territorializada. Seus objetivos gerais são: a) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; b) promover a vinculação dos usuários e suas famílias aos pontos de atenção; c) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em Florianópolis a RAPS é constituída pela Atenção Primária (unidades básicas de saúde, ambulatorios, estratégia em saúde da família). Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção Terciária; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; CAPS (1 adulto, 2 ad e um infantojuvenil); Urgência e Emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel Urbano). Consultório na Rua; Serviço Residencial Terapêutico, dentre outros programas e serviços que compõe a rede a depender das decisões e prioridades orçamentárias da gestão (FLORIANÓPOLIS, 2023).

No que se refere à Atenção Terciária, o município não possui gestão plena do SUS, portanto não dispõe de hospitais próprios. Casos que necessitam de internação psiquiátrica para crianças e adolescentes são referenciados para o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) de Florianópolis ou para o Hospital Infantil Jessor Amarante Faria (HJAF) em Joinville, que têm gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (FLORIANÓPOLIS, 2023).

A Gerência de Articulação das Redes, onde se encontra a equipe da saúde mental responsável pela gestão de leitos de saúde mental, informa que atualmente Santa Catarina dispõe de 50 leitos de saúde mental distribuídos em cinco hospitais no estado, para atender o público infantil e adolescente. Em todos os casos, é fundamental garantir o tratamento na rede extra-hospitalar, ou seja, é necessário

que o usuário seja acompanhado pelo CAPSi, pelo CAPS ad ou por outra modalidade de CAPS, ou pela equipe da Atenção Primária da região mais próxima. Atualmente a SES tem contratualizadas 30 vagas em comunidades terapêuticas para atender adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, que desejam voluntariamente a internação (SANTA CATARINA, 2023).

Nas diretrizes oficiais de implementação, há ainda a previsão de outros dispositivos complementares ao cuidado integral integrarem a RAPS, tais como os centros de convivência e programas de geração de renda para usuários egressos das instituições psiquiátricas. Todavia, há uma série de limitações tanto para a implementação plena da rede quanto para a sua articulação, conforme afirmam Amarante e Nunes (2018):

Apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas, tendo em mente a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT n.º 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei n.º 12.343/2010) (AMARANTE; NUNES; 2018, p. 2072).

Apesar das lacunas assistenciais, a RAPS é a principal estratégia de cuidado territorializado em saúde mental do SUS, prestando atendimento psicossocial a uma ampla parcela da população usuária do sistema de saúde.

Na intenção de contextualizar a realidade da SMCA em Florianópolis, buscou-se junto à Secretaria Municipal de Saúde o acesso às informações relacionadas à assistência em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito da RAPS. A solicitação foi encaminhada em forma de requerimento oficial a SMS e demais órgãos competentes da gestão municipal de saúde, em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (LAI)<sup>18</sup> de n.º 12.527 de 18 de novembro de 2011.

Embora a solicitação não tenha sido contemplada em sua totalidade, portanto limitando o escopo da análise, os dados quantitativos fornecidos oferecem uma perspectiva situacional introdutória ao panorama local da assistência em SMCA. As informações obtidas abrangem os atendimentos em saúde mental para crianças e

---

<sup>18</sup> dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.



adolescentes no período correspondente do mês de janeiro de 2019 ao mês de dezembro de 2022.

Os dados foram alocados e distribuídos pela Gerência de Saúde Mental do município conforme os perfis de gênero (masculino e feminino) e duas faixas etárias: de 0 a 14 anos, 11 meses, 29 dias e de 15 anos a 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os dados foram alocados de acordo com faixa etária e gênero, contabilizando a totalidade anual de atendimentos em saúde mental realizados em quatro tipos de serviços da RAPS, a Atenção Primária em Saúde (APS), ambulatório, CAPSi e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As informações epidemiológicas e os motivos dos atendimentos não foram fornecidas pela secretaria.

