



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Carolina Moraes Simões de Melo

**Do “Trem de doido” à “Estação Vida”: a atenção em saúde mental de
crianças e adolescentes em Barbacena/MG**

Rio de Janeiro

2024

Carolina Morais Simões de Melo

Do “Trem de doido” à “Estação Vida”: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

M528 Melo, Carolina Morais Simões de.
Do “Trem de Doido” à “Estação Vida”: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG / Carolina Morais Simões de Melo. – 2024.
235 f.

Orientador: Marco José de Oliveira Duarte.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Saúde mental infantil - Barbacena - Teses. 2. Serviços de saúde mental - Barbacena - Teses. 3. Reforma do sistema de saúde - Barbacena - Teses. 4. Crianças - Cuidado e tratamento - Barbacena - Teses. I. Duarte, Marco José de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 616.89-053.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carolina Morais Simões de Melo

Do “Trem de Doido” à “Estação Vida”: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovado em 22 de março de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte (Orientador)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Procópio da Silva
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dr.^a Vania Morales Sierra
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dr.^a Miriam Thais Guterres Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Ventura Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

À Isabela e à todas as crianças e adolescentes que me convocam a ver e rever, ouvir, inventar e reconstruir.

AGRADECIMENTOS

O seu olhar,
seu olhar melhora o meu.
Arnaldo Antunes

Agradeço a todos que compartilharam o caminho percorrido durante esta tese.

À minha mãe e “Vovó Neide”, que foi fundamental por todo apoio, incentivo e dedicação para que essa pesquisa se realizasse e fosse concluída. E ao Ricardo, que também foi apoio, pra mim e Isabela, nesse processo.

À Isabela, minha filha, que tem me ensinado a ver a infância e o mundo com outros olhos.

À minha família, em especial minha tia Ninês, que foi apoio e inspiração fundamental em todo o Doutorado, como madrinha, pesquisadora e docente.

Aos meus amigos, que compartilharam não só as pelejas da vida, mas também minhas diversas inquietações no percurso do Doutorado. Em especial, à Marcela, André, Shis e Otávio, amigos-irmãos que me sustentaram nestes anos.

Ao Vinicius, pai da Isabela, pelo apoio e zelo com nossa filha, e aos avós da Isabela, Marcos e Margarida, por todo afeto e cuidado.

Agradeço a cada encontro que a Saúde Mental me proporcionou.

À Regina, Flávia e Leandra, que não só me inseriram em um mundo completamente novo com muito afeto e paciência, mas também me acolheram, me apresentaram a militância e me ensinaram sobre o poder do vínculo e do afeto.

Aos meus queridos colegas de trabalho do Estação Vida, antigos e atuais, que embarcaram e embarcam nessa viagem tão desafiadora todos os dias, cuidando das crianças, adolescentes e suas famílias. Em especial à Luiza, Dani e Ana Paula, amigas que chegaram e marcaram minha vida.

Ao meu coordenador, Márcio, pela sua direção com firmeza, sensibilidade e afeto, pela parceria e aprendizado constantes.

Às trabalhadoras da Coordenação de Saúde Mental, militantes da Reforma Psiquiátrica de Barbacena, que gentilmente me receberam e compartilharam suas histórias, reflexões e angústias, pessoas inspiradoras.

Ao meu orientador, Marco, por ter aceitado essa empreitada tão nova para mim, com paciência. Obrigada por partilhar da sua trajetória e “melhorar o meu olhar”.

Aos professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que me auxiliaram na construção do meu percurso acadêmico trazendo novas visões e reflexões.

Às professoras Ana Paula Procópio, Elizete Menegat, Miriam Dias, Isabel Cardoso, Cristina Ventura e Vânia Sierra, que gentilmente aceitaram contribuir na banca de qualificação e defesa desta tese, pelas contribuições e provocações.

Por fim, a cada criança e adolescentes que passou pelo Estação Vida e me possibilitaram a oportunidade do encontro e do vínculo, e às famílias que me permitiram saber de suas histórias por caminhos tão duros, mas também permeados de vida.

Somos assim: sonhamos o vôo, mas tememos as alturas.
Para voar é preciso amar o vazio.
Porque o voo só acontece se houver o vazio.
O vazio é o espaço da liberdade, a ausência de certezas.
Os homens querem voar, mas temem o vazio.
Não podem viver sem certezas.
Por isso trocam o vôo por gaiolas.
As gaiolas são o lugar onde as certezas moram.
É um engano pensar que os homens seriam livres se pudessem, que eles não são livres porque um estranho os engaiolou,
que se as portas das gaiolas estivessem abertas eles voariam.
A verdade é o oposto.
Os homens preferem as gaiolas ao voo.
São eles mesmos que constroem as gaiolas onde passarão as suas vidas.

Rubem Alves

RESUMO

MELO, Carolina Morais Simões de. **Do “Trem de doido” à “Estação Vida”**: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG. 2024. 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A atenção em Saúde Mental de crianças e adolescentes é um campo recente no âmbito dos direitos e das políticas públicas, tendo como marco a Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa construção histórica é marcada pelas ações do Estado de controle dos espaços e dos corpos, que toma como principal estratégia a institucionalização e o isolamento como mecanismo de higienização. As ações no campo da infância e da adolescência, voltado principalmente aos “menores” pobres e negros, se somam às práticas de isolamento terapêutico no campo da saúde e da psiquiatria, contando com a filantropia e os serviços especializados voltados aos *anormais*. Este modelo de institucionalização voltado a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, diferentemente dos adultos, se deu em diversas instituições em diversos setores: reformatórios, abrigos, educandários e hospitais. A década de 1980 traz avanços democráticos no campo do Estado, dos direitos e das políticas públicas, contando com um importante vigor dos movimentos sociais no Brasil. A Reforma Psiquiátrica e os avanços no campo dos direitos das crianças e adolescentes trazem novos rumos para a atenção em Saúde mental destes sujeitos, inaugurando uma política de saúde mental infantojuvenil. Este trabalho se debruça a compreender como a constituição da atenção em Saúde mental de crianças e adolescentes se deu na cidade de Barbacena/MG, considerada a “Cidade dos loucos” devido à história da assistência psiquiátrica neste município e no estado de Minas Gerais. Tem como marco a Reforma Psiquiátrica em Barbacena e a implementação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) Estação Vida. Busca-se construir um panorama histórico das ações voltadas a crianças e adolescentes no período asilar e a emergência da atenção psicossocial como modelo de cuidado em saúde mental em Barbacena, tendo como marco a emergência do Capsi Estação Vida em 2019. O processo de investigação para esta tese de doutorado pautou-se na pesquisa qualitativa, tomando como campo a experiência da pesquisadora e sua implicação como trabalhadora do Capsi do SUS de Barbacena/MG. Investiu-se na revisão teórico bibliográfica, no levantamento de dados documentais e de sua análise, bem como de entrevistas semiestruturadas e observação de campo.

Palavras-chave: saúde mental infanto-juvenil; reforma psiquiátrica; atenção psicossocial.

ABSTRACT

MELO, Carolina Morais Simões de. **From “Trem de doido” to “Estação Vida”**: mental health care for children and adolescents in Barbacena/MG. 2024. 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The Mental health care for children and teenagers is a recent field within the scope of rights and public policies, with the Brazilian Psychiatric Reform as its landmark. This historical construction is marked by the actions of the State to control spaces and bodies, which takes as its main strategy the institutionalization and the isolation as a social sanitation mechanism. The actions on the field of infancy and youth, aimed mainly to poor and black “minors”, are added to therapeutic isolation practices in the field of health and psychiatry, along with the philanthropy and specialized services aimed to the abnormals. This institutionalization model aimed to children and teenagers with mental health demands, unlike the one used with adults, happened through various institutions in several sectors: reformatories, shelters, educational establishments and hospitals. The 1980 decade brought democratic advances in the field of the State, rights and public policies, counting with an important strength from the social movements of Brazil. The Psychiatric Reform and the advances on the field of children and teenagers rights brings new directions to the Mental health care of those subjects, inaugurating a children and youth mental health policy. This research leans over the understanding of how the constitution of the mental health care of children and teenagers happened on the city of Barbacena/MG, considered the “Town of crazy people” due to the psychiatric assistance history of the city and in the state of Minas Gerais. As a milestone, it has the Psychiatric Reform in Barbacena and the implementation of the “Estação Vida” Psychosocial Children and Youth Care Center (Capsi Estação Vida). The objective is to build a historical overview of the actions aimed to children and teenagers on the sheltering period and the emergence of the psychosocial care as a model in mental health care in Barbacena, having as its landmark the emergence of the “Estação Vida” Capsi in 2019. The investigation process to this doctorate thesis was ruled by qualitative research, taking as its field the researcher experience and her implication as a worker of the Capsi from SUS of Barbacena/MG. The investment was made on the theoretical and bibliographical review, on the documental data survey and on its analysis, as well as semistructured interviews and field observations.

Keywords: children and youth mental health; psychiatric reform; psychosocial care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Município de Barbacena no Estado de Minas Gerais	89
Figura 2 - Fluxo da Habilitação e Reabilitação Intelectual de Barbacena.....	203
Quadro 1 - Designações do Hospital Colônia de Barbacena.....	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABAE	Associação Barbacenense de Apoio aos Excepcionais
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACP	Ação Civil Pública
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFDM	Associação de Familiares de Doentes Mentais
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CADEME	Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais
CAIB	Casa de Acolhimento de Barbacena
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBIA	Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
CC	Centro de Convivência
CCC	Centro de Convivência e Cultura
CEDCA	Conselho Estadual da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAI	Centro Psíquico da Adolescência e Infância
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CHP	Centro Hospitalar Psiquiátrico
CHPB	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COMAD	Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Doença por coronavírus 2019)
CPP	Centro Psicopedagógico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRIAM	Centro Integrado de Atendimento ao Menor
CT	Comunidade Terapêutica
CT	Conselho Tutelar
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPU	Defensoria Pública da União
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Estratégia Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FEAP	Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FENAPAES	Federação Nacional das APAES
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUCAM	Fundação Educacional Caio Martins
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GM	Gabinete do Ministro
HCB	Hospital Colônia de Barbacena
HCNPO	Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira
HNPI	Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEME	Instituto de Psicopatologia e Estudo do Menor
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MG	Minas Gerais
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NARC	National Association for Retarded Children (Associação Nacional para Crianças Retardadas)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPA	Núcleo de Ensino e Pesquisa em Alcoolismo
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto Atendimento
PCMG	Polícia Civil de Minas Gerais
PNABEM	Política do Bem-Estar do Menor
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPA	Pavilhão de Psiquiatria de Adolescentes
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PPI	Pavilhão de Psiquiatria Infantil
PPS	Paradigma Psicossocial

PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
QI	Quociente de Inteligência
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Referência Técnica
RT	Residência Terapêutica
SAIP	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDESE	Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social
SEJUSP	Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SPA	Substância Psicoativa
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Técnica de Apoio
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
Uai	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UAI	Unidade de Apoio ao Idoso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UIA	Unidade de Internação de Agudos
UNIFLOR	União Barbacenense de Floricultores Ltda
UNP	Unidade Psico-pedagógica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	A ATENÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO	35
1.1	A construção social da infância e da juventude	36
1.2	Ações e práticas voltadas a crianças e adolescentes no Brasil: percurso histórico	44
1.3	O atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil	50
2	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	61
2.1	Reforma Psiquiátrica e a constituição da política de Saúde Mental no Brasil	62
2.2	A atenção psicossocial como modelo de cuidado em Saúde Mental	78
3	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BARBACENA/MG: O PERÍODO ASILAR	87
3.1	Caracterizando o município de Barbacena/MG	88
3.1.1	<u>História da cidade</u>	90
3.1.2	<u>Representações sociais: cidade das rosas, dos loucos e terra dos Bias e Andradadas</u>	93
3.2	A inserção de Barbacena no contexto regional: atenção à saúde mental da infância e juventude em Minas Gerais	104
3.2.1	<u>O campo da Saúde: hospitais psiquiátricos e unidades psicopedagógicas</u>	105
3.2.2	<u>O campo da Educação: APAE e escolas especiais</u>	123
3.2.3	<u>O campo da Assistência Social e Segurança: a FEBEM e o IPEME</u>	135
4	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BARBACENA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	152
4.1	A Reforma Psiquiátrica em Barbacena/MG	153
4.2	Crianças e adolescentes na Reforma Psiquiátrica de Barbacena	160
4.2.1	<u>A emergência do CAPSi: entre o cuidado e o controle social</u>	169
4.3	Começando a trilhar o caminho: emergência e invenção do CAPSi Estação Vida	176
4.4	Os desafios de institucionalização e sustentação do Estação Vida	189
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
	REFERÊNCIAS	214
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	226

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com informantes-chave da Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG.....	228
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com informantes-chave da implementação do CAPSI de Barbacena.....	229
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com gestores e trabalhadores do CAPSI de Barbacena-MG	230
ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa UERJ/CONEP	231
ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa FHEMIG	233

INTRODUÇÃO

Por toda terra que passo
 Me espanta tudo o que vejo
 A morte tece o seu fio
 De vida feita ao avesso
 O olhar que prende anda solto
 O olhar que solta anda preso
 Mas quando eu chego eu me enredo
 Nas tramas do teu desejo
 O mundo todo marcado
 A ferro, fogo e desprezo
 A vida é o fio do tempo
 A morte é o fim do novelo
 O olhar que assusta anda morto
 O olhar que avisa anda aceso
 Mas quando eu chego eu me perco
 Nas tranças do teu segredo
 É, Minas, é, Minas
 É hora de partir, eu vou
 Vou-me embora pra bem longe.
Desenredo - Dori Caymmi

A tese aqui apresentada é fruto de diversos processos que se desenrolaram nos últimos 5 anos, tanto acadêmico, como pessoal. O caminho se inicia com uma proposta de pesquisa no campo da assistência social e da gestão regionalizada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em Minas Gerais, fruto da minha inserção na Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social (SEDESE), submetida à seleção do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no ano de 2018, com entrada na turma de 2019. Este projeto foi fruto de minha inserção no campo de trabalho na SEDESE e trazia diversas inquietações com o trabalho profissional, no nível da gestão estadual da Política de Assistência Social.

Foi necessário, porém, alterar a rota. Em 2019, após a aprovação no Curso de Doutorado em Serviço Social no PPGSS da UERJ, fui convocada a retornar ao meu cargo de origem, no qual sou servidora efetiva da Prefeitura Municipal de Barbacena/MG. Na ocasião, em janeiro deste mesmo ano, fui convidada pela Coordenação de Saúde Mental de Barbacena/MG a compor a equipe de um serviço que seria inaugurado, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) Estação Vida. Mesmo consciente do meu desconhecimento e falta de experiência na área da saúde, particularmente, da saúde mental,

assumi o desafio. O CAPSi foi inaugurado em fevereiro de 2019 e tive a oportunidade, então, de fazer parte da construção de um serviço de saúde mental voltado às crianças e adolescentes.

A alteração do meu campo de trabalho profissional trouxe novas e inúmeras inquietações e questões, não apenas sobre o saber-fazer de assistente social neste campo, mas sobre novas formas de compreender a realidade e os processos sociais. Pensando nos impactos diante desta nova realidade, me lembro da epígrafe deste item, em que me deparei com “um mundo todo marcado”, onde “me espanta tudo que vejo”, entre vida e morte, em Barbacena, Minas Gerais, minha cidade de nascimento.

Os primeiros impactos a partir da aproximação com a saúde mental e com a realidade de Barbacena/MG, se deram a partir do conhecimento da história de tratamento dado à loucura no último século e, particularmente, neste município, conhecido por ter um dos maiores complexos manicomiais do país. Barbacena, cidade em que nasci e que sempre foi chamada como “cidade dos loucos”, recebia pessoas de todas as regiões do Brasil, sendo por algum tempo a única referência de todo o estado. Pensar que estes manicômios estavam em pleno funcionamento há menos de trinta anos atrás, existindo ainda hoje alguns ex-pacientes na estrutura do antigo Hospital Colônia, dava a impressão de que esse modelo, na verdade, estava bem vivo e próximo.

O segundo impacto se deu a partir do conhecimento dos serviços substitutivos ao manicômio: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência e Cultura (CCC) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ou comumente conhecidos como Residências Terapêuticas, estas últimas configurando-se casas para moradia dos ex-internos dos hospitais psiquiátricos que foram fechados. Serviços que possuem como princípio o cuidado em liberdade, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de forma individualizada, com apoio de uma equipe multiprofissional, propondo um cuidado em saúde de base territorial, comunitário e de portas abertas. Além de uma nova estrutura, uma nova lógica de tratar e cuidar.

Por último, o contato com as demandas de saúde mental para crianças e adolescentes através da atuação profissional no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi), bem como o processo de pensar e estruturar uma lógica para um novo serviço, recém-inaugurado, suscitou diversas questões na direção de tentar compreender que lógica de cuidado era essa e como ela é construída no cotidiano, nos parâmetros de uma política pública.

Considerando o recém-ingresso no PPGSS/UERJ, propus à Coordenação do mesmo uma alteração radical do meu objeto, empreitada na qual o Professor Marco José Duarte, referência na temática e na luta antimanicomial, se colocou prontamente à disposição.

Inicia-se, então, um caminho de apropriação teórica e prática totalmente novo e desconhecido, a partir das orientações e das disciplinas cursadas no Doutorado, mas, principalmente, acompanhada a todo tempo pelo meu trabalho diário junto aos usuários e familiares do CAPSi, aos meus colegas de trabalho, às supervisões clínico-institucionais e à equipe da Coordenação de Saúde Mental de Barbacena/MG. Acrescento, também, o fato de ter vivenciado, durante este período, não só a mudança de trabalho e o trânsito semanal entre três cidades, pois residia em Juiz de Fora/MG, trabalhava em Barbacena/MG e cursava o doutorado no Rio de Janeiro/RJ, mas também de vivenciar uma pandemia e a experiência da maternidade, com uma gestação no ano de 2021 e uma separação conjugal. Foram muitas mudanças e atravessamentos, trazendo muitos desafios para o andamento da pesquisa, mas ao mesmo tempo contribuindo para minhas reflexões no campo acadêmico.

Acredito, então, que essa tese é uma construção que contou com muitos eventos e acontecimentos, mas sem dúvida, com muitos atores que foram me apresentando conhecimentos, fazeres e visões de mundo, que sem dúvida me atravessaram não só como profissional, mas como pessoa. Alterar a rota da investigação me possibilitou pesquisar e escrever de um outro lugar, do lugar do meu próprio percurso.

No processo de reorientação da pesquisa, houve dois momentos importantes que demarcaram as escolhas de enquadramento do objeto. O primeiro foi a partir da decisão de realizar a pesquisa no campo da saúde mental, mas mantendo alguns pressupostos teórico-analíticos já acumulados na graduação e no mestrado. O primeiro projeto apresentado na seleção do Doutorado tinha como categoria central de análise o território, para análise da Política de Assistência Social.

Ao alterar o objeto para o campo da saúde mental, trouxe minhas principais inquietações a partir do trabalho no CAPSi e dos meus esforços de compreensão do cuidado em uma lógica antimanicomial, que buscava ser impressa neste novo serviço. O território continuava aparecendo como uma categoria essencial de compreensão das políticas públicas, neste caso implicando também em uma nova forma de assistência e de cuidado no campo da saúde.

Foi possível perceber, através do acolhimento dos usuários e suas famílias, que existiam demandas recorrentes que indicavam uma expectativa deste território ao CAPSi. Eram comuns solicitações, principalmente, para internação ou permanência de crianças e

adolescentes durante todo o dia, resolução de problemas de aprendizagem através de diagnósticos e medicações psiquiátricas e a demanda de medicalização dos mais diversos comportamentos infanto-juvenis.

Esse movimento levou, primeiramente, ao questionamento sobre as demandas sociais desse território para um equipamento de saúde mental infanto-juvenil, que se aproximavam de uma normatização, correção e/ou extinção de sintomas, seja a pedido da família ou dos próprios órgãos públicos (escolas, hospitais gerais, conselho tutelar, Sistema de Justiça, dentre outros), não sendo demandas dos próprios sujeitos. Considerando que estes sujeitos são, especialmente, influenciados pelo seu contexto familiar e social, com constantes e intensas modificações pertinentes às suas fases de desenvolvimento, percebia um processo de patologização e medicalização de processos sociais e da vida humana, e, particularmente, da infância e da adolescência.

Isto gerou reflexões sobre as bases ideológicas que sustentaram – e sustentam - a criação dos hospitais psiquiátricos dentro de uma lógica que justifica o isolamento e controle de determinados sujeitos com fins aparentemente terapêuticos. Essas práticas dizem de necessidades sociais de controle e ajustamento de pessoas e de higienização do espaço, práticas estas que podem se manter mesmo alteradas as estruturas físicas. A desinstitucionalização não se resumiria, então, apenas a alterações dos espaços físicos (desospitalização), mas pressupõe uma alteração de valores socioculturais que repensem padrões de normalidade e controle, o convívio com o diferente e, conseqüentemente, um outro lugar para esses sujeitos.

Para a construção de um modelo de fato substitutivo aos manicômios, torna-se necessário construir um novo modelo de cuidado, com novos saberes e novas práticas, que trarão o território não apenas como o espaço “extra-muros”, mas como uma nova compreensão dos processos sociais no campo das relações e do processo de saúde e adoecimento.

Desta forma, foi proposta, então, uma primeira reorientação do objeto, através de uma pesquisa cujo objetivo seria compreender como se deu a reorientação do cuidado em saúde mental na cidade de Barbacena/MG, tendo como marco a Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil e no município. A categoria central seria o cuidado no território como um princípio da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental. Abarcaria, portanto, o processo de desinstitucionalização e a construção do modo de atenção psicossocial, buscando compreender as particularidades de Barbacena/MG.

Este desenho foi proposto à banca de qualificação de tese de doutorado, ocorrida de forma virtual, em novembro de 2022. Na ocasião, dentre as possibilidades metodológicas para realização da pesquisa, foi feita uma nova provocação: por que não pesquisar o CAPSi? Considerando minha inserção e minhas questões a partir do trabalho, fui novamente desafiada a alterar os rumos da investigação. Após muitas reflexões, assumi novamente o desafio e propus, então, a pesquisa aqui desenvolvida, no campo da saúde mental infanto-juvenil.

Ao refletir sobre uma pesquisa que tratasse do CAPSi de Barbacena/MG, a primeira questão que se apresentou como possível direção foi a análise da emergência deste equipamento na cidade e do processo de construção de um modelo de atenção psicossocial voltado às crianças e adolescentes, nos parâmetros de uma política pública. Buscando compreender suas particularidades neste território, seria necessário compreender que concepções e práticas existiam no campo da assistência pública voltado a estes sujeitos antes da Reforma Psiquiátrica.

A proposta trata, então, de uma caracterização das ações e práticas existentes no período anterior à Reforma Psiquiátrica, voltada às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental em Barbacena/MG, e a análise da emergência na esfera pública de ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito da Reforma Psiquiátrica do município, levando à implementação do CAPSi.

No campo teórico, foi necessário um aprofundamento teórico-bibliográfico no campo das políticas públicas voltadas à infância e adolescência no Brasil, campo este que tinha sido objeto das minhas pesquisas de graduação e mestrado¹, já havendo um acúmulo teórico que poderia ser mobilizado para caracterizar este novo objeto e definir um recorte para a pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo central conhecer a constituição da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no município de Barbacena/MG, problematizando as tensões de diferentes concepções e práticas. Como objetivos específicos, buscou-se identificar as alterações nas concepções e práticas de saúde mental para crianças e adolescentes ocorridas no município de Barbacena/MG a partir da Reforma Psiquiátrica; e analisar a constituição da atenção psicossocial para crianças e adolescentes em Barbacena/MG a partir do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPSi Estação Vida.

¹ O Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social (MELO; PURGATO, 2013), apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), bem como a Dissertação de Mestrado em Serviço Social (MELO, 2015), apresentada ao PPGSS da mesma Universidade, tratam das políticas para juventude, com recorte para um Programa de Aprendizagem desenvolvido em Juiz de Fora/MG para o público da Assistência Social, em uma articulação desta política pública com as Políticas de Trabalho, Emprego e Renda.

Para realizar os objetivos propostos, foi realizada uma nova revisão teórica-bibliográfica incluindo os temas referentes à assistência pública voltada às crianças e adolescentes no Brasil e também às particularidades da política de saúde mental infanto-juvenil. As análises contaram com a pesquisa de campo, que utilizou como procedimentos metodológicos, além da revisão teórica-bibliográfica, a pesquisa documental e as entrevistas. No próximo item apresentamos a metodologia da pesquisa, indicando os procedimentos metodológicos, as categorias de análises, os métodos de análise dos dados, bem como a caracterização dos informantes-chave envolvidos na pesquisa.

Ao analisar a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil é possível perceber que esta é uma construção recente como campo de intervenção, cuidado e estudo (COUTO, 2012; RIBEIRO, 2006), seguindo a tendência internacional (ABRÃO, 2022; BECHERIE, 1992). Isto não significa que não existissem demandas de saúde mental de crianças e adolescentes ou que não estivessem sendo objeto de intervenção, mas que esta intervenção vinha se dando em outros setores de forma fragmentada, fora de uma compreensão de suas especificidades e demandas reais, o que caracteriza uma histórica desassistência a estes sujeitos.

Na perspectiva de analisar a construção da política pública de saúde mental para a infância e adolescência, é importante compreender que existem diferentes processos históricos e sociais que seguem paralelos no Brasil, mas não necessariamente articulados entre si. É o que ocorre com a atenção à infância no Brasil e com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, processos que possuem como ponto de contato o chão histórico em que se formaram, mas que possuem particularidades.

É importante compreender como se constituem estes dois processos no Brasil para uma análise das políticas de saúde mental voltadas às crianças e adolescentes que emergem, no século XXI, ponto de encontro, diálogo e articulação, bem como fruto histórico de dois itinerários distintos. É esse movimento que nos auxiliará a analisar o que confere particularidade à atenção psicossocial voltada à infância e juventude, diferenciando-a dos adultos e do processo que ocorreu com a psiquiatria geral.

Assim, para fins de compreensão da estrutura desta tese, no Capítulo 1, apresenta-se um breve histórico das ações voltadas às crianças e adolescentes no Brasil, chamados “menores” até a década de 1990, destacando as práticas no campo da saúde voltadas aos chamados *anormais*. Esse capítulo traz as particularidades da assistência no campo da infância no Brasil, apontando concepções e práticas voltadas a estes sujeitos.

O Capítulo 2 trata dos pressupostos teóricos para a análise no campo da Reforma Psiquiátrica e da caracterização do modelo de atenção psicossocial, traçando os princípios e diretrizes da política nacional de saúde mental. Neste capítulo também se apresenta uma caracterização da política de saúde mental no campo infanto-juvenil e os retrocessos que atingem a política de saúde mental nos últimos anos.

Os capítulos 3 e 4 tratam da constituição da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Para construir esse percurso, tomamos como marco temporal a Reforma Psiquiátrica de Barbacena, que, segundo Fassheber (2009), pode ser dividida em “três tempos”.

Nos chamados “primeiros tempos” (1900-1979), a cidade de Barbacena era referência manicomial para o estado de Minas Gerais. É um período de centralidade da psiquiatria, não só no município como em todo o país e da centralidade do manicômio como modelo assistencial hegemônico. O “segundo tempo”, consiste no período de 1979 a 2000, quando começam as denúncias das condições dos hospitais na mídia, tendo como marco o ano de 1979, quando Franco Basaglia, referência da Reforma Psiquiátrica italiana, em visita ao Brasil, conhece o manicômio de Barbacena, comparando-o aos campos de concentração nazistas na Europa. Este período foi marcado por uma reorientação interna dos hospitais, numa proposta de “humanizar” o manicômio.

O “terceiro tempo”, portanto, seria o de criação e expansão de uma rede de atendimento em saúde mental em Barbacena, iniciando-se nos anos 2000 e estando vigente até hoje. É o período que, em âmbito nacional, são aprovados marcos jurídico-legais importantes, que reorientam os princípios para o atendimento de pessoas em sofrimento mental, orientam e direcionam o processo de desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos. No âmbito municipal, é criada a Coordenação de Saúde Mental, criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e período de maior índice de fechamento de leitos, redução de internações e criação de um maior número de Residências Terapêuticas.

Junto aos marcos temporais referentes à Reforma Psiquiátrica de Barbacena, utilizaremos a constituição dos diferentes modelos de assistência no campo da saúde mental: o modo asilar e o modo psicossocial. Este outro recorte vai nos auxiliar a caracterizar as concepções e práticas existentes nestes dois períodos, indicando uma mudança radical de paradigmas.

Desta forma, o capítulo 3 tratará das ações voltadas a crianças e adolescentes no período asilar, abarcando os “primeiros tempos”, entre os anos 1900 e 1980. O capítulo 4, tratará do “segundo” e “terceiro” tempos, pensando na emergência da pauta da infância e da

adolescência na Reforma Psiquiátrica de Barbacena, abrangendo a década de 1980 até os dias atuais, trazendo a atenção psicossocial como modelo assistencial.

Essa é uma divisão histórica para fins de análise, de modo que, ainda que seja possível traçar alguns marcos que mudam de forma significativa os rumos da assistência em saúde mental, a transição entre os períodos se dá de forma gradual. Há elementos que permanecem entre os períodos, indicando a complexidade desse processo, permeado por contradições, disputas e relações de forças.

No capítulo 3, para caracterizar o período asilar e os “primeiros tempos” da assistência psiquiátrica em Barbacena, traçamos a caracterização da cidade, no item 3.1, tratando tanto de elementos históricos, que a situam geograficamente, como de elementos políticos e culturais que formam as relações sociais neste território. Apresenta-se, então, uma caracterização do campo empírico da pesquisa, trazendo dimensões importantes no sentido de revelar as marcas de um modelo de assistência pública da cidade, que se apresenta, no imaginário social, como *a cidade dos loucos*.

Após essa caracterização do município, o item 3.2 trata, particularmente, da atenção em saúde mental às crianças e adolescentes de Barbacena e região no período asilar. Este item foi construído a partir de um estudo bibliográfico que tomou como recorte o estado de Minas Gerais, compreendendo que a assistência psiquiátrica no município se constituiu a partir de sua inserção regional.

No processo de pesquisa, percebeu-se a fragmentação das ações voltadas a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, sendo atendidas nos diversos setores e instituições. Buscou-se, então, conhecer quais as ações e instituições atenderam crianças e adolescentes em Barbacena e região, para conhecer onde esses sujeitos estavam sendo atendidos antes da implementação de uma política de saúde mental infanto-juvenil. Estas ações foram apresentadas, então, por uma categorização em três setores principais: Saúde, Educação e Segurança e Assistência Social.

Outra consideração importante diz respeito ao acesso às fichas de identificação dos chamados “meninos de Oliveira”, crianças e adolescentes que foram transferidos do Hospital Colônia de Oliveira para o Hospital Colônia de Barbacena na década de 1970. Tomamos conhecimento deste material através de um dos informantes-chave ao qual tivemos acesso durante a pesquisa, não estando em nosso planejamento realizar a análise destes dados *a priori*. Porém, compreendendo que este material poderia trazer contribuições significativas para a compreensão das práticas asilares voltadas aos sujeitos estudados, bem como o valor histórico desses dados, inserimos as análises destes dados no item 3.2.1.2.

O capítulo 4 trata da emergência das demandas de crianças e adolescentes no âmbito da Reforma Psiquiátrica de Barbacena e da implementação do CAPSi Estação Vida, indicando a adoção da atenção psicossocial como modelo de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes.

No item 4.1, apresentamos de forma breve a história da Reforma Psiquiátrica em Barbacena, no sentido de compreender suas características e sua amplitude diante da realidade existente no município e na região. O item 4.2, destina-se a caracterizar as ações existentes em Barbacena, voltadas às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, no intuito de caracterizar a rede de instituições e serviços existentes anteriormente ao advento do CAPSi, a partir dos relatos dos atores da Reforma Psiquiátrica, apontando a realidade assistencial e territorial deste período. Busca-se também compreender de que forma as demandas de crianças e adolescentes começam a demandar respostas do poder municipal, levando à emergência do CAPSi Estação Vida.

Por fim, tratamos nos itens 4.3 e 4.4 a criação do CAPSi Estação Vida de Barbacena, no ano de 2019 e seus primeiros anos de funcionamento. Estes itens tem como objetivo analisar a emergência deste dispositivo técnico-assistencial, tanto com relação à direção técnico-assistencial e os modos de organização, quanto buscando compreender de que forma as demandas sociais chegaram neste dispositivo.

Esta tese apresenta, então, os resultados de uma pesquisa acadêmica no âmbito do Doutorado em Serviço Social, mas também apresenta o percurso da pesquisadora no processo de apreensão de novos referenciais teóricos e práticos, tanto no campo teórico-analítico e de pesquisa, como no campo do trabalho profissional, implicada atualmente com a saúde mental infanto-juvenil na perspectiva do cuidado em liberdade como defendemos e agenciamos coletivamente no dispositivo da atenção psicossocial na política de saúde mental de Barbacena-MG.

QUESTÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa surge de uma questão central que conduziu o enquadre do objeto, dos objetivos e dos procedimentos metodológicos: de que forma tem se constituído a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes na cidade de Barbacena/MG? Esta primeira questão

nos direcionou ao objeto aqui constituído: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG.

Foram delimitados, então, alguns objetivos específicos que direcionaram a metodologia: a) apreender as concepções e práticas em saúde mental de crianças e adolescentes a partir da Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG; e b) analisar a constituição da atenção psicossocial para crianças e adolescentes em Barbacena/MG a partir da criação do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPSi Estação Vida, problematizando suas concepções e práticas.

Considera-se que o processo de Reforma Psiquiátrica de Barbacena e a implementação do CAPSi Estação Vida são marcos da construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental a estes sujeitos, o modo psicossocial, que inauguram a construção de uma política pública de saúde mental infanto-juvenil. Nessa direção, foi importante reconstituir, brevemente, a trajetória da atenção em saúde mental em Barbacena/MG, especialmente, no que se refere às crianças e adolescentes, de forma a contextualizar esses marcos que procuram implementar uma outra perspectiva de concepções e práticas para esta política.

Foi realizada, então, uma pesquisa de natureza qualitativa, através de um estudo exploratório e foram utilizados como procedimentos e instrumentos de pesquisa a revisão teórico-bibliográfica, a pesquisa documental, entrevistas e observação não participante. O projeto de pesquisa, como já anunciado, foi apresentado à Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Barbacena/MG e à Coordenação do CAPSi Estação Vida, com concordância e anuência formal e institucional para a realização da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ), através da Plataforma Brasil, sendo aprovado em junho de 2023. Seu registro do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) pode ser consultado através do número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 70118523.9.0000.5282 ou do Parecer Consubstanciado nº 6.132.984 da COEP/UERJ, que integra a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), constando, ao final desta tese, como Anexo A.

A revisão teórico-bibliográfica buscou conhecer e aprofundar alguns eixos temáticos e/ou conceitos e categorias centrais para a compreensão e fundamentação do objeto de estudo, sendo apresentados de forma mais sistematizada nos dois primeiros capítulos de exposição desta tese, sendo utilizados também nas análises, reflexões e formulações suscitadas pela pesquisa e seus achados, conforme exposto nos capítulos subsequentes (capítulos 3 e 4).

Como exposto acima, em um primeiro momento da pesquisa, observamos a necessidade de conhecer e caracterizar as ações existentes antes da Reforma Psiquiátrica voltadas a esses sujeitos, no período asilar, pois, se no caso dos adultos, o modelo assistencial era facilmente identificado – o hospitalar-manicomial; no caso de crianças e adolescentes este cenário não se apresentava com clareza. Ou, melhor esclarecendo, é possível constatar que a produção acadêmico-científica a respeito da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes é ainda restrita tanto no que se refere às concepções quanto às práticas adotadas e, particularmente, tal pode ser afirmado também no que se refere ao contexto específico do município de Barbacena/MG.

Realizamos pesquisa bibliográfica direcionada a conhecer as ações existentes no estado de Minas Gerais, no intuito de compreender as ações públicas direcionadas aos sujeitos dessa pesquisa, e caracterizar as ações existentes em Barbacena/MG. Começamos, então, pelo campo da Saúde, pelos hospitais psiquiátricos, tendo em vista que são estes os modelos clássicos de atendimento às questões de saúde mental, tendo encontrado alas específicas para crianças e adolescentes no Hospital Colônia de Barbacena (HCB), descobrindo que estas eram oriundas do Hospital de Oliveira, como visto anteriormente.

Esse processo inicial de pesquisa, passou a contar também com as contribuições suscitadas pelas entrevistas realizadas, bem como pela pesquisa documental, que vieram complementar os achados da investigação empreendida, particularmente tendo em vista a reduzida produção acadêmico-científica sobre a realidade pesquisada, conforme comentado. Por exemplo, a pesquisa sobre estes sujeitos, internados no HCB, nos levou ao conhecimento de que um antigo pediatra, que teria trabalhado na década de 1970 com os “meninos de Oliveira”, teria separado as suas fichas de identificação. Tivemos acesso a uma cópia dessas fichas através de um informante contactado no decorrer da pesquisa, sendo clara a necessidade de que esses dados fossem devidamente solicitados formalmente pelos trâmites próprios às atividades de pesquisa envolvendo seres humanos, junto à FHEMIG – visto estarem sob a guarda do Museu da Loucura, sob administração do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) de Barbacena.

Decidimos, então, solicitar o acesso a essas fichas para publicizar a análise dos dados, sendo inserida, então, posteriormente, a FHEMIG como instituição coparticipante desta pesquisa e submetida emenda ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil, que já havia sido anteriormente aprovado. Este procedimento foi necessário devido à existência de Comitê de Ética próprio da FHEMIG, cujas normativas exigem que esta instituição esteja inserida como coparticipante em pesquisas acadêmicas no parecer de aprovação. Foi emitido, então, novo

parecer favorável pelo CEP da FHEMIG, que pode ser consultado através do CAAE nº 70118523.9.3001.5119, ou Parecer consubstanciado de nº 6.772.064, apresentado no Anexo B.

A pesquisa bibliográfica também apontou ações do período asilar para crianças e adolescentes em outros setores, indicando a fragmentação e pulverização das ações para esses sujeitos. Assim, foi possível compreender a configuração das ações existentes antes da Reforma Psiquiátrica num contexto estadual e regional, bem como desse processo especificamente em Barbacena/MG.

Tomamos como referência para a pesquisa o processo de Reforma Psiquiátrica em Barbacena/MG, buscando identificar a existência de ações voltadas a crianças e adolescentes neste período e a presença ou emergência da temática da infância e juventude, precedida, no entanto, da contextualização histórica anterior. Para definir o período de análise da pesquisa, foi tomado como ponto de partida o ano 2000, considerado um marco temporal da Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG devido à criação da Coordenação de Saúde Mental do município, vinculado à Secretaria de Saúde da Prefeitura de Barbacena.

Até este momento, o antigo Hospital Colônia de Barbacena – designado atualmente, como já exposto, como CHPB –, ligado à gestão estadual, era a única referência e o único regulador da assistência psiquiátrica no município. Já existia nesse momento um movimento dos trabalhadores no sentido de questionamento do modelo hospitalar, com algumas mudanças pontuais dentro daquele hospital. A criação da Coordenação Municipal é a primeira ação por parte da gestão municipal no sentido de instituir uma nova regulação, gestão e organização das ações de saúde mental em Barbacena/MG.

Esse fato representa, portanto, a descentralização e municipalização da Saúde Mental e o seu reconhecimento como política de Estado. A partir da criação dessa Coordenação e sua composição com trabalhadores alinhados às pautas da Reforma, iniciaram-se as primeiras ações de desinstitucionalização no município e reorganização das ações, como a criação do primeiro Caps, o fechamento de leitos nos hospitais psiquiátricos públicos e clínicas privadas, a reorientação do financiamento dos hospitais para os serviços substitutivos de saúde mental, a criação das Residências Terapêuticas para ex-internos dos hospitais, dentre outras ações (FASSHEBER, 2009).

Importante destacar também, que no ano de 2001, em âmbito nacional, é aprovada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), considerada a principal lei da Reforma Psiquiátrica, e, também, nesse mesmo ano, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, quando, pela primeira vez, há a inclusão na agenda das questões de crianças e adolescentes em sofrimento

mental. Ainda que aponte para uma discussão tardia deste tema na Reforma Psiquiátrica brasileira, impactando também nos municípios, é a partir daquele ano que o tema da criança e do adolescente aparece demandando respostas públicas em âmbito nacional.

Esta etapa da pesquisa contou, então com a pesquisa documental (leis, resoluções, decretos, relatórios de gestão, notícias da mídia local) e com entrevistas que foram realizadas com a primeira equipe que compôs a Coordenação de Saúde Mental de Barbacena.

A respeito da amostragem para as entrevistas, ressalta-se que, na pesquisa qualitativa, os critérios de escolha dos participantes não são de ordem numérica, pois busca-se responder às questões da pesquisa em suas particularidades e, também, em sua abrangência, sendo sempre orientada pelas questões norteadoras da pesquisa e pelo objeto. Trata-se, então, de uma amostragem não probabilística e intencional, que se dá através da qualificação dos informantes, utilizando critérios de inclusão explicitados na pesquisa (MINAYO, 1999; 2017; FONTANELLA *et al.*, 2008).

Minayo (2017) faz uma reflexão sobre os critérios de amostragem não numéricos, pontuando que, em se tratando de pesquisa qualitativa, “o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões.” (MINAYO, 2017, p. 8).

O investigador, ao elaborar sua metodologia de pesquisa, deve estar atento aos instrumentos necessários e informações sobre a abrangência da situação que irá estudar, considerando que sua presença, seu diálogo, seus estranhamentos e indagações geram um conhecimento empírico que vai além do que ele pergunta. Dessa forma, essa autora observa que “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Entende-se que, a partir da observação desses elementos, seja possível realizar uma amostra por critério de saturação, conforme compreende Minayo (1992), ou seja, “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (MINAYO, 1992, p. 48). Esta é a perspectiva também reconhecida por Fontanella *et al.* (2008).

Como critérios de inclusão, foram entrevistados atores que participaram do processo da Reforma Psiquiátrica de Barbacena como gestores e trabalhadores e/ou que poderiam deter informações sobre as ações existentes neste período voltadas para crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, sendo estes os dois principais critérios de inclusão adotados no

percurso investigativo. Foi utilizada a estratégia de acesso a “informantes-chave” (MANGABEIRA, 1993) que estiveram presentes nesse primeiro momento da Reforma Psiquiátrica, nos anos 2000, atuando na Coordenação de Saúde Mental do município. A partir desses informantes, foi adotado, ainda, o método de “bola de neve” (MANGABEIRA, 1993), em que os primeiros sujeitos entrevistados indicam outros sujeitos importantes e que possam trazer informações relevantes para a pesquisa.

Dessa forma, a partir do contato com uma das informantes-chave, foi possível ter acesso às outras quatro, sendo realizado contato telefônico com todas elas e agendadas as entrevistas, de acordo com a disponibilidade de cada uma. Foi utilizado gravador para registro das informações e posterior transcrição pela pesquisadora para análise dos dados coletados.