É necessário ressaltar que a distribuição etária realizada pelo departamento responsável pela gestão de saúde mental do município não segue os marcos legais ou parâmetros nacionais,<sup>19</sup> ou internacionais<sup>20</sup> de configuração etária que demarca os períodos de infância e adolescência. Segundo os estudos realizados por Kapungu (2018), o fator biológico relacionado ao período de desenvolvimento da infância e adolescência é aspecto relevante nas análises sobre prevalência de problemas mentais nessa população. Porém, a SMCA é atravessada ainda por fatores genéticos, ambientais e sociais, igualmente relevantes para a compreensão de prevalência de problemas mentais e sofrimento psíquico. Isto posto, esses foram os dados obtidos distribuídos conforme o tipo de serviço.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Trata-se da principal porta de entrada da RAPS, oferta práticas de cuidado integrado e assistência em saúde mental com equipe multiprofissional à população em território definido, sobre as quais as Equipes de Saúde da Família (ESF) assumem responsabilidade sanitária. A recomendação da Organização Panamericana de Saúde para a APS preconiza um atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade. Idealmente, o serviço deve ser responsável por 80% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo da sua vida. Isso

---

<sup>19</sup> No âmbito jurídico normativo nacional, o ECA em seu Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Fonte: [%20um%20anos%20de%20idade](#).

<sup>20</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a infância como o período entre 0 e 9 anos, 11 meses e 29 dias e a adolescência o período entre 10 e 19 anos e como juventude o período entre 15 e 24 anos completos. Fonte: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

inclui cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes e demais faixas etárias com problemas mentais considerados leves ou moderados (FLORIANÓPOLIS, 2023; OPAS; 2003).

A equipe multiprofissional da APS Florianópolis é composta por 13 psicólogos, 9 assistentes sociais, 9 educadores físicos, 13 nutricionistas e 10 fisioterapeutas que atuam de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das ESF e de Atenção Básica (AB). Atualmente Florianópolis conta 166 Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), distribuídos em 49 Centros de Saúde, que atuam em serviços de modalidade “porta aberta”, atendendo à livre demanda da comunidade (FLORIANÓPOLIS, 2023).

Conforme o quadro abaixo, os dados referentes à assistência em SMCA entre os anos de 2019 e 2022 revelam um total de 15.271 atendimentos realizados, configurando-se como o segundo serviço mais utilizado por crianças e adolescentes na RAPS no período correspondente. Observou-se maior prevalência de atendimentos aos usuários do sexo masculino na faixa etária até 14 anos de idade. Similarmente, entre as meninas usuárias prevaleceu a mesma faixa etária até 14 anos, sendo a APS o segundo serviço mais utilizado por usuárias nessa faixa etária.

Quadro 1: Número de atendimentos em saúde mental de crianças e adolescentes na **Atenção Primária em Saúde** em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022

Ano/Gênero/Faixa Etária	2019		2020		2021		2022		Total Ambas as idades
	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	
Feminino	885	678	598	442	1126	719	1167	831	6.446
Masculino	1707	305	1259	288	2126	416	2328	396	8.825

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) são um componente da linha de cuidado em saúde mental destinado à atenção integral para pessoas com transtornos mentais moderados, constituindo ponto de atenção psicossocial especializada conforme estabelece a Portaria do MS n.º 3.588 de 2017 e as Portarias de Consolidação n.º 03 e n.º 06 de 2017. Seu objetivo é prestar atenção multiprofissional em saúde mental e responder às

necessidades de atendimento especializado identificadas pela APS. Portanto, diferente do CAPS, não se trata de um serviço de portas abertas, estando seu acesso referenciado pela APS a partir da avaliação de critérios de gravidade e vulnerabilidade. Recomenda-se que a EMAESM e os outros serviços ambulatoriais atendam os casos estratificados como médio risco, ou seja, intermediário entre os direcionados à APS e aos CAPS (FLORIANÓPOLIS, 2023).

Conforme o quadro n.2, os atendimentos ambulatoriais em saúde mental infantojuvenil correspondente ao período entre 2019 e 2022 totalizaram 14.941, situando-se como o terceiro serviço de assistência em SMCA mais utilizado por crianças e adolescentes do município no período. Observou-se a prevalência significativa de usuários do gênero masculino na faixa etária entre 0 e 14 anos de idade, sendo esse o serviço mais utilizado por esse grupo

Quadro 2: Número de atendimentos ambulatoriais em saúde mental de crianças e adolescentes em Saúde em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022

Ano/Gênero/Faixa Etária	2019		2020		2021		2022		Total Ambas idades
	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	
Feminino	903	149	369	63	1179	90	1125	249	4.127
Masculino	2634	150	1091	69	3278	145	3170	277	10.814

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023.

Em se tratando de saúde mental infantojuvenil no âmbito da RAPS as diretrizes nacionais preconizam o CAPSi como o elemento central e principal ordenador da rede no território. Em termos institucionais, o CAPSi em Florianópolis precedeu a implantação da RAPS, sendo instituído por meio da Portaria 1947/2003 do Ministério da Saúde que nomeou a capital catarinense como um dos municípios prioritários quanto à implantação de um serviço de saúde mental infantojuvenil, em conformidade com os critérios demográficos da Portaria 336\2002 que regulamenta os CAPS. O acesso se dá por acolhimento diário da demanda espontânea; dos encaminhamentos advindos de outros Serviços de Saúde da RAPS; egressos do Instituto de Psiquiatria (IPQ); da Promotoria; do Ministério Público; da busca ativa e visita domiciliar; entre outros (FLORIANÓPOLIS, 2023). Oferecem atendimento

diário a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e problemas mentais graves e persistentes que necessitam de acompanhamento e cuidado psicossocial mais prolongado (BARBOSA, 2019).

Conforme o quadro n. 3, no período entre 2019 e 2022 o CAPSi realizou 18.395 atendimentos em saúde mental infantojuvenil, o que lhe confere o primeiro lugar entre os serviços de assistência em SMCA da RAPS. Foi o serviço mais utilizado por usuárias de gênero feminino, notando-se a prevalência de usuárias na faixa etária de 15 a 18 anos em três dos quatro anos da amostra. Proporcionalmente inversa, a prevalência dos usuários do gênero masculino do se dá na faixa etária de 0 a 14 anos

Quadro 3: Número de atendimentos em saúde mental de crianças e adolescentes no CAPSi em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022

Ano/Gênero/Faixa Etária	2019		2020		2021		2022		Total Ambas idades
	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	
Feminino	954	757	878	1131	1207	1593	1591	1719	9.830
Masculino	1314	501	1164	909	1426	816	1514	921	8.565

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023.

Na Atenção à Urgência e Emergência estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as portas hospitalares de atenção à urgência e pronto-socorro, como suporte para o atendimento às urgências em saúde mental. Configura-se como urgência e emergência em saúde mental situações de crise ou risco iminente à vida, decorrentes de quadros de sofrimento psíquico e problemas mentais graves ou uso de substâncias psicoativas. Para tais demandas, quando do público de crianças e adolescentes, Florianópolis conta com 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Conforme a tabela n. 4, a assistência às urgências e emergências em saúde mental na RAPS entre 2019 e 2022 totalizou 982 atendimentos. Observou-se a significativa prevalência de usuárias na faixa etária entre 15 e 18 anos, mais de duas vezes mais que o total de usuários do sexo masculino da mesma faixa etária.

A observação da quantidade total de atendimentos em SMCA realizados pela RAPS no período em questão permitiu algumas observações: a maioria dos

atendimentos foi a usuários do sexo masculino; o atendimento ambulatorial foi o mais utilizado por usuários masculinos: identificou-se a prevalência de atendimentos à esses usuários na faixa etária de até 14 anos de idade.