Para realização das entrevistas, foram utilizados roteiros de entrevista por serem instrumentos semiestruturados, abertos e com flexibilidade, possibilitando maior liberdade para a coleta de informações. Minayo (1999, p. 99) considera a entrevista como um “instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’”, sendo um “facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”. Diferente do questionário que propõe questões fechadas, o roteiro é usado como um guia elaborado, de forma orientada pelas referências teóricas, a problematização e delimitação do objeto e os objetivos que orientam a pesquisa.

A participação na pesquisa foi condicionada à aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apresentado no Apêndice A, sendo apresentado e lido com os(as) participantes, previamente à realização das entrevistas. O TCLE conta, portanto, com a autorização dos participantes para realização e gravação das entrevistas, bem como a utilização acadêmico-científica e ética dos dados coletados. Também informa aos participantes o objetivo da pesquisa, apresenta brevemente o percurso metodológico e informa os motivos de sua inclusão como informantes na pesquisa.

Foram entrevistadas 5 trabalhadoras, do gênero feminino, que compuseram a primeira equipe da Coordenação de Saúde Mental no ano 2000, todas de nível superior, com formação em Psicologia ou Serviço Social. Todas se identificaram como militantes da luta antimanicomial e 4 delas também trabalharam no CHPB/FHEMIG, conhecendo a realidade hospitalar e ambulatorial, participando das mudanças internas que ocorreram no hospital. Uma delas é servidora de carreira da Prefeitura Municipal de Barbacena, sendo a única trabalhadora em condição efetiva. Os estratos de depoimentos das entrevistas são apresentados nesta exposição da tese a partir de identificação numérica das entrevistadas que participaram.

Estas entrevistas tiveram como objetivos: conhecer quais as ações existentes para crianças e adolescentes com demandas de saúde mental em Barbacena/MG até o início da Reforma Psiquiátrica (anos 2000) e o processo de emergência das demandas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes na agenda pública.

Para compreender a implementação de um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, que se deu no ano de 2019, foram utilizados como procedimentos e instrumentos a pesquisa documental, entrevistas e a observação não participante. Compreendemos, então, que a construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental já estava em andamento em Barbacena/MG no ano de criação do CAPSi, mas acreditamos que este acontecimento não só institui como política pública um novo modelo para crianças e adolescentes, como também disparou mudanças no território no sentido de reorientação do atendimento em saúde mental para estes sujeitos.

A proposta inicial de pesquisa, pretendia analisar a caracterização do modo psicossocial no CAPSi, como “modo de operar” concebido por Costa-Rosa (2000). Porém, ao nos aproximarmos do campo e da realidade experienciada pelos gestores e trabalhadores no processo de implementação do CAPSi, percebemos que havia alguns entraves para esta análise, destacando-se dois fenômenos principais: a precariedade dos vínculos de trabalho dos profissionais envolvidos e a pandemia de COVID-19.

O CAPSi foi criado em janeiro de 2019 e já em julho daquele mesmo ano vivenciou a demissão de todos os trabalhadores de nível fundamental e médio, mantendo-se em funcionamento apenas com os trabalhadores de nível superior por aproximadamente 6 a 8 meses. Em março de 2020, inicia-se o período de isolamento social em todo território nacional devido à pandemia de COVID-19. Interrompem-se, então, os atendimentos coletivos e limita-se consideravelmente o trânsito dos trabalhadores no território. Em 2023, primeiro semestre, já retomando o funcionamento territorial do Caps, há novamente outro processo de demissão dos trabalhadores, de forma que em agosto desse ano apenas duas trabalhadoras da equipe inicial mantinham-se no serviço, sendo todos os demais trabalhadores novos; isto é, com inserção muito recente no serviço.

Ao nos depararmos com essa realidade, percebemos que as análises sobre o modelo psicossocial seriam limitadas pela conjuntura que vivenciavam, não sendo possível adentrar na constituição das práticas e do saber-fazer dos trabalhadores, que estavam sendo constantemente reconstruídas. Optamos, então, por dar atenção ao processo de emergência do CAPSi em Barbacena e da direção assistencial dada pelos atores da Reforma, no intuito de

compreender esse processo e indicar possíveis caminhos dessa e para essa construção, também a partir da pesquisa documental e de entrevistas.

Foram utilizados as seguintes fontes documentais: legislações (leis, decretos, portarias, cartilhas e orientações dos órgãos oficiais), relatórios de gestão da Saúde Mental de Barbacena/MG, a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público que determinou a abertura do CAPSi, atas de reuniões do Colegiado Gestor de Saúde Mental de Barbacena e Relatório Técnico da Superintendência Regional de Saúde para habilitação do CAPSi Estação Vida. Também foram utilizados documentos referentes ao trabalho do CAPSi, como as atas das reuniões de equipe, os registros de matriciamento, registros das reuniões com a rede intersetorial, fluxogramas e os ofícios enviados e recebidos. Estes documentos do CAPSi tiveram como recorte temporal o período de abertura, fevereiro de 2019, até dezembro de 2022.

As entrevistas foram realizadas com informantes-chave da implementação do CAPSi de Barbacena que ocuparam funções de gestores municipais de saúde mental e/ou gestores do CAPSi e/ou trabalhadores do CAPSi, sendo estes os critérios de inclusão adotados. O grupo de pesquisa desta fase ficou conformado, portanto, por seis entrevistados entre trabalhadores(as), gestores e por profissionais que ora atuaram como trabalhadores(as) e ora como gestores do CAPSi e/ou de serviços municipais de saúde mental.

A amostra referente aos trabalhadores foi impactada pela troca de equipe ocorrida no início de 2023, ou seja, no momento da pesquisa de campo, em julho de 2023, quase toda equipe havia sido alterada, de forma que entrevistar os trabalhadores naquele momento não atenderia aos objetivos da pesquisa no que tange ao trabalho que vinha sendo realizado nos anos de implantação do CAPSi. Optou-se, então, por colher informações com todos os gestores do CAPSi, que estiveram em todo processo de implementação, e com uma das trabalhadoras, a única que ainda permanecia no CAPSi desde a sua abertura.

Destacam-se que alguns trabalhadores foram entrevistados nos dois momentos da pesquisa, pois participaram tanto da implantação do processo de Reforma Psiquiátrica quanto da implementação do CAPSi, alguns estando até os dias de hoje na rede de atenção psicossocial da política de saúde mental.

Também se utilizou o critério de exaustão, a partir da decisão por tratar da abertura do CAPSi, da direção assistencial e organizacional dada neste momento. Consideramos que as fontes documentais, bem como as entrevistas realizadas, conseguiram atingir os objetivos propostos. As entrevistas realizadas nesta etapa foram organizadas de acordo com roteiros semiestruturados, que constam nos Anexos B, C e D.

Após a realização das entrevistas, percebeu-se a importância de complementar as informações coletadas, tanto nas fontes documentais quanto nas entrevistas, com dados mais atualizados que pudessem situar as configurações mais recentes das ações do CAPSi, após a pandemia, particularmente, no ano de 2023. Isto se deu pelo fato de perceber nas entrevistas algumas modificações importantes realizadas em 2023 no CAPSi que traziam duas questões que nos chamaram a atenção: uma avaliação do modo de funcionamento adotado pelo CAPSi na pandemia e a necessidade de sua reorientação; e a mudança de fluxos de encaminhamento e atendimento na rede de saúde que reposicionou o CAPSi e impactou nas demandas que chegaram no serviço e na sua função diante do território. Ainda que não tenhamos adentrado em pormenores destas mudanças, sua identificação e registro foram importantes para complementar as análises realizadas.

No intuito de compreender essas mudanças ocorrida a partir de 2023, propusemos uma observação não participante, que foi devidamente registrada em diário de campo. A escolha dessa técnica também foi realizada porque os poucos trabalhadores que poderiam ser informantes-chave, devido às trocas de equipe, já haviam sido entrevistados anteriormente. Entendemos também, que a observação possibilitaria um trânsito em todas as instâncias do CAPSi e a observação do fluxo de trabalho de uma forma mais próxima do que em conversas individuais com determinados atores.

Consideramos a observação como uma técnica que possibilita colher impressões e registros de um fenômeno através do contato direto com as pessoas a serem observadas, tratando-se, como pertinente nesta pesquisa, de uma observação naturalista, não-participante e assistemática. É naturalista por tratar-se de uma pesquisa em ambientes reais, sem intervenção do observador nos acontecimentos, interações e comportamentos dos indivíduos do ambiente observado; não-participante por não haver envolvimento do observador com o contexto a ser observado, sem participar como membro da situação; e assistemática por não definir previamente os aspectos ou critérios a serem observados, de forma rígida, dando maior liberdade ao pesquisador na escolha do tipo de informação a ser registrada (MOURA, FERREIRA, 2005).

Ainda que tenha se dado com as características apontadas, a observação tinha o objetivo claro de compreender e responder a algumas lacunas, principalmente a respeito da percepção de uma alteração de modelos de funcionamento e de reorganização do posicionamento do CAPSi na rede de saúde, alterando as demandas que chegaram no dispositivo. Este processo de observação foi realizado pela pesquisadora, durante os meses de outubro e novembro de 2023, participando de algumas instâncias e atividades do CAPSi: o

acolhimento, a reunião de equipe e os atendimentos, assim como das conversações ocorridas entre os trabalhadores. Na ocasião não estavam sendo realizados grupos ou atividades coletivas, matriciamento e não havia agenda de reuniões de rede.

A análise dos dados coletados se orientou tendo em vista algumas finalidades propostas por Minayo (1992), no âmbito das pesquisas sociais, tais como: estabelecer uma compreensão dos dados, responder às questões da pesquisa, confirmando ou não os pressupostos da pesquisadora e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado a partir de sua contextualização cultural mais ampla. Utiliza-se, então, a análise de conteúdo, tratada por Gomes (1994) como um conjunto de técnicas que teriam duas funções principais: a verificação de hipóteses ou questões e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

A análise de conteúdo possui algumas fases, organizadas cronologicamente: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (GOMES, 1994). Ressalta-se, porém, que o processo de análise dos dados pode ocorrer também durante a coleta de dados, sendo um movimento dinâmico da própria pesquisa e de aproximação da pesquisadora com o objeto. Esta análise inicial, acompanhando o processo de realização das entrevistas, durante o trabalho de campo, tem o mérito de apontar caminhos, verificar semelhanças e distinções nos dados obtidos, bem como contribuir para melhor delimitação do trabalho de campo, sendo um sinalizador também para convite ou não a novos informantes.

No processo de análise das informações coletadas nas entrevistas fez-se o esforço de situar os depoimentos dos sujeitos sociais da pesquisa em seu contexto para serem mais bem compreendidas. Assim, toma-se como ponto de partida o interior da fala e como “ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (GOMES, 1994, p. 77). Essa compreensão parte do pressuposto de que não há consenso na produção de conhecimento e que a ciência se constrói pela relação entre a razão de quem a pratica e as experiências concretas. Assim, os resultados em pesquisas sociais são sempre aproximativos da realidade social, da mesma forma que “as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras” (GOMES, 1994, p. 79).

A partir do trabalho de campo, então, são apresentados, neste capítulo da tese, as análises e reflexões da pesquisadora diante das questões e objetivos propostos para esta pesquisa, correlacionando os achados do trabalho de campo com a fundamentação teórico-bibliográfica e o processo investigativo. Trata-se, portanto, neste capítulo, de complementar a exposição realizada nos capítulos precedentes constituindo o percurso analítico que conforma

a pesquisa e seus achados na conformação da tese aqui apresentada, frente ao objeto de estudo e os objetivos propostos.

1 A ATENÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

Saiba: todo mundo foi neném
Einstein, Freud e Platão também.
Hitler, Bush e Sadam Hussein
Quem tem grana e quem não tem.
Saiba: todo mundo teve infância
Maomé já foi criança.
Arquimedes, Buda, Galileu
E também você e eu.
Saiba: todo mundo teve medo
Mesmo que seja segredo.
Nietzsche e Simone de Beauvoir
Fernandinho Beira-Mar.
Saiba: todo mundo vai morrer
Presidente, general ou rei.
Anglo-saxão ou muçulmano
Todo e qualquer ser humano.
Saiba: todo mundo teve pai
Quem já foi e quem ainda vai.
Lao, Tsé, Moisés, Ramsés, Pelé
Ghandi, Mike Tyson, Salomé.
Saiba: todo mundo teve mãe
Índios, africanos e alemães.
Nero, Che Guevara, Pinochet
E também eu e você.
Saiba - Arnaldo Antunes

A infância e a adolescência são tempos vividos por todo ser humano. Esta experiência, porém, não se dá da mesma forma, sendo marcada pelos tempos históricos e por marcadores de classe, raça e gênero. As vivências da infância e da adolescência tem sido ora idealizadas, ora objetificadas em uma sociedade adultocêntrica, adultos que, por sua vez, enfrentam enormes dificuldades de olhar e ressignificar suas próprias histórias, muitas vezes marcadas por violências e violações geracionais silenciadas.

O primeiro tópico deste capítulo, no item 1.1, aborda as diferentes concepções de infância e juventude, compreendendo-as como uma construção histórica que impacta na posição desses sujeitos na vida em sociedade e, conseqüentemente, nos lugares que ocupam e nas ações que lhes são destinadas no âmbito público.

Em seguida, no item 1.2 é reconstruído o percurso histórico da atenção à infância no Brasil, destacando as principais concepções e ações voltadas a estes sujeitos. Assim, ao analisar o período republicano, principalmente, o século XX, percebe-se que o alvo das ações

filantrópicas e do Estado era a pobreza, como fenômeno que impediria o progresso e que deveria ser combatido e controlado desde a tenra idade, sendo fator de desenvolvimento nacional.

A infância pobre, que surge, então, como problema social, traz a interseccionalidade com o marcador racial e consequentemente do racismo, como estrutural e estruturante da formação social brasileira, tomando como questão social a negritude destas crianças, que ocupavam as cidades, em um período de intensas transformações urbanas e sociais, mesmo com o processo pós-Abolição.

As questões relacionadas à saúde mental destes sujeitos estavam encobertas pelo problema da ausência material ou afetiva ou eram consideradas um efeito secundário da pobreza, sendo delegadas aos especialistas e às instituições especializadas, não sendo uma questão da agenda pública por quase oito décadas.

A partir desta contextualização histórica, é possível problematizar em que medida estas crianças e adolescentes estavam sendo assistidas no âmbito das instituições especializadas e pelos denominados especialistas, o que é feito no item 1.3. O reconhecimento das questões de saúde mental de crianças e adolescentes também passa por diversas mudanças no século XX e que guardam relação com o próprio processo de desenvolvimento dos saberes e das ciências, não só no Brasil.

Recupera-se, então, antecedentes históricos importantes para compreender um outro percurso: aquele que se desenvolveu nos âmbitos da Medicina, com a Psiquiatria, e com o posterior ingresso da Pediatria e da Educação na atenção às crianças e adolescentes. Esta abordagem também contribui para lançar luz à identificação e problematização das diferentes tendências teóricas e práticas existentes hoje ainda no campo da saúde mental infanto-juvenil.

1.1 A construção social da infância e da juventude

Ao tratar da infância e da juventude, é importante ter em mente que estes são termos que nem sempre existiram na história humana e que seus sentidos não são únicos e estáticos. A partir de uma análise sobre a história da infância e da juventude é possível perceber que a preocupação com esta fase da vida, pelas ciências sociais e humanas, se dá a partir do século XIX, tanto no Brasil, quanto mundialmente, surgindo como um problema social que demandava respostas e intervenções.

É possível perceber também que, apesar da história da infância e das questões de aprendizagem estarem relacionadas conceitual e socialmente, a história da infância e a história da educação se manifestam como dois campos distintos e inconciliáveis até o século XX, sendo recente a adoção de ambos os temas como objetos de estudo e pesquisa (ARIÈS, 1973). É também no fim do século XX que surgem estudos e pesquisas que consideram a infância e a juventude como fenômenos históricos e não meramente naturais, inaugurando uma nova concepção sobre esses sujeitos, antes ignorados e submetidos ao mundo adulto.

A análise das diferentes concepções sobre crianças e adolescentes e sua constituição sócio-histórica, são importantes, principalmente, quando se trata da formação brasileira, em que a questão da raça e consequentemente do racismo, são visto como elementos estruturais e estruturantes das relações sociais. Estes pressupostos apontam a inexistência de uma criança ou jovem universal-natural-branco-colonial-burguês e nos impele a pensar qual a constituição das crianças e adolescentes brasileiras.

É possível compreender que a noção de infância e juventude que vigora nos tempos atuais é uma invenção da Modernidade, estando intimamente vinculada à própria constituição do período moderno, sendo possível indicar que, “numa relação de imanência, uma foi condição de possibilidade para a outra” (LOCKMANN; MOTA, 2013, p. 85). Da mesma forma, a invenção do sentimento de infância na modernidade também provoca a invenção da pedagogia moderna e dos modelos escolares que vigoraram neste período até a contemporaneidade.

A formulação de Phillipe Ariès (1973) foi um marco dos primeiros estudos historiográficos sobre a infância, ainda que passível de críticas² e focada na Europa. Este autor indica que a infância nem sempre existiu ou foi reconhecida como etapa de vida. Ela é reconhecida ou descoberta a partir do século XVI, não existindo uma ideia de infância na Idade Média³. Ariès (1973) trabalhou com a ideia de “sentimento da infância”, que se relaciona à “consciência da particularidade infantil, [...] que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (ARIÈS, 1973, p. 156). Segundo o autor, o sentimento da infância não existia na idade medieval, ou seja, assim que a criança não dependesse

² Alguns historiadores criticaram a ausência de análises mais aprofundadas sobre as crianças pobres e, também, a metodologia de comprovação de suas hipóteses, ainda que reconhecendo o pioneirismo e importância da sua obra (LOCKMANN; MOTA, 2013; PRIORE, 2012), apesar da caracterização eurocentrista da sua abordagem histórica.

³ Sobre a inexistência da ideia de infância, conferir as análises de Lockmann e Mota (2013) que trazem considerações sobre uma ideia de infância na modernidade e propõem uma análise em termos de continuidades e descontinuidades da construção do sentimento de infância atual.

constantemente de sua mãe ou sua ama, poderia viver em sociedade como os adultos, sem distinção.

A partir do século XVI e XVII começa-se a ver a criança com alguma particularidade, diferenciando-a do mundo adulto, baseando suas análises pela transformação dos trajes usados por adultos e crianças. Esta diferenciação, por sua vez, não se dá de forma homogênea, se realizando de acordo com a classe e o gênero. Segundo o autor,

o sentimento da infância beneficiou primeiro meninos, enquanto as meninas persistiram mais tempo no modo de vida tradicional que as confundia com os adultos: seremos levados a observar mais de uma vez esse atraso das mulheres em adotar formas visíveis da civilização moderna, essencialmente, masculina. Se nos limitarmos ao testemunho fornecido pelo traje, concluiremos que a particularização da infância durante muito tempo se restringiu aos meninos. O que é certo é que isso aconteceu apenas nas famílias burguesas ou nobres (ARIÈS, 1973, p. 81).

Este é um elemento importante para pensar a infância e juventude em uma perspectiva histórica, pois essas fases da vida, além de serem compreendidas de diversas formas no tempo e no espaço, também são vividas de formas diferentes de acordo com alguns marcadores sociais de diferença, principalmente, de classe, raça, gênero e sexualidade. Isso nos leva a considerar que não existe apenas uma infância ou uma juventude, mas que se trata de experiências heterogêneas, considerando os modos de existência, das várias infâncias e juventudes.

Outro elemento importante trabalhado por Ariès (1973) diz respeito ao surgimento, concomitante ao sentimento da infância, de uma preocupação moral diante das crianças – orientada pela doutrina religiosa da época –, consideradas “imperfeitas em todos os aspectos” (ARIÈS, 1973, p. 162), em que era preciso “conhecê-la melhor para corrigi-la” (ARIÈS, 1973, p. 163). Exatamente por terem uma razão frágil, precisavam ser orientadas e direcionadas firmemente para se tornarem seres racionais e cristãos. Esta concepção passa a ser reproduzida no ambiente familiar.

No século XVII, não se considerava a passagem da infância ao mundo adulto como uma transição de fases da vida, sendo marcada a partir dos sete anos, quando “a criança se fundia sem transição com os adultos” (ARIÈS, 1973, p. 186). As crianças abandonam, então, os brinquedos da primeira infância e começam a aprender atividades dos adultos, como montar a cavalo, atirar e caçar. É também essa a idade de entrada na escola ou início do trabalho.

A extensão do período da infância está ligada à entrada na vida escolar, que simbolizou uma etapa intermediária ao mundo adulto. Nem todos ingressavam na escola,

havendo crianças e jovens que nunca frequentaram ou mesmo nela estiveram por pouco tempo e, para estes, não havia o prolongamento da infância proporcionado pela escola.

Isso não se dava, no século XVII, pela condição social. As meninas, porém, só tinham acesso à educação no meio familiar, sendo excluídas, neste período, do acesso à escola, recebendo uma educação que “treinava as meninas para que se comportassem desde muito cedo como adultas” (ARIÈS, 1973, p. 190). De acordo com o autor, “se a escolarização no século XVII ainda não era monopólio de uma classe, era sem dúvida o monopólio de um sexo”, de forma que a escolarização feminina “se iniciaria com um atraso de cerca de dois séculos” (ARIÈS, 1973, p. 190).

Há uma mudança no modelo escolar entre fins do século XVII e início do século XVIII gerada por um elemento que marca toda a modernidade: a introdução da disciplina nas escolas, tornando-se uma característica central do colégio na modernidade.

A disciplina escolar teve origem na disciplina eclesiástica ou religiosa; ela era menos um instrumento de coerção do que de aperfeiçoamento moral e espiritual, e foi adotada por sua eficácia, porque era a condição necessária do trabalho em comum, mas também por seu valor intrínseco de edificação e ascese. Os educadores a adaptariam a um sistema de vigilância permanente das crianças, de dia e de noite, ao menos em teoria (ARIÈS, 1973, p. 191).

Essa disciplina acaba impondo às famílias o respeito ao ciclo integral escolar, aumentando o período de permanência nas escolas e, portanto, da infância, que passava a durar todo o ciclo escolar.

A partir do século XVIII tem-se uma mudança que impacta nos modelos educacionais até os dias de hoje. A escola única foi substituída por um sistema de ensino duplo, dividido por idades e, também, pela condição social. Cria-se o liceu ou colégio para os burgueses (secundário) e a escola para o povo (primário).

Ariès (1973) também aponta para uma mudança no sentimento de família, também inexistente até o século XVII. Até o século XVIII, a família, antes vivida em público, no ambiente exterior, torna-se uma sociedade fechada, de âmbito privado. O crescimento desse sentimento na modernidade seria o fundamento da evolução dos costumes contemporâneos.

Para o autor, o grande acontecimento moderno foi a preocupação com a educação, que se instalou aos poucos na sociedade e a transformou. A família deixa de ter o objetivo de transmissão de bens e costumes, para ter uma função moral e espiritual, formando corpos e almas. Esse processo, porém, encaminhou a infância e a juventude a um regime de enclausuramento, mediado pela própria família como instituição social, apontando um processo contraditório.

A família e a escola retiraram juntas a criança da sociedade dos adultos. A escola confinou uma infância outrora livre num regime disciplinar cada vez mais rigoroso, que nos séculos XVIII e XIX resultou no enclausuramento total do internato. (ARIÈS, 1973, p. 277).

Bujes (2002) traz a ideia de que os sentidos atribuídos à infância estão relacionados aos fatores políticos, econômicos e sociais que impactam o mundo na modernidade, tendo como marco algumas formas específicas de controle e governo das populações.

A autora considera que os sentidos que atribuímos à infância “são resultado de um processo de construção social, dependem de um conjunto de possibilidades que se conjugam em determinado momento da história, são organizados socialmente e sustentados por discursos nem sempre homogêneos e em perene transformação” (BUJES, 2002, p. 24). A modernidade traz uma exaltação da vida que se torna central como preocupação coletiva, e a centralidade da vida gera uma “biopolítica da população” (BUJES, 2002, p. 35), termo este baseado nas formulações de Michel Foucault, que seria um dos polos de exercício do biopoder (FOUCAULT, 2008).

Ao dar uma maior atenção à vida, as crianças passam a receber uma atenção especial e diferenciada, com necessidades específicas, se diferenciando do mundo adulto, e tornando-se alvo de conhecimento, descritas em minúcias pela educação, pela medicina higienista, pela religião, o campo jurídico, entre outros. Juntamente à ampliação do conhecimento, segue-se a ampliação das intervenções nessa fase, seu governo. Assim, segundo a autora, as crianças

passam a se constituir como alvos do poder — pontos focais de inúmeros discursos que criam um conjunto de normas para as relações entre adultos e crianças, que ensejam sentimentos de piedade e ternura, que mobilizam experiências de toda ordem voltadas para sua educação e moralização. Elas se tornam objetos de interesse de inúmeras classes profissionais, de distintas iniciativas governamentais, de práticas especializadas, de legislação, de regimentos, de estatutos, de convenções (BUJES, 2002, p. 64).

Essas intervenções se justificam por uma perspectiva adultocêntrica que entende a criança como um ser em falta, imaturo, desprotegido, incapaz, necessitando ora de proteção, ora de correção. Nesse contexto há uma mudança da função da escola, separando as crianças do mundo adulto sendo a instituição por excelência para este grupo, um braço responsável por aplicar e conduzir este governo da infância e da juventude, na perspectiva da pedagogia moderna.

Destacamos, então, que a tendência de controle e disciplinamento das vidas e dos corpos, trazida pela modernidade, impacta de forma inquestionável as concepções e a vivência das infâncias. Este traço também orientará as práticas voltadas à infância e juventude

no Brasil e no mundo. Assim, é possível refletir que há fenômenos da modernidade que impactam de forma geral as concepções e práticas voltadas a crianças e jovens, mas que os processos sociais, econômicos e políticos trazem particularidades a estas construções.

Mary Del Priore (1996; 2012), ao analisar as reflexões de Ariès (1973), pensando o reconhecimento da fase da infância em terras brasileiras, aponta que há processos sociais complexos e muito particulares que envolvem a formação do país e impactam na forma de lidar com crianças e jovens. Tomando os dois pontos centrais, trazidos pelo historiador, que impactam nas infâncias e nas famílias, Priore (2012) destaca que tanto a escolarização quanto a emergência da vida privada chegaram no Brasil com grande atraso em relação aos países ocidentais, tendo como principais particularidades o sistema colonial e a industrialização tardia (PRIORE, 2012).

No âmbito educacional, Priore (1996; 2012) aponta também que as primeiras iniciativas educacionais se iniciam na Colônia e foram realizadas pelos jesuítas numa perspectiva moralista, impositiva e baseada nos princípios religiosos católicos. Assim, desde o período colonial é construída uma ideia de infância baseada em conceitos europeus, ligados à pureza, ingenuidade e inocência, fundadas nos padrões religiosos cristãos, trazendo uma ideia santificada das crianças. Essas ideias são disseminadas e implementadas pelos jesuítas, através da educação dos nativos, submetendo as crianças a um forte disciplinamento dos modos e dos costumes.

Por serem vistas com estas qualidades, as crianças assumem um papel central no processo civilizador dos jesuítas, sendo o “‘papel branco’, a cera virgem, em que tanto desejava escrever; e inscrever-se”, afirma Priore (1996, p. 12). Nesse percurso, as crianças passavam a ser um instrumento para educação dos adultos, um mecanismo que auxiliaria o próprio processo de colonização, que não ocorreu sem resistências.

Essas pontuações apontam as marcas do colonialismo brasileiro tendo a educação como uma das principais estratégias de submissão da população brasileira aos ideais e hábitos europeus, encobrendo as características socioculturais do povo que aqui residia. Este processo se deu não só pela educação, mas de forma violenta através do genocídio da população indígena residente nas terras brasileiras.

Até o século XVIII, disseminam-se várias iniciativas educacionais e religiosas de educação das crianças. A escola pública é criada neste século, com uma preocupação religiosa e de correção, e excluindo os setores pobres, principalmente, a população negra. No século XIX os filhos da classe trabalhadora não teriam como saída a educação, mas a sua transformação em cidadãos úteis e produtivos nas lavouras, e em instituições que ofertavam

um ensino profissionalizante, na maior parte privados e de origem religiosa. Não entraremos detidamente na constituição da educação no Brasil, mas é importante apontar que as origens do ensino público são marcadas pela desigualdade social e racial, que vão impactar na vivência e na constituição das infâncias e juventudes.

A respeito das alterações no âmbito privado, apontados por Ariès (1973), como um dos fatores que interferem no sentimento de infância, Jurandir Freire Costa (1979) traz algumas reflexões importantes desse processo no Brasil. O autor aborda as relações no âmbito familiar no Brasil, a partir do período colonial, apontando a articulação dessas configurações com as relações sociais vigentes, trazendo as particularidades da formação brasileira. Segundo este autor, a ética do convívio social burguês modelou o convívio familiar, reproduzindo as relações de classe no ambiente da família, de forma que “as relações intrafamiliares se tornaram uma réplica das relações entre classes sociais” (COSTA, 1979, p. 13). Estas alterações contaram com os preceitos da medicina higienista, que assumem uma posição de agentes educativo-terapêuticos, numa relação de tutela das famílias, que estabelecem uma relação de dependência e submissão a esses preceitos, que passam a entrar na intimidade das suas vidas.

É a partir da terceira década do século XIX que as famílias passam a ser definidas de forma mais incisiva como incapazes de proteger a vida de crianças e adultos. Os hábitos coloniais são relacionados a uma desordem higiênica que deve ser exterminada por uma mudança de hábitos no campo da saúde. Utilizando-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a entrada das práticas higiênicas ultrapassou os limites da saúde individual, impondo à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, sendo a infância um alvo prioritário das ações da medicina higienista.

A higiene, enquanto alterava o perfil sanitário da família, modificou também sua feição social. Contribuiu, junto com outras instâncias sociais, para transformá-la na instituição conjugal nuclear característica dos nossos tempos. Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se, no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa (COSTA, 1979, p. 12-13).

A educação física do higienismo criou um modelo de corpo saudável no século XIX, que seria um corpo harmonioso e robusto, se contrapondo ao corpo relapso, flácido e doentio do indivíduo colonial. É também este o corpo que representa uma classe e uma raça, servindo para constituir o racismo e os preconceitos sociais, baseados em uma superioridade racial e social da burguesia branca. Assim, é possível compreender uma ligação direta entre o higienismo e o racismo, elementos constitutivos da consciência de classe burguesa:

O racismo não é um acessório ideológico, acidentalmente colado ao *ethos* burguês. A consciência de classe tem, na consciência da ‘superioridade’ biológico-social do corpo, um momento indispensável à sua formação. O indivíduo de extração burguesa, desde a infância, aprende a julgar-se ‘superior’ aos que se situam abaixo dela na escala ideológica de valores sócio-raciais (COSTA, 1979, p. 14).

No século XX crescem as produções científicas que justificam a inferioridade dos negros através do discurso biológico, vinculando a raça ou o cruzamento racial à criminalidade, à loucura e à degeneração, bem como atribuindo a proliferação de doenças no Brasil ao contato com outras raças (SCHWARCZ, 1993 apud DAVID, 2018). São as teorias eugenistas, que justificam práticas racistas por um viés científico e que, ao definir relações de inferioridade, periculosidade, traçam os grupos que devem ser alvos prioritários do controle do Estado, respaldados pela medicina: negros e pobres.

Foucault (1999) assim como Mbembe (2016), apontam que o racismo teria a função de produzir uma separação entre quem pode viver e quem pode morrer, articulando duas condições: a morte de uns favorece a sobrevivência de outros. Assim, na lógica do biopoder, a função do racismo seria regular a distribuição da morte e tornar possível a ação do Estado em exterminar os indesejáveis.

Essa lógica da eugenia, baseada no eugenismo e nos princípios higienistas, vão respaldar estratégias estatais que marcam a assistência à infância no Brasil, bem como a cultura da institucionalização, indicando a função social dos manicômios brasileiros de isolamento dos indesejáveis, que possuem cor e classe (DAVID, 2018). A infância e a adolescência no Brasil, então, é marcada por uma estrutura de classe e de raça, que tem seu controle, isolamento e extermínio justificados por uma racionalidade científica, respaldada pela medicina e suas especialidades, que produzem e reproduzem determinadas relações.

A história da infância é uma história contada por adultos, mediadas por instituições, também de adultos, que muitas vezes tratam de uma criança ideal, saudável, obediente, uma promessa de virtudes. Isso se opõe à realidade da infância brasileira, marcada, historicamente, por relações desiguais, por práticas de opressão, racismo e violência, controle e disciplinamento, praticados no âmbito do Estado.

1.2 Ações e práticas voltadas a crianças e adolescentes no Brasil: percurso histórico

Neste tópico tratamos da assistência às crianças e adolescentes no século XX, período republicano⁴ no Brasil, tendo como marco o processo de redemocratização, no qual há uma radical mudança de paradigmas no âmbito dos direitos e das políticas públicas. As concepções sobre a infância e a juventude sofreram transformações significativas nas últimas décadas, de forma que nem sempre foram alvo de ações pelo Estado ou pela sociedade. Esses segmentos só passam a ter visibilidade na transição do século XIX para o século XX, com a intensificação das expressões da questão social, decorrentes das mudanças do fim do século XIX (abolição da escravidão, migração europeia, início da República etc.) (CASSAB, 2001).

É possível tecer uma análise através da existência de dois paradigmas distintos que representavam diferentes concepções sobre a infância e a juventude e, consequentemente, compreendiam diferentes intervenções voltadas a este público por parte do Estado e da sociedade: a Doutrina da Situação Irregular e a Doutrina da Proteção Integral (LEITE, 2006). Ainda que estes sejam termos usados para se referir mais comumente ao âmbito jurídico e dos marcos legais, consideramos que trazem outros elementos estruturantes que podem defini-los como paradigmas, auxiliando de forma mais didática na análise das concepções e práticas voltadas às crianças e adolescentes nos últimos séculos no Brasil. Torna-se importante, então, uma abordagem histórica destes dois paradigmas no Brasil para compreendermos as continuidades e discontinuidades das concepções e práticas voltadas às crianças e adolescentes.

Nos primeiros anos da República, existia uma matriz de leitura dos problemas da criança e dos jovens que se estruturava a partir de quatro elementos centrais: uma representação social da criança, a de um menor; um marco jurídico, a doutrina da situação irregular; uma concepção de Estado, com função tutelar; e uma proposta de intervenção, a institucionalização (COUTO, 2012).

A dinâmica entre esses elementos definiu a relação entre Estado, família, sociedade e crianças por quase oito décadas. E, dessa forma, essa matriz definiu as ações, o financiamento

⁴ O século XX representa o período republicano no Brasil, iniciando-se em 1889, com a Proclamação da República, em 15 de novembro daquele ano, sendo o regime atual do país. Trata-se de um período de grandes transformações políticas, sociais e econômicas, podendo ser dividido em Primeira República (1889 – 1930), Governo Provisório e Constitucional de Vargas (1930 – 1937), Estado Novo (1937 – 1945), Quarta República (1945 – 1964), Ditadura Militar (1964 – 1985) e Nova República (1985 aos dias atuais). Considera-se, porém, que houve um período de reorientação política decisiva com a redemocratização que inaugura a Nova República, trazendo mudanças significativas no âmbito social e político em várias áreas e na configuração constitucional, a partir da Carta Magna, de 1988, do Estado Democrático de Direito.

e a pauta política da época, colocando como preocupação central a pobreza e o abandono moral ou material.

A Doutrina da Situação Irregular traz uma cisão na categoria da infância, dividindo-a entre “menores” e “crianças”. Enquanto o “menor” era o foco da tutela do Estado, objeto de leis, programas e medidas filantrópicas, o termo “criança” definia aqueles que se mantinham sob os cuidados da família, conservando sua cidadania (LEITE, 2006; COUTO, 2012).

A centralidade do problema dizia respeito à pobreza e ao abandono, moral e/ou material, que deveriam ser corrigidos. Parte da infância foi transformada em um problema de Estado, particularmente a infância pobre, que era vista por dois âmbitos – ainda que ambos como integrantes da classe trabalhadora: as crianças em perigo, filhas da pobreza, afetivamente abandonadas; e as crianças perigosas, potencialmente delinquentes, filhas da pobreza moral. O investimento público era destinado ao controle dos desvios morais e de conduta, com a finalidade de desenvolver um adulto ativo, produtivo e adequado à ordem social vigente. A agenda pública é, então, direcionada a ações de natureza mais pedagógico-corretiva do que clínica ou psicossocial (COUTO, 2012).

Diante dessa compreensão, as demais questões das crianças e adolescentes eram secundárias, delegadas muitas vezes aos saberes e instituições especializadas. Esse é o caso dos atingidos por anomalias físico-psíquicas ou por deficiências, que formavam um grande contingente de crianças institucionalizadas nos reformatórios e educandários (RIZZINI, 1993).

Segundo Rizzini (1997), a percepção sobre estes tipos de problemas tinha como base um complexo aparato médico-jurídico, legitimando a direção da assistência às crianças e fundamentando juridicamente as ações tutelares do Estado. No campo jurídico, a condição do “menor”, instituída pela Doutrina da Situação Irregular, direcionava uma legião de crianças e adolescentes que foram tirados da tutela familiar para serem colocados sob a tutela do Estado, sendo direcionados às instituições de recolhimento e internação. O fundamento dessa estratégia era de retirar as crianças do seu ambiente de risco e oferecer melhores condições para sua integração futura à sociedade.

No campo da medicina, houve grande influência do movimento higienista, particularmente da higiene mental, que propunha a prevenção e o método educativo para combater e prevenir a delinquência e insanidade, considerados efeitos do abandono. Mesmo tendo um componente de atuação com as famílias, a comunidade e as escolas, a medicina higienista acabou validando a institucionalização e o isolamento como intervenções, naqueles casos em que a prevenção não era alcançada (RIZZINI, 1997). A emergência da Liga

Brasileira de Higiene Mental (LBHM) representou uma expansão da psiquiatria para o terreno social, apoiado na noção de eugenia, privilegiando a infância como objeto de atenção e intervenção (COSTA, 1979).

Couto (2012) aponta que “a convergência dos dois discursos – jurídico e médico – deu a tônica e fundamentou as políticas assistenciais nos primeiros tempos da República, influenciando decisivamente as ações do poder público dirigidas às crianças” (COUTO, 2012, p. 15). Essas ações, entretanto, não eram realizadas pelo Estado até a década de 1930, sendo a tarefa de proteção da infância delegada à filantropia, mas financiada pelo Estado com verbas públicas. E, de fato, segundo Couto (2012), a filantropia é um elemento fundamental na história de institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil.

A filantropia executou e consolidou a principal estratégia de intervenção desenvolvida na história da assistência às crianças brasileiras, a da institucionalização, absorvendo grande parte dos recursos públicos destinados para este fim. Representou, também, a principal forma de execução das responsabilidades do Estado, a da delegação a terceiros, modalidade que foi hegemônica por décadas (COUTO, 2012, p. 16).

Dessa forma, as questões ligadas à saúde mental de crianças e adolescentes, neste período, eram vistas como efeitos extremos da pobreza e do abandono. As questões de atraso no desenvolvimento ou das deficiências, por exemplo, eram considerados como produto do contexto de pobreza, com uma intervenção individual, levando à internação da criança.

A diáde, saber especializado e instituição especializada, foi responsável pelo ‘tratamento’ do que não compunha o centro da questão social, não era prioridade na agenda, mas não era desprezível como problema, ficando, portanto, bem situado e tratado na esfera dos especialistas (COUTO, 2012, p. 18).

Na década de 1930, o Estado começa a assumir parte das ações direcionadas às crianças e jovens, em um contexto de alteração no campo do trabalho e dos direitos, na direção de preparar e educar os “menores” para o futuro, tomando, como principal estratégia, a educação. Esta era usada com a finalidade de superar as condições de atraso e recuperar a capacidade produtiva das crianças e jovens, pretendendo substituir as ações disciplinares e corretivas pelas ações educativas, no intuito de alcançar melhor integração ao mundo do trabalho.

Muda-se o papel da Medicina junto ao Estado, que contribui na classificação da aptidão das crianças para o ensino e a aprendizagem, agregando outros saberes e especialistas, como a Psicologia e a Pedagogia. Ao classificar a aptidão para o ensino, seria possível escolher procedimentos metodológicos adequados, o que, porém, gerou a exclusão daqueles considerados inaptos para a educação e, conseqüentemente, para o trabalho. Mantém-se, então, a institucionalização como estratégia, desta vez em locais de reeducação.

Rizzini e Rizzini (2004) apontam que no período do Estado Novo, especialmente, a partir do ano de 1937, inicia-se um discurso novo sobre a infância e a juventude, indicando a preocupação das classes dominantes com o perigo da ameaça comunista, sendo a intervenção junto a este grupo uma questão de defesa nacional. Nesse contexto, em 1941, é criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), um marco das estratégias do Estado no tratamento dado ao “menor”. Esse serviço organizava ações públicas para crianças e jovens e instituiu a privação de liberdade como resposta aos jovens considerados delinquentes, particularmente, os jovens negros e pobres, considerado por Rizzini (2004) como um marco da criminalização da pobreza no Brasil.

O SAM tinha abrangência nacional e tinha uma rede de instituições privadas que lhes eram vinculadas, porém, sem uma regularização formal, que recebiam um valor *per capita* por cada “menor” internado. Eram as próprias instituições que regulavam as entradas, com uma informalidade jurídica que gerou muitos desvios financeiros e possibilitou um uso fortemente clientelista das internações. Segundo Nogueira Filho (1956),

Em termos rudes, a realidade é que o SAM entrega mais de uma dezena de milhar de menores por ano a terceiros, para que cuidem de sua vida e educação, sem a mínima garantia jurídica de que lhes seja dispensado um trato razoavelmente humano (NOGUEIRA FILHO, 1956 *apud* RIZZINI; RIZZINI, 2004, p.264).

Contudo, em decorrência de várias denúncias e questionamentos da própria sociedade sobre o SAM, que passou a ser considerado uma “escola do crime”, emerge a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), no período da Ditadura Militar. Esta surge com a missão de instituir o “Anti-SAM”, sendo concebido como um centro especializado para a permanência de menores, com internações em larga escala, intensificando a criminalização da pobreza (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 35).

Como justificativa ideológica da FUNABEM, o recolhimento de crianças que perambulavam ou viviam nas ruas passou a ser denominado de prevenção – por preservar o menor do “perigo que representa, para si e para sociedade”, pelo seu “estado de carência afetiva e material”⁵ (FUNABEM, 1974 *apud* RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 69). Nas palavras de Couto, a FUNABEM “exprime a visão e ação do Estado sobre os menores e o lugar que lhes era destinado na estrutura social. É instituição-síntese do argumento do Estado como ente tutelar e de controle” (COUTO, 2012, p. 23).

⁵ Interessante perceber que, em um levantamento dos internos em âmbito nacional, em 1966, há uma indicação das “grandes categorias de motivação” das internações sendo um total de 83.396 menores, 84,4% órfãos desvalidos, 9,8% desvio de conduta, 1,7% deficiências físicas e mentais e 4,1% filhos de tuberculosos e hansenianos (RIZZINI; RIZZINI, 2004). Destaca-se nestes números, a presença de 1409 menores internados por deficiências físicas e mentais e 3.466 por serem filhos de tuberculosos, indicando a ausência de redes de saúde para estes fins.