Já em relação às usuárias do gênero feminino observou-se: são minoria nos atendimentos totais; e maioria nos serviços de média complexidade (CAPSi e UPA) onde são realizados atendimentos a crises e casos graves e persistentes; não há uma grande diferença entre as faixas de idade e número de atendimentos como ocorre com os usuários do gênero masculino.

Quadro 4: Número de atendimentos em **urgência e emergência em saúde mental** de crianças e adolescentes na UPA em Florianópolis, nos anos de 2019 a 2022

Ano/Gênero/Faixa Etária	2019		2020		2021		2022		Total Ambas as idades
	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	0 a 14	15 a 18	
Feminino	53	58	60	79	80	137	90	103	660
Masculino	35	24	40	35	53	44	35	56	322

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2023.

O que os números acima atestam é que existe demanda em saúde mental infantojuvenil em Florianópolis e que o CAPSi é o principal dispositivo de cuidado. Isto posto, é necessário pensar em estratégias que atendam essa demanda, mas para além do ambulatório e do CAPSi.

É imprescindível articular a rede intersetorial para efetivar a SMCA, mas igualmente importante construir caminhos dialógicos para um cuidado amplo, que não reduza a criança e o adolescente a um transtorno ou sofrimento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se conhecer como se configura a assistência à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA) em Florianópolis, para tal realizamos uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa para apreender o contexto atual da SMCA a partir da problematização de sua historicidade. Dessa forma, escolhemos como ponto de partida uma breve conceituação histórica das representações iniciais de infância e loucura no capítulo introdutório.

Então, no segundo capítulo fez-se um resgate em quatro tempos da trajetória das representações sociais das infâncias e adolescências brasileiras e das intervenções do Estado e sociedade sobre esses sujeitos e, particularmente, seu desenvolvimento\reconhecimento psíquico-mental. Ao longo do capítulo, mostramos como a concepção de infância e de loucura foi se modificando ao longo da história, bem como as formas de intervenção sobre elas. Demonstramos como a infância foi vista ora como objeto de caridade e filantropia, ora como objeto de idealização de um projeto nacional ou de tutela do Estado, então como objeto de controle e repressão.

No terceiro capítulo visamos contextualizar três marcos normativos importantes para o desenvolvimento do tema central dessa pesquisa, portanto resgatamos as lutas populares e movimentos sociais que movimentaram as estruturas da sociedade brasileira ao lutar pelo direito a ter direitos. Assim conhecemos como se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A partir desses marcos normativos adentramos os (des) caminhos da SMCA nos discursos das CNSM e na agenda política da reforma psiquiátrica, até o seu reconhecimento como um problema político *de facto* e dar os passos iniciais nos caminhos da construção de uma política pública, destacando os princípios, as diretrizes e as deliberações do Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e do Adolescente e a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

E por fim, os caminhos nos trouxeram até Florianópolis, onde tivemos em vista apresentar a configuração local da assistência à SMCA, e para isso utilizamos alguns dados estatísticos sobre os atendimentos em saúde mental de crianças e

adolescentes em quatro serviços de saúde que integram a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com isso constatamos a importância do CAPSi como o principal dispositivo de cuidado e assistência em saúde mental infantojuvenil do município, sendo o serviço mais requisitado entre os usuários segundo os dados apresentados.

Entre os desafios e limitações que atravessaram esse trabalho destacamos primeiramente a concepção histórica de infância e loucura da qual ele parte já em sua introdução. Essa pesquisa procurou se basear em fontes históricas seguras e renomadas da área, porém é preciso reconhecer que se trata de uma historiografia etnocêntrica. É a história da loucura e a história do conceito de infância na Europa, embora tenha sido importado e adotado como versão oficial pela historiografia brasileira. Após esse longo processo de reflexão sobre a loucura e as representações sociais das infâncias e adolescências no Brasil, ficou evidente que esse é um país de infâncias e adolescências plurais, distintas, invisíveis, e que historiografias europeias ou eurocêntricas são insuficientes e não dão conta de revelar.

Outro desafio é o baixo número de produções científicas sobre o tema da saúde mental infantojuvenil. Percebe-se que ainda persiste uma certa invisibilidade ou mesmo tabu sobre a questão do sofrimento psíquico na infância e adolescência, o que acaba dificultando o processo de pesquisa, devido ao número restrito de estudos e autores disponíveis. Os dados obtidos e apresentados nesse trabalho são muito limitados, em razão da maneira com que eles foram organizados e compartilhados pela gestão municipal, inviabilizando uma análise mais proveitosa do material. O acesso às informações e dados públicos acerca da SMCA em Florianópolis foi bastante burocrático e dificultoso, apesar de existir legislação específica garantindo esse acesso.

Neste trabalho, buscou-se conhecer como se configura a assistência à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA) em Florianópolis, para tal realizamos uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa para apreender o contexto atual da SMCA a partir da problematização de sua historicidade. Dessa forma, escolhemos como ponto de partida uma breve conceituação histórica das representações iniciais de infância e loucura no capítulo introdutório.

Então, no segundo capítulo fez-se um resgate em quatro tempos da trajetória das representações sociais das infâncias e adolescências brasileiras e das

intervenções do Estado e sociedade sobre esses sujeitos e, particularmente, seu desenvolvimento\reconhecimento psíquico-mental. Ao longo do capítulo, mostramos como a concepção de infância e de loucura foi se modificando ao longo da história, bem como as formas de intervenção sobre elas. Demonstramos como a infância foi vista ora como objeto de caridade e filantropia, ora como objeto de idealização de um projeto nacional ou de tutela do Estado, então como objeto de controle e repressão.

No terceiro capítulo visamos contextualizar três marcos normativos importantes para o desenvolvimento do tema central dessa pesquisa, portanto resgatamos as lutas populares e movimentos sociais que movimentaram as estruturas da sociedade brasileira ao lutar pelo direito a ter direitos. Assim conhecemos como se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A partir desses marcos normativos adentramos os (des) caminhos da SMCA nos discursos das CNSM e na agenda política da reforma psiquiátrica, até o seu reconhecimento como um problema político *de facto* e dar os passos iniciais nos caminhos da construção de uma política pública, destacando os princípios, as diretrizes e as deliberações do Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e do Adolescente e a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

E por fim, os caminhos nos trouxeram até Florianópolis, onde tivemos em vista apresentar a configuração local da assistência à SMCA, e para isso utilizamos alguns dados estatísticos sobre os atendimentos em saúde mental de crianças e adolescentes em quatro serviços de saúde que integram a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com isso constatamos a importância do CAPSi como o principal dispositivo de cuidado e assistência em saúde mental infantojuvenil do município, sendo o serviço mais requisitado entre os usuários segundo os dados apresentados.

Entre os desafios e limitações que atravessaram esse trabalho destacamos primeiramente a concepção histórica de infância e loucura da qual ele parte já em sua introdução. Essa pesquisa procurou se basear em fontes históricas seguras e renomadas da área, porém é preciso reconhecer que se trata de uma historiografia etnocêntrica. É a história da loucura e a história do conceito de infância na Europa, embora tenha sido importado e adotado como versão oficial pela historiografia brasileira. Após esse longo processo de reflexão sobre a loucura e as



representações sociais das infâncias e adolescências no Brasil, ficou evidente que esse é um país de infâncias e adolescências plurais, distintas, invisíveis, e que historiografias europeias ou eurocêntricas são insuficientes e não dão conta de revelar.