A principal estratégia, então, utilizada pelo Estado durante muitas décadas foi a institucionalização de crianças e adolescentes. Rizzini e Rizzini (2004) apontam para uma “tradição de internação de crianças e jovens em instituições asilares” gerando uma “cultura da institucionalização” no Brasil, visto ter sido uma estratégia utilizada em grande escala apesar dos documentos jurídicos, desde 1900, já sinalizarem que esse deveria ser o último recurso adotado.

A institucionalização indica o entrelaçamento das iniciativas educacionais com os objetivos de assistência e controle social, em que se exercia uma educação formadora em que o indivíduo é gerido no tempo e no espaço pelas normas institucionais, sob relações de poder desiguais, mantidas até hoje, para as categorias consideradas ameaçadoras à sociedade em seu *status quo*. Revela também uma cultura que valoriza a educação por terceiros, sendo comum as próprias famílias recorrerem às instituições como uma alternativa de cuidado e educação, ou mesmo de sobrevivência (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

No que tange às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental é possível observar que a institucionalização no Brasil se deu fundamentalmente em instituições filantrópicas de cunho assistencial, como educandários e reformatórios, e, posteriormente, em serviços estatais, porém majoritariamente fora do sistema tradicional médico-psiquiátrico, como os hospitais psiquiátricos, espaços de institucionalização dos ditos loucos. Ainda que existam alas específicas para crianças em hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil, estas não eram a maioria.

Essa diferenciação é importante, pois ainda que se trate de uma mesma prática de isolamento, com objetivo de controle e ajustamento, tem particularidades que geraram efeitos e processos distintos, como aponta Couto (2012):

A designação dos processos de exclusão -tanto dos ‘menores’ quanto dos ‘loucos’-, através do uso de um mesmo termo, o de institucionalização, constitui, muitas vezes, um empecilho para que as especificidades de cada situação possam ser analisadas. Pode-se considerar que nos dois processos ocorreu a incidência de uma mesma lógica – a da exclusão e segregação, como condições paradoxais para o exercício da função tutelar do Estado. Entretanto, os caminhos institucionais foram distintos e necessitam ser destacados nas análises para que os efeitos de segregação que produziram sejam efetivamente superados (COUTO, 2012, p. 17).

As primeiras mudanças nesse cenário se desenvolveram a partir da década de 1980, com o movimento de redemocratização do país, de um lado e de outro, o questionamento das práticas e concepções vigentes, não só na área de infância e juventude, mas em todos os âmbitos do Estado. Há uma efervescência de movimentos políticos que lutavam pela retomada e expansão da democracia. Uma das bandeiras dos movimentos sociais foram os direitos de crianças, adolescentes e jovens, destacando-se o Movimento Nacional de Meninos

e Meninas de Rua (MNMMR), a pastoral do menor e entidades e/ou Organizações Não-Governamentais (ONGs) no campo dos direitos humanos (CASSAB, 2001).

Os movimentos contestavam a Doutrina da Situação Irregular e lutavam pelo reconhecimento deste segmento como sujeito de direito e alvo de políticas de proteção real. O ápice deste movimento foi a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que traz em seu artigo 227 a garantia de direitos para crianças e adolescentes, o que representou uma mudança da Doutrina da Situação Irregular para a Doutrina de Proteção Integral, baseada no princípio da prioridade absoluta. Posteriormente, este artigo foi mais bem regulamentado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990.

Este marco regulatório representa o reconhecimento desse segmento de crianças e adolescentes como sujeito de direitos, inaugurando medidas de proteção que preveem a garantia de direitos fundamentais à vida, à saúde, à convivência familiar e comunitária, ao lazer, entre outros. O ECA é considerado uma ruptura com a tradição e o paradigma anterior, considerado, mundialmente, como o mais avançado sistema de proteção e de garantia de direitos. São estes marcos que possibilitam a emergência da saúde mental infanto-juvenil na agenda pública.

Segundo Couto (2012), este período teria como nova matriz estes quatro elementos: crianças e adolescentes como sujeitos de direitos; a doutrina jurídica de proteção integral; o Estado e sua função de proteção e bem-estar social; e a proposta do cuidado em liberdade, de base psicossocial e comunitária (COUTO, 2012, p. 26).

Ainda que estas mudanças tenham ocorrido paralelamente ao movimento de questionamento dos hospitais psiquiátricos, por sua vez, a Carta de Bauru (1897), produzida pelo movimento nacional da luta antimanicomial (MNLA), apontava que o manicômio como expressão da estrutura social, contempla diversos mecanismos de opressão, apontando, dentre tantas, “a opressão nas instituições de adolescentes”⁶. É sabido que o referido movimento aponta para a política pública do setor e desenha a Reforma Psiquiátrica brasileira, contudo, é apenas no século XXI que as questões da infância e adolescência aparecem como pauta na agenda pública da política de saúde mental. Como aponta Couto (2012),

Os efeitos desses novos tempos na agenda da saúde mental só se fizeram presentes no início do século XXI – [...] [quando] efetivamente se pode afirmar o início no país de um conjunto de ações e proposições ligadas à formulação de uma política de saúde mental dirigida às crianças e adolescentes, em acordo com a moldura ética da atenção psicossocial (COUTO, 2012, p. 27).

⁶ A este respeito ver a Carta de Bauru, de 1897, disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> >. Acesso em 14 dez. 2023.

Para dar continuidade à análise dos elementos que fundamentaram as ações voltadas às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental no Brasil, abordamos as ações existentes no século XX voltadas às chamadas anomalias ou às crianças anormais, aquelas designadas aos serviços especializados. Partimos, para isso, do percurso de constituição da psiquiatria infantil no Brasil, uma história alinhada com as tendências internacionais de estudo da infância e pela história da psiquiatria e dos manicômios brasileiros. É possível perceber o entrelaçamento entre a Psiquiatria, a Pediatria e a Pedagogia, bem como da Psicanálise, na construção de ações voltadas a esses sujeitos.

1.3 O atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil

A abordagem do campo psiquiátrico voltado à infância e adolescência no século XX no Brasil tem como objetivo compreender de que forma as crianças com demandas de saúde mental foram atendidas ao longo deste século. Compreende-se que parte dessas crianças foi atendida em instituições fechadas voltadas à assistência social e à educação, sejam asilos, reformatórios ou internatos, em uma condição em que o controle da pobreza encobria o racismo e as demandas particulares, não sendo possível localizá-las com exatidão (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Foram surgindo também, ao longo do século XX, ações e instituições ditas especializadas que atenderam as crianças e adolescentes que, em tese, necessitavam de intervenções diferenciadas. Essas crianças, segundo as autoras, normalmente eram consideradas como tendo atrasos relacionados a aprendizagem, ou doenças físicas e/ou mentais, ou problemas comportamentais. Compreender o surgimento e o direcionamento de um outro grupo de instituições que atendiam as crianças e adolescentes com demandas de saúde mental auxilia na caracterização dos atores que farão parte da rede de atendimento atual da atenção à infância e juventude.

É importante compreender também que a própria concepção de saúde mental é uma construção recente, tendo como marco no Brasil a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, especialmente, pelos idos dos anos 1970. Da mesma forma, a compreensão das particularidades de doenças e distúrbios mentais específicos da infância também tem um marco recente, no Brasil e no mundo.

Segundo Bercherie (1992), a clínica psiquiátrica da criança é um campo de observação tão antigo quanto o adulto, mas só se estabelece como uma clínica específica da criança e com conceitos próprios a partir de 1930, quando passa a ser chamada de psiquiatria infantil. Abrão (2020) aponta que sua formalização como especialidade independente foi alcançada em 1937, no I Congresso de Psiquiatria Infantil, em Paris.

Sobre a constituição da psiquiatria infantil como especialidade, Jaques Donzelot (1980) aponta que o nascimento desta especialidade não se dá, inicialmente, na busca de um objeto próprio da infância, mas está vinculada às novas ambições da psiquiatria geral, no intuito de encontrar possíveis raízes das anomalias dos adultos. Dentro de uma análise sociológica, ele aponta que “o lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (DONZELOT, 1980 *apud* ABRÃO, 2020, p. 2-3).

Bercherie (1992) aponta três períodos na estruturação da clínica da criança, que se inicia no século XIX e prossegue no século XX até os dias atuais. O primeiro período, cobrindo a maior parte do século XIX, dedica-se exclusivamente às noções de retardamento, cuja referência é Esquirol, sendo também designada de idiotia. Esses termos não vêm de uma observação da infância, mas do estudo dos adultos, com as pesquisas iniciais de Pinel e Esquirol sobre as demências e idiotias. É um período no qual introduz-se, pela primeira vez, uma divisão entre a loucura propriamente dita, a do adulto, e uma doença congênita ou adquirida precocemente na infância.

Nessa época, não se acreditava na existência da loucura na criança, que era incluída na idiotia, agregando as noções dos transtornos epiléticos. Há também no século XVIII um caso emblemático que marca a psiquiatria infantil, a partir do estudo do caso de uma criança nomeada de Victor, conhecida nos estudos como o Selvagem de Aveyron. As observações, métodos e intervenções realizadas junto a esse caso gerou novas correntes de estudo e novos métodos para a clínica da criança⁷.

O segundo período é marcado pela publicação dos primeiros tratados de psiquiatria infantil no final da década de 1880, indo até o primeiro terço do século XX. Como aponta Bercherie (1992, p. 133), este período “caracteriza-se pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança que é, essencialmente, o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto durante o período correspondente”, sendo também o momento que se constituiu a

⁷ Não detalharemos esse caso clínico, mas destacamos sua existência porque é a partir desses experimentos e investigações que surgem linhas de estudo que vão originar as escolas especiais, incluindo a chamada nova pedagogia, de Maria Montessori. Este é, então, um caso emblemático que inaugura novas compreensões sobre as patologias infantis (BERCHERIE, 1992; ABRÃO, 2020).

clínica clássica em psiquiatria do adulto. Tem-se uma concepção essencialmente médica e somática dos transtornos mentais, considerados como doenças do cérebro.

As citações, sobre a loucura na criança, consideram que esta aparece “sempre acompanhada, ou mascarada, pela idiotia”, e ainda que se destaque uma atenção para a infância dos alienados e a existência de uma patologia mental nessa fase, a busca é por encontrar na criança as síndromes descritas nos adultos. Por isso, Bercherie (1992, p. 134) aponta que “em um primeiro tempo, a psiquiatria infantil – deixando de lado o retardamento mental – é antes um objeto de curiosidade e um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátricas do adulto, do que um verdadeiro campo autônomo de investigação”.

Surge, nesse momento, uma nova metodologia baseada na medicina pedagógica que propunha um modelo educativo voltado à recuperação daqueles considerados como idiotas, representado pelo francês Édouard Séguin. Durante toda a segunda metade do século XIX aparecem diversas instituições para tratamento de crianças consideradas como idiotas com a utilização do método médico-pedagógico. Nesse contexto, Abrão (2020, p. 6) afirma que “o nascimento da psiquiatria infantil, desde Itard, não pode ser dissociado da educação, condição [...] que resultará nos movimentos de higiene mental e orientação infantil conferidos à psiquiatria infantil, inserindo essa especialidade no campo da profilaxia”.

No fim deste período (entre 1910 e 1925), com a publicação de uma segunda geração de tratados de psiquiatria infantil, iniciam-se estudos que vão colocar em evidência a noção moderna de psicose infantil e os problemas a ela relacionados, indo além das idiotias e demências infantis já caracterizadas.

A partir da década de 1930, a psiquiatria começa a se desvencilhar de ser uma reprodução do modelo proposto para os adultos, constituindo uma identidade própria, tendo como principais influências a Pediatria e, principalmente, a Psicanálise (BERCHERIE, 1992; ABRÃO, 2020). As ideias psicanalíticas de que os conflitos psíquicos dos adultos repetem a história infantil do sujeito, indicam caminhos de compreensão das perturbações psicológicas ainda não pensadas. É também no início do século XX que a Pediatria começa a se preocupar como estado mental da criança, antes focado apenas na sintomatologia e etiologia de doenças orgânicas.

Da aproximação da Psiquiatria com a Psicanálise e a Pediatria, surge o termo Pedopsiquiatria, que se institui como um campo específico de entrelaçamento destes três campos. Bercherie (1992) vai apontar que a integração destes campos se deu com facilidade devido à predominância das concepções psicológicas funcionalistas nos Estados Unidos da América (EUA), que facilitaram a incorporação das teses psicanalíticas à psiquiatria.

Assim, este autor sintetiza a particularidade da clínica pedo-psiquiátrica, diferenciando-a da constituição da psiquiatria do adulto:

Enquanto que a clínica psiquiátrica do adulto é originalmente pré-psicanalítica e permanece profundamente marcada pelo espírito médico que a constituiu, a clínica da criança, notemos, só pôde construir-se sobre bases bem diferentes. Somente assim ela pôde integrar os caracteres particulares da patologia que constitui seu campo: sua estreita ligação com o desenvolvimento psicológico da criança, de um lado, sua labilidade, de outro, isto é, a grande mutabilidade que conserva a criança na sua estrutura mental (BERCHERIE, 1992, p. 139).

É importante considerar também, em uma perspectiva histórica, a função social que a psiquiatria ocupa, particularmente, nos séculos XIX e XX, experimentando uma rápida expansão do seu campo até os dias atuais. Como será abordado mais adiante, a psiquiatria, bem como os hospitais psiquiátricos, assumem um papel de ajustamento e controle de corpos e sujeitos que se mostram extremamente funcional à necessidade de disciplinamento da modernidade. Como vimos, as crianças são alvo de controle e disciplinamento nos campos da assistência social e da educação, através da preocupação com a prevenção e a profilaxia. O interesse pela infância no campo da psiquiatria e as mudanças da pediatria no intuito de considerar questões mentais e comportamentais, certamente, estão relacionadas a este movimento histórico.

No que tange ao Brasil, são os higienistas que lançam as bases de uma medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento, sendo importante para pensar o advento da psiquiatria infantil (RIBEIRO, 2006). Desde o período imperial já começa a destacar-se uma preocupação específica com a saúde das crianças, principalmente, por parte dos médicos higienistas. Essa preocupação, porém, se dava no campo da formação moral, física e intelectual das crianças, que visavam a preparação dos futuros “homens da sociedade”, respaldados pelas inúmeras teses das faculdades de medicina (COSTA, 1997).

Nesse período, a atenção se dava nos campos da mortalidade infantil, da educação e do controle da sexualidade. Não se voltavam para as patologias mentais, mas buscavam uma profilaxia e cuidados às crianças consideradas normais. Já aquelas crianças consideradas anormais eram designadas aos hospitais psiquiátricos junto com os adultos, mas isso ocorre apenas a partir do século XIX. É nesse século, inclusive, que a própria psiquiatria começou a ser reconhecida como um campo específico.

A partir da criação do primeiro manicômio, o Hospício D. Pedro II, em 1852, são criados outros manicômios pelo Brasil e, em 1881, é criada a primeira cadeira específica de psiquiatria na Bahia e no Rio de Janeiro, tornando-a independente da medicina legal. Assim, a

própria psiquiatria geral no Brasil tem uma origem recente diante da prática médica, que já existia desde a Colônia.

Segundo Ribeiro (2006), as primeiras práticas institucionais, no campo da psiquiatria voltadas às crianças, inicia-se em 1920, havendo antes algumas ações esparsas. O primeiro pavilhão específico para crianças foi criado em 1903, o Pavilhão Bounerville, anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro.

Em 1921, em São Paulo, é criada uma ala específica para crianças no Hospital do Juqueri. Em 1929, tem-se a criação do Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico em Minas Gerais, por Helena Antipoff, onde são realizadas pesquisas sobre testes de inteligência e desenvolvimento mental de crianças. Posteriormente, é criada a Associação Pestalozzi, em 1932, e o Instituto Pestalozzi, em 1935, voltados para os cuidados de crianças deficientes mentais.

Uma das inovações do Pavilhão Bounerville foi a inserção da orientação pedagógica para as crianças, sendo também observada a criação de uma escola junto ao pavilhão infantil do Hospital de Juqueri. Essa seria a primeira escola para crianças anormais, criada em 1929, atendendo crianças que já estavam internadas e outras transferidas pelo Juizado de Menores (FIORE, 1982 *apud* RIBEIRO, 2006).

Essa unidade, chamada de Escola Pacheco e Silva, atendia diversas patologias, como deficiências mentais, epilepsia e demências, através de atendimento multidisciplinar. Os internos eram divididos entre os considerados ineducáveis (tidos idiotas de todos os gêneros, imbecis, epiléticos, entre outros) e os designados como educáveis (denominados como débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter), dividindo-os, respectivamente, no pavilhão asilo e no pavilhão escola.

A inserção de métodos pedagógicos nos hospitais indica as primeiras interseções entre Psiquiatria e Educação. Ao fazer uma retrospectiva histórica, Jannuzzi (1985) afirma que as ações no campo da Educação, voltada às “crianças anormais”⁸, nem sempre existiu, sendo o trabalho pedagógico com essas crianças, em instituição escolar, um acontecimento situado historicamente, que se dá quando a complexificação da sociedade começa assim a o exigir. Porém, em todo seu percurso, tem como marco o surgimento desse ensino especializado vinculado à medicina, que recorre à pedagogia para construir suas práticas.

⁸ No campo da educação, as “crianças anormais” são designadas comumente na bibliografia sobre educação como “excepcionais”, “deficientes mentais” e/ou “deficientes físicos”, “retardados”, “débeis mentais”, “idiotas”, representando um mesmo grupo (JANNUZZI, 1985).

No período do Império, até o século XIX, não houve uma atenção à educação das crianças consideradas deficientes mentais, sendo poucas as instituições e nulos os escritos sobre este tema (JANNUZZI, 1985). A educação não era necessária como produtora de mão de obra, compulsoriamente escravizada, como não era utilizada como um fator ideológico. A aristocracia agrária, que comandava politicamente o país, não precisava favorecer a educação em uma economia predominantemente agrária.

Por este mesmo motivo, a própria noção de deficiência ou anormalidade não se dava como na República, de forma que os deficientes possivelmente estavam inseridos de alguma forma nas atividades agrárias, destacando-se somente aqueles que tinham aspectos globais mais graves, mais visíveis ou um comportamento excessivamente divergente. Tratava-se de toda uma sociedade desescolarizada.

Havia, então, somente duas instituições escolares para deficientes mentais até o fim do Império: uma junto ao Hospital Juliano Moreira, em 1874, em Salvador, sua primeira capital e a Escola México, em 1887, no Rio de Janeiro, sua segunda capital. A primeira era uma escola especializada e a segunda era uma escola regular com atendimento de deficientes físicos e visuais, ambas administradas pelo Estado. Jannuzzi (1985) acredita que os casos atendidos nesses espaços provavelmente representavam anomalias bem acentuadas, com comprometimentos orgânicos globais e com problemas predominantemente médicos, de forma que se destacaram demandando uma ação voltada a eles.

Entende-se que existiram basicamente dois tipos de ensino escolar voltado aos deficientes mentais: o ensino regular, com classes especiais ou escolas especiais, vinculadas ao campo da educação, e as instituições especializadas, que formavam um grupo de instituições separadas da rede comum de ensino, como as instituições e escolas criadas no campo da psiquiatria, vinculadas aos hospitais psiquiátricos, e as instituições ou associações filantrópicas e privadas, como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Associações Pestalozzi (JANNUZZI, 1985).

Na história de surgimento dessas instituições para os deficientes, é possível determinar a criação de instituições que atendiam somente deficiências físicas e visuais e outras que atendiam as deficiências mentais, de forma fragmentada. Segundo Jannuzzi (1985), são as deficiências mais visíveis que são atendidas primeiramente, sendo as demais diferenciadas ou categorizadas ao longo do tempo.

Portanto, é no período republicano que se iniciam os incentivos à criação de escolas regulares e também para deficientes mentais, contando com um movimento de vários profissionais, de médicos aos professores, que começaram a dar visibilidade a essa questão. A

partir da década de 1920, há um crescimento maior de escolas voltadas a deficientes mentais, sendo localizadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Bahia, Amazonas e Rio Grande do Sul. Minas Gerais abriu uma instituição anexa à Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, já mencionada, apenas em 1929, que já contava, contudo, com atendimento para deficientes de audição desde 1927. Segundo Jannuzzi (1985, p. 22), “antes, a norma deste Estado era recebê-los em instituições psiquiátricas, misturados com adultos catalogados como loucos”.

A ligação da Medicina com a Pedagogia tem uma longa história no Brasil. Um dos principais movimentos que promoveu essa vinculação no âmbito da educação foi o advento do movimento de Higiene e Saúde Pública, que instituiu iniciativas voltadas aos ambientes escolares, como a criação do setor de Inspeção Médico-Escolar, em São Paulo e a Inspeção Higienica dos Estabelecimentos Públicos e Privados da Instrução e Educação, criada em 1899, no Rio de Janeiro.

Segundo Jannuzzi (1985, p. 26), “os médicos também perceberam a importância da pedagogia, à medida em que criaram instituições escolares, ligadas a hospitais psiquiátricos, congregando crianças bem comprometidas pelo quadro geral, segregadas socialmente junto com adultos loucos”. O primeiro deles, como vimos, foi o Pavilhão Bounerville, em 1905, no Rio de Janeiro. Lembrando também, que dentro das discussões do campo da psiquiatria infantil em formação, inicia-se uma vertente que defende a “educabilidade” dos deficientes mentais a partir das experiências, como o caso do menino de Aveyron, Victor, como já exposto.

Nessas instituições, como visto no tópico anterior, há a união entre orientação pedagógica e atendimento clínico às crianças e adolescentes com deficiência mental, o que é considerado, pela autora, como um aspecto contraditório que marca o percurso da educação dos “deficientes”, pois ao mesmo tempo que institui a segregação, desafia a pedagogia a participar da integração dessas crianças aos hábitos e a vida social.

Percebo nesses Pavilhões anexos aos Hospitais psiquiátricos, nascidos sob a preocupação médico-pedagógica como: mantendo a segregação desses *deficientes*, continuando, pois, a patentear, a institucionalizar a segregação social, mas não só fazendo isso. Há a apresentação de algo esperançoso, algo diferente, alguma tentativa de não limitar o auxílio a essas crianças apenas ao campo médico, à aplicação de fórmulas químicas ou outros tratamentos mais drásticos. Já era a percepção da importância da educação; era já o desafio trazido ao campo pedagógico, em sistematizar conhecimentos que fizessem dessas crianças participantes de alguma forma na vida do grupo social de então. Daí as viabilizações possíveis, desde a formação dos hábitos de higiene, e alimentação, de tentar se vestir, etc, necessários ao convívio social. Trazem de forma dramática o que vai sendo posto na educação do ‘deficiente’: segregação versus integração na prática social mais ampla (JANUZZI, 1985, p. 29).

Essas escolas especializadas, criadas a partir das demandas dos hospitais psiquiátricos, caracterizavam-se como um “estabelecimento destinado a tratamento médico-pedagógico” tendo a centralidade do ato médico, “sendo o pedagogo seu auxiliar” (PACHECO E SILVA, 1929 *apud* JANNUZZI, 1985, p. 60).

Jannuzzi (1985) considera que havia duas vertentes na educação dos deficientes mentais: uma vertente médico-pedagógica, que foi a mais utilizada nas instituições educacionais ligadas aos hospitais psiquiátricos; e a vertente psicopedagógica, que adentra com maior impacto nas reflexões e na organização do ensino público e das classes especiais, no setor da educação, mas que influencia também a criação de instituições especializadas, como a APAE e Pestalozzi. Havia, porém, uma convivência concomitante dessas vertentes, não havendo divisões tão claras nos processos que ocorreram no Brasil, com um entrelaçamento entre medicina, pedagogia e psicologia.

Na década de 1920 e 1930, começam a surgir alguns estudos que se dedicam a classificar os considerados anormais de acordo com suas capacidades, indicando aqueles que poderiam ser educáveis ou não, com a finalidade de oferecer o atendimento médico-pedagógico nas instituições. Essas teses eram usadas nos serviços de inspeção escolar para selecionar aqueles que, mesmo tidos como anormais, poderiam frequentar a rede regular de ensino.

Foi um período de criação de Laboratórios de Psicologia Experimental, que aplicavam testes de inteligência para classificação dos que seriam anormais⁹. A criação desses Laboratórios tem como respaldo a vertente psicopedagógica que, mesmo com a participação da medicina, vincula-se com maior ênfase a princípios psicológicos. Há uma influência dos próprios médicos pela psicologia, sendo muitos deles entusiastas da utilização desses métodos nas triagens de crianças.

Essa categorização dos considerados como anormais não se deu sem críticas e sem questionamento dos critérios de anormalidade, que eram realizados baseados no aproveitamento escolar, referenciados a determinadas correntes teóricas e modelos de testes. A defesa de uma educação diferente e separada para os tidos como anormais, atendeu a interesses públicos, particulares e políticos, sendo visto também como fator que geraria progresso para todos, inclusive aos “normais”.

⁹ Jannuzzi (1985) menciona o Laboratório de Psicologia Experimental em Amparo, São Paulo, que ficava anexo à Escola Normal da Praça da República, que utilizava como referência a Escala Métrica de Inteligência de Binet/Simon. Também foi criado um Laboratório com estas mesmas funções, na década de 1930, no Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte (CIRINO, 1984).

A defesa da educação dos anormais foi feita em função da economia dos cofres públicos e dos bolsos dos particulares, pois se evitaria manicômios, asilos, penitenciárias, incorporando-os ao trabalho. Também isso redundaria em benefício dos *normais*, pois que o desenvolvimento de métodos e processos com os menos favorecidos, agilizaria a educação dos que, não se tratava de corrigir a natureza, mas apenas de encaminhá-la. A educação deveria preparar a criança para a vida moderna, *‘segundo a grande laboriosidade e aptidão que revele’*, sem o que haverá posteriormente perturbação da ordem, aumento da criminalidade, como o demonstram as estatísticas (JANNUZZI, 1985, p. 37-38).

Esse discurso médico, como vimos, vai ao encontro da ideologia da época, em que se buscava o controle da ordem, dando atenção à infância que precisava ser protegida do perigo da vagabundagem e da delinquência. Pode-se considerar, então, que o conceito de anormalidade é tão expandido que pode representar, também, “todos os perturbadores de uma ordem social” (JANNUZZI, 1985, p. 49).

Cabe sinalizar, portanto, um outro marco importante, o trabalho de Arthur Ramos, médico alagoano e adepto da psicanálise, que criou uma instituição, em 1933, no Rio de Janeiro, que tinha a finalidade de prestar orientação infantil às “crianças problema”. Segundo Abrão (2020), os trabalhos deste médico possibilitaram o surgimento da distinção entre crianças com problemas emocionais e com deficiência intelectual, ainda desconhecida no Brasil. Na pedagogia, eram todas consideradas crianças anormais, sem distinção, e é com Arthur Ramos que se questiona essas concepções vigentes. A partir deste momento surgem outras clínicas e instituições voltadas às crianças, considerando fatores externos e ambientais no tratamento e utilizando de equipes multidisciplinares¹⁰.

Ressalta-se que o entrelaçamento importante, que marca a consolidação da psiquiatria infantil, se deu pelo campo da pediatria. Em 1956, foi criado o Serviço de Higiene Mental e Psiquiatria Infantil no Hospital das Clínicas que propõe a adoção de medidas preventivas em saúde mental, e no campo da psiquiatria é criado o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas, em 1961.

Assim, o primeiro serviço tinha como foco as ações preventivas e práticas psicoterápicas de nível ambulatorial e o segundo, voltava-se à descrição da nosografia psiquiátrica numa perspectiva da intervenção hospitalar. Mas é importante ressaltar que os dois serviços coexistiam de forma independente no sistema de atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), com práticas diferentes, ainda que correlatas.

¹⁰ Em 1938 é criada a Clínica de Orientação Infantil de Educação do Estado de São Paulo tendo a psicanálise como base de tratamento e voltada à “assistência ao escolar deficitário”; em 1942 é criado o Hospital Neuropsiquiátrico da infância em Engenho de Dentro e em 1953 a Clínica de Orientação Infantil vinculada ao Instituto de Psiquiatria da Faculdade Nacional de Medicina da então Universidade do Brasil, ambos no Rio de Janeiro, que contavam com avaliação psicológica, pedagógica e neuropsiquiátrica; em 1963 foi criado em Porto Alegre a Unidade de Psiquiatria Infantil do Hospital São Pedro (ABRÃO, 2020).

Esse momento, além de indicar novos contornos para a psiquiatria infantil como especialidade autônoma, indica também uma tendência que se seguirá neste campo: a coexistência de práticas diversas (e muitas vezes divergentes), voltadas ao mesmo objeto: a saúde mental infanto-juvenil. Este processo também se dá com a entrada da neurologia e as descobertas do campo infanto-juvenil dentro dessa especialidade.

Estes marcos temporais indicam duas tendências que marcam o histórico da psiquiatria infantil brasileira. A primeira diz respeito à ênfase na profilaxia e à prevenção, tendência que era também preocupação da psiquiatria geral desde a década de 1920, em que os psiquiatras buscavam tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica, direcionando a atenção para o indivíduo normal e não para o doente. No campo da infância esse processo se deu através da avaliação diagnóstica e da orientação pedagógica, principalmente no âmbito das Clínicas de Orientação Infantil¹¹.

A segunda tendência refere-se à adoção de práticas asilares como proposta de assistência psiquiátrica à criança com transtorno mental em instituições de internato ou semi-internato, criadas até a década de 1970. As modalidades ambulatoriais e psicoterápicas se mostravam ainda muito incipientes.

A partir da década de 1960, começam a surgir movimentos importantes que se tornam referências na atenção psiquiátrica da infância com a criação de instituições denominadas comunidades terapêuticas¹² voltadas às crianças, numa perspectiva de contraponto aos grandes manicômios. Este é um movimento que encontra espaço já num contexto de reforma psiquiátrica.

Importante destacar neste contexto que o surgimento de comunidades terapêuticas, capitaneada por jovens psiquiatras que começavam, a partir da década de 1950, a desbravar o campo, ainda inexplorado, da psiquiatria infantil brasileira representou um marco de transição entre um modelo de psiquiatria sustentado em internações prolongadas em grandes manicômios e o surgimento de propostas terapêuticas, pautadas no movimento da antipsiquiatria, que incorporavam recursos técnicos advindos do psicodrama e da psicanálise como elementos integrantes do tratamento psiquiátrico, em uma proposta de trabalho que visava diminuir a exclusão social dos pacientes psiquiátricos (ABRÃO, 2020, p. 20-21).

¹¹ Abrão (2020) ressalta que “a concepção de prevenção que sustentava o trabalho desenvolvido no âmbito das Clínicas de Orientação Infantil guarda singular diferença em relação as propostas de cunho eugênico que fundamentaram a ideia de profilaxia adotada pela Liga Brasileira de Higiene Mental fundada em 1923 no Rio de Janeiro, por exemplo” (ABRÃO, 2020, p. 20).

¹² Há diferentes modelos assistenciais quando se refere às comunidades terapêuticas no campo da saúde mental. Neste caso, em particular, trata-se do modelo inglês no campo das reformas psiquiátricas internacionais, tratado por Maxwell Jones (1972), baseado na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes psiquiátricos, cujo principal objetivo era alterar a dinâmica institucional do hospital psiquiátrico e resgatar seu processo terapêutico.

A psiquiatria infantil, então, se constitui de forma autônoma a partir da década de 1960 no Brasil, a partir de influências da neurologia, da pediatria e da psicanálise, tendo como característica um entrelaçamento com o campo da pedagogia. Seguiu a tendência da época, orientando-se por uma direção mais clínico-pedagógica do que voltada à descrição e a farmacologia. Há, porém uma inversão dessa perspectiva a partir da década de 1990, quando se reduz a influência da psicanálise e ganham campo os estudos nosográficos descritivos e a ação dos psicofármacos nas crianças (ABRÃO, 2020).

Pretendeu-se, neste capítulo, introduzir e situar historicamente o percurso e caracterização dos saberes, paradigmas e práticas de atenção às crianças e adolescentes no Brasil. Para dar continuidade a esta análise, no próximo capítulo, abordaremos um outro eixo teórico e analítico, que envolve a história da saúde mental no Brasil, particularmente, a sua constituição enquanto política pública e seus fundamentos teórico e prático.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quem tem consciência para ter coragem
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Inventa contra a mola que resiste
Quem não vacila mesmo derrotado
Quem já perdido nunca desespera
E envolto em tempestade, decepado
Entre os dentes segura a primavera
Primavera nos dentes – Secos e molhados

A política de saúde mental de crianças e adolescentes é constituída a partir da fundamentação teórica, política e prática da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que rompe com o tratamento hegemônico dado à loucura e aos considerados desajustados socialmente, pela via da lógica manicomial. Este capítulo trata, portanto, de analisar a gênese desta constituição histórica de uma política pública de saúde mental em que se dá a filiação da saúde mental infanto-juvenil em perspectiva antimanicomial no âmbito da saúde coletiva e do Sistema Único de Saúde (SUS). Há, então, um arcabouço teórico-prático e ético-político a ser retomado que fundamenta a atenção psicossocial como modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

Inicia-se, no item 2.1, com uma breve caracterização do modelo hospitalar manicomial vigente até o século XX, apresentando os modelos de Reforma Psiquiátrica que emergem como uma crítica ao modelo tradicional. A partir daí, situa-se a Reforma Psiquiátrica brasileira, seus principais momentos histórico e políticos, como seus atores e marcos legais, na direção da constituição de uma política pública de saúde mental. Situa-se, também, os marcos que configuram a emergência de uma política de saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Encerra-se este item com uma breve análise da conjuntura do campo da saúde mental nas últimas décadas, apontando retrocessos significativos que impactam na direção da política de saúde mental e nos dispositivos da atenção psicossocial.

O item seguinte, 2.2, aborda a caracterização do novo modelo em saúde mental, a atenção psicossocial, em contraponto ao modelo manicomial, indicando uma nova forma de assistência em saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Este capítulo nos subsidia, então, com elementos importantes para a análise de constituição da atenção psicossocial voltada às crianças e adolescentes, a partir do processo sócio-histórico e político que envolve a Reforma Psiquiátrica brasileira, trazendo sua dinâmica contraditória e as disputas existentes, ainda hoje, nos campos público e político da saúde mental.

2.1. Reforma Psiquiátrica e a constituição da política de Saúde Mental no Brasil

As Reformas Psiquiátricas são movimentos que ocorrem a nível mundial como contraponto a um determinado modelo de tratamento que possuía bases ideológicas e científicas que podem ser situadas historicamente. Interessa-nos, então, abordar, ainda que de forma breve, o que caracterizam os modelos asilares de tratamento da loucura, nos quais os hospitais psiquiátricos ocupavam uma centralidade dentro de uma determinada lógica médica, mas também dentro de uma função social.

A história da loucura e a história do modelo hospitalar estão interligadas, e o hospital nem sempre foi uma instituição médica. Quando criado na Idade Média, tinha como função “oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes” (AMARANTE, 2019, p. 22). Os hospitais se tornam instituições médicas no fim do século XVIII, e seu fundamento “foi operado, essencialmente, a partir de uma tecnologia política, que é a disciplina” (AMARANTE, 2019, p. 26). Disciplina essa que seria “uma arte de distribuição espacial dos indivíduos”, o “controle sobre o desenvolvimento de uma ação (e não sobre o seu resultado); em consequência, uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos”, um “registro contínuo de tudo o que ocorre na instituição” (AMARANTE, 2019, p. 26).

Essa relação da medicina com o hospital, marcou a medicina ocidental com um modelo biomédico, que considerava a doença como objeto abstrato e natural, retirando o sujeito da experiência da doença. Este deixa de ser um local de aprisionamento por caridade ou repressão, como eram os hospitais filantrópicos, mas por um imperativo terapêutico. Há uma ideia de que o isolamento e o tratamento poderiam, através de um processo pedagógico-disciplinar, auxiliar o doente a recobrar a razão e atingir a cura, podendo retomar sua liberdade e seus direitos como cidadão.

Este mecanismo terapêutico teria suas bases na própria compreensão da loucura, vista como lugar de não-razão, ausência de sentido, irracionalidade e periculosidade. Se não é possível a um alienado fazer escolhas, ter desejos e tomar decisões, a sua exclusão do meio social não seria uma violação de seus direitos, mas medida terapêutica. Haveria, então, dois tipos de isolamento terapêutico: isolar para conhecer (as causas e tipos de alienação mental) e isolar para tratar (afastando as influências negativas ao tratamento).

O isolamento, como princípio teórico e ato institucional, propicia um método, semelhante ao estado *in vitro*, afasta as influências maléficas e a contaminação. Esse método faz ‘ver’ diferente a figura do louco (produz uma nova visibilidade sobre a loucura, que passa a ser vista como alienação mental), e produz formas de compreensão da loucura condizentes com a crença no tratamento como regramento da desordem, por meio da disciplina, e como um retorno à razão (‘dobrar o alienado à razão’), uma espécie de ortopedia da alma a partir do modelo da instituição correcional (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1093).

Em meados do século XX, essas instituições começam a sofrer críticas mais duras, não só pela incapacidade de cura que apresentavam, mas também pela superlotação, pelas condições precárias e pelas práticas violentas e degradantes que eram adotadas.

Foi a partir deste período, particularmente a partir da Segunda Guerra Mundial, que se desencadeia um processo mais consistente de reformas, tanto pelas consequências devastadoras da guerra para a população, quanto pelo desenvolvimento de movimentos civis, criando condições favoráveis a mudanças mais drásticas em vários setores. Surgem, então, as primeiras experiências de reformas psiquiátricas (AMARANTE, 2019).

Existiram vários modelos de reformas em diversos países, mas é possível analisar algumas tendências. Amarante (2019) destaca os seguintes modelos de Reformas Psiquiátricas: um primeiro, composto pela Comunidade Terapêutica, inglesa, e a Psicoterapia Institucional, francesa, que acredita ser possível alterar o hospital internamente; o segundo grupo, formado pela Psiquiatria de Setor, francesa, e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, estadunidense, que apontam para a necessidade de um trabalho externo ao hospital; e o terceiro grupo que diz respeito à Antipsiquiatria, inglesa, e à Psiquiatria Democrática, italiana, que o autor não considera como modelos de reforma, mas como uma crítica à própria constituição da Psiquiatria como modelo científico.

Essas duas vertentes, a Antipsiquiatria francesa e a Psiquiatria Democrática italiana, ampliam a discussão da transformação de aparatos físicos para mudanças no modo de pensar e no imaginário social ligado à loucura e ao sofrimento mental. Ocupar os territórios tem uma função substitutiva aos aparatos manicomiais, mas também possui um sentido de mudança nas formas de pensar e tratar.

A Psiquiatria Democrática tem como principal representante o italiano Franco Basaglia, sendo uma das principais influências do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Após tentativas de reformar um hospital psiquiátrico, Basaglia elaborou um modelo que propunha superar o aparato manicomial, entendido este “não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2019, p. 56).

Franco Rotelli, que dá continuidade às ideias de Franco Basaglia, na Itália, chama atenção para a questão paradigmática de que a desinstitucionalização não se resume à desospitalização, indicando que é necessário “desinstitucionalizar o paradigma” (ROTELLI *et al.*, 2001). Trata-se do paradigma racionalista que domina a Psiquiatria e que tem como base a definição e explicação de um problema e a resposta ou solução racional ótima. É essa lógica problema-solução que vai criar um sistema organizado de teorias, normas e definições de diagnósticos e prognósticos, levando da doença à cura.

Existe, então, uma questão constitutiva da Psiquiatria, na medida em que não é possível conhecer o objeto e construir uma solução lógico-racional. O primeiro passo seria desmontar a relação problema-solução, a busca de uma condição tendencialmente ótima, da normalidade. Nessa lógica, a instituição deixa de ser o aparato que se estrutura em torno do objeto doença, e, assim,

se o objeto ao invés de ser ‘a doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI *et al.*, 2001, p. 30).

Pensar a desinstitucionalização dos hospitais é pensar, então, na desinstitucionalização do paradigma que os sustentam, alterar a ideia de cura de uma doença para a ideia de promoção de vida da existência-sofrimento. Se é a perspectiva de cura e uma suposta reabilitação que fundamenta o isolamento como princípio terapêutico, voltar-se para a promoção da existência-sofrimento deve, necessariamente, reinserir os sujeitos na vida comunitária e nas relações sociais.

Assim, o princípio terapêutico dos serviços de saúde mental deve estar centrado na desconstrução da relação de tutela e do lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito, característico das instituições asilares (AMARANTE; TORRE, 2018). Ou, como apontou Rotelli *et al.* (1990), a emancipação terapêutica se torna o objetivo substituto da cura.

As Reformas acontecem em cada país de acordo com as particularidades sócio-históricas e os momentos políticos vivenciados em cada local. O Brasil tem um amplo complexo hospitalar-manicomial em todo seu território, apresentando também um movimento vigoroso que direcionou a Reforma Psiquiátrica no país. Duarte (2012) aponta que ela se desenvolveu de forma gradual, a partir das discussões dos trabalhadores da saúde mental sobre o atendimento a loucura num âmbito não apenas institucional, mas também ético-político. Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser considerada como uma das mais importantes políticas de saúde mental do mundo, além de ser considerada um dos mais importantes movimentos de defesa de direitos humanos do país (AMARANTE; TORRE, 2018; ALMEIDA, 2019).

É importante compreender a Reforma Psiquiátrica como um movimento social, com atores e forças que não são homogêneas, ainda que mantenham como pauta comum a crítica radical à lógica manicomial e hospitalocêntrica. Como movimento social emergente na década de 1970, teve e tem como lutas a transformação do sistema de saúde e a democracia e justiça social no âmbito do Estado brasileiro.

Com base nas reflexões de Duarte (2012), é possível observar três cenários-palco de eventos para analisar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, do ponto de vista da organização e articulação dos atores envolvidos – usuários dos serviços e familiares, trabalhadores, gestores e mídia: um primeiro período de denúncia das condições dos hospitais pelos trabalhadores, um segundo momento marcado pela promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) nos anos 2000 e o terceiro momento de construção de uma política pública de saúde mental, ainda em vigência.

O primeiro cenário é marcado pela redemocratização e a efervescência das lutas democráticas na década de 1970. Particularmente na saúde, são questionadas a sua ineficiência e o seu caráter privativo, levando à organização do movimento da Reforma Sanitária, que propunha a reformulação do sistema nacional de saúde.

Ainda que existam movimentos importantes de reação ao aparato manicomial já na década de 1960¹³, a segunda metade da década de 1970 é marcada pelas denúncias por parte dos trabalhadores, com um cunho político e coletivo, em torno das condições precárias dos hospitais, tanto no tratamento dos loucos quanto das condições de trabalho. Há também a

¹³ Tenório (2002) analisa a presença de ideias ligadas aos modelos da Comunidade Terapêutica e da Psiquiatria Comunitária e Preventiva no Brasil, que começam a realizar intervenções no sentido de humanizar o cotidiano hospitalar.

denúncia da chamada indústria da loucura, questionando os repasses financeiros públicos para as clínicas particulares e a lógica desses repasses.