Outro desafio é o baixo número de produção científica sobre o tema da saúde mental infantojuvenil. Percebe-se que ainda persiste uma certa invisibilidade ou mesmo tabu sobre a questão do sofrimento psíquico na infância e adolescência, o que acaba dificultando o processo de pesquisa, devido ao número restrito de estudos e autores disponíveis. Os dados obtidos e apresentados nesse trabalho são muito limitados, em razão da maneira com que eles foram organizados e compartilhados pela gestão municipal, inviabilizando uma análise mais proveitosa do material. O acesso às informações e dados públicos acerca da SMCA em Florianópolis foi bastante burocrático e dificultoso, apesar de existir legislação específica garantindo esse acesso.

Muito se refletiu sobre qual abordagem seria a mais adequada para analisar essas informações recebidas da Secretaria Municipal de Saúde. Sua organização e distribuição, bem como a falta de dados complementares, não oferecem muita margem para uma análise apropriada. Uma possibilidade seria sobrepor essas informações com os dados epidemiológicos mais recentes divulgados pela OMS através do Atlas da Saúde Mental (2021). Outra possibilidade cogitada foi citar o último boletim epidemiológico divulgado pelo MS com estatísticas preocupantes sobre a posição de Santa Catarina no ranking nacional de índices de suicídio, particularmente entre adolescentes. Mas aí o relatório de diagnóstico situacional do plano plurianual de saúde menciona que existem enormes lacunas nos processos de notificação de suicídio e outros agravos, portanto os dados atuais não devem ser parâmetros para análise. Também pensou-se em citar alguns estudos mencionando a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescente.

Até chegar a conclusão que, devido às limitações impostas pelo formato, a única análise adequada possível de se fazer desses quadros é olhar para eles e se dar conta de que há um número significativo de crianças e adolescentes em busca de assistência em saúde mental nesse momento, algumas centenas delas indo parar em emergências em decorrência de algum tipo de sofrimento, e algumas tantas outras por aí institucionalizadas em comunidades terapêuticas ou aguardando

para ocupar uma das “30 vagas em comunidades terapêuticas” para adolescentes de que dispõe a SES de Santa Catarina.

A representação social da criança e do adolescente como um menor, um semi-cidadão, legitimada por um ordenamento jurídico que negava sua constituição subjetiva, seu direito de ser e estar no mundo, de seu reconhecimento como um sujeito psíquico e de direitos. Essa estrutura de negação dos sujeitos, que em muito contribuiu para a invisibilidade histórica de crianças e adolescentes, mas principalmente daqueles com sofrimento mental, ainda existe e precisa ser confrontada. Hoje e sempre.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127–131, dez. 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252010000200003 & lang=em](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003 & lang=em). Acesso em 6 abr. 2020.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Cienc Saude Coletiva** [Internet]. 23 (6): 2067–74. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5wVxgWfzFmJqHmBvLxVQfMj/> Acessado em 26 maio 2023.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, nov. 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2013.

ARIÈS, Philippe. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. [Tradução de Dora Flaksman].

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BLIKSTEIN, Flávia. **Destinos de crianças**: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. **Relatório de Gestão 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde. 143 p., 2016.

BRASIL. **Decreto Legislativo n. 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n. 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, seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização.** Projeto - PNH/2005- 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2004. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1ª Edição. Brasília/DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2002a). **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2002b). Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS.** Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BORGES, Viviane. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.20, n.4, p.1.531-1.549. 2013.

BORGES, Viviane Trindade; CAPOANI, Sandra. A assistência psiquiátrica a crianças anormais no Hospital Colônia Sant’Ana (Santa Catarina, Brasil, 1940). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2018, v. 25, n. 4, pp. 1239-1259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500021>. Acessado 17 março 2023.

CABRAL, Sheylla Beatriz; DAROSCI, Manuela. A Trajetória das Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2019, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 2019. p. 1-13.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes:** especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010).

2012. 178 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia clínica**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, July 2015.

DAMASCENO, M. G. et al. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450–464, set. 2018. Disponível em: [& lng=en\ nrm=-iso](#). Acesso em 7 abr. 2020.