Essas denúncias eram expressão de um coletivo que se encontrava insatisfeito com as instituições, mas também propunha alterações audaciosas na atenção e cuidado aos pacientes, em sintonia com as reformas psiquiátricas internacionais na direção de criação de um modelo substitutivo ao manicômio. Essas denúncias geraram greves e demissões e uma crise institucional na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

Esse descontentamento levou ao I Encontro de Trabalhadores da Saúde Mental, organizada pelos trabalhadores deste setor oriundos da reforma sanitária, em 1979, em São Paulo, buscando dar publicidade às condições de vida e trabalho nas instituições, bem como propor alterações no plano político e técnico assistencial. Esse encontro marca, então, a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (DUARTE, 2012).

De acordo com Tenório (2002), a adesão a uma pauta definidamente antimanicomial foi gradual, iniciando pelas críticas aos excessos ou desvios do asilo e da psiquiatria, mas não aos seus pressupostos. Há um momento de inflexão no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira no sentido de ampliar a discussão reformista dos hospitais e questionar os próprios pressupostos da Psiquiatria, seus efeitos de normatização e controle, assumindo como “marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco” (TENÓRIO, 2002). Ao localizar a cidadania como valor fundante e organizador da reforma psiquiátrica brasileira, revela-se o caráter heterogêneo do movimento, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e o jurídico, e conta com diversos e diferentes atores.

Um grande marco de um movimento de questionamento não só das instituições, mas também das formas de lidar com a loucura, foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987 e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Nesse momento, surge no debate o sentido mais amplo da desinstitucionalização (TENÓRIO, 2002), sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

[O II Encontro de Trabalhadores] [e]stabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ‘ato de saúde’, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002, p. 35).

O modelo de cuidado também é questionado e começa a desenhar uma nova abordagem que se desvincule da lógica asilar:

não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o

que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Segundo Duarte (2012) é a partir desse momento que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se transforma no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), tendo como bandeira o lema “Por uma sociedade sem manicômio” e o questionamento do modelo asilar e hospitalocêntrico, propondo uma transformação radical de suas bases. Sobre o MNLA, Duarte ressalta que

constitui-se, portanto, como um importante movimento social na sociedade brasileira, na medida em que se organiza e se articula tendo em vista transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade e extrapolando o âmbito da psiquiatria, buscando desinstitucionalizar as relações sociais em geral. Suas ações e lutas estão direcionadas e vêm impactando as diferentes dimensões da vida social, principalmente, a cultural. (DUARTE, 2012, p. 100)

Nesse caminho, são desenvolvidas duas experiências que se destacam como primeiras alternativas à lógica manicomial de cuidado, consideradas “marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil” (TENÓRIO, 2002, p. 37): o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos (SP)¹⁴. Para Costa-Rosa (2013),

as contribuições dos primeiros Naps e Caps ao movimento de reforma da psiquiatria são paradigmáticas e produzem nele uma direção inteiramente nova. Elas podem ser consideradas um marco fundamental da construção do ideário e das práticas da Atenção Psicossocial. Esses termos inspirados da nomeação dos Caps e Naps passam a referir uma importante vertente da reforma, que vai se projetando para além da psiquiatria reformada” (COSTA-ROSA, 2013, p. 19).

A partir dessa compreensão, propõe-se a incorporação de outros saberes junto à psiquiatria, gerando uma nova abordagem terapêutica pautada na ideia da “clínica ampliada” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

A década de 1990¹⁵ caracteriza-se por amadurecer e consolidar a reforma psiquiátrica. Ainda que os manicômios não tenham sido superados, e ainda contassem como principal recurso, foi possível observar a construção de uma nova hegemonia (TENÓRIO, 2002).

¹⁴ Duarte (2018) sinaliza que havia vários modelos que emergiram em uma perspectiva de prestar uma nova assistência nos princípios antimanicomiais também em Belo Horizonte/BH (Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM), Angra dos Reis/RJ (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental – CAIS), São Lourenço do Sul/RS (Pensão Nossa Casa), entre outros. Sinaliza que a utilização do CAPS como denominação foi uma escolha do Ministério da Saúde, representando uma direção político-assistencial, identificando-o com o Caps Luiz Cerqueira, na medida que estes não funcionavam 24h inicialmente. O NAPS de Santos foi fruto de uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, e tinha outro funcionamento.

¹⁵ As experiências do NAPS e CAPS se desenvolvem na década de 1980, mas foi na década de 1990 que foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde pelas Portarias nº 189, de 1991 e nº 224, de 1992.

Dentre os marcos dessa década, destaca-se o crescimento de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico em disputa com o modelo biomédico; a ocupação da gestão pública por membros da reforma, reforçando a adoção de seus princípios; experiências renovadoras em vários lugares do país; indícios da construção de um novo olhar sobre a loucura; redução significativa do número de leitos psiquiátricos e construção de alternativas não hospitalares.

É a partir II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que se inaugura na Reforma Psiquiátrica brasileira uma trajetória de desinstitucionalização ou de desconstrução/invenção (DUARTE, 2012; AMARANTE, 2019; TENÓRIO, 2002). Este é um momento profícuo, particularmente pela participação dos usuários e familiares articulados organicamente ao movimento da Luta Antimanicomial, no rumo do questionamento dos pressupostos naturalizados e dos preconceitos que embasavam as práticas, propondo uma desconstrução do imaginário da loucura.

Outros dois importantes eventos que marcaram a década de 1990 são a Conferência de Caracas e a Carta da Organização das Nações Unidas (ONU) (DUARTE, 2012). A Conferência de Caracas foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e produziu a Declaração de Caracas, que sistematiza e justifica a criação de uma política de saúde mental, definindo critérios para reestruturação da assistência psiquiátrica. A Carta da ONU define princípios de proteção dos doentes e a melhoria da atenção em saúde mental, tendo como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos, auxiliando na construção de um consenso entre as lideranças mundiais a respeito dos ideais de Reforma Psiquiátrica.

O segundo grande evento destacado por Duarte (2012) tem como cenário os debates em torno da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), em 2001, lei da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica, mas também conhecida como lei Paulo Delgado, seu representante legislativo. Essa lei assegura os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, seu status de sujeito de direitos, e redireciona o modelo assistencial. Prioriza os recursos extra-hospitalares em detrimento da internação e define modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória) bem como os procedimentos para tal. Na prática, proíbe a criação de novos leitos e, conseqüentemente, a criação de novos estabelecimentos, numa intenção de extinção dos manicômios.

Importante ressaltar que ainda que a lei tenha sido promulgada em 2001, é perceptível que já estavam em andamento diversos movimentos de criação de novos serviços, intervenções e fechamento de clínicas públicas e privadas, reorientação dos recursos para os serviços não hospitalares, organização de usuários e familiares, entre outros. A lei vem, então,

para consolidar e garantir um movimento que já se materializava na realidade social brasileira, ainda que permeado pelas disputas e contradições do processo. Como aponta Pitta,

A lei [10.216/2001] foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim. A substituição progressiva do manicômio e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei. De modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede vem sendo construída no território nacional (PITTA, 2011, p. 4587).

O terceiro cenário, trata da construção de uma política nacional de saúde mental a partir da Lei 10.216/2001, processo ainda em construção. Estes avanços na Reforma Psiquiátrica, porém, não se deram sem embates. A aprovação da Lei recrudescceu a oposição por parte do setor privado da psiquiatria, particularmente dos organicistas, hegemônicos neste campo. A Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), junto com a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), criada em 1991, por iniciativa da FBH, disseminava o discurso de que a reforma representava desassistência. Esse discurso foi endossado e fortalecido pela indústria farmacêutica e pelas corporações dos médicos psiquiatras, como o caso da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), uma das principais opositoras à Reforma. É reconhecido, porém, o fato de que a Reforma Psiquiátrica atingiu o nível de política de Estado no Brasil, com um aparato legislativo que a respalda.

Segundo Pitta (2011), os anos 2000 representam o período de avanços mais consistentes da Reforma e “a era mais vigorosa da política de saúde mental no Brasil (2000 – 2011)” (PITTA, 2011, p. 4586). Isto se deu pela consolidação de um arcabouço normativo, que possibilitou a expansão da rede comunitária e o controle dos hospitais, e pelos atores que se encontravam em todos os níveis de gestão, muitos deles adeptos da luta antimanicomial.

Percebem-se dois movimentos importantes na reorientação do modelo assistencial nesse período. O fechamento e controle dos leitos pelo poder público e a expansão de serviços não hospitalares. A reorientação do funcionamento dos leitos encontrou muitas resistências, mas foi possível desenhar modalidades de internação, notificações ao poder judiciário, abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais e o gerenciamento desses leitos pela gestão pública, fiscalização e intervenção nos hospitais públicos e privados e redirecionamento dos recursos financeiros para os serviços substitutivos.

Como marcos, a partir dos anos 2000, temos a Portaria 336/2002, que institui as modalidades assistenciais dos CAPS; a criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, através da Portaria nº 816 de 30

de abril de 2002; a instituição do Programa de Volta para Casa – PVC (Lei Nº 10.708/2003), destinado a ex-pacientes dos hospitais psiquiátricos.

O MNLA também sofre uma importante cisão no ano 2001, após debate no V Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, ocorrido em Miguel Pereira – RJ, devido a uma crise organizativa e política interna, gerando duas correntes principais: a Rede Nacional Internúcleos Antimanicomial (RI) e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que repretaram duas polarizações que se expressavam em todo país (DUARTE, 2012).

Os ideais da Reforma também foram reafirmados na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001 e na IV CNSM - Intersetorial, de 2010, com destaque para um intenso movimento da luta antimanicomial no intervalo entre estas duas conferências no sentido de garantir a IV Conferência, que destaca-se também pela sua natureza intersetorial inovadora (DUARTE, 2012).

Destaca-se que é, também, a partir dos anos 2000 que emergem as pautas referentes ao enfrentamento do uso prejudicial de substâncias, comumente chamado de álcool e drogas, bem como das pautas referentes à infância e adolescência, delimitando ações nesses campos no âmbito da política de Saúde Mental. No campo de álcool e drogas, há um avanço normativo e de financiamento, mas desenvolvem-se poucas iniciativas nos estados e municípios, mantendo os serviços ambulatoriais em modelos formatados conforme as instituições de formação, abrindo espaço para a permanência das comunidades terapêuticas.

No campo da infância e da adolescência, alguns autores chamam a atenção para uma entrada tardia das crianças e adolescentes na agenda pública e na pauta da Reforma Psiquiátrica (COUTO, 2004; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). É possível encontrar parte das respostas para essa inserção posterior na própria história da assistência à infância e à juventude no Brasil, como vimos no primeiro capítulo. Por outro lado, algumas questões restam em aberto, como a ausência das demandas de crianças e adolescentes na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, época em que os debates acerca dos direitos de crianças e adolescentes já estavam avançados e com um novo corpo jurídico consolidado.

Se, por um lado, crianças e adolescentes não eram atendidas majoritariamente nos hospitais psiquiátricos, como evidenciamos; de outro, trazem em suas histórias uma forte cultura de institucionalização fora do sistema psiquiátrico asilar. Acreditamos, como sinaliza Couto (2004), que as crianças e adolescentes vêm “sorrteiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas

capazes de serem tão nefastas como se tivessem sido produzidas intra-muros” (COUTO, 2004, p. 2).

Ao analisar possíveis fatores para a inclusão tardia da saúde mental infanto-juvenil na agenda da política de saúde mental, Couto, Duarte e Delgado (2008) apontam alguns fatores. O primeiro diz respeito à diversidade das questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes, como a variação do período de incidência de alguns transtornos (alguns eclodem na infância, outros na adolescência) e os tipos de prejuízos relacionados. Há uma complexidade na avaliação diagnóstica e situacional que exige procedimentos de avaliação específicos não apenas com as próprias crianças, mas que precisam englobar familiares, responsáveis, professores e outros atores.

O segundo fator, relacionado ao primeiro, refere-se à escassez de pesquisas, metodologias específicas e dados epidemiológicos sobre o impacto e a severidade das patologias mentais na infância e juventude. É um desafio em diversos países do mundo a realização de pesquisas epidemiológicas consistentes, que considerem as especificidades dos fatores regionais e culturais na proteção ou risco da saúde mental de crianças e jovens, que possam fundamentar a construção de políticas públicas. A mensuração do impacto dos transtornos mentais nos adultos foi fundamental para inclusão de sua pauta na saúde pública e os avanços destas pesquisas no campo da infância e juventude podem indicar a urgência de inclusão deste debate, já que muitos transtornos diagnosticados na vida adulta podem ter início na infância.

Um outro fator diz respeito aos escassos estudos e pesquisas sobre a eficácia e efetividade dos tratamentos voltados à infância e adolescência, inclusive sobre as modalidades de intervenção. E por fim, o quarto fator, apontado pelos autores, refere-se à particularidade do sistema de cuidado, que envolve vários setores autônomos em relação à saúde mental, principalmente a saúde, educação, assistência social, justiça e direitos. Mesmo que estes serviços operem de forma isolada, todos atendem de alguma forma crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, sendo comum inclusive o uso de vários serviços concomitantemente, sem um diálogo articulado com a saúde mental.

Além de toda essa complexidade nos níveis clínico e epidemiológico, acrescentamos o histórico de invisibilidade das crianças e adolescentes na nossa formação social, em que o reconhecimento deste público como sujeito de direitos, com particularidades que demandam atenção diferenciada e com uma subjetividade própria começa a se estabelecer recentemente. Considerando o âmbito cultural e de produção e reprodução de práticas sociais, encontramos ainda em um período de transição entre paradigmas bem distintos.

Além dos marcos referentes às legislações afetas às crianças e adolescentes, tem-se alguns outros importantes no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira que vão indicar uma mudança de rumos e a emergência da saúde mental de crianças e adolescentes como política pública no âmbito do Estado. Neste sentido, os principais marcos estão em 2001, como tratamos acima, com a Lei 10.216 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Contudo, é interessante ressaltar que tanto na I CNSM, em 1987, como na II CNSM, em 1992, a pauta da saúde mental de crianças e adolescentes não aparece como tema¹⁶.

A III CNSM dá um lugar de destaque para a saúde mental de crianças e adolescentes, convocando municípios e estados para o debate deste tema em uma instância anterior à conferência, através de um Seminário que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro. Este evento contou com a presença de diferentes setores públicos, tais como saúde, educação, assistência social, justiça, promotoria e saúde mental, já indicando um caráter de intersetorialidade que se constitui, de fato, em um fundamento dessa política.

O Seminário preparatório tinha como função estabelecer diretrizes ético-políticas, capazes de dar sustentabilidade a uma rede de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes no sistema de saúde mental do SUS. As recomendações finais deste seminário foram consideradas na construção da política de saúde mental de crianças e adolescentes e trouxe algumas concepções centrais: a noção de criança e adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos; o cuidado em rede e no território e o fundamento intersetorial da política e das ações.

A III CNSM marcou uma profunda mudança no rumo do debate e nas ações públicas da saúde mental para com crianças e adolescentes, inscrevendo a SMCA como questão de saúde pública e definindo as responsabilidades e vias de resposta do Estado brasileiro. Algumas das deliberações emanadas da III CNSM foram incorporadas em portarias ministeriais que se seguiram a ela, representando, através do corpo normativo do SUS, o início oficial da construção de uma rede pública de atenção para SMCA, sob o marco da atenção psicossocial (COUTO, 2012, p. 27).

Uma importante deliberação da III CNSM foi a instituição de um Grupo de Trabalho com a atribuição de proporcionar condições para a implantação de um Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes¹⁷, que funcione como espaço de articulação intersetorial. O Fórum foi instituído através da Portaria GM/MS Nº 1.608, de 3 de

¹⁶ Couto (2012) aponta que na I CNSM o tema da infância aparece de forma muito pontual, mas sem propostas de ações; já na II CNSM o assunto não é sequer citado, mesmo tendo ocorrido após a promulgação do ECA e da Convenção de 1989, gerando um questionamento sob a não inserção desta pauta neste período.

¹⁷ O Fórum foi pensado como um mecanismo democrático de participação e deliberação, contando com usuários e familiares em sua composição, tendo como objetivo formular e orientar as ações relacionadas à política de saúde mental de crianças e adolescentes, sendo um importante instrumento de gestão da política pública. As reuniões realizadas geraram materiais de orientação e direcionamento para gestores equipes e serviços, buscando impulsionar as ações locais e a construção de um mandato psicossocial.

agosto de 2004 (BRASIL, 2004), sendo coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, composto por 32 representantes de diferentes instâncias com assentos permanentes, dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, saúde mental e direitos humanos.

Foram produzidos materiais importantes para o campo de saúde mental infanto-juvenil que auxiliaram na construção das redes de cuidado nos municípios¹⁸ e, em 2013, foi realizado o I Congresso Brasileiro de CAPSi (CONCAPSi), que foi um espaço de compartilhamento de experiências e dos desafios encontrados, mas que não teve continuidade.

Outro marco importante na instituição de uma política de saúde mental infantojuvenil foi a publicação, em 2002, da Portaria GM/MS Nº 336 (BRASIL, 2002), conhecida como a Portaria dos CAPS, designando um capítulo especificamente para a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) voltado especificamente para crianças e adolescentes com problemas mentais, que representou a primeira resposta oficial do SUS e do Estado brasileiro no cuidado de casos graves e complexos para este público.

Até então, não havia alternativas para um cuidado psicossocial destes sujeitos, que permaneciam nos asilos, instituições fechadas ou reformatórios, nas APAE e Pestalozzi ou mesmo em suas próprias casas, numa espécie de segregação que não conseguia ser vista nem mesmo pela Reforma Psiquiátrica (COUTO, 2004). O advento do CAPSi traz a necessidade de identificação de seu público-alvo, do reconhecimento do sofrimento psíquico nesta fase da vida a partir de um olhar para aquele sujeito, e não como consequência de condições de pobreza e abandono.

Ao pensar a atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, compreende-se, então, que existem dois pilares que vão fundamentá-la em sua emergência: a implantação de CAPSi e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial entre diferentes setores públicos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; COUTO, 2012). Segundo Couto (2012), diferente das demais políticas públicas, inclusive a de saúde mental geral, onde a intersetorialidade acaba sendo uma consequência do processo de implantação, “na saúde mental de crianças e adolescentes ela foi constitutiva, foi a própria possibilidade de o processo ser iniciado” (COUTO, 2012, p. 34).

Ao analisar o processo de implementação dos CAPSi e seus modos de funcionamento, observa-se, de forma geral, há uma baixa produção científica e dos órgãos oficiais sobre o

¹⁸ Entre esses materiais, destacam-se publicações sobre a política de saúde mental infanto-juvenil na perspectiva psicossocial (BRASIL, 2005; 2013), sobre cuidados atinentes aos usuários com quadro de autismo (BRASIL, 2013b) e as recomendações do Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2013c).

funcionamento dos CAPSi e a respeito da temática da saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO, 2012;; DELFINI; REIS, 2012). Há dois estudos que tratam de revisões de produções científicas sobre CAPSi (COUTO, 2012; VECHIATTO; ALVES, 2019) que possibilitam uma análise inicial deste processo no Brasil.

Estas autoras apontam que é possível inferir que os CAPSi têm contribuído, inicialmente, para ampliar o acesso, principalmente, de casos graves, antes desassistidos ou encaminhados fora da rede de saúde mental, caindo no circuito das intervenções em hospitais gerais nos momentos agudos, ainda que exista um forte movimento de internação deste público mesmo após a Reforma Psiquiátrica (BRAGA; OLIVEIRA, 2015). Pela capacidade de ampliação de acesso à saúde mental de crianças e adolescentes, os CAPSi representariam, então, a estratégia mais importante no avanço de uma política pública atualmente (COUTO, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2010).

É possível observar, então, que o período entre 2000 e 2010 foi, de fato, de crescimento no movimento da Reforma Psiquiátrica, de sua instituição como política pública, através de normativas e financiamentos próprios, bem como de configuração de um novo modelo assistencial que se contrapôs ao modelo hospitalocêntrico hegemônico, trazendo a atenção psicossocial como uma alternativa real e um contraponto presente nas práticas dos municípios (COSTA-ROSA, 2013; DUARTE, 2012).

Este processo não se deu, porém, sem embates, e os desafios de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, bem como o fortalecimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foram significativos nos anos que se seguiram.

Se por um lado temos a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com um relatório final significativo indicando pautas e avanços necessários no sentido dos princípios da Reforma Psiquiátrica, emerge neste mesmo ano o Plano Nacional de Enfretamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010), que, além de privilegiar o crack em detrimento das outras drogas no sentido de uma política de Estado, garante aumento de vagas e financiamento público para comunidades terapêuticas, além de se omitir diante das internações forçadas que ocorriam nas capitais brasileiras (DUARTE, 2018).

Duarte (2018) vai apontar, então, um novo processo de manicomialização que é situado pelo autor no fim do segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) e a primeira gestão de Dilma Rousseff (2011-2014). Foi neste período que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria GM/MS Nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que, ainda que represente um avanço no sentido de constituição de uma rede de atenção em saúde mental, prevendo a intersetorialidade como

princípio da assistência, insere as comunidades terapêuticas formalmente como serviços de atenção residencial de caráter transitório. Duarte (2018) aponta que,

numa conjuntura política de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras, reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra às drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista (DUARTE, 2018, p. 233).

Em 2013 foi realizado o I Encontro Nacional da RAPS, em Pinhais-PR, mobilizando diversos sujeitos do campo da saúde mental, como usuários, trabalhadores e gestores, que se colocaram de forma contrária à onda conservadora que se manifestava no âmbito do Governo Federal, produzindo a Carta de Pinhais e Recomendações ao Ministério da Saúde, que apontavam de forma crítica o andamento da política de saúde mental. Apontavam que as normatizações estavam gerando um engessamento da rede, endurecendo os financiamentos, dando espaço às forças conservadoras e direcionando recursos públicos às comunidades terapêuticas de forma contrária à política de redução de danos.

Essas indicações não foram acatadas pela gestão, indicando uma divisão interna das bases governistas e um crescimento das forças conservadoras dentro do governo petista. É, porém, em 2015 que a saúde mental tem a maior reconfiguração, com fortes posicionamentos conservadores e com a ocupação da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas por um setor alinhado à Associação Brasileira de Psiquiatria, rompendo com as históricas nomeações alinhadas à Reforma Psiquiátrica (DUARTE et al., 2020).

O governo Temer (2016-2018) dá continuidade e aprofunda os desmontes no campo da saúde mental, o que Duarte (2018) considera como “um golpe dentro do golpe”. Há um avanço considerável da indústria farmacêutica, o aumento da medicalização, fortalecimento do corporativismo médico, ausência de psiquiatras na rede pública de saúde mental e a atenção à crise sendo considerada pela perspectiva da internação.

Em 2017 emerge uma “nova” política de saúde mental a partir da Portaria 3.588 (BRASIL, 2017) que reformula RAPS. Ela não só reposiciona os hospitais como centrais na assistência, aumentando número de leitos e centralizando as internações como resposta, como também reorienta a lógica territorial da saúde mental, reconfigurando o posicionamento dos Caps, inserindo-os em uma hierarquia e uma especialização no âmbito do SUS. Essas alterações são feitas sem as devidas pactuações com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Porém, felizmente, em 2023, primeiro ano do retorno ao governo do Presidente Luiz Inácio

Lula da Silva, é aprovada a Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023 que revoga a Portaria 3.588.

Em 2018 é aprovada a “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que se orienta para abstinência em detrimento da redução de danos. Em 2019, já no governo Bolsonaro, segue-se a mesma tendência, sendo emitida a Nota Técnica 11 que tinha o objetivo de “esclarecer aspectos da nova política de saúde mental” (BRASIL, 2019).

Essa nota, entre outras medidas, dá centralidade aos hospitais psiquiátricos na RAPS, cria ambulatorios especializados nos hospitais, retorna com os hospitais-dia, sem definir exatamente seu funcionamento, incentiva internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e o uso de eletrochoque. A nota sofreu duras críticas por parte de adeptos à Reforma Psiquiátrica (GULJOR *et al.*, 2019; DUARTE *et al.*, 2020; DELGADO, 2019; ALMEIDA, 2019) e foi suspensa posteriormente.

Em 2020, no contexto da pandemia de COVID-19 que se instala no Brasil, instituindo o isolamento social como mecanismo de prevenção do contágio pela doença, destaca-se a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, emitida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) que permitia a internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. Essa Resolução, porém, além de violar princípios constitucionais e do Estatuto da Criança e do Adolescente, foi votada pelo CONAD sem que fossem consultados os demais setores ligados à Saúde Mental e aos Direitos da Criança e do Adolescente, como o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Uma Ação Civil Pública foi ajuizada pela Defensoria Pública da União (DPU) e por Defensorias Públicas Estaduais, levando não somente à suspensão dessa Resolução, como também acabou gerando a saída de cerca de 500 adolescentes que já estavam irregularmente internados em comunidades terapêuticas (BEZERRA, 2021). Foi emitida também a Recomendação Conjunta nº 001, de agosto de 2020, entre Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). Estes órgãos não só recomendavam a suspensão dessa autorização, como orientavam os respectivos Ministérios a apoiarem financeiramente equipamentos e serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como ampliarem o financiamento aos serviços e equipamentos do SUS e o fortalecimento da RAPS (BRASIL, 2020).

Duarte (2018) sinaliza, então, três tendências políticas que se desenrolam no campo da saúde mental. A primeira que propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, como a

ocorrida na Portaria GM/MS 3.588 (BRASIL, 2017), retomando os hospitais psiquiátricos e reforçando o modelo hospitalar-manicomial e o corporativismo da ordem psiquiátrica. Há também uma inversão do modelo assistencial no campo do financiamento, que se desloca dos dispositivos psicossociais para ser reinvestido nos manicômios e nas comunidades terapêuticas.

Outra tendência diz respeito às parcerias público-privadas que vem crescendo, com contratos de trabalho celebrados com Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais (OS) para execução dos serviços da atenção psicossocial, representando na verdade uma mera reorganização dos serviços no âmbito de privatização da saúde.

Por fim, persiste a tendência histórica, que se vincula à gênese do movimento antimanicomial, que faz a crítica do modelo manicomial-hospitalocêntrico e do modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho, que persiste em muitas esferas governamentais. Desta forma, o autor afirma que

se tomarmos os 200 anos de história do manicômio e do saber psiquiátrico no Brasil, pode-se afirmar que a coexistência dos modelos assistenciais no campo da saúde mental e drogas, manicomial-proibicionista e psicossocial-redução de danos, é um fato político e público do contemporâneo (DUARTE, 2018, p. 239).

Percebe-se, então que a última década tem se caracterizado por ser um período não só refratário a transformações ou à consolidação de um modelo comunitário, como tem indicado uma clara intenção de retorno das estruturas manicomiais anteriores, numa desconstrução do que foi conquistado até então. Os principais mecanismos para isso têm sido não só a alteração no campo jurídico e normativo, mas principalmente no financiamento, que fragiliza cada vez mais os serviços territoriais substitutivos.

Optamos por dar ênfase, neste trabalho, para o processo de institucionalização de uma política pública de saúde mental e a sua rede de atenção no país. É importante, porém, destacar, ainda que brevemente, os diversos ataques, retrocessos e desmontes nos últimos anos, particularmente, entre 2015 e 2022, que têm atingido a todas as políticas públicas e afetado a todos movimentos sociais da sociedade civil organizada e do campo da luta antimanicomial.

Contudo, apesar deste contexto, emergem as resistências, o que só se torna possível porque há um legado real e concreto de diversos atores e suas estratégias de cuidado e criação

de dispositivos com o intuito de desmontar o aparato manicomial e suas práticas e saberes, construindo um novo cenário político e assistencial no campo da saúde mental¹⁹ no país.

Considerando a filiação dos CAPSi à Reforma Psiquiátrica e à perspectiva da atenção psicossocial como modelo de cuidado em Saúde Mental, busca-se caracterizar o modelo psicossocial. Estes elementos auxiliarão a compreender a constituição de uma política de saúde mental infanto-juvenil em Barbacena e será importante para as análises referentes à emergência do CAPSi e da reorientação do modelo assistencial.

2.2. A atenção psicossocial como modelo de cuidado em Saúde Mental

Uma primeira delimitação importante, fruto da Reforma Psiquiátrica, diz respeito à utilização do termo *saúde mental* para designar uma área ou campo de conhecimento e de atuação técnica que se situa no campo das políticas públicas de saúde. Este, porém, pode ser um termo polissêmico e plural, na medida que se refere ao estado mental de sujeitos e coletividades que são essencialmente complexos.

O campo da saúde mental traz a oposição à ideia de um saber único que explique os fenômenos e os sujeitos, seja a psiquiatria ou qualquer outro saber: sua essência é a transversalidade de saberes. Como aponta Amarante (2007), “quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam e onde terminam seus limites.” (AMARANTE, 2007, p. 15-16).

Junto com o termo saúde mental, foi adotado, no Brasil, a Atenção Psicossocial, como o conjunto de estratégias e ações que seriam contrapontos ao modelo manicomial. Ainda que a alteração das estruturas hospitalares e a criação de novas estruturas sejam de extrema importância, este não deve ser o objetivo em si, e sim consequência de princípios e estratégias que lhes são anteriores. Isso pressupõe pensar a saúde mental e a atenção psicossocial “não como um modelo ou sistema fechado, mas como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (AMARANTE, 2007, p. 63).

¹⁹ Há uma vasta produção sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira que pode ser conferida, por exemplo, em Duarte (2012), Pitta (2011), Costa-Rosa (2000; 2013), Tenório (2002); Amarante (2007; 2015); Bezerra Junior e Amarante (1992); Desviat (2015), Vasconcelos (2008), dentre outros.

Os dois principais autores que se debruçam a delimitar ou definir minimamente alguns parâmetros característicos dessas novas estratégias, e que utilizamos como referências para este trabalho, são Paulo Amarante (2007) e Abílio Costa-Rosa (2000, 2013). Ambos fazem uma análise da Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo sócio-histórico, não apenas como intelectuais, mas como atores e militantes do movimento da Luta Antimanicomial.

Amarante (2007), propõe uma análise do campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, enquanto processo social complexo, tomando como base quatro dimensões: *teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural*.

A *dimensão teórico-conceitual* lança luz sobre as concepções da ciência a respeito da loucura, com destaque para a descentralização do saber psiquiátrico. Os conceitos psiquiátricos devem ser analisados e contextualizados em um determinado modelo de ciência que está em transformação.

Segundo o autor, Basaglia apontava que a psiquiatria separava a doença da existência global dos sujeitos, tornando-a um objeto fictício. Ao considerá-la um objeto natural, externo ao homem, passa a ocupar-se dela e esquecer-se do sujeito. Isto é, Basaglia considera que o sujeito era colocado “entre parênteses” para se ocuparem da doença, propondo, então, o reverso desse processo: colocar “a doença entre parênteses” para se ocupar com o sujeito em sua experiência. Essa ideia pode ser considerada uma atitude epistêmica, colocando um novo conceito como centralidade das análises.

Ao colocar a doença entre parênteses, nos deparamos com um sujeito com problemas concretos do cotidiano, família, vizinhança, trabalho, projetos e anseios, ampliando a noção de integralidade em saúde mental e atenção psicossocial. Podemos compreender, então, a *dimensão técnico-assistencial*, pois, neste caminho,

os serviços já não serão locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica (Foucault, 1977a). Devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (AMARANTE, 2007, p. 69).

A ideia do louco vinculado à periculosidade, à irracionalidade, à incapacidade civil, coloca um desafio no *campo jurídico-político*, que traz uma série de referências nas legislações de forma nociva aos sujeitos em sofrimento psíquico e geram impedimentos ao exercício da cidadania. Um grande marco na dimensão jurídico-política, como já citado no item anterior, foi a promulgação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira²⁰, a lei nº

²⁰ Também houve diversas leis nos estados da federação, na década de 1990, que precederam a legislação nacional federal, indicando mudanças em todo o território.

10.216, de 2001, que reconhece o louco como sujeito de direitos, possibilitando uma série de intervenções e ações voltadas aos sujeitos em sofrimento (BRASIL, 2001).

As leis são representações de mentalidades, de relações sociais existentes na sociedade, demandando tempo e transformações no tecido social para que possam avançar na direção da construção da cidadania. Ao mesmo tempo, podem ser impulsionadoras de transformações, de acordo com as forças sociais envolvidas nesses contextos.

O *campo sociocultural* relaciona-se com as imagens e representações sociais que foram sendo criadas historicamente.

Ao longo de sua história, todas as sociedades criam determinadas interpretações sobre fatos, pessoas e coisas. Todas procuram dar sentido às coisas e sensações que veem, experimentam ou temem. Estas interpretações e sentidos se tornam representações coletivas, pois passam a ser, por um processo natural, compartilhadas de uma forma semelhante pelos componentes do grupo social (AMARANTE, 2019, p. 71).

As representações criadas sobre o louco, como perigosos, sem razão ou desejo, incapazes e alienados, justificaram o seu aprisionamento, dizendo qual era o seu lugar. A desconstrução dessas imagens demanda transformações na realidade social e a construção de novos sentidos e representações. Isso se dá pelo encontro com o sujeito, ao ouvir e se relacionar com as pessoas e não com as doenças. Dessa forma, é possível questionar os estigmas e preconceitos, construir fundamentos e comprovações materiais para novos pressupostos.

A produção de Costa-Rosa (2013), por sua vez, vai se debruçar sobre a construção da concepção de Estratégia de Atenção Psicossocial com um olhar sobre os serviços substitutivos. Interessou, para nossa pesquisa, particularmente, seus esforços em compreender o “modo de operar” (COSTA-ROSA, 2013, p.12) das instituições de saúde mental, pois auxiliam na compreensão dessa nova lógica de cuidado em saúde.

Costa-Rosa (2013) considera que, no contexto político-social atual, existe uma contradição essencial nas instituições de saúde mental expressas pelos paradigmas básicos que geram diferentes modos de organização de suas funções: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS). Este último se expressa por um conjunto de ações que se contrapõem ao primeiro, e tem conquistado consistência discursiva e teórico-prática (COSTA-ROSA, 2013, p. 62). Entende-se que há uma alternância e concomitância desses modelos, que decorrem da disputa de interesses que se trava nas práticas institucionais, dentro de uma luta por hegemonia. Assim, não é possível a existência do paradigma psicossocial sem que seja atravessado pelas pulsações que lhe são antagônicas.

Abordar a Estratégia de Atenção Psicossocial significa imprimir “uma política, uma ética e um conjunto articulado de táticas, que se desdobram em diferentes projetos de ação, em realidades cotidianas de indivíduos habitando territórios concretos” (COSTA-ROSA, 2013, p. 95). Essa Estratégia já tem sido colocada em prática no Brasil, inclusive com respaldo dos marcos legais, construindo um contraponto ao Paradigma Psiquiátrico.

Costa-Rosa (2000; 2013) aponta, então, algumas reflexões sobre os dois modelos, ou modos de operar, de atenção à saúde mental que estão em disputa na Reforma Psiquiátrica, cada um deles representando dois paradigmas contraditórios e conflituosos: o modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) ou Estratégia Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013) e o modo asilar (COSTA-ROSA, 2000)²¹.

O autor propõe alguns parâmetros principais que compõem estes paradigmas, ligados a quatro pontos que os diferenciam e contrapõem: a concepção do objeto e dos meios de trabalho; as formas de organização dos dispositivos e de suas relações internas; as formas de relacionamento da instituição com a população e com o território; e a finalidade política e sociocultural em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA, 2000). A partir destes parâmetros, propõe a construção do que seria o modo asilar e o modo psicossocial de atenção em saúde mental.

Avaliando a caracterização dos dois paradigmas, Costa-Rosa (2000) também indica que não se trata de estruturas estáticas, mas considera que esses dois paradigmas são “formas de metabolização dos polos da contradição essencial no campo das práticas em saúde mental” (COSTA-ROSA, 2000, p. 165). É comum que esses quatro elementos estejam em sintonia em cada um desses modelos quanto a seu funcionamento, o que aponta para a forma de organização desses modelos como fatores que podem influenciá-las. Assim, organogramas verticais condicionam e coincidem com as práticas asilares e os organogramas horizontais tendem a favorecer as práticas psicossociais, por exemplo.

O modo asilar, já apresentado a partir da história dos manicômios, teria como *objeto* o sintoma, a doença, o conflito (COSTA-ROSA, 2013, p.80), tendo a ênfase nas determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar, implicando o medicamento como meio básico de tratamento. O sujeito é visto como doente, mas seu organismo é o destinatário das ações. Essa posição de doente gera uma individualização do tratamento, inclusive diante da família e do

²¹ A partir da leitura de sua produção, entende-se que o conceito de Modo Asilar é trabalhado como a materialização do Paradigma Psiquiátrico e o Modo Psicossocial como equivalente ao que o autor denomina de Estratégia Atenção Psicossocial, sendo esta a materialização do Paradigma Psicossocial.

contexto econômico-político e sociocultural, e, sendo o centro do problema, deve ser isolado do meio familiar e social.

Os *meios de trabalho*, quando incluem uma equipe multiprofissional, funcionam em um sistema chamado pelo autor de “linha de montagem”, em alusão ao processo de produção de mercadorias (COSTA-ROSA, 2000, p. 153), onde cada saber é acessado de forma fragmentada, e, conseqüentemente, o tratamento e o sujeito também são fragmentados. Nessa lógica, o que orienta o tratamento é a avaliação psiquiátrica, muitas vezes baseada nos fatores orgânicos, e aquilo que vai além do estritamente psiquiátrico é considerado secundário. Os profissionais responsáveis por esta outra parte do tratamento seriam os paramédicos.

O modo Psicossocial, por sua vez, tem como *objeto* a existência-sofrimento, termo dado por Rotelli *et al.* (1990) e utilizado por Costa-Rosa (2013). Nessa modalidade, considera-se os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, e a ênfase em cada um deles será ditada pelo problema apresentado em cada momento.

O sujeito é o principal participante do tratamento, mas considerado a partir de sua relação com a família e com o meio em que vive, de forma que o tratamento englobe não só suas questões individuais, mas também as de seu contexto. Esse deslocamento do indivíduo para seu contexto familiar e social se baseia na compreensão da própria loucura e o sofrimento mental como um fenômeno social e não exclusivamente individual, devendo assim ser tratada.

Nessa perspectiva, o próprio sintoma é tratado de forma diferente, não sendo mais o objetivo a sua exclusão do sujeito, mas a administração desse sintoma pelo sujeito:

A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem. O ambiente sociocultural é considerado determinante. Aqui a palavra e a ação do homem procuram ganhar a cena; o que se visa é que ele se administre (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Há, então, um reposicionamento do sujeito para que possa estar implicado com seu sofrimento e seu tratamento, inclusive identificando fatores do âmbito familiar e social dos problemas trazidos. Essa é uma inversão basilar que diferencia o modo psicossocial do modo asilar.

Também conta com a atuação de uma equipe interprofissional que ultrapassa os especialistas, abarcando profissionais das artes, por exemplo, com um modo de atuar que se faça a partir do intercâmbio dos saberes e das práticas. Se é ampliado o objeto da saúde mental, saindo do âmbito apenas da doença para diversos determinantes causadores de

sofrimentos, e se os problemas possuem múltiplas determinações, a atuação só pode ser interprofissional.

Por fim, Costa-Rosa aponta:

Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e objetificação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar (COSTA-ROSA, 2000, p. 158).

O segundo ponto relaciona-se às *formas de organização das instituições e das relações internas*. Este ponto leva em conta os fluxos de poder decisório e de execução das funções institucionais, o organograma da instituição, a relação entre as profissões e os saberes e as relações intersubjetivas em sentido amplo.

Um ponto importante é compreender que as instituições são instâncias de reprodução de relações sociais, construídas socialmente e localizadas em determinada conjuntura sócio-histórica. Costa-Rosa (2013) entende que o modo asilar seria o espaço de reprodução de relações sociais dominantes, correspondentes ao paradigma psiquiátrico e ao modo de produção capitalista vigente. Nessas instituições, a organização é verticalizada ou piramidal e a produção de subjetividade é serializada. No modo psicossocial, há a reprodução de relações sociais instituintes, onde a organização é horizontal e a produção de subjetividade se dá pelo reposicionamento do sujeito.

A horizontalização no modo psicossocial tem como fundamento não só a transversalidade dos saberes entre os trabalhadores, mas também a participação dos usuários, familiares, população em geral, trabalhadores, no planejamento, gestão e controle das práticas institucionais, sejam em Conselhos externos à instituição, como os Conselhos de Saúde e setoriais, sejam em instâncias internas. As relações sociais reproduzidas internamente também dizem das possibilidades de vínculo terapêutico e de produção conjunta de projetos terapêuticos singulares, que se tornam capazes de produzir a subjetividade singularizada.

Há também diferenciações a nível arquitetônico, de equipamentos, mobiliário e organização do espaço físico. Esses são organizados de acordo com a compreensão das funções do tratamento e da instituição. No espaço hospitalar também se destaca o fato de haver muito mais espaços interditados aos sujeitos e familiares, com uma clara divisão de acesso e pertencimento, que acaba se refletindo no tratamento e nas relações. No modelo asilar, a instituição central para o tratamento é o hospital, ainda que existam estruturas extra-hospitalares, sendo estas em número muito menor.

O terceiro ponto tratado pelo autor, diz respeito às *formas de relacionamento com a clientela e com território*, ou seja, ao “modo como a instituição se apresenta e se situa no

espaço geográfico, no imaginário e no simbólico” (COSTA-ROSA, 2000, p. 160). O imaginário relaciona-se aos significantes que ela apresenta e o simbólico à capacidade dos seus recursos atenderem a demanda.

O modo asilar se relaciona com a clientela em uma relação entre loucos e sãos, ou doentes e sãos, e a instituição seria o lócus depositário daqueles “problemáticos” nessa relação, para serem devolvidos como eram antes ou, caso não consigam ser reabilitados, se mantenham afastados do convívio com os sãos. A produção da subjetividade se dá em bases verticais numa visão de tutoria, característica típica do modo capitalista de produção.

No modo psicossocial, as instituições se apresentam como espaços de interlocução, funcionando como “ponto de fala e de escuta da população” (COSTA-ROSA, 2000, p. 161), sustentando um espaço de “suposto-saber” que pode dar lugar a uma ética da singularização.

Há também a influência de heranças históricas de cada território no que tange a forma como essas instituições são recebidas e ao imaginário que ocupam. Municípios e regiões onde houve uma grande presença de manicômios podem ter um sentido diferente para as instituições, diferentemente de outros locais que não possuem esses aparatos. É o caso de Barbacena/MG, campo empírico de pesquisa desta tese, que abrigou um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. Esta experiência marcou e marca a cidade, seja no campo simbólico, seja no campo das demandas sociais, elementos importantes para pensar a emergência do CAPSi e o seu posicionamento no território.

O quarto elemento diz respeito aos *efeitos terapêuticos e éticos*. Na sua concepção, o autor entende que o modelo asilar, ao ter em vista o tratamento e a cura, se move na direção da supressão ou tamponamento dos sintomas e acabam tendo como resultado a adaptação e a cronificação. O modo psicossocial, ainda que não deixe de alcançar a supressão sintomática, não a tem como meta final, visando na verdade um “reposicionamento subjetivo” (COSTA-ROSA, 2000, p. 163) em suas dimensões subjetiva e sociocultural. A base dessa prática é a perspectiva de uma ética da singularização, o que se mostra como um grande desafio em tempos de individualismo, como hoje experimentamos. Porém, essa implicação subjetiva e sociocultural, através da singularização, são metas radicais quanto à ética dessas práticas, em oposição à adaptação, característica da ética asilar.

Um dispositivo central na construção de um cuidado psicossocial na atenção primária à saúde, em particular, na interface entre saúde da família e saúde mental, é o matriciamento. Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (1999) como proposta de reforma das organizações e do trabalho em saúde, sendo adotada

posteriormente para o cuidado colaborativo entre saúde mental e atenção básica (CHIAVERINI, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho, um arranjo organizacional e de gestão do trabalho que tem como proposta oferecer retaguarda e suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Se organiza, então, em duas equipes, uma equipe de apoio matricial e uma equipe de referência. A equipe ou profissional de referência é o responsável pela condução de um caso, seja individual, familiar ou comunitário. A responsabilidade de condução refere-se a encarregar-se da atenção ao longo do tempo, de maneira longitudinal, semelhante ao modelo das equipes de saúde da família.

O matriciamento ocorre, então, na construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre equipes de referência e de apoio matricial. Esses dois elementos, apoio matricial e equipe de referência, tem como função “ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”, compreendendo que “nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

As equipes de referência e de apoio matricial são compostas por diferentes profissionais e especialistas tendo um objeto em comum, o problema de saúde, e a interação destes dois dispositivos contribuem com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas em saúde. Diferente dos modelos convencionais de saúde, que se organizam de forma hierárquica e vertical, a equipe de referência propõe um rearranjo organizacional que “desloca o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

O matriciamento pode ocorrer de duas maneiras principais. A primeira, seriam encontros periódicos e regulares, em que podem ser discutidos casos e elaborados projetos terapêuticos em conjunto, acordadas intervenções, abordar temas clínicos, coletivos e/ou de gestão. A segunda seria através da solicitação do apoio matricial em casos urgentes em que não é possível aguardar a reunião regular e que demandam algum tipo de intervenção mais emergencial.

Destaca-se que a ideia de matriciamento como metodologia de trabalho e como uma forma de organização da gestão da saúde, se choca com as tendências organizacionais das instituições de saúde, principalmente aquelas de modelo ambulatorial e hospitalar. Estas instituições são organizadas a partir de uma hierarquia rígida, com divisões de funções e saberes que estruturam estes espaços, gerando uma fragmentação do cuidado e uma diluição da responsabilidade sanitária. São arranjos que dificultam a integração e comunicação dos

diversos saberes e acabam sendo um obstáculo estrutural para a clínica ampliada e ao trabalho interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No intuito de construção da intersetorialidade e da articulação da rede de serviços que compõem o cuidado em saúde, um importante avanço, como vimos, foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). A legislação prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Também aponta as diretrizes, princípios e objetivos da RAPS no intuito de organizar uma rede de cuidado em saúde mental articulada e integrada na perspectiva de viabilizar o acesso à atenção psicossocial da população em geral.

O documento estabelece os serviços e/ou equipes que compõem a RAPS dividindo-os entre sete eixos: atenção básica; atenção psicossocial estratégica (onde situam-se os CAPS); atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Essa normativa vem trazer uma proposta de organização e fluxos para os serviços no intuito de co-responsabilizar seus componentes em suas funções e posições no cuidado em saúde mental, onde a referência do sujeito é o território e não um equipamento apenas.

Este são, então, os princípios, elementos, e pressupostos que vão caracterizar a atenção psicossocial no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Os próximos capítulos tratarão das particularidades sociohistóricas que configuram a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, destacando-se seu histórico na cidade de Barbacena/MG, inserindo-a no contexto estadual e regional.

3 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BARBACENA/MG: O PERÍODO ASILAR

Viver é melhor que sonhar
Eu sei que o amor é uma coisa boa
Mas também sei que qualquer canto
É menor do que a vida de qualquer pessoa.
Por isso, cuidado, meu bem
Há perigo na esquina
Eles venceram e o sinal está fechado pra nós
Que somos jovens.
Para abraçar seu irmão
E beijar sua menina na rua
É que se fez o seu braço
O seu lábio e a sua voz.
Como nossos pais – Elis Regina

Este famoso trecho cantado por Elis Regina nos veio em mente no decorrer da pesquisa ao tomar conhecimento dos diversos setores e instituições que abrigaram crianças e adolescentes em Barbacena e no estado de Minas Gerais. A prática de tutela do Estado, justificada pela Medicina higienista e pelo Direito, além de promover o recolhimento compulsório de pobres e negros do espaço da cidade, fez com que incontáveis famílias recorressem à institucionalização na crença de que este seria o melhor caminho de cuidado de seus filhos. Refletimos sobre quantas histórias foram silenciadas e interrompidas no âmbito das instituições, algumas representando, em verdade, o desejo das famílias de que seus filhos trilhassem destinos diferentes dos seus.

Este capítulo tratará do que chamamos de período asilar, que abarca os anos 1900 a 1980, particularmente das ações e práticas voltadas a crianças e adolescentes vigentes nesse período no âmbito da assistência pública. Trata-se, também, dos “primeiros tempos” na perspectiva de análise da construção de uma política de saúde mental no município de Barbacena/MG, segundo Fassheber (2009), que compreende os anos 1900 a 1979, período em que a havia a centralidade da psiquiatria e a cidade de Barbacena era referência manicomial para o estado de Minas Gerais.

Como este capítulo é o campo empírico de pesquisa, é feita uma caracterização do município de Barbacena/MG no primeiro item, trazendo não só os dados sócio-históricos, mas também elementos importantes do imaginário da cidade, que também vão caracterizar esse território e as relações que se reproduzem nele. Optamos por apresentar aqui a história da

assistência psiquiátrica em Barbacena, desde a criação do Hospital de Assistência aos Alienados, em 1903, até a década de 1970, que se vincula com a história da assistência psiquiátrica em Minas Gerais e no Brasil.

A pesquisa bibliográfica sobre a atenção às crianças e adolescentes no período asilar, em que eram chamados “menores”, indicou algumas práticas que foram reunidas aqui, para fins didáticos, em três campos: Saúde, Educação e Segurança e Assistência Social. Ao tomar contato com as ações destinadas aos ditos menores em Barbacena, percebemos uma inserção regional desse município no território de Minas Gerais, em que se torna uma referência para este estado.

Assim, o capítulo apresenta as características territoriais de Barbacena, que inserem o município em uma dinâmica regional particular, não só dentro do estado de Minas Gerais, mas para o interior do país, por estar no caminho da antiga capital, o Rio de Janeiro. Esta localização geográfica posiciona o referido município de uma forma privilegiada, trazendo alguns recursos e serviços para esse território, bem como sendo palco de disputas políticas que se vinculam aos cenários nacionais e estaduais.

A partir desse posicionamento, em que o marcador da loucura tem uma presença importante na formação da cidade por mais de um século, a pesquisa bibliográfica a respeito das ações voltadas às crianças e adolescentes faz-se constitutiva do capítulo. Desta forma, insere-se, também, no cenário da produção da análise, a pesquisa documental acerca dos “meninos de Oliveira”, material ao qual tivemos acesso no decorrer da pesquisa e que trata das crianças e adolescentes que ocuparam pavilhões do Hospital Colônia de Barbacena (HCB) na década de 1970.

3.1 Caracterizando o município de Barbacena/MG

De acordo com o Censo do IBGE de 2022 (IBGE, 2023), Barbacena é um município do estado de Minas Gerais que atualmente possui 126.317 habitantes, representando uma queda de 0,77% em comparação com o Censo de 2010. É cortada pela Serra da Mantiqueira, com 1.164m de altitude e tem um clima tropical de altitude, com temperaturas entre 15° e 22°, com invernos rigorosos e verões curtos. Possui uma extensão de 759,186 km², sendo o município com maior população em sua mesorregião, localizando-o como uma referência comercial e de serviços na região.

Ainda segundo o Censo do IBGE (2023), Barbacena é a 23ª cidade mais populosa de Minas Gerais, que conta com 853 municípios, saindo do seu 19º lugar no último Censo, de 2010. Apesar de perder habitantes, pode-se inferir que a cidade ainda ocupa uma posição importante no estado relativo ao seu papel regional.

Figura 1 - Município de Barbacena no Estado de Minas Gerais



Fonte: IBGE (2023)

Localiza-se na mesorregião do Campo das Vertentes, estando a 169 km de Belo Horizonte, capital do estado. Barbacena é o município de referência da mesorregião e da microrregião do Campo das Vertentes e suas terras fazem divisa com os municípios de Alfredo Vasconcelos, Antônio Carlos, Ibertioga, São João Del Rei, Santa Bárbara do Tugúrio, Desterro do Melo, Ressaquinha, Barroso e Carandaí.

O município de Barbacena, em sua extensão atual, é resultado de diversos desmembramentos das terras da região, como veremos adiante. Em 1999, houve a última modificação das terras barbacenenses, instituindo a divisão territorial vigente, com a delimitação do município de Barbacena e mais 12 distritos²² no entorno, sob sua gestão administrativa.

²² Os distritos de Barbacena são: Colônia Rodrigo Silva, Correia de Almeida, Costas da Mantiqueira, Faria, Padre Brito, Galego, Mantiqueira do Palmital, Senhora das Dores, Pinheiro Grosso, Ponte do Cosme, Ponte

Neste arranjo territorial, a população dos distritos busca a maior parte dos serviços de saúde, bem como ocupações de trabalho e acesso aos demais serviços, no município de Barbacena. Ao mesmo tempo, é responsabilidade da gestão municipal a gestão de todo este território, bem como da implementação de políticas públicas para essas populações.

Apresentaremos uma caracterização de Barbacena a partir de dois elementos: uma abordagem da história de criação da cidade, bem como as teias que envolvem figuras importantes de Barbacena no cenário político nacional; e as denominações e representações sociais que envolvem a formação da cidade e se expressam no imaginário social, destacando-se o marcador da loucura neste território.

3.1.1. História da cidade

Retomando a história do surgimento da cidade, é possível compreender suas características econômicas, sua dinâmica e sua posição política na região. A criação do município data do fim do século XVII, tendo como origem um antigo aldeamento dos índios Puri, em um local chamado Borda do Campo. Neste local, dois bandeirantes teriam se instalado e fundado a Capela de Nossa Senhora da Piedade, em 1726, em torno da qual a população começou a se aglomerar, sendo este o berço do povoamento (CARVALHO, 1966).

Já no século XVIII, em 1791, o arraial é elevado à Vila, sendo desmembrado dos territórios da vila São José (Tiradentes) e São João Del Rei. Após ser elevada à vila e com o decréscimo da mineração, essa região passou por um crescimento demográfico. Em 1840, através da Lei Provincial nº 163, Barbacena é elevada a cidade. Recebe o nome de Barbacena em homenagem ao então governador da província, Visconde de Barbacena.

Considerando a história da região, com a descoberta do ouro, no século XVII, houve um grande fluxo de pessoas de diversas regiões do país para a região de Minas Gerais, com destaque para os caminhos que vinham do Rio de Janeiro e de São Paulo, o chamado Caminho Velho. Também eram explorados os caminhos que levavam a Diamantina, vindo pelo sul da Bahia (MELO, 2019).

Barbacena fazia parte dessas rotas que levavam ao interior, principalmente da rota vinda do Rio de Janeiro. Era um local privilegiado geograficamente por estar na encruzilhada

Chique do Martelo e São Sebastião dos Torres. A gestão municipal fica, então, responsável pela administração de todo esse território.

da estrada do Caminho Velho e do Caminho Novo, sendo uma passagem obrigatória para abastecimento de quem se dirigia ou vinha do Rio de Janeiro. Considerando que o Rio de Janeiro foi por muito tempo a capital do país, é possível compreender a importância e o crescimento da cidade.

Os caminhos traziam não só aqueles que se interessavam pelo ouro, mas também interessados no enriquecimento pela posse de terras. Já no século XVIII havia a concentração de terras por alguns proprietários, demandando maior contingente de mão de obra, entre eles, os escravos. Assim,

o braço escravo, já tendo demonstrado sua energia e vigor no Nordeste, agora recebia novas demandas: o trabalho nas minas e nas lavouras, embora tenha sofrido algumas resistências das autoridades portuguesas. Os escravos ajudaram tanto no planejamento da exploração das minas quanto em sua operacionalidade e rendimentos, pois já detinham conhecimentos técnicos adquiridos nas terras africanas (MELO, 2019).

Na província de Minas Gerais, a economia foi reestruturada no setor de produção de alimentos e a região de Barbacena, parte daquela comarca, utilizou a força escrava principalmente na agropecuária, pela necessidade de abastecimento da região mineradora, mas também para o abastecimento do então São Sebastião do Rio de Janeiro, capital da colônia à época. Em 1872, Minas contava com a maior população de escravos no país²³ e a região de Barbacena “caracterizava-se pela presença de pequenos plantéis de escravos, adquiridos no tráfico interprovincial urbano e nas zonas de atividades agrícolas não exportadoras” (MELO, 2019, p. 173).

No século XIX, Barbacena continuou como uma passagem estratégica para todos que se dirigem ao interior de Minas. Torna-se rota comercial importante e entreposto de víveres e de escravos africanos, principalmente pela expansão do mercado do Rio de Janeiro com a vinda da família real, com uma crescente importação de escravos (SANTOS, 2005). No atual distrito Padre Brito, vinculado à Barbacena, quanto na paragem do Ponto Chique do Martelo, assim como na região de Ibertioga, houve um fluxo contínuo de escravos vindos do Rio de Janeiro e do tráfico interprovincial²⁴, no século XIX.

Em 1888, próximo à Abolição da Escravidão, foi inaugurada a Colônia Rodrigo Silva, um dos distritos de Barbacena atualmente, destinada a receber trabalhadores italianos, que juntamente com imigrantes de outras nacionalidades, teriam um papel fundamental na

²³ Segundo Melo (2019), em 1872, as maiores populações de escravos no Brasil estavam em Minas Gerais, num total de 208.103 cativos, seguido pelo estado do Rio de Janeiro, com 207.709.

²⁴ Há um Quilombo localizado nas terras do atual município de Bias Fortes, que também pertenceu anteriormente às terras de Barbacena, chamado Quilombo do Paiol, cuja história pode ser conferida em Guimarães (2012).

economia e na identidade de Barbacena, no século XX. A presença da Estrada de Rodagem União Indústria, com ligações ao Rio de Janeiro por ramais ferroviários, fazia com que o contato de Barbacena com a capital fosse intenso até 1961, quando a capital do país é transferida para Brasília.

Melo (2019) aponta que “esse universo de não brancos, de escravos e ex-escravos” (MELO, 2019, p. 174) teria formado o quilombo dos Candendês, um quilombo situado em Barbacena, na região de Ponto Chique do Martelo. Foi denominada pelos órgãos públicos como Sítio dos Candendês, ou crioulos, tendo o reconhecimento do Estado ao delimitar suas fronteiras em 1911²⁵.

Sobre as origens indígenas da região, Nascimento (2021) indica que há um esquecimento e um apagamento dos povos indígenas nas narrativas sobre a formação de Barbacena, como ocorre em todo o país. Os Puri são descendentes dos Goytacazes, que habitavam as regiões do Vale do Paraíba e da Bacia Hidrográfica do Paraíba do Sul. Eles rumavam para o interior das regiões mais centrais para evitar o confronto com as bandeiras, seguindo o curso dos rios Pomba e Muriaé, que percorrem os atuais estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Por esse caminho chegaram às regiões hoje conhecidas como Zona da Mata e Campo das Vertentes²⁶.

Ainda que algumas fontes relatem a não existência de indígenas em Barbacena, ou mesmo afirmem seu desaparecimento²⁷, Nascimento (2021) destaca que estes povos sobreviveram e continuam presentes desde o século XVIII até os dias atuais. Um fato que comprova essa afirmativa é o reconhecimento da comunidade indígena de Padre Brito, em 2016²⁸, ano de criação da Associação de Remanescentes de Índios Puri de Padre Brito (PRESTES, 2020).

Tanto a região de Padre Brito quando o Ponto Chique, atualmente, se encontram em uma situação de precariedade de recursos, de infraestrutura das ruas, casas e serviços públicos. Mesmo com a existência reconhecida desses povos em Barbacena, não há ações

²⁵ Sobre o Quilombo dos Candendês indicamos conferir Santos (2019), Melo (2019) e Bergamaschi (2018), todos pesquisadores sobre o tema na cidade de Barbacena/MG.

²⁶ Junto com à etnia Puri, haviam indígenas das etnias Goitacá, Guarulho e Coropó, e alguns registros históricos afirmam que estes foram os povos originários do Campo das Vertentes e da Zona da Mata (NASCIMENTO, 2021).

²⁷ Segundo Nascimento (2021), alguns documentos informam que os jesuítas já estavam presentes com os bandeirantes que fundaram a igreja na região da Borda do Campo, indicando que, possivelmente, através da catequização houve o controle e apagamento das etnias indígenas dessa região.

²⁸ Os remanescentes Puri foram registrados como patrimônio imaterial de Barbacena pelo Decreto 7.937/2016 (NASCIMENTO, 2021).

sistematizadas direcionadas a esse público²⁹, sendo ambas as regiões empobrecidas e com poucos recursos sociais. Esse não reconhecimento reflete no próprio sentimento de pertencimento da população, que se divide ao se reconhecer ou não como pertencentes a povos originários (BERGAMASCHI, 2018).

3.1.2. Representações sociais: cidade das rosas, dos loucos e terra dos Bias e Andradas

Uma outra dimensão de compreensão sobre a cidade de Barbacena pode ser realizada pelas representações sociais e do imaginário popular que a cidade carrega e que nos indicam determinações e condicionantes político-econômicos e socioculturais das relações e mentalidades presentes em um território. Essa discussão nos auxiliará a compreender a relação da cidade com a loucura.

Duarte (2009) faz uma reflexão a respeito da produção cultural de um lugar, que é produzida através de representações e práticas discursivas, políticas e sociais e que nos auxiliam na análise sobre essas denominações recebidas pela cidade – conforme o título atribuído a este tópico –, e que a acompanham historicamente. Há, nessas construções, relações de poder e dominação que se desenvolvem entre os grupos que estão em cena em cada território, demonstrando concepções de mundo e práticas sociais.

Assim, ao investigar as representações simbólicas adentra-se em um campo de concorrência e de competições – cujos desafios enunciam poder e dominação – que serão sempre determinadas pelos interesses dos grupos que os forjam. As lutas simbólicas têm tanta importância quanto as lutas econômicas, políticas e culturais, pois elas demonstram a maneira pela qual um grupo impõe a sua concepção de mundo e, conseqüentemente, como as práticas decorrentes dessas lutas exibem a posição de como é estar no mundo (DUARTE, 2009, p. 158).

O resgate histórico precisa, portanto, ser relacionado ao conhecimento das práticas sociais, mas não apenas das imagens reais compostas pelos cenários, paisagens e/ou arquitetura da cidade, podendo ser identificado, ainda, pelas imagens metafóricas expressas na literatura, na arte em geral, no discurso técnico e higienista. Ao propor uma leitura da cidade,

²⁹ Ao pesquisar sobre as ações públicas direcionadas a esses grupos, não encontramos ações voltadas aos remanescentes indígenas, com exceção do Festival Cultural Indígena, que hoje está inserido no calendário municipal. Sobre a população negra, encontramos notícias mencionando alguns diagnósticos sociodemográficos realizados, mas não conseguimos acesso e participamos, enquanto trabalhadores/as do CAPSi, de uma reunião com o Conselho Municipal de Igualdade Racial que tinha como pauta apresentar uma proposta de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para o município, no ano de 2021.

é importante compreender que podem existir inúmeras visões e experiências de cidade e, portanto, inúmeras cidades construídas por uma população.

Partindo dessas reflexões, a história de Barbacena pode ser compreendida pelas adjetivações recebidas – pelo seu reconhecimento ora como Terra dos Bias e dos Andradas, ora como Cidade das Rosas, ou, ainda, como Cidade dos Loucos. Tais identificações expressam relações sociais e históricas desenvolvidas nesse território e a construção de suas práticas, julgamentos sociais, sua memória e suas representações simbólicas, tornando-a singular diante de outras cidades.

A primeira designação que será abordada trata da caracterização da cidade como a *Terra dos Bias e dos Andradas*, que vai indicar as relações econômicas e políticas que perpassaram a região. Desde a fundação de Barbacena, marcado pela construção da Igreja na localidade de Borda do Campo, a região era dominada pelas famílias dos troncos familiares da Fazenda da Borda do Campo, de propriedade dos Andradas mineiros.

Somente no período da República que uma nova família começa a sobressair no campo político: os Bias Fortes. Carvalho (1996) considera que as famílias de Barbacena, até 1930, se caracterizam por uma nobreza rural, destacando-se como tendo poder e prestígio na região, seja pela ocupação de altos postos militares, seja pelo recebimento de títulos de nobreza, ou, ainda, pelo grande número de fazendas históricas – consideradas como berço de grandes troncos familiares da região, com muitas posses de terra e de poder político³⁰.

Em 1930, há o rompimento entre as duas famílias diante do cenário político nacional, visto que Antônio Carlos Andrada, provável sucessor de Washington Luís na presidência da República, não obteve apoio dos Bias Fortes. Este processo motivou a organização, em Barbacena e região, e por parte dos Andradas, da Aliança Liberal – movimento que culminou na Revolução de 1930. Também, sem adesão dos Bias Fortes, José Bonifácio de Andrada foi nomeado prefeito da cidade sem consentimento dos Bias Fortes (CARVALHO, 1996).

No Estado Novo, há uma inversão, levando os Bias Fortes ao poder e gerando um período de perseguições aos Andradas, com prisões de sectários e até agressões entre as famílias. Na Ditadura de Vargas, a luta política se transfere para as organizações, associações, clubes, fazendo com que a população se posicione diante das duas famílias, construindo segmentos de lealdade. Daí surge a ideia de que Barbacena é uma cidade dividida entre os Bias Fortes e os Andradas (DUARTE, 2009, p. 163).

³⁰ A cidade abrigou algumas figuras importantes da política, como José Aires Gomes e Joaquim Silvério dos Reis, ambos revoltosos da Inconfidência Mineira. No período do Império, os Armond e os Teixeira de Carvalho participaram da Revolução Liberal de 1842 (CARVALHO, 1996).

O controle do eleitorado pelas duas famílias era rígido, com uma contagem rigorosa dos votos a serem alcançados, principalmente, na zona rural. Esse controle possibilitava a reeleição dos candidatos das duas famílias e a continuidade de uma política clientelista, de troca de favores e nomeações de apoiadores para os cargos públicos. Os cargos públicos eram um fator importante, pois geravam emprego para grande parte da população, exercendo um poder significativo na cidade.

É a partir de 1979, com a reforma partidária no país, que outras forças políticas começam a surgir e colocar em xeque essa espécie de dois clãs parentais, ainda que possuíssem grande força política na cidade, principalmente, quanto a realidade interiorana brasileira. Esses cenários foram se modificando, particularmente, a partir dos desmembramentos de terras que foram emancipados, grande parte deles de zonas rurais e com produção primária.

Carvalho (1996) considera que houve uma transição do domínio das famílias (ou clãs) para um controle que não se pautava na posse de terras, mas no elemento familiar e político. Considerando vários processos econômico-políticos – tais como os desmembramentos de terras, a redução da população rural em meio ao aumento da população urbana e o crescimento do comércio, de forma mais rápida que o setor industrial –, foi preciso pensar outras estratégias de controle eleitoral. Isso se deu através da reafirmação de políticas clientelistas com, por exemplo, a de distribuição de cargos públicos, ou seja

Surgiu e hipertrofiou-se em Barbacena uma política de clientela. O cargo público, ao mesmo tempo que fornecia ao político o novo instrumento de controle, cumpria a missão de absorver os elementos vindos das zonas rurais ou de outras cidades e que não encontravam colocação, uma vez que a industrialização obedeceu a um ritmo lento (CARVALHO, 1966, p. 177).

O autor apresenta uma lista dos órgãos públicos existentes nas décadas de 1940 a 1960, constando entre eles, inclusive, o Hospital Colônia de Barbacena como local de alocação de cargos públicos. Consequentemente, em tais processos, há a participação também das negociações políticas e do controle do poder no município.

Outro termo usado para designar o município de Barbacena é *Cidade das Rosas*. A primeira vez que houve uma menção a essa designação foi no século XIX, quando Saint-Hilaire descreve a estadia em Barbacena em seu livro, “Viagens pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais”, observando a presença de vinhedos, pessegueiros, legumes e pequenos jardins na maioria das casas. Havia também um clima propício para o cultivo de rosas, sendo possível identificar o início de uma produção maior em 1930, por integrantes de uma colônia alemã.

Essa produção rendeu grandes quantias ao município na década de 1960, com uma expansão considerável a partir da chegada de migrantes japoneses na cidade, produzindo mudas e enxertos. Houve uma expansão do mercado de importação de flores juntamente com a retração do setor industrial, tornando esse nicho de produção extremamente importante para os produtores locais.

Em 1963, foi criada uma cooperativa de floricultores, a União Barbacenense de Floricultores Ltda. (UNIFLOR), chegando a ter 96 cooperados e 3 mil operários. Na década de 1970, ampliou-se a exportação para a Alemanha, Itália, Inglaterra, Estados Unidos da América, Argentina, entre outros países, consolidando o título de Cidade das Rosas para Barbacena (DUARTE, 2009).

Por fim, a terceira denominação comumente usada para adjetivar Barbacena é a de *Cidade dos Loucos*, indicando o impacto que a presença dos hospitais causou no imaginário da cidade. O termo se refere ao grande número de hospitais psiquiátricos presentes na cidade no século XX, bem como a posição de referência de Barbacena no complexo de hospitais no estado e na região. Barbacena abrigou o primeiro hospital psiquiátrico de Minas Gerais, intitulado Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais, fundado em 1903, que passou a funcionar na sede do antigo Sanatório particular que tratava tuberculosos, desativado à época.

O antigo Sanatório, destinado a tuberculosos, passou, então, a ser Assistência aos Alienados, em 1903. No período de 1934 a 1971 foi denominado Hospital Colônia de Barbacena (HCB), remetendo ao modelo institucional das colônias na assistência psiquiátrica no Brasil. Foi designado Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) até o ano de 1977 e depois Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), nome utilizado até os dias atuais. A instituição CHPB ainda faz parte da rede hospitalar pública da FHEMIG. Cabe ressaltar que a denominação Hospital Colônia de Barbacena é popularmente usada até hoje para se referir à instituição (DUARTE, 2009). Para melhor compreensão das denominações institucionais segue o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Designações do Hospital Colônia de Barbacena

1903	O antigo Sanatório passa a se chamar Assistência aos Alienados
1934	Passa a ser chamado Hospital Colônia de Barbacena (HCB)
1971	Chamado Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP)
1977 – atual	Chamado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)

Fonte: criado pela autora a partir de dados de Duarte (2009).

Duarte (2009) considera que essa denominação da cidade reportada aos “loucos” também pode revelar os sentidos da cidade para aqueles que eram enviados a Barbacena, um sentido que envolve medo e violência simbólica. Assim, temos imagens e representações que envolvem a relação do território com os loucos que chegavam e, também, desses com esse território.

Os ditos loucos enviados aos hospitais, chegavam à cidade pela estrada de ferro, conhecida como “nau-ferrovia dos loucos” (DUARTE, 2009, p.166), que parava na Estação do Sanatório, em Barbacena. Havia vagões específicos para os pacientes do hospital, cujas janelas tinham grades.

A Estação Sanatório foi construída no período de funcionamento da Companhia Sanatório (1870 – 1903), para que os doentes não contaminassem a população passando pela cidade. Mais tarde a estação serviu à Assistência aos Alienados. Os doentes mentais faziam longas viagens acompanhados por policiais ou guardas do Instituto Raul Soares, de Belo Horizonte. Viajavam imobilizados, de mãos ou pés atados por tiras de panos fortes, ou por camisas de força. Esse fato também gerou uma outra expressão muito conhecida, chamada “trem de louco” ou “trem de doido” (DUARTE, 2009).

Até a década de 1940, a população não se incomodava com esse cenário, pois os doentes chegavam à noite. Porém, a partir de 1941 os internos passaram a descer na estação central de Barbacena, circulando pela cidade. Há relatos da passagem dos pacientes pela cidade, em que estes eram descritos como “mal vestidos, estropiados e contrafeitos, como se fossem levas de gado tangidos para o curral em demanda do hospital”, considerando um constrangimento para a população de Barbacena (ALVIM, 1956 *apud* FASSHEBER, 2004, p. 43).

Segundo relatos de jornais da época (DUARTE, 2009), os barbacenenses possuíam visões ambíguas sobre esse cenário, pois ao mesmo tempo em que criticavam o constrangimento daquela “cena desnecessária”, principalmente para os turistas, também cobravam das autoridades uma intervenção no sentido de auxiliar no transporte dessas pessoas. Eram comparados a manadas de boi pela população e pela mídia, e, na década de 1960, passaram a ser transportados em ônibus superlotados vindos, principalmente, do Hospital Galba Veloso, em Belo Horizonte.

O fluxo de pacientes era enorme, vindo de vários lugares da região, e por um tempo enviando pacientes ao Rio de Janeiro³¹. Barbacena, junto com as cidades de Juiz de Fora e Belo Horizonte, fazia parte do chamado corredor da loucura, visto que estas 3 cidades abrigavam, na década de 1980, 19 dos 25 hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, concentrando 80% dos leitos de saúde mental do estado (ARBEX, 2013).

Ao pensar esta configuração da assistência psiquiátrica em Minas Gerais e o fato de receber o primeiro Hospital Psiquiátrico do estado, surge a pergunta: por que Barbacena? Entre os autores que discutem esta questão, há a expressão de distintos argumentos a respeito da motivação da escolha de Barbacena para abrigar o primeiro Hospital Psiquiátrico do estado. Os principais argumentos giram em torno do clima frio da cidade, considerado à época, terapêutico, e em torno de questões políticas.

Sobre o clima frio da cidade, Massena (1985 *apud* NASCIMENTO, 2014), aponta que Barbacena era um ponto de referência para tratamentos médicos na região, por ser uma cidade serrana de clima favorável. Inclusive, a cidade teria recebido importantes nomes da política, em busca de tratamentos médicos, motivados pelo seu clima.

Dentre as motivações políticas, a principal argumentação credita a um suposto “prêmio de consolação”, que a cidade teria recebido com a instalação do hospital (MAGRO FILHO, 1992 *apud* DUARTE, 2009; FIRMINO, 1982). Considerando a forte representação política das famílias tradicionais da região e a vinculação de alguns deputados com a cidade, Barbacena figurou como um dos locais que poderia sediar a capital do estado. Sendo, porém, Belo Horizonte escolhida para sediá-la, Barbacena não teria tido seu reconhecimento político, sendo escolhida para abrigar o hospital como forma de o compensar.

Outra motivação diz respeito à localização estratégica de Barbacena em relação ao Rio de Janeiro, sendo um importante corredor de passagem que facilitaria o envio de pessoas de todo país para o hospital. Há também uma citação de Ronaldo Simões Coelho, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, dizendo que a cidade teria sido escolhida devido ao fato de que a capital mineira, Belo Horizonte, teria sido fundada por um barbacenense (COELHO, 1979 *apud* NASCIMENTO, 2014).

Identificamos, ainda, uma fala de José Theobaldo Tollendal, que foi diretor do Hospital Colônia, entre 1969 e 1983, que a motivação de escolher Barbacena como sede seria essencialmente política.

³¹ Antes da criação da Assistência dos Alienados, em 1903, havia convênio das cidades com o Hospital Nacional de Alienados, situado na cidade do Rio de Janeiro.

Este hospital foi criado em Barbacena por questões meramente políticas. Jamais foi considerado o aspecto médico-terapêutico desta cidade que, a meu ver, deveria ter sido a última a ser escolhida para esse fim. Ao invés de construir este hospital lá em Muriaé, em Carangola, numa região mais quente, eles preferiram aqui por interesses pessoais. A preocupação não foi com a saúde de ninguém, e sim fazer disso aqui uma fonte de empregos, de votos para os senhores políticos da região. (FIRMINO, 1982, p. 64).

Importante nesse contexto, considerar o que significava a presença de um hospital psiquiátrico dessa magnitude em uma cidade nos anos 1900. Por um lado, um hospital psiquiátrico geraria diversos empregos para cidade e para região³², além da possibilidade de uso político e clientelista desses cargos, o que, segundo Duarte (2009), ocorreu. Por outro lado, este é um período histórico em que o discurso da modernidade no Brasil estava se fortalecendo e as cidades buscavam se inserir nesse contexto, que envolvia um imaginário político e social que vem com a Proclamação da República.

No ano de criação do hospital, em 1903, várias cidades já haviam criado hospitais psiquiátricos, a maioria em grandes centros, como Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Pernambuco, colocando Minas Gerais em um relativo atraso diante das tendências nacionais (CIRINO, 1984). Ser a primeira cidade de Minas Gerais a receber um hospital psiquiátrico poderia, então, representar esse passo para a modernidade, respaldado pelos ideais da psiquiatria da época, em que os manicômios apareciam como locais efetivos e modernos para a cura das doenças mentais, colocando Barbacena na vanguarda. De certo é que ambas as justificativas atenderam à elite política da região.

Há, porém, uma reflexão importante sobre a forma de inserção de Barbacena no circuito dos tratamentos psiquiátricos públicos, que se expressa em relação a sua posição territorial. Nascimento (2014) contribui com uma reflexão a respeito ao discutir sobre a função social dos hospitais, de limpeza da cidade, retirando, desses espaços urbanos, os indesejados e inserindo as cidades que abrigam esses hospitais no que ele denomina de “territórios da loucura” (NASCIMENTO, 2014, p. 28 e p. 40). Este território se forma a partir da lógica de controle dos corpos como mecanismo de disciplinamento e exercício de poder. É formado pelo complexo que se forma em torno dos hospitais, modificando o tecido urbano; e, também, pelo conjunto de representações simbólicas respaldadas pelo saber médico e o poder disciplinar que os hospitais representam.

Em se tratando dos territórios da ‘loucura’ deve se considerar que para além da relação simbólica que o conceito de território produz, este também produziu relações

³² Segundo pesquisa realizada por Duarte (2009, p. 168), “os hospitais psiquiátricos de Barbacena empregavam, no final da década de 1970, 44 médicos, 3 enfermeiros, 110 atendentes de enfermagem e 262 funcionários administrativos para atender a 2.470 leitos distribuídos entre o CHPB e Manicômio Judiciário e 1263 leitos oferecidos nas clínicas particulares”.

de identidades (re)existentes a coesão do discurso e das práticas asilares, enquanto forma de relacionamento sociedade/loucura (NASCIMENTO, 2014, p. 52-53).

Com as primeiras denúncias feitas sobre a superlotação do hospital, comparando-o a um asilo-prisão, já em 1916, houve algumas mudanças legislativas na lei de assistência aos alienados de Minas Gerais que vão alterar a inserção do Hospital de Barbacena na dinâmica regional e em 1922, com a criação do Instituto Neuro-Psiquiátrico de Belo Horizonte, atual Hospital Raul Soares, esse teve atribuições diferenciadas dos asilos localizados nas cidades do interior, sendo situado como o hospital central, sendo os demais situados como apoio³³.

O Instituto Neuro-Psiquiátrico de Belo Horizonte teria atribuições técnicas e estaria ligado à prática de pesquisa e ensino clínico através de parcerias com a Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Dessa forma, esse instituto faria uma espécie de triagem e encaminharia os casos incuráveis aos asilos do interior, reforçando sua função de segregação de sujeitos indesejados socialmente. Quer dizer, situa-se a cidade “enquanto importante prestadora de serviços à eugenia urbana dos grandes centros do estado, bem como da ordem entre aqueles que se inseriam precariamente no novo padrão de sociedade” (NASCIMENTO, 2014, p. 46).

Dessa forma, Barbacena se situa no âmbito político, no país e no estado, tendo, por um lado, uma relevância expressiva, ao abrigar o primeiro Hospital Psiquiátrico do Estado, mas, ao mesmo tempo, se insere na dinâmica territorial a partir da segregação e do confinamento de sujeitos indesejados. Numa pretensão de alcançar a modernidade, acaba se tornando um depósito de indesejados sociais. A *Cidade dos Loucos* aparece, assim, como símbolo de exclusão e segregação através do modelo psiquiátrico manicomial e asilar.

Esta representação do município segue ora revelando ora encobrendo uma história de silenciamento dos sujeitos que passaram pela cidade, rumo aos seus hospitais e clínicas. Uma mistura de celebração de um acontecimento superado que se associa à presença de marcas permanentes geradas nesse território (DUARTE, 2009).

Ao conhecer a assistência psiquiátrica em Minas Gerais, cuja trajetória objetiva-se apresentar aqui, torna-se possível perceber que Barbacena possui uma posição importante nessa história – até aqui, vimos como, inclusive, se associa à representação de “cidade dos loucos”. Sucintamente, observamos que, durante o século XIX, os doentes de Minas Gerais

³³ O Decreto nº 6.169, de 1922, traria o seguinte texto: “Art. 2º - A assistência será prestada nos seguintes estabelecimentos do Estado: Instituto Neuro-Psiquiátrico, com sede em Belo Horizonte, que será o Hospital Central; -Azylo Colônia, de Barbacena; -Azylos-Colônias, regionais, que se hão de fundar nas diversas zonas do Estado - Matta, Triângulo, etc., e que se denominarão Azylo-Colônia de..... (nome do lugar em que estiver localizado o estabelecimento)” (*Apud* NASCIMENTO, 2014, p. 30).

eram enviados para o Rio de Janeiro, que contava com duas instituições que os recebiam: as Santas Casas de Misericórdia ou o Hospício Nacional de Alienados. Havia um convênio firmado com este último, desde 1882, com um número de leitos reservados ao estado de Minas Gerais. Outra possibilidade de internação no estado mineiro era nas Santas Casas de São João Del Rei e de Diamantina.

Com o gasto excessivo do estado nas Santas Casas, somado à não renovação do convênio com o Hospital Nacional, Minas Gerais decidiu criar a Assistência aos Alienados em 1900, através da Lei nº 290³⁴, sendo Barbacena escolhida para sediá-la (DUARTE, 2009). Em 1903, é criado o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, possibilitando a centralização dos recursos do estado de Minas Gerais para uma única instituição, sem necessidade de realizar convênios ou recorrer a outros municípios.

Em 1905, já começam a surgir reclamações sobre as condições internas do hospício e, em 1907, é instituído o trabalho como terapêutica, sendo a agricultura a mais utilizada. A justificativa para essa terapêutica era a intenção de reproduzir dentro do hospital as condições externas, como o trabalho, porém, sabe-se que o Estado estava com graves problemas financeiros em um contexto de enorme crescimento de internos. Em 1911, é construída a Colônia em Barbacena, e somente pobres e indigentes eram obrigados a trabalhar, não sendo compulsório para pacientes particulares.

Os doentes também trabalhavam com a confecção de roupas, consertos de estradas, limpeza de pastos, entre outros, de forma que é possível considerar que a Colônia atendia a dois objetivos: “aliviar o sofrimento dos doentes por meio do labor e aliviar o ‘sofrimento’ financeiro do Estado” (FASSHEBER, 2009, p. 40).

Somente em 1934 o hospital é legalmente denominado como Hospital Colônia, ainda que as atividades laborais já fossem usadas bem anteriormente. Magro Filho (1992 *apud* FASSHEBER, 2009) aponta que, com o tempo, a instituição passou a depender dos recursos gerados pelos internos para sua manutenção financeira, chegando a produzir um terço do orçamento do hospital. Todavia, mesmo com várias reformas no hospital, não conseguia mais comportar tantas internações.

Entre 1930 e 1964, Minas Gerais contava com 5 instituições públicas de assistência aos alienados: o Hospital Colônia de Barbacena (1903), o Instituto Raul Soares (1922), o Hospital Psiquiátrico de Oliveira (1924), o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (1947) e o Hospital Galba Veloso (1962), em Belo Horizonte. Ainda assim, permanecia um grande fluxo

³⁴ A lei foi elaborada pelo médico e senador Joaquim Dutra e expedido por Francisco Sales, na época Presidente do estado mineiro (TOLLENDAL, 1974 *apud* FASSHEBER, 2009).

de encaminhamentos para Barbacena, principalmente, de pacientes provenientes de Belo Horizonte. Hiram Firmino apresenta, em uma reportagem, a informação de que no caso de superlotação dos hospitais de Belo Horizonte, os doentes eram encaminhados a Barbacena, ainda que o Hospital Colônia também não tivesse mais capacidade de internação. Isso demonstra os problemas que esse sistema gerava, mas, também, as relações de poder e de hierarquia entre as cidades e os hospitais (FIRMINO, 1982).

Havia, contudo, constantemente reclamações por parte dos diretores sobre as condições do hospital. Entre essas, estavam: as instalações físicas, o número excessivo de pacientes, a falta de tratamento para os internos, a ausência de medicamentos e alimentos e a escassez de mão de obra e de repasses financeiros.

Paralelamente, foram sendo criados hospitais particulares, que também começaram a recorrer ao financiamento público do governo do estado para sanar dificuldades financeiras. Segundo Fassheber (2009), haviam 16 instituições psiquiátricas particulares em Minas Gerais no ano de 1953: Casa de Saúde Santa Clara, Casa de Saúde Santa Maria, Clínica Pinel e Clínica Santa Tereza, em Belo Horizonte; Sanatório Espírita, em Uberaba; Sanatório Espírita e Casa de Saúde Morel, em Uberlândia; Casa de Saúde Guilherme de Souza e Casa de Saúde Aragão Vilar, em Juiz de Fora; Casa de Saúde Esperança, em Matias Barbosa; Abrigo Raquel Ribeiro, em Santa Rita do Jacutinga; Fazenda do Rosário, em Ibirité e, por fim, Casa de Saúde Xavier, Sanatório Barbacena, Casa de Saúde Santa Isabel e Casa de Saúde São Vicente de Paula, em Barbacena.

Já em Barbacena, havia duas instituições públicas, o Hospital Colônia e o Manicômio Judiciário, e mais quatro hospitais particulares: Casa de Saúde Xavier, Casa de Saúde Santa Izabel, Sanatório Barbacena e Clínica Mantiqueira. Como afirma a autora,

A cidade, já conhecida como a ‘cidade dos loucos’, responsável pela maior parte da demanda psiquiátrica do estado ampliava sua capacidade de receber insanos. De todos os lugares, com todas as moléstias, males e desvios. De todos os sexos, idades, raças. Insanos, que virariam um número de prontuário e receberiam um diagnóstico, que selaria para sempre suas vidas (FASSHEBER, 2009, p. 44).

Há, ainda, um marco importante a ser considerado, a partir do ano de 1968, quando a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e a FHEMIG assumem a supervisão e manutenção dos hospitais. É um momento de crescimento do número de leitos como principal estratégia para atender a demanda crescente, sejam públicos ou privados, mas também período de aumento da privatização da saúde mental.

As denúncias sobre a precariedade dos hospitais continuavam sendo feitas reiteradamente, ou seja, “a expansão de leitos, portanto, não foi acompanhada por melhorias

na assistência psiquiátrica, ao contrário, o que se viu foi toda uma desestruturação que culminaria em mortes e superlotação de pacientes” (FASSHEBER, 2009, p. 45).