DELGADO, P.G.G. **Reforma psiquiátrica e cidadania**: o movimento nacional da luta antimanicomial no Brasil. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1992.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In:

GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.385-434.

FONSECA, Cristina M.O. **Saúde no governo Vargas, 1930-45**: dualidade institucional de um bem público, v.1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

FONSECA, Cristina M.O. A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas. **Physis**, v.3, n.2, p.97-116. 1993.

FONSECA, Cristina M. O. **Modelando a cera virgem: a saúde da criança na política social de Vargas**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói. 1990.

FREIRE, Maria Martha de L.; LEONY, Vinícius da S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, 1899-1930. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.18, supl.1, p.199-225. 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1097 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e

KAPUNGU, C. et al. Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 2, p. 85–86, fev. 2018. Disponível em: [https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/Lancet\\_2017\\_gender-influences-on-mental-health .pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/Lancet_2017_gender-influences-on-mental-health.pdf). Acesso em 25 mar. 2020.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Atenção Em Saúde**

**Mental Para Crianças e Adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2016. 426 p.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 313–332, 2000.

MARTINS, M. E. R.; ASSIS, F. B. BOLSONI, C. C. Ressuscitando a indústria da loucura?!. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

MORI, Valéria Deus Dará; REY, Fernando González. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. Teor. prat.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012. Disponível em  [& pid=S1516-3687201200030\\_0012\Ing=pt\nrm=iso](https://doi.org/10.11606/issn1516-3687201200030_0012\Ing=pt\nrm=iso). Acesso em 25 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** <https://icd.who.int/en>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health in primary care: illusion or inclusion?** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298> . Acesso em 7 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health, atlas 2017.** Geneva: WHO, 2018c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>. Acesso em 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Plano de Ação sobre Saúde Mental.** CD 53/8, Rev. 1. Washington: OPS, out. 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28292>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.** Washington: OPS, 2018b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578> . Acesso em 25 mar. 2020.

PAIM, J.S. TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **The Brazilian health system: history, advances and challenges.** *Lancet* 377(9779):1778-1797, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–6, jan. 2014.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. DE. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n.123, p. 118–127, jun. 2011. Disponível em:  [& pid=S0303-76572011000100011 & lang=en](https://doi.org/10.11606/issn1516-36872011000100011). Acesso em 7 abr. 2020.

REIS, J. R. F. "De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 7, n. 1, p. 135–157, mar. 2000.

RIBEIRO, Joana. A Doutrina da Proteção Integral: o grande marco do direito da criança e do adolescente. In: VERONESE, Josiane Rose Petry (org.). **Lições de Direito da Criança e do Adolescente**. Porto Alegre: Fi, 2021. Cap. 2. p. 37-127.

SANTOS, Danielle Christine Moura dos et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 3, pp. 861-870. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acessado 25 maio 2023

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, jan. 2007.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBERMAN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 82–82, 2009.

SILVA, Cláudia Burgos da **Intersetorialidade, Política de Educação e a Evasão Escolar**: o programa apoia em debate. 2020. 125 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, 9 (1): 25-59. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ>. Acesso em 25 maio 2023.

VERONESE, Josiane Rose Petry; ALMEIDA, S. (Org.). **Estatuto da criança e do adolescente 30 anos**. São Paulo: Pólen, 2020.

VERONESE, Josiane Rose Petry; SILVA, Rosane Leal da (org.). **A Criança e seus Direitos**: entre violações e desafios. Porto Alegre: Fi, 2019. 457 p.

VERONESE, Josiane Rose Petry (org.). **Lições de Direito da Criança e do Adolescente**. Porto Alegre: Fi, 2021. 383 p.

VIANA, Bruna. **Um lugar para os ditos anormais**: assistência psiquiátrica às crianças e jovens na primeira década do Hospital Colônia Sant'Ana, 1942-1951. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