Se desde a criação do hospital já havia reclamações sobre suas condições, essas se agravam nos anos seguintes, denunciando condições não só de extrema precariedade, mas de maus tratos, violação de direitos e alto índice de mortalidade dos internos, principalmente pelos profissionais. Essas denúncias, porém, não mobilizavam os atores públicos nem a sociedade em geral, mantendo os hospitais (a hegemonia do modelo hospitalar) como a grande referência de tratamento para os pacientes psiquiátricos (DUARTE, 2009).

As denúncias sobre as condições dos hospitais brasileiros, não só do Hospital Colônia, antes limitada aos médicos, começa a chegar na imprensa e nos atores políticos pela gravidade com que se apresentavam. Em 1961, é transmitida uma reportagem na TV que foi o primeiro marco midiático deste período, retratando a situação do Hospital Colônia de Barbacena, além de serem publicadas outras reportagens denunciando a situação.

Essas denúncias ganham maior repercussão com a vinda de Franco Basaglia ao Brasil, na ocasião do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, e pelas visitas que realizou em alguns hospitais, inclusive o de Barbacena. Esse congresso marca uma virada histórica em Minas Gerais, contando com a participação de vários setores, diversos profissionais da área, familiares, sindicalistas do setor da saúde e jornalistas.

A visita de Basaglia foi um marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Quando esteve em Barbacena, mencionou a importância de transformar as instituições a partir de dentro, e, referindo-se ao Hospital Colônia, comparou-o com um campo de concentração nazista.

Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que havia feito uma revolução no hospital psiquiátrico que dirigia, em Gorizia, e passara a ser o mentor de um movimento mundial pró-humanização dos hospícios, ainda veio a Belo Horizonte, nesta época, para engrossar o movimento. [...]. Horrorado com o que viu e não acreditava existir mais no Brasil, Basaglia comparou o Hospital ‘Galba Velloso’, de Belo Horizonte, onde é feita a triagem de todos os doentes mentais do Estado, via INAMPS, a uma ‘cadeia pública’. Chamou os médicos e enfermeiros do estabelecimento de ‘carrascos’ e os seus diretores de ‘carcereiros’. Quanto ao manicômio de Barbacena, Basaglia classificou-o como ‘um campo de concentração nazista’ (FIRMINO, 1982, p. 11).

O alto número de mortes, agravado pelas baixíssimas temperaturas da cidade e da falta de vestimentas e materiais adequados da instituição, fez com que chegassem a 100 óbitos em um único inverno (MAGRO FILHO, 1992 *apud* FASSHEBER, 2009). Daí decorre a medida de venda dos cadáveres para as escolas de medicina de todo país, conforme apontado por Arbex (2013).

Duarte (2009) destaca que havia poucas discussões internas questionando as condições do hospital, vindo primordialmente de fora, da sociedade, as cobranças a respeito da assistência prestada no Hospital Colônia. Com a redemocratização, na década de 1980, as fortes críticas sociais às bases da ditadura civil-militar geraram mobilização de grupos na área de saúde, particularmente, no sentido de transformar as políticas públicas, ampliando o conceito de saúde.

Trataremos, então, da posição de Barbacena na história da assistência psiquiátrica mineira, no campo do atendimento de saúde mental de crianças e adolescentes durante este período, anterior à Reforma Psiquiátrica, o período asilar.

3.2 A inserção de Barbacena no contexto regional: atenção à saúde mental da infância e juventude em Minas Gerais

Este item será apresentado a partir da divisão dos 3 subitens a seguir: o campo da Saúde, da Educação e da Segurança e Assistência Social.

O Campo da Saúde aparece, principalmente, pelas alas específicas para crianças e adolescentes dentro dos hospitais psiquiátricos, como ocorreu no Hospital Colônia de Barbacena. O HCB recebeu crianças e adolescentes oriundos do Hospital Colônia de Oliveira, que, por sua vez, era o hospital responsável por receber encaminhamentos do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil de Belo Horizonte. Foi necessário, então, construir este fluxo no Estado para compreender o atendimento a estes sujeitos no período asilar, no campo da Psiquiatria, no modelo manicomial.

O Campo da Educação também reúne importantes instituições que atenderam crianças e adolescentes com questões de saúde mental, com destaque para as instituições especializadas, como as APAE e Associações Pestallozzi, bem como as escolas de educação especial. É importante desvendar as relações entre o campo da educação e da saúde, compreendendo seus determinantes sócio-históricos, que permanecem até hoje presentes nas demandas de saúde mental.

Em Barbacena, particularmente, já na década de 1960, havia sido criada uma instituição especializada, a Associação Barbacenense de Apoio aos Excepcionais (ABAE), posteriormente designada como APAE. Essa foi uma das primeiras instituições do Brasil, e contou com apoio de Helena Antipoff. Esta, por sua vez, contribuiu consideravelmente para a

construção da educação especial em Minas Gerais, indicando relações importantes no campo do atendimento aos excepcionais e da educação pública.

O terceiro campo foi denominado como Segurança e Assistência Social por compreender que as ações atravessavam estes dois campos, historicamente articulados entre si devido às práticas de controle da pobreza desenvolvidas no Brasil, particularmente, voltadas aos “menores”. A principal instituição que representa o atendimento aos menores no Brasil, principalmente, a partir da década de 1940, são, as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM) e a nacional, a FUNABEM, que atendiam todo tipo de questões relativas à infância e adolescência.

No percurso da pesquisa, descobrimos algumas produções acerca do atendimento de crianças e adolescentes com questões de saúde mental atendidos nas FEBEM, inserindo-as num circuito que as encaminhava aos hospitais psiquiátricos. Próximo à Barbacena, havia uma FEBEM, na cidade de Antônio Carlos, que recebia crianças e adolescentes dessa região. Consideramos importante, então, conhecer um pouco dessas instituições.

Outra instituição que nos chama atenção neste campo diz respeito ao Instituto de Psicopatologia e Estudo do Menor (IPEME) uma unidade em funcionamento em um pavilhão do Hospital Colônia de Barbacena, destinado à internação de crianças e adolescentes com questões mentais e envolvidas em contravenções penais.

Buscamos também, em cada item, apontar, brevemente, os percursos históricos de cada política setorial envolvida nessas ações e instituições, visto que a partir da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, inicia-se uma perspectiva radicalmente nova com relação às concepções e práticas anteriores. O Estado passa a ter o dever de executar políticas públicas para garantia de direitos, criando um corpo jurídico que institui a saúde, a educação, a assistência social e a segurança pública como direitos sociais.

3.2.1 O campo da Saúde: hospitais psiquiátricos e unidades psicopedagógicas

Ao observar a história da assistência psiquiátrica à infância no Brasil, temos notícias de que o primeiro pavilhão infantil foi criado no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Pavilhão Bounerville, apontado como o primeiro estabelecimento brasileiro a oferecer cuidados médicos e pedagógicos aos chamados *anormaes*, sendo considerado, também, como

a primeira escola especial para *creanças anormaes* no Brasil³⁵. Este pavilhão teria sido criado em 1904, nas dependências do Hospital Nacional no Rio de Janeiro, a partir de uma indicação da comissão de inquérito do mesmo, pelas críticas à convivência promíscua de crianças e adolescentes junto aos adultos, “para evitar a aquisição ou imitação de comportamentos inadequados e prejuízos ao desenvolvimento moral da criança, da sociedade e no futuro ao Estado³⁶” (MULLER, 2000, p. 85).

Analisando a história dos hospitais psiquiátricos infantis, Cirino (1984) apresenta uma pesquisa sobre o estado de Minas Gerais, construindo um histórico das ações no campo da psiquiatria voltada à crianças e adolescentes. Ele considera que o primeiro hospital psiquiátrico especificamente infantil foi criado em 1947. Porém, antes da criação das primeiras alas ou hospitais psiquiátricos infantis no estado, houve uma enfermaria para doentes mentais que funcionou na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei a partir de 1917 e que recebeu pacientes com idade entre 3 e 90 anos. Estes seriam, então, os primeiros relatos de internação de crianças e adolescentes em Minas Gerais.

Além dessa enfermaria, houve também um anexo para loucos na Santa Casa de Diamantina, entre 1888 e 1906, mas não há relatos sobre atendimento infantil. O estado de Minas Gerais também encaminhava os loucos para o Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados, através de convênios, como já relatado. Assim, reforça-se que o estado teve seu primeiro hospital psiquiátrico de forma relativamente tardia, diante dos grandes estados brasileiros.

Como referenciado, em 1903, tem-se a Lei de Assistência aos Alienados e o Hospital Colônia de Barbacena, primeiro hospital psiquiátrico de Minas Gerais. Como, em 1922, o Instituto Neuro-Psiquiátrico de Belo Horizonte, o atual Hospital Raul Soares, que passa a compartilhar a internação dos doentes com o Hospital de Barbacena, que já se encontrava sobrecarregado, e a reorganizar os fluxos de assistência no estado entre o Hospital Central em Belo Horizonte e os hospitais do interior (DUARTE, 2009; NASCIMENTO, 2014).

Segundo Duarte (2009), essa reorganização consistiu em transformar Belo Horizonte como um centro de triagem que faria encaminhamento dos casos “‘crônicos ou incuráveis’

³⁵ Sobre os argumentos e a metodologia de criação deste pavilhão, conferir o trabalho de Muller (2000), que realiza uma pesquisa sobre todo processo de criação, desde as denúncias internas, às metodologias de assistência médico-pedagógica, organização do espaço, entre outros elementos.

³⁶ Como vimos no primeiro capítulo, a convivência de crianças, adolescentes e adultos era comum, por algum tempo, nos hospitais psiquiátricos brasileiros, bem como na utilização dos mesmos tratamentos, motivando a criação de alas específicas para crianças

para Oliveira e Barbacena, e Oliveira ficaria responsável por receber as crianças com oligofrenias” (DUARTE, 2009, p. 180).

Em 1927 é criado o Hospital Colônia em Oliveira/MG, voltado inicialmente só para mulheres e posteriormente atendendo crianças. Em 1929, é criado o Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena. No Instituto Raul Soares, funcionava, na década de 1930, um laboratório de psicologia experimental que, segundo Cirino (1984), teria realizado exames de sanidade mental em menores. Esse instituto também vai abrigar uma ala para crianças.

Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, momento em que há uma reorganização mais significativa na assistência psiquiátrica em todo país e em 1946 é criado o Departamento Nacional da Criança. Em Minas Gerais, é criada a Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, que conta com assistência a psicopatas adultos e de neuropsiquiatria infantil, prestando posteriormente serviços de Higiene Mental. Este é, então, o primeiro momento nacional e estadual de instituição no âmbito da gestão e prestação da assistência psiquiátrica pública a crianças e adolescentes.

Segundo Alvim (1956 apud PEREIRA *et al.*, 2022), a atuação desses departamentos mapeou as chamadas “crianças-problema” e a partir desse momento, na década de 1940, o Hospital de Oliveira e o Hospital de Neuro-Psiquiatria de Belo Horizonte passam a receber as crianças oligofrênicas e epilêpticas.

Cirino (1984) aponta que os critérios de internação de crianças nos hospitais “eram tão abrangentes quanto a noção de excepcionalidade”, encontrando entre os internos “toda espécie de marginalizados sociais, desde crianças abandonadas, prostitutas, até delinquentes”, o que tornava o hospital, “ao mesmo tempo, creche, prisão e isolamento” (CIRINO, 1984, p. 25).

A partir deste momento, destacamos dois processos importantes na assistência psiquiátrica à infância e adolescência de Minas Gerais: a adaptação do Hospital de Oliveira para recebimento de crianças, passando a chamar-se Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil, em 1949 e a criação do Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil (HNPI), em Belo Horizonte, em 1947, considerado o primeiro hospital psiquiátrico infantil de Minas Gerais CIRINO, 1984).

3.2.1.1. Oliveira: de Hospital Colônia à Neuropsiquiatria Infantil (1927 a 1974)

O Hospital Psiquiátrico de Oliveira foi criado em 1927, através do Decreto nº 7.556, sendo inaugurado quatro anos mais tarde. Fundado a partir da necessidade de aumentar a assistência aos doentes mentais da região, atendeu inicialmente pacientes do gênero feminino, mendicantes da região e encaminhados do Instituto Raul Soares, de Belo Horizonte (SANTOS; RIBEIRO, 2008 apud PEREIRA *et al.*, 2022).

Com relação às práticas ofertadas no hospital, estas baseavam-se também no modelo trazido pela ideia da implantação de colônias agrícolas nos hospitais como parte do tratamento psiquiátrico. As colônias atendiam os postulados da Psiquiatria moderna, que entendia que o trabalho poderia ser um elemento de cura e ter função terapêutica. Assim como no Hospital de Barbacena, e em outros no Brasil, foi adotado em Oliveira uma terapêutica no modelo *open door* e de colônias agrícolas, onde os recursos terapêuticos organicistas eram usados junto com práticas ocupacionais e de cuidado externo, incluindo trabalho agrícola e de agropecuária, trabalhos domésticos, olaria e trabalhos manuais (DUARTE, 2009; PEREIRA *et al.*, 2022).

Com o aumento da demanda pelas internações, em 1949 o Hospital de Oliveira é reformado e suas enfermarias são ampliadas para 450 leitos (CIRINO, 1984), sendo designado como Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil de Oliveira (HCNPO). O hospital seria destinado, então, a receber “os menores psicopatas, que, por incurabilidade ou curabilidade a longo prazo, tenham sido transferidos do Hospital Central de Neuro-Psiquiatria Infantil (HNPI)”³⁷. Sobre a organização do Hospital, seria “a mesma dos hospitais-colônia do serviço de adultos, com as modificações que o tipo de doentes aconselha, na justa medida de suas possibilidades” (CIRINO, 1984, p. 24).

Apesar de contar com uma boa estrutura hospitalar para a época, com uma escola anexada e uma equipe e direção reconhecidas, o tratamento destinado às crianças era idêntico ao dos adultos. A principal terapêutica eram os eletrochoques e psicofármacos (CIRINO, 1984), e, segundo Pereira *et al.* (2022),

em termos de intervenção médica, constituía-se das principais práticas terapêuticas utilizadas na época: choques por descarga elétrica com baixo ou nenhum critério de aplicação da dosagem, contenção das mãos e pés por meio de tiras de pano ou

³⁷ Importante lembrar que Duarte (2009) indicou que na década de 1930 o Hospital de Oliveira já tinha sido designado para recebimento de crianças com oligofrenias dentro do fluxo do estado, sendo encaminhado pelo Instituto Raul Soares, antes mesmo da criação do HNPI e da transformação de Oliveira em Hospital de Neuropsiquiatria Infantil.

camisas de força e, na falta desse equipamento, cordas e isolamento em celas fortes (Silva, 2011). Constata-se, assim, a violência acometida aos/às ‘menores’ no HCNPO (PEREIRA *et al.*, 2022, p. 7).

Também há relatos de que não havia atividades durante o dia, sendo poucos internos direcionados a atividades na horta, sendo dominante a condição de ócio, deixando uma parte deles hostis e ariscos e outra andando desorientada pelos corredores e pátios. Alguns, por efeito da medicação, se dirigiam com muita dificuldade aos pátios e por ali se prostravam no chão, pois não era permitido ficar nos dormitórios.

Importante destacar que os hospitais psiquiátricos apresentavam superlotação constante, sendo também uma realidade no HCNPO. Segundo relatos de Moretzohn (1989 apud PEREIRA *et al.*, 2022), em 1963, o hospital tinha capacidade para 250 crianças, mas abrigava 372. Havia uma prática de utilizar os chamados “leito-chão”, que consistia em forrar o chão com capim para que os internos dormissem, o que gerava proliferação de insetos e doenças. Era comum, então, a dificuldade dos funcionários em conseguir atender todas as demandas básicas de higiene, havendo relatos dos funcionários no sentido de ter que escolher a quem negligenciar, visto que isso interferia ou agravava o quadro de saúde dos internos. Há relatos de que as condições de higiene eram extremamente precárias e os médicos tratavam com frequência casos de anemias, diarreia e verminoses (CIRINO, 1984).

Todos esses elementos apontam o alto índice de mortalidade que existia no HCNPO e nos hospícios em geral (DUARTE, 2009; ARBEX, 2013; CIRINO, 1984). Podemos acrescentar ainda a condição das crianças e adolescentes encaminhadas aos hospitais, em sua maioria portadores das chamadas oligofrenias e deficiências físicas, agravando sua vulnerabilidade. Cirino (1984, p. 25) apresenta relatos de médicos que indicam a existência no Hospital de Oliveira de pacientes com “epilepsia, oligofrenia, esquizofrenia, paralisia cerebral infantil, etc.”. Segundo o autor, o número de óbitos girava em torno de 10%, pelo menos, dos pacientes, sendo registrados em 1969, 21 óbitos neste ano, representando 15% do total de pacientes.

Em 1969, ano em que a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) assume a gestão dos hospitais do estado de Minas Gerais, são organizados “comandos de avaliação”, que consistia em caravanas de psiquiatras de Belo Horizonte que iam até o Hospital de Oliveira avaliar os doentes (CIRINO, 1984). Esses médicos identificaram muitas internações inadequadas, ou seja, de pacientes que deveriam ir para hospitais de adultos ou que deveriam receber alta. Em 1969 já foram transferidos quase 100 pacientes e, em 1972, mais 100, existindo atendimentos semanais da equipe do HNPI no Hospital de Oliveira. A estratégia

para solucionar as internações indevidas foi o estabelecimento de uma triagem que seria feita no HNPI de Belo Horizonte para, só então, ser encaminhado ao Oliveira.

Assim, foram estabelecidos novos critérios de encaminhamento pelo HNPI, preocupados com o encaminhamento abusivo de crianças para o Oliveira, sendo eles:

pacientes portadores de doenças neuropsiquiátricas, inválidos de difícil controle e em cuja comunidade – cidade de origem – não haja recursos para o seu atendimento; pacientes portadores de mais de uma patologia grave, sem controle de longa data, em cuja cidade de origem inexistam locais para o seu atendimento; todos os pacientes que, após terem sido tentados todos os meios terapêuticos adequados, não se conseguiu a remissão dos sintomas (BOLETIM ESTATÍSTICO, 1972 *apud* CIRINO, 1984, p. 26).

Por esse registro do Boletim Estatístico de 1972, percebe-se um movimento de redução dos casos de internação que não envolvessem algum tipo de demanda de saúde, como aconteciam sistematicamente até então. Também aponta a necessidade de recorrer primeiramente aos municípios de origem antes do encaminhamento aos hospitais. Mas, por fim, mantém-se a lógica de institucionalização e o isolamento social de crianças e adolescentes em uma cidade do interior para doenças graves, aquelas sem remissão dos sintomas e para pacientes “de difícil controle”.

O Hospital de Oliveira foi fechado no ano de 1974, mas os motivos do encerramento das atividades ainda não são claros. Há hipóteses de irregularidades estruturais no ambiente do hospital, necessitando de reformas e consertos; de maus-tratos aos internos; de realocação de recursos públicos ocorridos na década de 1970 (contenção de despesas e operacionalização racional dos recursos); e de uma queda de telhas em um dos ambientes do hospital, que teria motivado a transferência dos internos (CIRINO, 1984; DUARTE, 2009; ARBEX, 2013; PEREIRA *et al.*, 2022).

Jornais regionais informam que o fechamento ocorreria para fins de reforma e que os internos seriam temporariamente transferidos para o Hospital Colônia de Barbacena. Não houve, porém, esse retorno e não foram encontrados outros documentos que pudessem esclarecer os motivos do fechamento. Há relatos, porém, da transferência em 04 de janeiro de 1974 de 70 pacientes do gênero masculino e trinta do feminino para o Hospital Colônia de Barbacena (PEREIRA *et al.*, 2022). Já Ribeiro (2002 *apud* DUARTE, 2009) aponta que foram transferidos 119 pacientes, entre 5 e 25 anos de idade, mas sete destes não chegaram à instituição ou não foi possível localizar suas fichas.

Não encontramos muitas informações bibliográficas a respeito do período posterior a chegada dos meninos de Oliveira ao Hospital Colônia de Barbacena, em 1974, somente

relatos da transferência das crianças e adolescentes para Belo Horizonte por ocasião da visita de Franco Basaglia e a denúncia da existência e precariedade das alas infantis.

Há relatos, porém, da presença de crianças que nasciam no Hospital de Barbacena, filhas dos pacientes. Há relatos de que houve vários nascimentos no hospital, mas não havia salas de parto, nem sequer um pavilhão para isolamento de doenças infectocontagiosas e moléstias intercorrentes. Segundo Duarte (2009), as crianças nasciam na enfermaria geral, “em meio à confusão reinante” e tinham alguns destinos possíveis: ou eram recolhidas pelas famílias dos internos, ou adotadas por outras famílias, ou viviam no hospital junto com os demais.

Arbex (2013) também relata que “pelo menos três dezenas de bebês nascidos no Colônia foram doados logo após o nascimento sem que suas mães biológicas tivessem a chance de niná-los”, e acrescenta que “é compreensível que, depois disso, muitas mulheres tivessem, de fato, enlouquecido” (ARBEX, 2013, p. 107). A autora relata, em sua obra, de uma criança, filha de uma paciente do hospital, que foi adotada por uma funcionária e conviveu com sua mãe no hospital sem ter ciência disso.

Em uma mensagem enviada para o legislativo, em 1979, há uma menção ao nascimento de muitas crianças no hospital e à construção de uma creche no local, porém sem outras informações a respeito, mas indicando a presença de crianças no Hospital Colônia de Barbacena que não eram oriundos de Oliveira. Esse excerto do documento mostra, ainda mais, como eram usados os internos como mão de obra na cidade, inclusive essas crianças que crescem no hospital, mostrando mais uma face de exploração dos pacientes gerada por esse sistema hospitalar.

Enquanto isso, muita gente [se] beneficiou da existência da Colônia [...] A própria municipalidade se utiliza da mão-de-obra do louco em calçamentos de rua, na manutenção da limpeza. Fazendeiros utilizam o louco em trabalhos agrícolas nas suas fazendas. Há uma época que os capatazes escondem dos médicos os doidos-trabalhadores para que não tenham alta. Nascem muitas crianças na colônia. Constrói-se ali uma creche, que dura até 1974. Pessoas caridosas as empregam, quando crescem, nas suas casas como [empregadas] domésticas (MENSAGENS DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1979 *apud* DUARTE, 2009, p. 198).

Além dessas informações, durante o processo de pesquisa, fomos surpreendidos pelo contato com um material que pode nos indicar algumas informações a respeito dos “meninos de Oliveira”, que será apresentado a seguir.

3.2.1.2. Barbacena: a chegada dos “meninos de Oliveira” (1974)

No processo desta pesquisa travamos contato com importantes atores da Reforma Psiquiátrica e tivemos a oportunidade de conversar com um informante-chave, que relatou a existência de algumas fichas de identificação das crianças e adolescentes que vieram do Hospital Colônia de Oliveira para o Hospital Colônia de Barbacena. Tivemos acesso, então, às fichas de identificação dos internos, que estão sob a guarda do Museu da Loucura de Barbacena, administrado pela FHEMIG³⁸ e também ao Memorando nº 74, de 04 de janeiro de 1974, que trata da transferência dos pacientes do Hospital de Oliveira para o Hospital de Barbacena.

A análise deste material não estava incluída nos objetivos iniciais desta pesquisa, porém, compreendemos ser uma rica possibilidade de conhecer um pouco mais da história dessas crianças e adolescentes e das práticas asilares vigentes em nossa região, particularmente, considerando a escassez de informações e as diversas lacunas existentes sobre este período.

Pretende-se, então, fazer alguns apontamentos com base nesses documentos, entendendo ser de grande importância uma análise posterior, que possa ser complementada com uma pesquisa bibliográfica e documental mais aprofundada. Optamos, então, por destacar deste material as informações que teríamos condições de tecer análises e considerações diante do acúmulo realizado na pesquisa até este momento.

No memorando nº 74/1974, lê-se³⁹:

Memorando nº 74
De: DIH/HCPC
Para : Diretor Clínico do CHP

Senhor Diretor,

1 – De acordo com autorização da SUPA da FEAP, estou transferindo para o CEP (98) noventa e oito pacientes, sendo (69) do sexo masculino e (29) vinte e nove do sexo feminino.

2 – Acompanham os pacientes os prontuários respectivos com a indicação terapêutica usada neste Hospital.

3 – Todos os pacientes foram transferidos afim de facilitar a sua identificação nesse Hospital.

Atenciosamente

³⁸ Em 1977 é criada a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), responsável por gerir todas as unidades hospitalares vinculadas ao Estado de Minas Gerais. Ela substitui a FEAP, FEAL e FEMAUR (setores de psiquiatria, lepra e urgências, respectivamente), pela Lei 7.088 (CIRINO, 1984).

³⁹ Não foi possível retirar nem fotografar os documentos do acervo do Museu da Loucura, sendo colhidas as informações para registro por escrito neste trabalho.

Dr. Francisco Paolinelli, Dir. Clínico.

Ao Exmo.

Dr. José Teobaldo Tolendal

DD. Diretor Clínico do CHP. (FEAP, 1974).

Neste mesmo documento, há a referência a mais 21 pacientes: “Pacientes do HCPC que receberam alta em 28/12/1973”, sendo 4 mulheres e 5 homens, e “Pacientes que receberam alta em 21 de dezembro de 1973”, sendo 6 mulheres e 6 homens. O documento informa que os prontuários destes internos estavam sendo enviados para o HCB, totalizando, então 119 crianças e adolescentes encaminhados do Hospital de Oliveira ao Hospital de Barbacena.

Destas 119 fichas, nem todas foram encontradas no acervo, sendo analisadas para a pesquisa 96 fichas. No princípio os registros dos internos eram feitos em um grande livro que se encontra hoje sob os cuidados do Museu da Loucura. As fichas de identificação, por sua vez, eram usadas para identificar os pacientes com fotografias.

Nem todos os campos das fichas estavam preenchidos, havendo muitas informações ausentes, o que pode nos indicar algumas questões. Entre os campos da ficha, não encontramos nenhum preenchimento sobre “profissão”, “cônjuge” e “local de trabalho”, o que nos parece coerente por tratar-se de crianças e adolescentes. Por outro lado, essa ausência de informações indica a utilização das fichas destinadas aos adultos para a identificação de crianças e adolescentes, sem uma preocupação com qualquer particularidade. Um outro campo que também estava ausente em todas as fichas foi o campo “médico assistente”.

Foram selecionados para análise as informações que atendiam a duas variáveis: campos que tinham maior índice de preenchimento em todas as fichas e campos que representavam informações relevantes sobre esses sujeitos e suas condições, considerando que dariam possibilidade de estabelecer uma primeira análise.

Destacamos os seguintes campos: a) data de matrícula ou de admissão; b) idade e data de nascimento; c) gênero; d) cor/raça/etnia; e) procedência e naturalidade; f) “responsável”; g) diagnóstico e h) óbito e causas mortis.

Sobre a data de admissão, que se refere à data de matrícula nas fichas, a maior parte (88%) tem registro da data 04 de janeiro de 1974, o que condiz com as informações disponíveis na bibliografia analisada neste trabalho, relatando que esta teria sido a data de transferência dos internos do Hospital de Oliveira para o Hospital Colônia de Barbacena (CIRINO, 1984; ARBEX, 2013; PEREIRA *et al.*, 2022). Das 96 fichas, apenas 3 não

continham essa informação e haviam outros registros de 1973 e 1975. Porém, todos estes pacientes constam na listagem encaminhada ao HCB em 1974.

Quanto as idades e data de nascimento, nem todas as fichas apresentavam essa informação. Aquelas que possuíam a data de nascimento (23 fichas), fizemos uma inferência tomando como referência o momento de registro, em 1974. As idades apresentadas referem-se, então, às idades no momento de entrada no Hospital de Barbacena. Assim, houveram apenas 5 fichas em que não foi possível indicar a idade dos pacientes.

É importante destacar que, assim como o campo das datas de nascimento, as idades dos internos não eram registradas de forma exata, por serem ignoradas pelo hospital e pelos próprios pacientes, que muitas vezes chegavam sem documento de identificação, sendo comum a inserção da data da matrícula como data de nascimento ou uma data presumida de acordo com a idade que o paciente deveria ter. Nas fichas, é comum a repetição das datas de nascimento compostas por “04.01.ano”, indicando que era um registro generalizado, e não fidedigno. Algumas também continham pontos de interrogação próximos a data de nascimento.

Desta forma, entendemos que esta análise não pode ser tomada de forma fidedigna às idades reais desses pacientes, mas podem indicar uma faixa etária em que se situavam. A divisão entre os pavilhões do Hospital Colônia obedecia a esse princípio das faixas etárias, havendo o Pavilhão de Psiquiatria Infantil (PPI) e o Pavilhão de Psiquiatria de Adolescentes (PPA).

Encontramos registros de pacientes com idades entre 04 e 38 anos, considerando que este registro teria sido feito no momento de chegada ao HCB, em 1974. Assim, temos, dentre as 96 fichas: 6 fichas sem registro de idade, 1 fichas com idade superior a 30 anos, e 89 pacientes que possuíam idades entre 04 e 30 anos.

Considerando uma divisão por faixas etárias, tomando o referencial jurídico atual, teríamos a seguinte divisão: 25 internos que possuíam menos de 12 anos (26%), 48 internos com 12 a 17 anos (50%), 14 internos com 18 a 24 anos (14,6%), 3 internos com mais de 25 anos, e 6 internos sem registro.

Destaca-se, então, a presença de 25 crianças com até 12 anos, sendo que o registro de menor idade era de 4 anos de idade. Se considerarmos que essas crianças vieram de um outro hospital, em que já estavam internadas, a idade de inserção em uma instituição asilar foi ainda mais baixa. Destaca-se, também que metade dos internos eram adolescentes, na faixa de 12 a 18 anos, faixa etária que se repete nos relatos de internações em outros hospitais (CIRINO, 1984) e em que, socialmente, há um aumento do controle social sobre esses sujeitos.

Deste universo, quanto ao gênero, 27 (28%) internos eram do gênero feminino e 69 (72%) do gênero masculino. Com relação ao campo “cor”/raça/etnia nos surpreendemos com a presença desse registro na maioria das fichas, visto haver um histórico de ausência de registro dessas informações nos serviços de saúde, indicando uma invisibilidade da condição de raça na política pública. Das 96 fichas, apenas 6 não possuíam o registro dessa informação. Os registros sobre a cor dos internos eram: branca, negra, preta, parda. 33 internos foram registrados como brancos, 34 como pretos e negros e 23 como pardos.

Seguindo a própria metodologia do IBGE, em que pretos e pardos compõem a população negra, temos um total de 57 internos negros, totalizando 59%, mostrando a prevalência de negros nas internações hospitalares de crianças e adolescentes. Como aponta Eurico (2018), ao se pensar na estrutura e na formação social brasileira, as divisões entre pretos e pardos encobrem a realidade vivida por ambos, como por exemplo, o acesso precário às políticas públicas. O uso de diversas terminologias acaba cumprindo o papel de reproduzir o racismo estrutural, no caso, no âmbito das instituições psiquiátricas, na medida em que vai na contramão do reconhecimento e do pertencimento étnico-racial.

Analizando sua procedência e naturalidade, apenas 2 fichas não possuíam essas informações e é possível verificar que a grande maioria são do estado de Minas Gerais (89 pacientes, 92%), constando alguns poucos registros dos estados da Bahia, Goiás e São Paulo.

Dentre as cidades de nascimento⁴⁰ e de procedência⁴¹, destaca-se a maior concentração delas em Belo Horizonte, sendo os demais internos de diversas cidades mineiras.

Como vimos, os pacientes encaminhados ao Hospital de Oliveira, quando este se torna um hospital psiquiátrico infantil, em 1949, eram encaminhados de Belo Horizonte, que

⁴⁰ As cidades encontradas no campo “naturalidade” registravam 25 internos de Belo Horizonte, sendo as demais as seguintes: Abadia dos Dourados, Açucena, Aependi, Alfenas, Bambuí, Betim, Bocaiuva, Brumadinho, Cabo Verde, Campinas, Campo Belo, Carandaí, Caratinga, Carmo da Mata, Carmo do Cajuru, Carmo do Paranaíba, Chalé, Coinceição do Mato Dentro, Colônia Santa Marta de Goiania, Coração de Jesus, Córrego Novo, Curvelo, Divino das Laranjeiras, Divinolândia de Minas, Divinópolis, Galileia, Grão Mogol, Itabuna, Itajaú, Itajubá, Itumirim, Juiz de Fora, Juscelino Kubitschek, Lambari, Leopoldina, Machado, Manhuaçu, Mantena, Mendes Pimentel, Mesquita, Mirai, Monte Santo de Minas, Montes Claros, Muriaé, Mutum, Nova Era, Oliveira, Paraguaçu, Paraizópolis, Patos de Minas, Peçanha, Pequeri, Poços de Caldas, Recreio, Rezende Costa, Ribeirão Vermelho, Rio de Janeiro, Sagrado Coração de Jesus, Salinas, Santa Maria da Vitória, São Francisco de Oliveira, São Lourenço, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Vargem Alegre e Vespasiano.

⁴¹ As cidades encontradas no campo “procedência” registravam 25 internos de Belo Horizonte: Aependi, Alfenas, Bambuí, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Bocaiuva, Brumadinho, Caconde, Campinas, Campo Belo, Carandaí, Caratinga, Carmo da Mata, Carmo do Cajuru, Chalé, Coração de Jesus, Córrego Novo, Diamantina, Divino das Laranjeiras, Divinolândia de Minas, Divinópolis, Galileia, Goiás, Grão Mogol, Itabuna, Itajubá, Juiz de Fora, Lambari, Lavras, Leopoldina, Machado, Manhuaçu, Mantena, Mantena, Mesquita, Monte Carmelo, Monte Santo de Minas, Montes Claros, Muriaé, Mutum, Nova Era, Oliveira, Ouro Preto, Paraguaçu, Paraizópolis, Patos de Minas, Peçanha, Pequeri, Pirapora, Poços de Caldas, Recreio, Rezende Costa, Ribeirão Vermelho, Salinas, Santa Maria da Vitória, São Francisco de Oliveira, São Lourenço, Sete Lagoas e Teófilo Otoni.

recebia demandas de todo o estado, estabelecendo um fluxo do interior ao HNPI e do HNPI ao Hospital de Oliveira (CIRINO, 1984). Não encontramos informações sobre encaminhamentos nos municípios do interior diretamente ao Hospital de Oliveira, o que poderia ocorrer, mas este fluxo pode indicar a presença de um maior número de internos de Belo Horizonte em Oliveira.

Sobre o campo designado no registro de “responsável”, encontramos 19 fichas em que essa informação não estava registrada ou constava como “ignorado”. Dentre os registros, encontramos que 18 tinham a mãe como responsável, 1 tinham pai e mãe e 11 tinham o pai. Destaca-se que 47 fichas registravam outros atores como responsáveis destes internos, ao que designamos de “terceiros”, quando não eram familiares (pai, mãe, mãe de criação, irmão, tia, prima), sendo eles: Prefeituras Municipais, Delegacias de Polícia, Juizados de Menores ou setores do judiciário, outros hospitais, um setor identificado como “D.E.A.S. de BH”, instituições de abrigo e creches.

Esta incidência considerável de instituições⁴², como responsáveis pelas crianças e adolescentes, reforça a ideia de que neste período havia uma função tutelar do Estado diante dos menores, havendo um afastamento destes de suas famílias e um rompimento de vínculo já na tenra idade, de forma que as instituições passam a ter a gerência da vida dessas crianças.

Outro campo importante diz respeito ao diagnóstico dos internos. 38 fichas não possuíam essa informação, sendo este um dado importante ao considerarmos o ingresso de um paciente em um hospital psiquiátrico, como uma instituição de tratamento de saúde. Ainda que houvesse outros instrumentos de registro, como prontuários, chama a atenção a ausência desse registro em quase metade das fichas.

As designações dos diagnósticos não seguiam uma padronização, existindo ora um diagnóstico, ora dois ou mais, com diversos termos que designavam quadros semelhantes. Ao observar as designações mais comuns, encontramos menções de “oligofrenia”, podendo ser mencionadas de forma isolada, apenas como “oligofrenia”, ou como “oligofrenia imbecilidade” e “oligofrenia idiota”. Outro termo muito presente foi “epilepsia”. Porém, encontramos termos como “crises epileptiformes”, “hemiplegia” e “hemiconvulsão”, que

⁴² As instituições são: Abrigo de Velhos de Paraguaçu, Casa Espírita André Luiz (BH), Creche Menino Jesus (BH), D.E.A.S de BH, Delegacia de Polícia de Diamantina, Delegacia de Polícia de Leopoldina, Delegacia de Polícia de Muzambinho de Minas, Delegacia de Polícia de Patos de Minas, Delegacia de Polícia ou Prefeitura de Bambuí, Dr. Paulo Márcio Aleixo Anjelo - Juiz de Menores de Nova Era, Fórum Lafaiete, Hospital Carlos Pinheiro Chagas, Hospital de Oliveira, Hospital Neuro Psiquiatria Infantil (BH), Juiz de Menores de Barbacena e Mirai, Juizado de Menores de Belo Horizonte, Juizado de Menores de Muriaé, Prefeitura de Montes Claros, Prefeitura Municipal de Cabo Verde, Prefeitura Municipal de Chalé, Prefeitura Municipal de Cristina, Prefeitura Municipal de Monte Santo de Minas, Prefeitura Municipal de Paraizópolis e Pupileira Ernani Agrícola.

podem remeter a um quadro do campo da epilepsia. Há também menção a “debilidade mental”, “déficit mental” e “retardo mental”, que podem significar os mesmos quadros, assim como “paralítico”, “paraplegia” e “paralisia cerebral”. Há também referências à “microcefalia” e “raquitismo”, à “esquizofrenia” e “transtorno de conduta”.

De forma geral, confirmam-se os diagnósticos comuns à época voltados às *crianças anormais*, em um contexto em que a delimitação de um campo específico da Psiquiatria Infantil estava em formação no Brasil.

Um diagnóstico se destacou nas fichas durante a análise: “abandono social”. Trata-se de uma jovem de 19 anos, branca, sem registros de filiação em sua ficha, tendo como responsável a Prefeitura Municipal de Paraizópolis. Este diagnóstico, ainda que acompanhado de uma oligofrenia, nos aparece como um registro de algo invisível que ronda todas essas crianças e adolescentes, não só do Hospital de Oliveira, mas no contexto de desassistência a que historicamente a infância e a juventude, principalmente, pobre e negra viveu (e vive) no Brasil.

Refletimos também no ato político exercido pelo responsável por esse registro, em que o marcador do “abandono social” parece rasgar um véu que tenta encobrir de tantas formas as práticas e violências que responsabilizam individualmente os sujeitos, quando são, em verdade, uma responsabilidade coletiva e pública. Essa jovem, diagnosticada com “abandono social”, tem um registro de falecimento em março de 1974, ou seja, menos de três meses após sua chegada ao Hospital de Barbacena, sendo registrado como causa da morte, desidratação.

É possível perceber que muitos dos “meninos de Oliveira” faleceram antes da oportunidade de encaminhamento ao HNPI, em 1980, muitos registrando data de óbito logo após sua chegada no Hospital de Barbacena. Há que se considerar também, que entre 1974 e 1980, muitos deles podem ter atingido a idade adulta, não sendo considerados integrantes do PPI ou PPA, alvo de denúncias em 1979.

Encontramos o registro de falecimento em 63 fichas, estando 33 delas sem essa informação. Algumas indicavam transferências e altas, mas algumas não tinham informação alguma, o que pode indicar tanto a ausência de registro ou que estas permaneceram em Barbacena, tornando-se adultos ao longo do tempo, seguindo outros rumos dentro da instituição ou seguindo o percurso de desinstitucionalização no município, com a Reforma Psiquiátrica.

Foram verificados 63 registros de óbito que ocorreram no Hospital Colônia de Barbacena, entre os anos de 1974 e 2023. Dentre estes, 39 ocorreram entre 1974 e 1980, data em que teria ocorrido a transferência para Belo Horizonte, sendo 20 destes óbitos ocorridos

nos dois primeiro anos após a chegada em Barbacena (1974 e 1975) e 19 entre 1976 e 1979. Entre 1980 e 2000, foram registrados 17 óbitos e 7 óbitos entre 2001 e 2023.

31 fichas continham as causas de óbito e 4 delas indicavam morte “indeterminada” ou “natural”. Os registros são bem diversos, as vezes indicando sintomas, as vezes indicando os diagnósticos, podendo aparecer associados ou não. As causas mais comuns foram: epilepsia/estado de mal epilético/crise convulsiva, pneumonia/infecções respiratórias, insuficiência cardíaca/cardiorrespiratória, edemas cerebral/de pulmão. Destacamos algumas causas de morte que podem indicar quadros que se relacionam diretamente com as condições precárias de alimentação e higiene do hospital, como desidratação, desnutrição, gastroenterite, anemia, sendo comum termos como “anemia aguda”, “desnutrição de III grau”, “desnutrição grave”.

Sobre o estado de saúde das crianças e adolescentes, Ribeiro (2002 *apud* PEREIRA *et al.*, 2022) aponta relatos de um médico pediatra do Hospital de Barbacena que indica que manifestavam lesões neuropsiquiátricas de moderada a grave, polinfestação por vermes e anemia de leve a grave, diarreia crônica com ou sem desnutrição. Indica também que a associação dessas doenças gerou a morte de muitos deles.

Consideramos que este campo é um material rico para uma análise do processo de adoecimento gerado pelos hospitais, na contramão de suas pretensas propostas terapêuticas e de cura, que encobrem a violência institucional causada por este modelo manicomial, como denunciado teórica e politicamente pelos defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Apenas 4 fichas indicam a transferência para o HNPI, onde lê-se: “transferido para o Hospital Neuro Psiquiátrico Infantil de Belo Horizonte em 17.06.1980”. Considerando o número de óbitos anteriores e posteriores à 1980, nem todos os “meninos de Oliveira” foram encaminhados ao HNPI em Belo Horizonte.

A pesquisa de Arbex (2013) aponta que foram enviadas 33 meninos e meninas de Oliveira para o Hospital Colônia, o que, inicialmente, não se encontra registrado nestas fichas. Pode-se supor que esta informação talvez se refira a uma determinada faixa etária, àqueles que estivessem na fase da infância na ocasião da transferência, o que não conseguimos averiguar nesta pesquisa.

A autora registra que, em 2012, “dos trinta e três meninos e meninas enviados de Oliveira para o Colônia, seis vivem”, estando duas morando em Barbacena/MG e quatro morando no Lar Abrigado, um local que existe em anexo ao antigo HNPI, denominado atualmente de Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI). Encontramos, porém, alguns registros de óbito posteriores a 2012 registrados nas fichas. Os documentos informam,

por exemplo, a transferência de 7 internos para as Residências terapêuticas, sendo uma delas realizada em 2014, além de uma transferência em 2022 para o Caps TM e uma transferência em 2023 para “RT”. Os dados nos fazem inferir que haviam mais “meninos de Oliveira” vivos em 2021, porém não foi possível compreender onde eles se encontravam.

Segundo entrevista com a coordenadora do Lar Abrigado, irmã Mercês⁴³, realizada por Arbex (2013), em 2012, teriam sido encaminhadas mais de 20 crianças de Barbacena ao HNPI: “vieram para passar um dia e acabaram ficando a vida inteira. Quem os recebeu ficou chocado com o estado dos vinte e tantos meninos de Barbacena” (ARBEX, 2013, p. 90).

Arbex (2013, p. 90) também relata que “quando eles chegaram a Belo Horizonte, em 1980, não pareciam meninos, mas bichos assustados. Estavam sujos, não sabiam comer, nem ao menos usar o banheiro. Passaram a infância sem receber estímulos, e, por isso, o quadro de deficiência agravou-se”. Um destes internos foi identificado pela autora como sendo o garoto que, em 1979, teria sido confundido com um cadáver, tendo sido fotografado com o corpo coberto de moscas, no pátio do Hospital Colônia de Barbacena. Segundo irmã Mercês, quando chegou, mal conseguia se sentar e rastejava boa parte do tempo.

Na entrevista concedida à autora, irmã Mercês relata: “fizemos todo um trabalho de resgate da cidadania. Nenhum dos quatro vivos fala, mas a gente entende o que eles querem, inclusive seus gritos. O bonito de verdade é que eles não têm mais o olhar perdido” (ARBEX, 2013, p. 93). O trabalho no Lar Abrigado é realizado nos moldes de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), dispositivo técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000).

Para dar continuidade à construção da rede de atendimento às crianças e adolescentes em Minas Gerais, abordaremos a história do HNPI e do Instituto de Psicopedagogia. O HNPI passa por várias transformações, sendo até os anos 2000 a referência regional de atendimento psiquiátrico para crianças e adolescentes, inclusive para Barbacena/MG.

⁴³ Irmã Mercês participou ativamente da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte, tendo tido contato com Franco Basaglia quando trabalhou na Itália, sendo uma entusiasta dos modelos substitutivos. Foi trabalhadora da FHEMIG e na década de 1970 assumiu o Hospital Colônia, vindo a conhecer os “meninos de Barbacena”, como chama os ex-internos de Oliveira, no CEPAI, iniciando um trabalho com eles. Assim, os “meninos de Oliveira” se tornaram os “meninos de Barbacena”.

3.2.1.3. Belo Horizonte: HNPI, UNP e a aliança entre psiquiatria e pedagogia

É importante pensar porque na década de 1940, além da reorganização do hospital de Oliveira, voltado apenas à internação de crianças e adolescentes, foi criado em Belo Horizonte não só um hospital psiquiátrico infantil, mas uma instituição com finalidades pedagógicas vinculada a ele. Este movimento revela como se deu o entrelaçamento entre pedagogia e psiquiatria no estado de Minas Gerais.

O HNPI e o Instituto de Psicopedagogia são criados através do Decreto nº 2.094, de 1947, visando a hospitalização e tratamento de crianças de ambos os sexos, portadoras de doenças nervosas e mentais. O Instituto, particularmente, teria como função a classificação e orientação pedagógica de crianças anormais, através de clínicas especializadas e seções de orientação psicopedagógica (CIRINO, 1984).

Até 1949, o HNPI atendia somente em regime ambulatorial, passando a receber internações a partir desse período. O Instituto funcionava em suas dependências de forma precária e teria sede própria a partir deste ano. Há relatos de que ambas as instituições possuíam condições precárias de suprimentos, estrutura, materiais, profissionais, entre outros. Até 1963, havia 450 internações no HNPI, num aumento muito rápido, que, segundo Lippi *et al.* (1972 *apud* CIRINO, 1984, p. 29) devia-se à “escassez de outros órgãos assistenciais especializados em Psiquiatria Infantil, bem como de escolas para excepcionais; critérios precários para seleção dos casos de internamento”. Indicavam também o grande número de “abandonados sociais” e casos não psiquiátricos.

Os principais encaminhantes para o HNPI eram os familiares (67%), a polícia (11% e outros órgãos (22%). Predominava o gênero masculino e a maioria tinham entre 8 e 16 anos. Com relação aos tratamentos, mantinham-se os mesmos usados nos adultos: eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia e psicofármacos, além, é claro, do próprio isolamento (CIRINO, 1984).

O Instituto Psicopedagógico realizava a alfabetização dos internos do HNPI e ofertava realização de testes psicológicos em crianças, levados pelos familiares, médicos, escolas ou outras instituições. Com a construção de um local próprio, passa a ter um formato de uma clínica de orientação infantil.

Em 1964, uma ala da enfermaria das meninas, no HNPI, desaba, e elas são remanejadas para o Hospital Galba Veloso, sendo alocadas com adultos do gênero feminino até 1968. Em 1969, com a criação da FEAP, foram realizadas mudanças no hospital e na

assistência, definindo um serviço ambulatorial extra-muros que prestaria assistência psiquiátrica e ofertaria os serviços de hospital-dia e hospital-noite. Há também a reorganização dos critérios de internação, alta e transferência, como vimos, evitando internações inadequadas. Destaque que essas reformas acontecem no HNPI até 1973.

Em 1973, é criada a Unidade Psico-pedagógica (UNP), vinculada ao HNPI, num regime ambulatorial. A UNP teria surgido para complementar o atendimento oferecido pelo HNPI, pois sua criação foi motivada pelas observações do que ocorria no ambulatório do hospital. Segundo relatório da FEAP, de 1976, “70% da clientela do ambulatório do HNPI era portadora de ‘distúrbios de escolaridade’ (escrita, leitura e cálculo), da fala e da conduta, todos interferindo no rendimento escolar” (FEAP, 1976 *apud* CIRINO, 1984, p. 32).

Essas crianças teriam quociente de inteligência (QI) “dentro da faixa da normalidade” e deveriam passar por terapias específicas para a correção das dificuldades apresentadas, evitando o encaminhamento indevido às escolas especializadas, o que ocorria com frequência. A criação da UNP tem como objetivo, então, prestar atendimento gratuito a crianças com problemas de aprendizagem nas escolas públicas, visando “o tratamento de dificuldades específicas de escolaridade, em crianças de inteligência normal, mas com pouco desenvolvimento das funções básicas necessárias a este aprendizado” (FEAP, 1976 *apud* CIRINO, 1984, p. 32).

Na justificativa de criação dessa instituição revela-se o caráter preventivo dado às intervenções pedagógicas, principalmente, voltado às chamadas dificuldades escolares, pois considerava-se que “o atendimento à criança, em todas as suas dificuldades, inclusive escolares, era a mais perfeita e eficaz forma de prevenção de desajustes emocionais, e logicamente, de problemas psiquiátricos” (CIRINO, 1984, p. 32).

Em 1975, a UNP se torna uma unidade independente do HNPI e começa a crescer, compondo uma equipe interdisciplinar de psiquiatras, neurologista, foniatra, psicólogo, pedagogo e professores especializados. Havia uma proposta de criar “mini-unidades psicopedagógicas” em outras áreas da Grande BH, com convênio da Secretaria de Estado de Educação e as Prefeituras, porém não foi realizada essa implementação, gerando uma sobrecarga de atendimentos para a UNP.

Em 1979, após a visita de Franco Basaglia, em Barbacena e a denúncia da ala de crianças que existia no Hospital Colônia, vindos de Oliveira, algumas crianças são transferidas para o HNPI. Em 1980, Hiram Firmino em visita o HNPI e a UNP, relata o que encontra em ambas as instituições, denominando a experiência como “entre o céu e o

inferno”, remetendo-se à boa impressão causada pelo ambiente da UNP e à precariedade das instalações do HNPI, que compara a uma prisão (FIRMINO, 1982).

A FHEMIG, então, fundação responsável por todos os hospitais de Minas à época, decide unir a UNP com o HNPI, criando o Centro Psicopedagógico (CPP) em 1980, que se dividiu entre setor de internação, setor de escola especializada e setor ambulatorial. Trabalhavam com uma equipe multidisciplinar, com parte dela voltada ao diagnóstico psicopedagógico e houve várias reorganizações internas no CPP. Os principais encaminhamentos são das escolas e das famílias.

O setor de internação, em 1983, tinha capacidade para 60 leitos, sendo 23 deles ocupados pelas crianças transferidas de Barbacena. Os demais, eram destinados aos casos agudos do interior e da capital⁴⁴.

O setor da escola funcionava em convênio com a Secretaria de Estado de Educação e atendia “crianças e adolescentes, sem retardo mental ou fronteiriças, portadores de problemas de aprendizagem e/ou emocionais” (ESTATUTOS DA ESCOLA, 1981 *apud* CIRINO, 1984). Já o setor ambulatorial era o mais procurado, tendo realizado, em 6 meses, 3.850 consultas psiquiátricas, 964 consultas neurológicas e 1.628 consultas pediátricas.

As modificações realizadas na UNP no campo material e físico foram visíveis, mas por outro lado, acabou assumindo um caráter mais educativo e pedagógico, o que pode ter gerado um excesso de encaminhamentos inadequados à instituição pelas escolas, com o consequente perigo de patologização do fracasso escolar, como aponta Cirino (1992). Segundo o autor, havia uma preocupação da instituição com esse perigo, motivando-os a receber apenas os encaminhamentos dos centros de saúde ou de profissionais da área.

Em 1992, iniciou-se um processo de tentar municipalizar o CPP devido ao excesso de demandas, pois era a única instituição do estado. Seria feita uma divisão das áreas de atendimento em BH com outros centros de saúde, ficando exclusivamente nesta instituição a referência terciária (50 leitos) para BH e para o interior do estado.

Uma mudança interessante apontada por Cirino (1992) é a criação de uma equipe de pronto-atendimento, que teria como função atender os casos novos e de emergências que eram “caracterizados não a partir da nosologia psiquiátrica, mas do ‘sofrimento psíquico’ apresentado”, já indicando mudanças na própria assistência em saúde mental. Também adotariam novos recursos internos, como o atendimento ambulatorial, permanência-dia e a oferta de internação somente para casos graves e em crise.

⁴⁴ Em 1983 tinham ocorrido 45 internações da capital e 85 do interior.

A história da Reforma Psiquiátrica no município de Belo Horizonte tem alguns marcos na década de 1980 e 1990, com a criação do Fórum Mineiro de Saúde Mental, Associação de Usuários e Familiares e algumas medidas no âmbito legislativo e da gestão pública. O primeiro Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) é criado no ano de 1993, sendo após esse período criados os demais mais CERSAM, dentre eles o CERSAMi (CAPSi), no ano de 2008.

Segundo Dias (2012), é também em 2008, que, sob nova direção, altera-se o nome do Centro Psicopedagógico para Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI), encerrando a permanência-dia e voltando a oferecer o tratamento ambulatorial e a internação. Apesar de alterações em sua estrutura física, mantém uma organização e uma lógica hospitalar, o que faz com que Dias (2012) e Arbex (2013) considerem o CEPAI como um hospital psiquiátrico infantil, o único existente no estado de Minas Gerais:

o estado de Minas Gerais parece conviver harmoniosamente com um hospital psiquiátrico infantil, instalado em sua capital que, apesar de contar com uma rede substitutiva em saúde mental, em relação às crianças e aos adolescentes possui apenas um CAPSi, inaugurado no ano de 2008 (DIAS, 2012, p. 34-35).

Esse contexto revela que o processo de Reforma Psiquiátrica não vem se dando sem embates, com avanços mas também com disputas entre projetos distintos de assistência, que impactam na emergência de uma política de saúde mental voltada às crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais.

3.2.2 O campo da Educação: APAE e escolas especiais

Trataremos do campo da educação para compreender um outro setor que atendeu crianças e adolescentes em Barbacena por muitos anos, voltado às *crianças anormais*: a Educação Especial e as instituições especializadas, das quais destacamos a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Analisando a história da educação no Brasil, vemos que a década de 1920 marca a estrutura educacional brasileira, até então direcionada apenas para uma elite econômica. O processo de industrialização e urbanização passam a exigir novos conhecimentos, motivando a criação de novas escolas públicas e sua abertura às classes populares. Em Minas Gerais, é realizada uma reformulação educacional, sendo uma das ações, a criação de uma Escola de

Aperfeiçoamento de Professores, em 1929, que tinha como função o aperfeiçoamento em novas técnicas de ensino e cursos rápidos (CIRINO, 1984).

Para dar conta desse novo modelo de educação, a pedagogia buscou outras disciplinas científicas, como a psicologia, compreendendo que seu saber sobre a criação e seu desenvolvimento teriam papel importante na formação dos professores. Institui-se uma cadeira de Psicologia Educacional no ensino Normal.

Jannuzzi (1985) indica que a vertente psicopedagógica foi a principal orientadora das reformas estaduais de educação a partir da década de 1930, no Brasil, que formulam e organizam a educação de forma geral e também as classes e escolas especiais. Há dois nomes de referência no Brasil que produziram escritos sobre a “deficiência mental” nessa perspectiva psicopedagógica: Norberto Souza Pinto, que atuou em Campinas e São Paulo, e Helena Antipoff, que atuou, principalmente, em Minas Gerais e depois em outros estados do Brasil, como Rio de Janeiro.

A psicologia foi chamada como disciplina científica que poderia tornar técnica as discussões que envolviam a educação diante de um novo público e um novo mandato. Freitas Campos (1980 *apud* CIRINO, 1984) faz algumas críticas à atuação da psicologia nesse momento, indicando que houve um movimento de legitimar as desigualdades na forma de diferenças individuais de inteligência e aptidões, e que, ao levar o foco para as possibilidades individuais, acaba por esvaziar o conteúdo político da desigualdade no destino das crianças e adolescentes. Cresce, então, o interesse pelos testes psicológicos, sendo convidados a lecionarem sobre este assunto Th. Simon, co-autor da escala de Inteligência Binet-Simon, entre outros professores do exterior.

Dentro da Escola de Aperfeiçoamento, é criado o Laboratório de Psicologia Experimental do estado de Minas Gerais, momento em que Helena Antipoff é convidada para organizá-lo e oferecer cursos, gerando uma expansão da atenção à criança, particularmente, das crianças “excepcionais”⁴⁵. A educação primária em Minas ganha notoriedade e reconhecimento nacional, nesse período.

Em 1927, as ações destinadas às crianças e adolescentes em Minas Gerais, neste período, designados como “menores”, foram regulamentadas pelo Decreto nº 7.680, que instituía a Assistência e Proteção a Menores Abandonados e Delinquentes. Ele atingia menores abandonados, pervertidos, delinquentes e os anormais, sendo estes últimos definidos

⁴⁵ Este é um termo que toma notoriedade no Brasil com Helena Antipoff, que considera mais adequado e menos pejorativo que os atuais termos usados, como retardados e anormais (CIRINO, 1984; JANNUZI; CAIADO, 2013).

como crianças que por qualquer razão estejam em “condições de inferioridade e não podem adaptar-se ao meio social em que se destinam a viver” (CIRINO, 1984, p. 8).

Trataremos com mais detalhes deste Decreto no próximo item, mas cabe destacar que a partir dele houve o incentivo à criação de estabelecimentos para educação destes menores, incluindo os “anormais patológicos”, para prestar assistência aos menores “sem recurso, doentes ou débeis”. As entidades destinadas ao recolhimento de menores poderiam ser de quatro tipos: abrigos de menores, escolas de preservação, escolas de reforma e escolas para anormais. Aos menores “loucos e epiléticos ficam destinados os pavilhões no Instituto Raul Soares” (CIRINO, 1984, p. 9).

Helena Antipoff, junto com outros membros que formavam um grupo, traziam um fervor científico e um trabalho rigoroso, com produções teóricas importantes sobre temas da época. Além de seu trabalho junto ao estado de Minas Gerais, funda, em 1932, a Sociedade Pestalozzi, uma associação civil beneficente formada por professores, médicos, advogados, engenheiros, entre outras figuras importantes da cidade de Belo Horizonte. Em 1933, a Sociedade cria um Consultório Médico-Pedagógico, sendo uma das primeiras iniciativas em Minas a prestar diagnósticos e tratamento dos problemas mentais infantis (CIRINO, 1984).

Eram oferecidas consultas gratuitas aos pobres e às crianças excepcionais, atendendo casos tanto de anomalias físicas como mentais. Em 1935, é criado o Instituto Pestalozzi de Belo Horizonte, órgão vinculado à Secretaria de Educação e Saúde Pública de Minas Gerais. O Instituto era formado pelo consultório, classes especiais anexas e oficinas, desenvolvendo atividades de ensino, estudo e pesquisa sobre a infância excepcional.

O consultório atenderia “toda criança suspeita de qualquer deficiência ou perturbação mental, como debilidade e retardamento mental, nervosismo, perturbações da linguagem, da escripta, surdo mudez, enurese, defeitos de caráter social e mora, etc.” (PROJETO DO INSTITUTO, 1934 *apud* CIRINO, 1984, p. 10.) As crianças passavam por uma anamnese para identificação mais precisa possível do diagnóstico e eram encaminhadas para tratamento no próprio Instituto ou fora.

Destaca-se que assume um mandato de atenção às crianças pobres e abandonadas e não somente àquelas com questões ligadas a deficiências, assumindo uma função de “minorar a miséria moral”. Também funcionou como externato de escolares que não progrediam nos grupos escolares. Assim, Cirino (1984, p. 12) aponta que havia “uma trama de relações: há a preocupação de se constituir um saber rigoroso e metódico, há o problema social do menor abandonado ou carente, e ainda a questão do fracasso escolar”.

É possível perceber, então, que a preocupação com os excepcionais surge mais como uma preocupação com o problema da infância abandonada do que estritamente como trabalho destinado aos deficientes. Essa história marca também a criação das outras instituições vinculadas à Sociedade Pestalozzi.

Helena Antipoff manifestava suas preocupações com a assistência à infância, solicitando medidas do poder público junto à infância carente e, particularmente, dos excepcionais. Uma das sugestões, foi a criação de uma clínica médico-pedagógica que pudesse oferecer hospitalização e diagnóstico para casos mais complexos que não podem ser atendidos em ambulatórios. Dessa forma, se torna entusiasta da criação de um Hospital Psiquiátrico Infantil em Minas Gerais, ainda inexistente a essa época.

Cirino (1984) considera que este posicionamento de Antipoff é um argumento de peso para a criação do HNPI, em 1947, junto com as denúncias de promiscuidade da convivência de crianças e adultos nos hospitais psiquiátricos.

Trataremos, então, da área da educação em Barbacena considerando que o campo da educação especial atendeu as crianças e adolescentes com doenças mentais, não só do município, mas da região, em um momento em que o objeto se voltava às chamadas oligofrenias, que envolviam quadros neurológicos e orgânicos e quadros comportamentais e de condutas, em uma categorização que envolviam todas as crianças e adolescentes entre os anormais ou excepcionais.

Considerando o decorrer do século XX, encontramos, através da pesquisa bibliográfica, ações no campo das instituições especializadas, a ABAE, e no campo da educação regular, as classes e escolas especiais. Veremos que essas ações se interrelacionam, numa aliança entre Estado e filantropia na atenção às crianças excepcionais.

O movimento Pestalozzi toma proporções maiores, com Helena Antipoff assumindo um lugar de destaque e referência no campo do atendimento aos excepcionais. Em 1945, funda a Sociedade Pestalozzi do Brasil, no Rio de Janeiro, motivada por solicitações de escolas, pais e instituições de assistência social que cuidavam de crianças e adolescentes excepcionais. Nos registros da Sociedade Pestalozzi do Brasil, Antipoff infica que a finalidade da instituição era:

Promover o estudo, o tratamento, a educação e o ajustamento social de crianças e adolescentes que por seu desenvolvimento mental, aptidões ou caráter excepcionais, necessitem de uma assistência individual, dentro de um ambiente médico-pedagógico especialmente orientado. (SOCIEDADE PESTALOZZI DO BRASIL, 1965 *apud* DRUMOND, 2015, p. 78)

A equipe da sociedade Pestalozzi, entendendo que precisava atender as especificidades de cada criança e adolescente, decide criar um centro pedagógico. Em 1946, iniciam-se classes especiais e atendiam quadros de mongolismo, retardo mental, distúrbios motores, esquizoidismo e outros que se caracterizavam por diversos distúrbios de conduta como agressividade, instabilidade, tendência à fuga e a vagabundagem (DRUMOND, 2015, p. 79).

Também iniciam uma série de formações continuadas para professores, inclusive os educadores das APAE, tendo como orientação a Ortopedia Mental⁴⁶. Nos primeiros 20 anos da instituição, foram oferecidos os serviços psicológico, médico e pedagógico. A manutenção da instituição era feita através de mensalidades dos sócios, da renda de alguns serviços, doações e parcerias com o poder público.

3.2.2.1. Instituições especializadas: a Associação Barbacenense de Apoio aos Excepcionais (ABAE)

Helena Antipoff era uma entusiasta das organizações sociais em prol da atenção aos excepcionais e desvalidos sociais, pois acreditava que “somente um movimento social genuíno de pais e amigos teria fôlego e força para influenciar governos e sociedade” (ANTIPOFF, 1996 *apud* DRUMOND, 2015, p. 84). Participa do movimento de criação de um outro grupo de instituições que teriam a mesma função dos grupos Pestalozzi, e que se disseminam rapidamente no Brasil na década de 1960: as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

A primeira APAE foi fundada em 1954, no Rio de Janeiro, tendo como referência os núcleos norte-americanos voltados às crianças retardadas, as Associações Nacionais para Crianças Retardadas (National Association for Retarded Children – NARC), criada por familiares de crianças com deficiência por não poderem ter acesso à educação escolar por uma série de exclusões. Representantes deste movimento vêm ao Brasil para a fundação das APAE. Logo após, foram criadas nas seguintes cidades: Brusque (SC) em 1955; Volta

⁴⁶ A Ortopedia Mental foi criada em 1910 por Alfred Binet, que “buscou entender a eficácia de certos exercícios cuja função era endireitar, adestrar e fortificar as faculdades mentais. Ele acreditava que o treinamento das funções mentais por meio de exercícios repetidos e metódicos iria, facilmente, melhorá-las” (DRUMOND, 2015, p. 129).

Redonda (RJ) em 1956; São Lourenço (MG), em 1956; João Pessoa (PB) em 1957; Jundiaí (SP) em 1957; Caxias do Sul (RS) em 1957 e Barbacena (MG), em 1962.

Destaca-se que na década de 1960 foi criado, em nível nacional, a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais (CADEME)⁴⁷, por influência dos movimentos liderados pela Sociedade Pestalozzi e APAE do Rio de Janeiro. Helena Antipoff, inclusive, compõe a coordenação da CADEME como diretora. Tinha como finalidade a promoção de educação, treinamento, reabilitação e assistência educacional de crianças retardadas e deficientes mentais, utilizando, para isso, de cooperação técnica e financeira com entidades públicas e privadas, sendo um momento de disseminação de outras APAE no Brasil⁴⁸.

Surge também nesse período, em 1962, a fundação da Federação Nacional das APAES (FENAPAES), com o objetivo de estabelecer contato entre as unidades e ter um diálogo unificado com o governo federal através de uma representação nacional. Essas entidades possuíam uma grande força política nesse período. É perceptível a influência de Antipoff no trabalho das APAE e sua presença e articulação com este movimento. Há relatos que Antipoff teria realizado visitas à região de Barbacena, indo à sede da APAE e ao Hospital de Alienados, e também à São João Del Rei, no Instituto de Psicologia e Pedagogia da Faculdade Dom Bosco de Filosofia, Ciências e Letras (OLIVEIRA, et. al, 2024.).

Em Barbacena é fundada, em 1962, a Associação Barbacenense de Assistência aos Excepcionais (ABAE), por um grupo de pais com crianças portadoras de síndrome de down: Lea Paolucci, Túlio Octavio de Araújo Lima e Ítalo Sogno, com registro no Ministério da Saúde, Departamento da Criança e no Conselho Nacional de Serviço Social. A entidade tinha o caráter de associação civil de caráter público e teria a mesma finalidade das APAE⁴⁹.

Importante considerar que, no período em questão, estava em vigência uma concepção integrativo-adaptadora da deficiência, em que os excepcionais deveriam, através da educação,

⁴⁷ A CADEME foi criada pelo Decreto nº 48.961, de 22 de setembro de 1960, vinculado ao Ministério da Educação e da Cultura.

⁴⁸ Na década de 1950 foram criadas 7 entidades; na década de 1960, 111, e, em 1970, foram filiadas 310 novas APAE. Na década de 1980, o número subiu para 347, e em 1990 foram criadas 807 associações. No período de janeiro a julho de 2001 foram filiadas 127 (SALABERRY, 2007 *apud* DRUMOND, 2015). Até 2014, constava a existência de 2.127 APAE (DRUMOND, 2015). Acessando o site da FENAPAE atualmente encontramos que até 2021 existiam 2.227 entidades em 27 estados, sendo 847 no Sudeste, 757 no Sul, 302 no Nordeste, 144 no Norte e 177 no Centro-Oeste. Minas Gerais é o estado que mais sediou APAE, com 424, mais que São Paulo, que possui 319 unidades (FENAPAE, s/d).

⁴⁹ Sobre a organização e o histórico e as práticas da ABAE/APAE de Barbacena, sugerimos conferir a tese de Drumond (2015), que analisa as práticas pedagógicas nesta instituição no período de 1962 a 1976 e o artigo de Oliveira *et al.* (2024), que analisa a instituição no período de 1962 a 1978 a partir do noticiário da cidade.

serem ajustados e adaptados à sociedade (JANNUZZI, 1985; JANNUZZI; CAIADO, 2013). Estas concepções se refletem na finalidade da APAE de Barbacena.

Segundo pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2024), com base nos noticiários de Barbacena sobre a ABAE, a finalidade divulgada pela instituição era a integração social dos excepcionais através do ensino especializado e do trabalho. Entendia-se que o acesso a educação era um direito de todos, devendo ser acessado, também, pelos excepcionais. Além do campo da educação, o trabalho também aparecia como um importante pilar da instituição, sendo oferecidos cursos profissionalizantes, oficinas, e da articulação para inserção dos internos em ocupações na cidade.

No ano de fundação, a ABAE teve o reconhecimento como entidade de utilidade pública, através da Lei Municipal nº 791 e a prefeitura doou um terreno na região central da cidade, onde a instituição passou a funcionar de 1968 até os dias atuais (MATOSO, 2022a). Isso mostra a importância da instituição no município, bem como a influência de suas lideranças, sendo comum a participação da comunidade no trabalho da ABAE, como sócios e também de políticos da cidade (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Eram prestados o seguintes serviços, quando de sua criação: serviços médicos, serviço psicopedagógico, serviço social e serviço de relações públicas. Os serviços médicos eram prestados por especialistas colocados à disposição da entidade por órgãos públicos ou privados, e outros sob a prestação de serviços, tendo como atribuições “a avaliação dos casos encaminhados pela secretaria; indicação dos exames exigidos; classificação e encaminhamento das pessoas atendidas aos diversos setores especializados” (DRUMOND, 2015, p. 106).

O serviço psicopedagógico prestava assistência aos educandos, aos pais e professores dos estabelecimentos mantidos pela ABAE, tendo como atribuições “aplicação de testes especializados para fins de diagnóstico e avaliação; orientação de casos juntamente com a escola e família; acompanhamento de casos para fins de pesquisa científica” (DRUMOND, 2015, p. 106-107).

O Serviço Social tinha a finalidade de “averiguar a situação socioeconômica e familiar do excepcional, para a sua melhor inserção nas atividades a serem desenvolvidas; orientar a família acerca dos recursos disponíveis para melhoria de sua condição de vida; levantar recursos financeiros em prol da associação” (DRUMOND, 2015, p. 107). E o serviço de relações públicas tinha a função de realizar a divulgação do trabalho da ABAE e promoção de eventos, como palestras, cursos e conferências.

A instituição também mantinha convênio com o Governo do estado de Minas Gerais, administrando os seguintes estabelecimentos: Instituto da Criança Excepcional Maria do Rosário (1965); Escola Primária Junto ao Centro de Recuperação Neurológica da ABAE (1970) e Centro de Aprendizagem Ocupacional (oficinas pedagógicas) (DRUMOND, 2015).

A equipe era formada por pediatra, neurologista, psiquiatra, psicólogas, assistente social, psicotécnicas, orientadora educacional, técnica em ortóptica, auxiliar de fisioterapia, técnica em surdo-mudos, técnica em organização neurológica, professoras especializadas, orientadoras educacionais, orientadora pedagógica, logopedista, professor de educação física/recreação, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, secretária, chefe de escritório, odontólogo, operadora, recepcionista e contadora.

A orientação do tratamento era dado pelo setor médico, cabendo ao psiquiatra orientar a equipe especializada sobre as medidas terapêuticas e ao pediatra realizar a anamnese e prescrever exames quando necessário. Vemos uma organização extremamente especializada e fragmentada, alinhada com a proposta da época de um trabalho voltado às especificidades de cada criança. Interessante notar que a condução do tratamento se dá pelo psiquiatra, sem menção ao neurologista no processo de anamnese.

A ABAE funcionava em um regime de semi-internato e tinha os seguintes setores: Setor Médico, Setor de Logopedia, Setor de Terapia Ocupacional, Setor de Serviço Social, Setor de Ortóptica, Setor Odontológico, Setor de Fisioterapia, Setor Psicopedagógico, Setor de Oficinas Pedagógicas, Setor de Recreação e Educação Física e Setor de Escolaridade⁵⁰.

O Setor Psicopedagógico era formado por psicólogo e orientador educacional e realizada avaliação e seleção dos alunos, inclusive orientação vocacional dos alunos do Instituto da Criança Excepcional Maria do Rosário, encaminhando-os às oficinas pedagógicas. Além disso,

Tinham, também, a responsabilidade por outros serviços como o Estudo de Caso (entrada e saída dos usuários), a entrevista, a orientação e apoio à família. Cabia-lhes, ainda, a aplicação de testes para a determinação da Idade Mental e do Quociente Intelectual (Colúmbia e Raven), como outros de personalidade (Rorschach), além do preparo e orientação psicológica do pessoal que trabalhava na instituição, e a observação direta e acompanhamento do aluno (DRUMOND, 2015, p. 109).

O setor de escolaridade da ABAE se organizava de diversas formas, o que traz uma relação bem próxima da ABAE com o ensino especial nas escolas públicas, indicando o

⁵⁰ Drumond (2015) traz as funções e atividades de cada um dos setores em seu trabalho, mas destacaremos aqueles que são mais importantes para essa discussão.

entrelaçamento da filantropia com o poder público, como foi comum na história da educação especial no Brasil (CIRINO, 1984). Trataremos deste ponto no próximo subitem.

Na década de 1970, foram realizadas alterações em algumas atividades no intuito de inserir a reabilitação e integração social so menor excepcional mediante a educação e o trabalho. No mesmo período, a ABAE recebe recursos, mediante convênio, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para atender o menores beneficiários de políticas sociais. Há também uma estreita relação da instituição com órgãos internacionais, mediado por acordos da Secretaria de Educação e órgãos estadunidenses, recebendo visitas de consultores e encaminhando professoras para capacitação nos Estados Unidos.

Percebe-se que a ABAE, além de prestar assistência médico-psicológica, era tida como um centro de avaliação especializada de crianças e adolescentes, que classificava e direcionava as crianças e adolescentes aos serviços existentes. É na ABAE que são realizadas, por exemplo, a avaliação dos internos do IPEME (Matoso, 2022a).

Com as transformações nas legislações do país a partir da década de 1980, mais precisamente a partir de 1990, a ABAE começa a se adaptar aos novos marcos jurídicos. Neste período, há no Brasil a construção de marcos legislativos em cada setor, configurando políticas públicas com princípios e diretrizes particulares e uma nova forma de organização, gestão e financiamento. A ABAE altera sua razão social em 1999, passando a denominar-se Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Barbacena, integrando-se aos padrões estatutários e organizativos da FENAPAES.

A APAE de Barbacena passa a direcionar suas atividades para o campo da saúde e da assistência social, dando menos ênfase na área da educação, uma vez que a educação especial de crianças e adolescentes passa a ser ofertada prioritariamente nas escolas regulares. A trajetória educacional da ABAE será explicitada abaixo.

O atual regimento da associação registra que seu objetivo é “promover ações de defesa de direitos e prevenção, orientação, prestação de serviços e apoio à família da pessoa com deficiência”, acolhendo usuários com diagnóstico de deficiência intelectual, deficiência múltipla ou transtorno do espectro autista em serviços de saúde, assistência social e educação (APAE DE BARBACENA, 2019 *apud* MATOSO, 2022b)

3.2.2.2. Ensino regular: as classes especiais e escolas especiais

Na década de 1960, foi publicada uma instrução que determinava a organização das escolas públicas estaduais em Minas Gerais e definia que a classificação dos alunos se daria de acordo com os resultados dos testes psicopedagógicos elaborados pela equipe técnica do órgão central. A partir de critérios que se baseavam em alunos que revelarem um “maior desenvolvimento”, os “médios” e aqueles com “pouco ou nenhum desenvolvimento”, eram agrupados em determinadas turmas, sendo estes últimos destinados às classes especiais. Assim, estava “consagrada a existência de classes e alunos que não se enquadram nos padrões estabelecidos pelo sistema” (MACHADO, 1985, p.14).

Neste período, a legislação que regia a escolarização dos excepcionais era o Código de Ensino Primário de Minas Gerais, de 1962 (MINAS GERAIS, 1962). Ela determinava a oferta de classes de Ensino Emendativo, que “destina-se a menores deficientes e ambos os sexos, débeis, portadores de defeitos físicos, cegos, surdos, com distúrbios emocionais e desajustamento social e aos retardados mentais que estejam impedidos de frequentar a escola comum” (MINAS GERAIS, 1964). Também previa que o Ensino Emendativo deveria privilegiar os aspectos de saúde do estudante em detrimento de seu desempenho escolar. A partir da década de 1970, em Minas Gerais, a Resolução nº 51 substitui a expressão “ensino emendativo” por “ensino especial”⁵¹.

Em 1963, havia duas classes de Ensino Emendativo em Barbacena que ficavam anexas ao Grupo Escolar Padre Sinfônio de Castro. Posteriormente, através do Decreto nº 8.751, de 1965, essas duas classes foram transformadas em uma unidade autônoma com a denominação de Instituto da Criança Excepcional Maria do Rosário. Em 1966, o Instituto tinha 35 alunos entre 3 e 21 anos de idade, distribuídos em 5 classes. Esta era uma instituição vinculada ao Governo do Estado, mantida pela ABAE através de um convênio celebrado em janeiro de 1966, para manter o serviço e preparar os profissionais (DRUMOND, 2015).

Pelo convênio, a ABAE teria, entre outras, a função de manter as classes especiais, oficinas pedagógicas e serviços de diagnóstico; assegurar assistência médica psicopedagógica e social; oferecer alimentação e vestimenta; receber estagiários; supervisionar e orientar os

⁵¹ Não nos deteremos em todas as transformações que perpassam a educação especial no Brasil, apenas dos pontos mais importantes para compreender o contexto da oferta de educação às crianças e adolescentes consideradas excepcionais, na cidade de Barbacena/MG e região. Sobre as classes especiais em Minas Gerais, conferir Machado (1985).

profissionais. À Secretaria de Educação do Estado, caberia disponibilizar o quadro de profissionais necessários às atividades da instituição e remunerá-los.

As 5 classes eram divididas em: uma classe para deficiente mental profundo; duas classes para surdos-mudos, e duas classes para deficientes mentais escolarizáveis. As professoras eram formadas no curso de Educação Emendativa ofertado na Fazenda do Rosário, sob orientação de Antipoff, seguindo os princípios da ortopedia mental. Segundo Drumond (2015), o enfoque se dava na aquisição de habilidades da vida diária, buscando a integração e ajustamento das crianças à sociedade.

Em 1976, o Instituto Maria do Rosário passa a ser denominado de Escola Estadual Maria do Rosário. Drumond (2015) relata que, neste ano, havia 22 classes, e que 10 delas funcionavam anexas à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), atendendo crianças internas do CHPB com deficiência mental na faixa de 7 a 14 anos e as demais classes funcionavam na ABAE. Em 1977, a Escola Estadual Maria do Rosário muda sua sede para dentro do CHPB, sendo responsável apenas pelas 10 classes especiais voltadas aos internos.

De acordo com (MATOSO, 2022c), em 1977, também é celebrado um acordo da Secretaria de Interior e Justiça com a Secretaria de Educação para que fosse ofertado ensino especial aos internos do IPEME. Cabe ressaltar que o IPEME era uma instituição ligada à FEBEM e à FUNABEM, que recebia crianças e adolescentes com doenças mentais ou distúrbios de aprendizagem, que tivessem cometido infrações penais. Funcionava em um pavilhão dentro do CHPB e será apresentado no próximo item.

Entre 1978 e 1980, passam a funcionar mais 5 classes de educação integrada voltadas aos internos do IPEME, anexadas à Escola Maria do Rosário. Aqueles internos do IPEME que estavam fora da faixa escolar obrigatória, eram encaminhados às classes do Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral).

A Escola Estadual Maria do Rosário passa a atender, entre 1977 e 1981, apenas as crianças e adolescentes institucionalizados no Hospital Colônia de Barbacena, então Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). Esse destaque se dá para os estigmas que vão sendo construídos em torno dessas escolas e à divisão que ocorre nesse momento, em que a ABAE fica responsável pela educação das crianças e adolescentes que não são internos do hospital, que moram em Barbacena e Região, que comumente ficavam um turno na escola, e o outro nas atividades da ABAE. Ambas atendem os “excepcionais” no âmbito da educação especial e possuem a mesma finalidade, porém para crianças e adolescentes em condições diferentes.

Segundo Drumond (2015) é criada uma outra Escola Primária na ABAE, em 1970, que passa a ser uma Escola Estadual, em 1974. Por funcionar junto ao Centro de Recuperação Neurológico da ABAE, é denominada “Escola Estadual junto ao Centro de Recuperação Neurológico da ABAE”, tendo 3 classes clínicas, em 1974 e 16 classes, em 1977. Essa escola transforma-se na Escola Estadual de Educação Especial Rubens Crespo⁵², em 2001, em uma nova legislação educacional, ofertando 16 classes especiais do 1º ao 5º ano, 3 classes da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e 2 salas de recursos.

Em 1981, a Escola Estadual Maria do Rosário foi desativada pelo governo do estado e os alunos encaminhados à Escola Estadual junto ao Centro Neurológico da ABAE. Segundo Matoso (2022b), não se tem informações sobre o atendimento escolar ofertado aos internos do IPEME a partir dessa data.

Há um movimento de diretores de escolas de Barbacena neste período solicitando a instalação de um estabelecimento de ensino especial na cidade. Essa demanda é levada em 1983 no Congresso Mineiro de Educação e atendida na década de 1990, com a articulação de políticos locais.

Em 1992 é ativado o Centro Estadual de Educação Especial Maria do Rosário para atendimento escolar especializado, reunindo as classes existentes no CHPB e nas escolas estaduais da cidade. Desta forma, todas as crianças e adolescentes “com necessidades especiais de ensino”, foram encaminhadas a esta escola.

Interessante refletir que isso acontece no contexto de aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação de 1996, em que há um movimento nacional contrário ao conclamado pelas escolas Barbacenenses. Segundo a LDB, no artigo 4º, inciso III, “é dever do Estado a garantia de atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1996). A escola regular passará a ter serviço de apoio especializado para atender as particularidades destes alunos e os serviços especializados seriam oferecidos em condições específicas, em que não seja possível sua integração nas classes comuns do ensino regular.

Em 2016, através do Decreto nº 675, a Escola Estadual de Educação Doutor Rubens Crespo é integrada ao Centro Estadual de Educação Especial Maria do Rosário. Segundo Matoso (2022c), essa decisão do governo mineiro teria sido motivada pela inserção de ações de inclusão nas escolas regulares e a redução de estudantes destinados à educação especial. Após a desativação da Escola Rubens Crespo, a ABAE, agora sob denominação de APAE,

⁵² Este nome era uma homenagem ao pediatra que trabalhou na ABAE nos anos 1960, tendo viajado diversas vezes aos Estados Unidos para capacitação, falecendo de câncer de forma precoce.

ainda manteve classes de educação infantil por um curto período, através de convênio com a Prefeitura de Barbacena.

3.2.3. O campo da Assistência Social e Segurança: a FEBEM e o IPEME

Neste item tratará de duas instituições que atenderam crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, em Barbacena, no campo da assistência e da segurança. A primeira é o Instituto Psicopatológico de Ensino e Estudo do Menor (IPEME) que atendia menores com questões mentais que tivessem cometido contravenções penais, sendo executado em um pavilhão do CHPB na década de 1970. O IPEME era vinculado à Secretaria de Interior e Justiça e também à FEBEM, existindo poucas informações sobre essa instituição. Barbacena não abrigou uma unidade da FEBEM, mas havia uma unidade situada bem próxima, na cidade de Antônio Carlos, um município limítrofe à Barbacena.

No processo de pesquisa sobre a assistência à infância em Minas Gerais, encontramos relatos sobre estados de sofrimento mental de menores internos das FEBEM do estado⁵³, reforçando o intuito de colocar luz sobre estas instituições como mais um setor, público e não especializado, que atendeu crianças e adolescentes com demandas de saúde mental.

No debate sobre as principais questões que envolviam os internos das FEBEM, havia diversas demandas (“situações irregulares”) que eram tratadas por uma mesma estratégia, a institucionalização. Porém, aparecem duas situações bem distintas entre os internos que se destacam: a condição de abandono social ou vadiagem, de um lado, e a delinquência e a contravenção, de outro. Por este caminho, surgem dois eixos fundamentais de debate ao pensar a extinção da FEBEM e a reorientação da assistência às crianças e adolescentes: a assistência social e a segurança pública ou o campo da justiça.

É possível perceber que, assim como acontece com a loucura, a periculosidade também se vinculou à figura do “menor” e da pobreza. Optamos, então, por trazer neste item os temas da segurança e da assistência social de forma conjunta, para tratar do IPEME e dos casos de saúde mental presentes nas FEBEM.

⁵³ Campos (2021) realizou um estudo com prontuários de internos das FEBEM de várias unidades de Minas Gerais. Pela forma de disponibilização do material de pesquisa, não foi possível que conseguisse identificar de quais unidades eram oriundos cada prontuário, mas foi possível tecer um panorama geral dos internos das unidades FEBEM em Minas Gerais. Nos trechos dos prontuários, aparecem menções à Escola ligada à FEBEM de Antônio Carlos, o que nos leva a crer que esta unidade foi representada nestas análises.

Cabe ressaltar, que foram poucas as bibliografias encontradas com relatos mais particulares dessas duas instituições, do IPEME e da FEBEM em Minas Gerais, particularmente a FEBEM de Antônio Carlos. Consideramos importante, então, retomar de forma breve o atendimento aos menores considerados “vadios, libertinos e delinquentes” em Minas Gerais, público que foi atendido, majoritariamente, pelas FEBEM, vivenciando uma série de questões diferentes entre si, que eram tratadas da mesma forma nessas unidades regionalizadas pelo estado. Posteriormente trataremos do IPEME e do campo da segurança pública.

Ao analisar a história da assistência à infância em Minas Gerais, Cirino (1985) aponta que nos anos 1900 já havia a preocupação dos dirigentes públicos com os problemas sociais, destacando-se a mortalidade infantil e a mendicância⁵⁴. Nas duas primeiras décadas do século XX, a maioria das iniciativas eram filantrópicas, destacando-se o Instituto de Proteção e Assistência à Infância de Belo Horizonte, criado em 1919, para proteger a infância necessitada e indigente, criar creches, dar instruções de higiene infantil, proteger crianças que sofrerem “maus tratos habituais ou excessivos”, que se entregavam à vagabundagem, aos “moralmente abandonados”, “considerados os filhos de pais de má conduta, mendigos ou condenados”, entre outras atribuições (CIRINO, 1985, p. 7).

Em 1927 é regulamentada a “Assistência e Proteção aos Menores Abandonados e Delinquentes”, pelo Decreto nº 7.680, que atenderia aos menores abandonados, pervertidos, delinquentes e anormais.

Consideram-se pervertidos os menores vadios, mendigos ou libertinos. São vadios os que: vivem em casa dos pais, ou tutor ou guarda, porém, se mostram refractários a receber instrução ou entregar-se a trabalho serio e útil, vagando habitualmente pelas ruas e logradouros públicos. [...] São libertinos os que habitualmente: na via publica perseguem ou convidam comanheiros ou transeuntes à prática de actos obscenos; aqueles que se entregam à prostituição ... ou frequentam casa de toerancia para a patica de actos immoraes. [...] Consideram-se anormais, ... todas as creanças que, por uma razão qualquer, se acham em condições de inferioridade e não podem adaptar-se ao meio social em que se destinam a viver (REGULAMENTO DA ASSISTÊNCIA A PROTEÇÃO A MENORES ABANDONADOS E DELINQUENTES, 1927 *apud* CIRINO, 1985, p. 7).

Neste regulamento, foi criado um Conselho de Assistência e Proteção aos Menores, composto por diretores de diversos setores do Governo do Estado, da justiça e da sociedade civil, que tinha como uma de suas funções criar estabelecimentos para “educação dos menores abandonados, viciosos e anormaes pathologicos” (CIRINO, 1985, p. 8). Estas entidades

⁵⁴ Se refere a um plano proposto pelo Dr. Cícero Ferreira à cidade de Belo Horizonte onde aponta as principais preocupações daquele período, considerando a pobreza e a mendicância como “pragas da rua”, das quais a prefeitura poderia se livrar com apoio da população (CIRINO, 1985, p. 6). Este plano foi apresentado em 1905, quando Belo Horizonte havia sido recentemente elevado à município e capital do estado de Minas Gerais, no ano de 1893 (INSTITUTO, n/d).

poderiam ser de quatro tipos: abrigos de menores e escolas de preservação – para menores socialmente abandonados -, escolas de reforma – de dois tipos, uma para menores vadios, mendigos ou libertinos e outra para menores delinquentes-, e escolas para anormais. As escolas deveriam ser preferencialmente na zona rural e os abrigos nos centros urbanos.

Como visto no primeiro capítulo desta tese, em 1941, cria-se o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM), ligado ao Ministério da Justiça, que possuía um caráter repressivo e higienista, baseado no Código de Menores, de 1927, sem uma distribuição regular nos territórios. O SAM acaba sendo conhecido, na visão popular, como um produtor de jovens infratores e delinquentes, sendo vistos pela imprensa como objeto de abuso e violência assim como pela sua periculosidade (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Essa instituição começa a sofrer denúncias e críticas, fazendo com que seja criada a Política do Bem-Estar do Menor (PNABEM), em 1964, que vinha com o intuito de operacionalizar a instituição de forma diferente, mas sem questioná-la. Previa a institucionalização como medida excepcional e respeitada as diferenças regionais, mas mesmo assim operou a continuidade da institucionalização em massa de menores. Propunha uma redistribuição do serviço de atendimento ao menor, operando uma interiorização, criando instituições estaduais, as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM).

A descentralização adotada pela PNABEM seria realizada através de convênios com instituições que tivessem condições de cumprir suas diretrizes (RIZZINI; RIZZINI, 2004). Por um lado, essas parcerias podem favorecer a capilarização, mas também contam com atores com capacitações e valores diferentes, recursos operacionais e estruturais distintos, gerando uma heterogeneidade na oferta da política.

3.2.3.1. A FEBEM/MG e as questões de saúde mental dos internos

Em Minas Gerais, a FEBEM foi criada como instituição autônoma, com um estatuto próprio regulamentado no ano de 1966 (MINAS GERAIS, 1966). Na década de 1980, regulamenta-se a locação do serviço de atendimento ao “menor” permitindo convênios com instituições sem o objetivo de lucro. Segundo Campos (2021), essas instituições tiveram um papel importante na execução dessa política no Estado de Minas Gerais por muitos anos, sendo várias delas religiosas.

Segundo Campos (2021), em 1984, eram atendidos em Minas Gerais 32.000 crianças e jovens em 32 unidades no estado. Informa também que existiam 200 mil crianças abandonadas e que a FEBEM empregava 1400 funcionários, contando com financiamento da FUNABEM e 26% do lucro líquido da Loteria Mineira⁵⁵.

Ao analisar os prontuários das unidades da FEBEM de Minas Gerais, Campos (2021) levanta alguns elementos importantes de análise sobre as crianças e adolescentes internados, suas condições de vida, as motivações de sua internação, as relações internas com os funcionários, as categorizações usadas para classificá-los, entre outros. Destaca-se, nas análises, alguns pontos importantes sobre as condições de saúde dos internos.

A condição de saúde dos internos estava registrada em grande parte dos prontuários, mas nem sempre sendo realizada por profissionais da área, sendo comuns apontamentos sobre diagnósticos sem laudos ou exames que os comprovassem. Também foi possível perceber que a situação de saúde dos familiares eram elementos considerados para avaliar a condição de oferta de cuidado, sendo considerado em alguns casos que a precária saúde dos cuidadores seria um impedimento ao cuidado adequado das crianças.

Campos (2021) aponta que, no âmbito da PNABEM, “a saúde é utilizada enquanto dimensão de categorização e justificação” (CAMPOS, 2021, p. 82). Assim, as condições de saúde, seja dos internos ou de seus familiares, eram consideradas tanto na decisão de institucionalização quanto para definição dos processos internos e os encaminhamentos que seriam dados àquele sujeito na instituição ou fora dela, bem como para seu desligamento.

Vale ressaltar que dentro da “situação irregular” considerava-se as condições materiais, morais e mentais das famílias para cuidar ou não das crianças e adolescentes, sendo. A própria legislação mineira indica que deve ser assegurada as condições de saúde e educação das crianças e adolescentes que estiverem em estado de abandono, seguindo a legislação nacional que considera a privação da dimensão de saúde como parte da situação irregular (MINAS GERAIS, 1966).

Havia um modelo de avaliação com a especificação da metodologia usada, o resultado da avaliação e uma conclusão ou orientação sobre o interno. A metodologia de avaliação, porém, não indicava uma padronização pelos profissionais, principalmente médicos e psicólogos, sendo usados testes diferentes em diversos prontuários. Como não era possível encontrar indicações de normativas que direcionassem essas avaliações, pode-se considerar

⁵⁵ Informações de reportagem datada de 1984, com dados fornecidos pelo então presidente da FEBEM, Antônio Carlos Gomes da Costa, ao Jornal do Brasil. Disponível em https://memoria.bn.br/pdf/030015/per030015_1991_00177.pdf.

que era uma discricionariedade de cada profissional. As avaliações dos profissionais de saúde também eram usadas para avaliar ou não o desligamento ou a transferência dos internos.

Também foram encontrados laudos médicos que tinham a função de definir a idade dos jovens que não possuíam documentação de identificação, sendo realizada pelas características físicas. Campos (2021) cita uma situação em que a idade do interno foi estabelecida por uma Portaria⁵⁶ “para fins de registro civil de nascimento” (CAMPOS, 2021, p. 88)

Abaixo, segue um trecho de um prontuário trazido por Campos (2021) que ilustra esse modelo avaliativo, neste caso, uma síntese de exame psicológico, datado de 7 de abril de 1981, em Belo Horizonte:

INTELIGÊNCIA:

I.C. = 13 anos e 5 meses

I.M. = 09 anos

Q.I. = 67

CLASSIFICAÇÃO: Debilidade Mental.

PERSONALIDADE:

Caracteriza-se por sinais de perturbação neurótica determinada por conflitos não superados e fortemente reprimidos, porém dominantes; devido, talvez, a acentuada tendência à receptividade interna de estímulos sem recursos para sua elaboração. Isto determina uma sobrecarga de ansiedade que conduz à perturbação ou comprometimento do equilíbrio emocional.

Devido ao supercontrole emocional há uma repressão e negação das necessidades determinando uma atitude passiva de acomodação e morosidade e dificuldade na expressão dos sentimentos.

CONCLUSÃO:

Personalidade acentuada problemática emocional que determina o bloqueio do desenvolvimento mental.

ORIENTAÇÃO:

Deverá frequentar escola que possa lhe proporcionar condições de liberação da carga emocional através de atividades produtivas, contribuindo para seu desenvolvimento intelectual.

Com tratamento e aprendizagem especializada poderá alcançar escolarização até a 4ª Série.

Treinamento para trabalhos simples que incluem tarefas automáticas, rotineiras e concretas, sob supervisão, como: ajudante de mecânico, de carpintaria, de eletricista, de bombeiro, “office-boy”, tratorista, pintor, pedreiro, servente etc. (CAMPOS, 2021, p. 84, grifos do autor).

Há também um trecho destacado pelo pesquisador que trata de um laudo psicológico, inclusive feito por uma psicóloga, em Barbacena, em 1980.

Submetido a testes de inteligência alcançou resultados muito inferiores, compatíveis com a idade de 3 anos e um QI 32. **Deficiente mental profundo.**

Nos testes de personalidade evidenciaram tendências ao autismo, vive no seu próprio mundo.

Concluimos que se trata de uma oligofrenia.

⁵⁶ Campos (2021) cita o seguinte trecho presente no laudo médico de um prontuário: “O presente laudo foi feito e assinado por médicos da própria FEBEM, à vista do credenciamento do MM. Juiz de Direito da Vara de Menores da Comarca de Belo Horizonte, através da Portaria Nº 05, de 31 de janeiro de 1975, para fins de registro civil de nascimento” (CAMPOS, 2021, p. 88, nota de rodapé.)

(Processo 1480.01.0008771/2020-36, Laudo Psicológico, Barbacena – Minas Gerais, janeiro de 1980, assinado por psicóloga) (CAMPOS, 2021, p. 85, grifos do autor).

Em outros trechos retirados dos prontuários aparecem diagnósticos de debilidade mental, indicando a presença de internos com demandas de saúde mental nas unidades das FEBEM em Minas Gerais. Este modelo apresentado também indica uma tendência de orientação que tinha como eixos principais a escolarização e as possibilidades de profissionalização na maioria dos prontuários. Segundo Campos (2021), ainda que não fosse constatada dificuldade de aprendizagem, as atividades, independente do perfil do jovem, eram basicamente operacionais, como limpeza, rotinas, carpintaria e sapataria.

É possível perceber uma busca no intuito de relacionar as ações dos internos com possíveis condições emocionais ou de suas histórias de vida, seja pelas avaliações dos profissionais de saúde, seja pelos registros dos demais funcionários, como pode ser visto no trecho a seguir apresentado por Campos (2021):

A sua inteligência parece estar dentro dos limites da normalidade apresentando porém um desvio entre a ação e o pensamento. [...] **É imediatista. A sua vida afetiva profundamente reprimida se expressa através de seu egocentrismo e tentativas constantes de manipulação** acrescido de um baixo índice de resistência à frustração. **Não apresenta desvios de natureza sexual.** As figuras maternas e paternas parecem ter sido introjetados de maneira persecutória e ameaçadora. Tem sensação de abandono **e rejeição que tenta compensar através de gratificações imediatas (peq. Furtos): - carência afetiva que provavelmente tem determinado o seu distúrbio de conduta.** (Processo 1480.01.0008770/2020-63, PARECER PSICOLÓGICO - Avaliação psico-dinâmica, Belo Horizonte – Minas Gerais, 08 de abril de 1985, assinado por “Psicóloga-Clínica) (CAMPOS, 2021, p. 86, grifos do autor).

Nesse contexto, incluía-se o uso de substâncias psicoativas (SPA) pelos jovens e seus familiares, num período em que o uso prejudicial de álcool, designado alcoolismo à época, era considerado um quadro hereditário e passível de ser transmitido de pais para filhos. Essas avaliações eram permeadas de avaliações morais e das condutas dos jovens e de suas famílias, geralmente, indicando uma incapacidade de cuidado ligada a uma incapacidade material e moral.

Campos (2021) também encontrou muitos relatos de violência sofrida pelos internos no seio familiar ou pelos próprios familiares, sinalizando que “as situações de violência agravadas por parte de álcool ou de sofrimento mental são recorrentes nos documentos prontuários” (CAMPOS, 2021, p. 94).

Bentes (1999) aponta que havia na década de 1960, no Rio de Janeiro, convênios firmados diretamente entre a FUNABEM e o Hospital Colônia Juliano Moreira para encaminhamento de menores. Essa transferência acontecia de forma direta, sem necessidade

de avaliações psiquiátricas para admissão no hospital, com predomínio de internas do gênero feminino. Grande parte desses menores possuíam questões ligadas a comportamento e não às psicoses, e foram posteriormente transferidos para o Hospital de Neuropsiquiatria do Rio de Janeiro. Este caso nos faz deduzir que este fluxo pode ter sido reproduzido em outros estados, indicando também um possível caminho aos adolescentes das FEBEM que apresentavam questões de saúde mental ou de comportamento⁵⁷.

Na década de 1970 e 1980, começam movimentos de questionamento dos internatos de menores e da política de institucionalização de crianças e adolescentes, tanto nacional quanto internacionalmente. Começam a ser realizados seminários, publicações e debates tendo como tema as alternativas à institucionalização (RIZZINI; RIZIZNI, 2004). Questionando o custo dessas unidades e sua eficácia, juntamente com as rebeliões que emergem para se multiplicar nas instituições, feitas pelos próprios menores, chamando a atenção para a ineficácia deste sistema.

Houve uma tentativa de modificação deste cenário, em 1987, com a Nova Política de Bem-Estar do Menor, alterando a vinculação do Ministério da Justiça para o Ministério da Previdência e Assistência Social. Vários internatos de grande porte foram fechados, iniciando-se alternativas em uma perspectiva de proteção de crianças e adolescentes “em vulnerabilidade”, como os Centros Integrados de Atendimento ao Menor (CRIAM). A FUNABEM se transforma no Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA). Esse é o contexto em que há a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, logo em seguida, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Em Minas Gerais, as FEBEM começam a serem extintas, por não estarem em conformidade com as novas normas jurídicas. Através da Lei nº 11.819, de 31 de março de 1995 (MINAS GERAIS, 1995), cria-se, no estado mineiro, a Secretaria de Estado da Criança e do Adolescente, que absorve a FEBEM e, após esta transferência, operaria sua extinção. Interessante destacar que o início do desmonte da FEBEM em Minas Gerais coincide com o estabelecimento da Política Estadual de Assistência Social, que se dá em 1996⁵⁸. A Política Estadual de Assistência Social dá organização para execução dos serviços, programas e benefícios voltados às famílias em vulnerabilidade, inclusive considerando as particularidades da infância e da juventude, sendo um momento de reorganização do atendimento no estado.

⁵⁷ Há um estudo de Dantas (1985 *apud* BENTES, 1999) que indica que o encaminhamento de meninas para hospitais psiquiátricos era feito como punição ao mal comportamento.

⁵⁸ No estado de Minas Gerais, a Política Estadual de Assistência Social se organiza pela Lei 12.262, de 23 de julho de 1996 (MINAS GERAIS, 1996).

O fechamento das FEBEM se deu por um processo gradativo, iniciando em 1995 e sendo concluído apenas em 2006, quando a última unidade foi extinta por meio de decreto (CAMPOS, 2021). Foi realizado um processo que se entende como desinstitucionalização, semelhante ao ocorrido na saúde mental, em que se buscou o retorno de crianças e adolescentes aos seus locais de moradia, com o apoio dos serviços territoriais, de acordo com cada demanda. Existiam aqueles que tinham perdido seus vínculos familiares e comunitários e aqueles que apresentavam deficiências devido ao longo período de institucionalização, necessitando atendimento e acompanhamento especializados.

As crianças e adolescentes que não retornaram aos lares de origem ou às suas famílias, foram encaminhadas para a rede de abrigos municipais. Os demais, principalmente, aqueles com deficiências, foram encaminhados para o Programa Casa-Lar, criado em 1996, especificamente, para ex-internos da FEBEM. Esse serviço era oferecido num modelo de pequenas unidades residenciais para 8 a 10 moradores, contando com cuidadores em cada casa. Essas unidades são gerenciadas por organizações não-governamentais (ONG), através de convênio com o governo do estado, pela celebração de um termo de cooperação técnico-financeira (MINAS GERAIS, 2015).

Na época em que foi criado, não existia ainda o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁵⁹, nem havia se consolidado as normativas específicas desta política. Assim, o Programa Casa-Lar foi regulamentado em 2006 pela Resolução Conjunta nº 17, entre a SEDESE e o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente (CEDCA). Em 2015, existiam 48 unidades de acolhimento no modelo Casa-Lar em Minas Gerais, totalizando 327 acolhidos, sendo 281 egressos das unidades da FEBEM (MINAS GERAIS, 2015).

Também existiu em Minas Gerais uma instituição histórica que atuou no atendimento a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, principalmente, na zona rural, chamada Fundação Educacional Caio Martins (FUCAM). Foi criada no final da década de 1940 e está presente nas regiões central e norte do estado, sendo uma fundação de direito público vinculada à SEDESE. Atualmente atende 860 educandos, dos quais 280 estão na modalidade Moradia Estudantil. O foco atualmente se dá em torno da oferta de ensino profissionalizante.

Essa instituição traz uma questão importante no contexto que estamos pesquisando. Segundo Plano de Regionalização da Proteção Especial de Minas Gerais (MINAS GERAIS,

⁵⁹ O principal marco do SUAS foi a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004. Os serviços relativos à assistência social foram tipificados em 2009, pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), pela Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009).

2015), a FUCAM teria, em 2015, uma estrutura de modelo asilar para atendimento das crianças e adolescentes. Segundo o documento,

diferentemente do que preconiza os Planos Nacional e Estadual de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, as ações educacionais da Fundação Caio Martins ainda adotam o modelo de retirada do convívio, apontando para a necessidade de se empreender um processo de reordenamento institucional de maneira a adequar a oferta de serviços ao disposto nas normativas vigentes (MINAS GERAIS, 2015, p. 21).

Foi instituído um grupo de trabalho em 2015 para redesenhar a fundação com a finalidade de orientá-la no sentido dos princípios e diretrizes do SUAS, para que “o Estado não incorra em nova violação que é o rompimento abrupto dos laços familiares e comunitários desses indivíduos quando necessitam do afastamento temporário de suas famílias” (MINAS GERAIS, 2015, p. 21).

A existência desta instituição deixa bem claro como não se trata apenas da reorientação jurídica, mas de uma cultura de institucionalização e asilamento arraigada na história do Brasil e do estado de Minas Gerais.

No contexto de extinção das FEBEM e de reorientação as principais ações se deram no campo da assistência social e no campo das medidas socioeducativas. No campo da Assistência, ressaltam-se os programas, serviços e benefícios voltados à infância e adolescência em risco social ou em vulnerabilidade, termos da nova política⁶⁰. No campo da segurança pública e da justiça, encontram-se a reorganização do tratamento dado às crianças e adolescentes autores de atos infracionais, os antigos “delinquentes”, dentro do campo das medidas socioeducativas. Os sentidos ligados à contravenção penal parecem marcar ainda hoje, de forma mais intensa, uma imagem social das FEBEM⁶¹.

Particularmente sobre a FEBEM na região de Barbacena, não encontramos muitas informações⁶². Durante a pesquisa bibliográfica sobre as FEBEM em Minas Gerais, nos deparamos com informações sobre a unidade existente em Antônio Carlos, município

⁶⁰ Além da Constituição Federal de 1988, a Política de Assistência Social tem como marco a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), aprovada no ano de 1993, que institui a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, devendo ser prestada a quem dela necessitar. Traz um novo paradigma que se contrapõe à ideia de assistencialismo e clientelismo construída por muitos séculos no Brasil.

⁶¹ No estado de São Paulo, por exemplo, as FEBEM continuaram a ter essa nomenclatura e foram alterados seu ordenamento jurídico e institucional para execução do campo das medidas socioeducativas de internação.

⁶² Não realizamos pesquisa sistematizada sobre a FEBEM de Antônio Carlos em si, como outras FEBEM da região. Foi realizada uma pesquisa geral no âmbito das produções bibliográficas sobre a FEBEM no Brasil e em Minas Gerais, a partir dos banco de dados virtuais, como Scielo e Google Acadêmico.

limítrofe a Barbacena. Os relatos encontrados estavam espalhados em algumas pesquisas, sem ater-se especificamente a esta unidade⁶³.

Um ex-interno da FEBEM relata a existência de “mais de quinhentos alunos, em regime de internação” e quando chegou a esta unidade teve como atividade o trabalho no campo, capinando e plantando eucalipto (MORAES, 2008, p. 66). Havia uma escola na qual os internos de Antônio Carlos estudavam, chamada Escola Lima Duarte, que também atendia ao público externo. Relata também que havia um rígido controle de horário e de disciplina, acordando cedo e se dedicando majoritariamente aos estudos e ao trabalho.

A disciplina também se dava para os internos que fizessem “arte mais pesada”, e “não era raro o procedimento de colocar o adolescente ajoelhado ou em pé durante horas e, em algumas situações, chegavam a bater” (MORAES, 2008, p. 67).

Também encontramos referências em Arbex (2013) do encaminhamento do filho de uma interna do Hospital à FEBEM de Antônio Carlos. Segundo relatos da jornalista, uma jovem de 15 anos teria sido internada no Hospital Colônia por ter engravidado de seu patrão. Teve seu filho dentro do hospital e este, ao completar 2 anos, foi encaminhado, sem seu consentimento, a um orfanato, chamado Patronato Padre Cunha, situado em Pinheiro Grosso, distrito de Barbacena.

Aos 13 anos, em 1979, o garoto foi encaminhado à FEBEM de Antônio Carlos por não ter mais idade para ficar no abrigo. Lá teria feito curso de eletricista, garçom e chefe de cozinha e posteriormente passou no concurso da Polícia Militar, indo trabalhar em Belo Horizonte. Este relato nos mostra um circuito provavelmente comum na região, de encaminhamento de crianças ao Patronato Padre Cunha, até os 13 anos e o encaminhamento à FEBEM de Antônio Carlos após essa idade.

Além destes relatos isolados sobre a FEBEM de Antônio Carlos, encontramos, referente à região de Barbacena, trabalhos recentes acerca das internas da FEBEM de Ouro Preto⁶⁴, que possui um destaque, principalmente, devido à figura de um educador que se destacou na área da pedagogia, chamado Antônio Carlos Gomes da Costa. Ele foi um dos diretores da FEBEM de Ouro Preto, na década de 1970 e também presidente da mesma.

⁶³ Moraes (2008) realiza um trabalho com agentes de centros socioeducativos em Belo Horizonte e, dentre os entrevistados, estava um ex-interno da FEBEM, com passagem pela unidade de Antônio Carlos. Já Arbex (2013) traz um relato do filho de uma interna do hospital que teria sido retirada de sua mãe, encaminhada a um orfanato da região e posteriormente para a FEBEM de Antônio Carlos.

⁶⁴ O trabalho de Ferreira (2019) trata das representações sociais referentes às “meninas da FEBEM”, ex-internas da FEBEM de Ouro Preto.

Escreveu um livro em que, baseado na sua experiência na FEBEM de Ouro Preto, propõe uma reflexão sobre o processo educativo e traça uma proposta metodológica de trabalho⁶⁵.

Entendemos que se trata de um campo ainda pouco pesquisado e que demanda estudos voltados a essas unidades e estruturas do Estado de Minas Gerais. Da mesma forma, também encontramos poucos relatos sobre o IPEME de Barbacena, que estaria ligado à FEBEM, mas consideramos ser um registro importante para caracterizar um outro grupo de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental: aqueles considerados *anormaes* e que cometiam contravenções penais, aproximando-se de um outro eixo de debate.

3.2.3.2. O IPEME em Barbacena

O Instituto de Psicopatologia e Estudos do Menor (IPEME) foi criado em Barbacena na década de 1970⁶⁶, estando ligado à FUNABEM e à FEBEM. Seu objetivo era assistir menores com histórico de infrações e vestígios de sofrimento mental (DIAS, 2015). O IPEME, além de ter a atribuição de um Centro de Custódia, também seria um núcleo escolar de profissionalização, de hospital psiquiátrico e de campo de pesquisa.

De acordo com pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2022), os adolescentes do IPEME ocupavam o Pavilhão designado Milton Campos no Hospital Colônia de Barbacena. Esse pavilhão, por sua vez, estava cedido à Secretaria de Estado do Interior e Justiça de Minas Gerais e funcionava como uma instituição prisional para menores infratores. Os autores acreditam que, apesar de estar em um espaço vinculado à FHEMIG, o IPEME estava sob administração do Manicômio Judiciário Jorge Vaz, atual Hospital Psiquiátrico Jorge Vaz.

O IPEME era dirigido por um médico psiquiatra e contava com uma equipe de profissionais, entre eles médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e agentes disciplinares (policiais e carcereiros). O ambiente se assemelhava a uma prisão e havia, além das celas que eram dormitórios dos internos, celas solitárias voltadas àqueles que necessitavam de disciplina mais rígida caso desrespeitassem as regras.

⁶⁵ Trata-se do livro intitulado, *Aventura Pedagógica*, onde indica seu desejo de construir uma metodologia em que “possibilitassem às (...) educandas transitar da condição de objeto à condição de sujeito, da condição de pacientes à agentes de seu próprio processo educativo” (COSTA, 1990, p. 44). Na ocasião em que trabalhou na FEBEM, se tornou um morador do local junto com sua esposa, sendo um dos principais responsáveis pelas crianças e adolescentes da unidade, tanto administrativamente quanto como referência afetiva.

⁶⁶ Encontramos em Dias (2015) a criação do IPEME em 1977 e em Pereira *et al.* (2022) encontramos que em 1976 já havia adolescentes no IPEME.

Os menores eram encaminhados pela autoridade policial ou jurídica através de Cartas Guias, para cumprimento de pena através da internação psiquiátrica. As cartas traziam um breve histórico, indicavam sua inadequação ao convívio familiar e suas causas, geralmente ligados a abandonos anteriores, que os levava aos atos de contravenção, como assaltos e homicídios.

Interessante ressaltar a observação de Pereira *et al.* (2022) de que o IPEME era ora referenciado como prisão, ora como escola, trazendo o caráter pedagógico do local. Mais uma vez, psiquiatria e pedagogia se aliam para justificar e tratar os desviantes, porém, desta vez, contando com o grande respaldo do direito. Este respaldo vem embasado pelo sentido de periculosidade que é intensamente evocado ao se falar de menores delinquentes, sendo acrescido do elemento da loucura.

Há, porém, no discurso das ciências o intuito de recuperação destes sujeitos através destas instituições, sendo esta a grande justificativa do isolamento do convívio social e do enclausuramento. Nesse ponto, o caráter pedagógico é exaltado como o grande condutor do reajustamento, da adequação, que na verdade expressa mais um mecanismo de controle e disciplina destes corpos.

A avaliação dos menores do IPEME era realizada pela equipe multidisciplinar da ABAE, encaminhando-os para as escolas ou classes especiais e, como apresentado acima, no campo da educação, por um período a Escola Estadual Maria do Rosário funcionou dentro do Hospital Colônia, atendendo internos do hospital e aos menores do IPEME (MATOSO, 2022c)

O IPEME funcionou em Barbacena entre os anos de 1977 e 1990, sendo extinto a partir da promulgação do ECA. Na ocasião, os pavilhões que ocupava foram devolvidos à FHEMIG. Os prontuários estão sob a guarda do Museu da Loucura, vinculado à FHEMIG. Também ficaram registros dos menores nas paredes do pavilhão, que foram fotografados por Pereira *et al.* (2022). Alguns menores foram liberados após sua adequação às normas e à dedicação ao trabalho, outros permaneceram na instituição.

Esta unidade, apesar de sua breve existência e de não conter muitas informações publicizadas e analisadas, pode nos indicar um outro grupo de adolescentes que talvez receba o maior investimento de institucionalização por unirem diversas imagens ligadas à periculosidade: a loucura e a criminalidade.

Não nos deteremos no percurso dos manicômios judiciais no Brasil, mas é possível refletir sobre este ser uma das estruturas mais complexas de desinstitucionalização diante dos significados sociais que possui. Além do encaminhamento dos jovens “delinquentes” às

FEBEM, Cirino (1985) nos aponta que na própria criação do Manicômio Judiciário de Barbacena, em 1929, estaria prevista a existência de um pavilhão para crianças, subdividido em duas partes, de acordo com o gênero. Lá seria feito “o exame dos menores delinquentes e dos anormais de inteligência... que deverão ser remetidos, depois de observados, para os estabelecimentos especiais do Estado” (REGULAMENTO DA ASSISTÊNCIA A ALIENADOS, 1927 *apud* CIRINO, 1985, p. 9).

Não foi possível confirmar essas informações ou acessar novas, mas entendemos que isso indica já a necessidade social existente de um local de confinamento para aqueles menores de “alta periculosidade”. A noção de periculosidade acompanha não só a loucura, mas também a pobreza, e, como vimos na história da assistência à infância no Brasil, também se direciona às crianças e adolescentes empobrecidos ou que vagavam pelas ruas, sendo uma justificativa facilmente aceita para seu recolhimento e uma suposta recuperação.

Após a criação do ECA, em 1990, o cenário se altera com relação às concepções e práticas adotadas no país diante de crianças e adolescentes que cometem atos infracionais e, para aqueles que apresentam questões de saúde mental, prevê-se tratamento especializado, utilizando os recursos existentes na política de saúde mental. Segundo o ECA, em seu art. 112, § 3º, “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições” (BRASIL, 1990).

Em 2012, através da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), é instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), visando a organização e prevendo diretrizes, princípios e objetivos dessa política. O SINASE reserva uma sessão que trata “Do Atendimento a Adolescente com Transtorno Mental e com Dependência de Álcool e de Substância Psicoativa”, indicando que aqueles adolescentes com indícios de transtorno mental ou deficiência mental devem ser avaliados por equipe multidisciplinar.

Prevê que a medida socioeducativa pode ser suspensa pelo juiz com vistas a inseri-lo em programa de atenção integral a saúde mental, visando os objetivos terapêuticos, sendo acompanhado neste período. Sobre o tratamento, a lei indica que “deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2012), indicando a adequação do tratamento desses adolescentes aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em Minas Gerais, há uma organização particular, regulamentada em 2019⁶⁷, que vai tratar da política socioeducativa no estado. A proposta é de divisão de atribuições da política socioeducativa entre o setor da assistência social e o setor da segurança pública: a Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social (SEDESE), responsável pela Política de Assistência Social, fica responsável pelas medidas em meio aberto, sendo também responsável pela guarda dos prontuários e relatórios da extinta FEBEM; a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), fica responsável pelas medidas de semiliberdade e internação e coordena as unidades socioeducativas estaduais (MINAS GERAIS, 2019).

Em alguns locais, como São Paulo, as unidades socioeducativas mantiveram o antigo nome, sendo conhecidas como FEBEM, mas agora configuradas dentro dos novos marcos legais. Há, porém, um movimento processual de alteração das práticas que não se dá de forma uniforme em todo país e que ainda carrega um forte discurso e práticas herdadas do Código de Menores e das antigas FEBEM.

O relatório da IV Caravana Nacional de Direitos Humanos⁶⁸, apresenta o que chamou de “Sistema FEBEM” como “o conjunto de mecanismos institucionais responsáveis pela reprodução do paradigma do encarceramento”, remetendo-se à manutenção destas concepções e práticas mesmo após a promulgação do ECA, principalmente no sistema socioeducativo. Consideram que esse sistema “distribui sofrimentos, precipita vínculos criminais e promove uma identidade delinquente entre os internos” (RELATÓRIO IV CARAVANA, n/d.).

Algumas análises sobre os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no Brasil nas últimas décadas apontam duas questões importantes: a grande presença de internos com demandas de saúde mental, nem sempre tratadas nos equipamentos de saúde, como preveem as legislações e a psiquiatrização dos jovens autores de atos infracionais (VINCENTIN *et al.*, 2010; COSTA; SILVA, 2017; BRASIL, 2013).

⁶⁷ Lei 23.304 de 2019, posteriormente regulamentada pelo Decreto n° 47.761 de 2019.

⁶⁸ A Caravana inspecionou 18 unidades de internação das FEBEM e entidades congêneres em 5 estados do Brasil. A Caravana em Minas Gerais contou com a presença dos Deputados Federais Marcos Rolim (PT/RS), Cabo Júlio (PL/MG) e Alberto Fraga (PMDB/DF), de Marilda Campolino da CDH e dos jornalistas Beatriz Magno e José Varella (Correio Braziliense), Nicolau Farah e Carlos Eduardo (Jornal do Brasil). Foram visitadas duas unidades de internação e a carceragem da Delegacia especializada, todos em Belo Horizonte. Não localizamos o ano de realização da IV Caravana, tendo encontrado informações apenas em (RELATÓRIO IV CARAVANA, n/d.).

Em fiscalização realizada pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) em unidades socioeducativas⁶⁹, no ano de 2013, foi constatado que havia um número significativo de adolescentes com transtornos mentais graves, que necessitariam de atendimento e tratamento especializado fora da unidade. Havia 99 adolescentes com transtornos graves, 15% das unidades de internação do Brasil. Já nas unidades de semiliberdade, há um índice proporcionalmente menor, com incidência de 5% das unidades do Sudeste.

Há uma resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que impede o encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas para hospital de custódia, a não ser em casos de decisão judicial de infrações cometidas após os 18 anos. Segundo o relatório, orienta-se que não se aplique a medida de internação para adolescentes com transtornos mentais, já que não é possível, pela lei, o tratamento no âmbito das unidades:

a presença de adolescente com transtorno mental dentro da unidade de internação, pela impossibilidade de atendimento da finalidade ressocializadora, vem sendo condenada pelo Superior Tribunal de Justiça. Em casos dessa natureza, o STJ tem determinado a aplicação de medidas de proteção ou da medida socioeducativa de liberdade assistida, com a submissão a tratamento psiquiátrico em local adequado (BRASIL, 2013, p. 53).

Assim, o relatório aponta a urgência de revisão da medida de internação aplicada a estes 99 adolescentes que estão com transtornos mentais graves, para que possam receber tratamento adequado. Também chama a atenção para estes registros que tratam dos transtornos mentais graves, existindo também transtornos em diferenciados graus que também precisam de atenção.

As diretrizes do SINASE, bem como o ECA e a Lei 10.216, tem apontado uma direção de proteção e garantia de direitos dos adolescentes autores de atos infracionais, garantindo o atendimento terapêutico. Há porém um outro movimento que parece ir na contramão desta proposta, que Vincentin *et al.* (2010) trata como a patologização e psiquiatrização dos jovens autores de atos infracionais. Para estas autoras, psiquiatrização é “a predominância dos saberes e fazeres *psi* na gestão das problematizações e dos conflitos que setores da juventude vêm colocando ao campo social” (VINCENTIN *et al.*, 2010, p. 62).

Essas autoras trabalham com a tese de que tem havido movimentos para criação de “novos” manicômios judiciais voltados a adolescentes que tenham confirmadas sua periculosidade em um grau que impossibilite sua convivência no sistema socioeducativo

⁶⁹ O relatório traz dados coletados por promotores de justiça em inspeções realizadas pessoalmente em todo país, nos anos 2012 e 2013, abarcando 88,5% das unidades de internação e semiliberdade, 392 das 443 que existiam no país (BRASIL, 2013).

comum. E esta validação tem sido feita pelos campos *psi* através do diagnóstico, principalmente, do “transtorno de conduta anti-social”.

Apontam as autoras para quatro fatores que indicam que essa psiquiatrização já está em curso: 1) propostas de alteração do ECA para os casos de transtorno mental que apresentem periculosidade, por exemplo, revendo a separação de agressores psicopatas ou com desvios de personalidade e prevendo encaminhamento para hospital de custódia ou psiquiátrico⁷⁰; 2) a solicitação de perícias psiquiátricas para avaliação do grau de periculosidade e para o diagnóstico de personalidade anti-social dos adolescentes em cumprimento de medidas; 3) o aumento de internações psiquiátricas de adolescentes por mandado judicial; 4) a proposição do estado de São Paulo, em 2006, da criação de uma Unidade Experimental de Saúde, destinada a adolescentes com diagnóstico de transtorno de personalidade ou periculosidade para cumprimento de medida em regime de contenção (VINCENTIN *et al.*, 2010, p. 63).

A Unidade Experimental de Saúde de São Paulo tem trazido preocupações no campo da Reforma Psiquiátrica, pois trata-se de um modelo inexistente nas normativas, que tem sido sustentada sob o argumento da periculosidade da loucura unido à criminalidade, abrindo prerrogativas para o encarceramento de adolescentes em modelos prisionais. As internações são realizadas por processos de interdição, sem determinação do tempo de privação de liberdade, de forma que “a unidade experimental de saúde em tudo se assemelha a um hospital de custódia e tratamento destinado ao cumprimento de medida de segurança por adultos” (VINCENTIN *et al.*, 2010, p. 65).

Essa Unidade foi proposta pelo governo do estado de São Paulo através de um convênio entre as Secretarias de Estado de Saúde, da Administração Penitenciária e da Justiça, envolvendo a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA), ex-FEBEM, nas negociações. Teria como finalidade,

abrigar adolescentes/jovens adultos autores de atos infracionais, que cumpriram medida sócio-educativa na Fundação e tiveram esta medida convertida pelo Poder Judiciário em medida protetiva, por serem estes portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou possuírem alta periculosidade em virtude de seu quadro clínico (VINCENTIN *et al.*, 2010, p. 64).

Assim, os ex-internos da Fundação Casa seriam encaminhados a esta unidade, sem projeto socioeducativo e/ou terapêutico e sem previsão de saída.

Desta forma, a compreensão mais geral dessas concepções, práticas e políticas, ainda que nem todas tenham atendido a cidade de Barbacena-MG, problematizam e subsidiam na compreensão das formas de conceber e atender crianças e adolescentes em um determinado

⁷⁰ Citam como referência o projeto de lei n. 2588/2003 do Deputado Federal Vicente Cascione (PTB/SP), arquivado em 2009.

período histórico. Assim, com este capítulo, situamos um panorama geral das ações destinadas a crianças e adolescentes em Minas Gerais e região, destacando-se os três campos que mais atenderam estes sujeitos no período aqui considerado como asilar.

Ainda que seja possível reconhecer avanços objetivos, a partir da década de 1980, com os novos marcos jurídicos, é possível perceber que muitas dessas concepções, práticas e políticas permanecem arraigadas nos discursos de sujeitos e na cotidianidade de instituições e serviços públicos, sendo uma herança presentificada ao tratar do atendimento de crianças e adolescentes. Essa compreensão auxilia na análise da emergência da demanda de um atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena-MG e da construção de uma política pública que terá estes campos como principais interlocutores, na complexa missão de construir uma rede ampliada de cuidados.

4 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM BARBACENA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mas há outro mundo na barriga deste, esperando.
Que é um mundo diferente.
Diferente e de parto difícil.
Não nasce facilmente.
Mas com certeza pulsa no mundo em que estamos.
Eduardo Galeano

Este último capítulo tem como foco, temporalmente, os chamados “segundo tempo” e “terceiro tempo”, conforme pautado por Fassheber (2009). O “segundo tempo” trata dos anos 1980 em diante, quando se iniciam as primeiras alterações internas no Hospital Colônia de Barbacena, nesta época designado como Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). Já o “terceiro tempo” tem como marco os anos 2000, com a criação da Coordenação de Saúde Mental e a criação dos primeiros serviços substitutivos, principalmente, os CAPS e as Residências Terapêuticas. É neste “terceiro tempo” que as demandas de crianças e adolescentes começam a aparecer na agenda pública e tem-se a criação do CAPSi, em 2019.

Tratamos da Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG no item 4.1, de forma breve, trazendo as principais características desse processo e seus principais marcos. Já o item 4.2 traz uma caracterização das ações existentes para crianças e adolescentes em Barbacena no período da Reforma Psiquiátrica de Barbacena, com o intuito de compreender como se configurava a assistência a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental antes da criação do CAPSi. Este item também traz reflexões a respeito das diferentes e complexas demandas que envolvem a emergência deste dispositivo, podendo revelar demandas sociais que indicam um processo de ordenamento e controle desses sujeitos.

O item 4.3 traz a emergência do CAPSi, abordando a direção ética e técnica impressa no dispositivo e sua organização interna. Já o 4.4, traz uma análise das demandas recebidas pelo CAPSi Estação Vida em seus primeiros anos de funcionamento, apontando as principais instituições demandantes. É possível, então, tecer uma análise sobre a função e o papel social que se espera deste equipamento na cidade de Barbacena e de que forma essas representações impactam na implementação deste dispositivo.

4.1 A Reforma Psiquiátrica em Barbacena/MG

No processo de Reforma Psiquiátrica de Barbacena, é possível perceber um primeiro marco com a vinda de Franco Basaglia ao Brasil e sua visita ao Hospital Colônia, em 1979. Essa ocasião gerou diversos movimentos no país e também em Minas Gerais, aumentando a repercussão das condições precárias e degradantes dos hospitais psiquiátricos na mídia.

Um trabalho que marcou este momento, disparado pela visita de Basaglia, foi a publicação de uma série de reportagens realizadas pelo jornalista Hiram Firmino, a partir de suas visitas aos hospitais psiquiátricos públicos de Minas Gerais, iniciando no Hospital Galba Veloso, passando pelo Instituto Raul Soares e encerrando em Barbacena. Essas reportagens foram publicadas no jornal Estado de Minas e mais tarde formaram o livro, intitulado, *Nos porões da loucura*, lançado em 1982 (FIRMINO, 1982).

Há também uma outra obra cinematográfica muito importante, influenciada também pela presença de Basaglia, feita pelo diretor e produtor mineiro Helvécio Ratton. Trata-se de um curta metragem chamado *Em nome da razão* que mostra imagens filmadas no interior do Hospital de Barbacena, mostrando todas as suas dependências e os internos que viviam lá.

O processo de Reforma não foi contínuo e nem se desenvolveu da mesma forma em todos os municípios mineiros. No ano de 1980, o governo de Minas Gerais inicia uma reestruturação da assistência psiquiátrica pública incentivando a reformulação dos hospitais em todo o Estado (Vidal *et al.*, 2008). Em Barbacena, particularmente, teve início a fase de humanização do manicômio (FASSHEBER, 2009; AZEVEDO, 2015).

No Hospital Colônia, os principais serviços criados nesse intuito foram uma unidade específica para atendimentos a pacientes agudos, um ambulatório e diversos módulos residenciais dentro do próprio CHPB (FASSHEBER, 2009). Foram constituídas equipes multidisciplinares e realizadas alterações na estrutura física das enfermarias. No Hospital, foram construídos módulos residenciais, chamadas pelos internos de “casinhas”, pois possuíam aspecto de casa, mas recebiam cuidados no modelo hospitalar. Os primeiros pacientes desinstitucionalizados foram aqueles que já moravam nas casinhas, considerados em condições para ocupar as primeiras Residências Terapêuticas.

Foi criado também o Núcleo de Ensino e Pesquisa em Alcoolismo (NEPA), num modelo de hospital-dia com atendimento multidisciplinar e a Unidade de Apoio ao Idoso (UAI). Iniciou-se a Residência Médica em Psiquiatria da FHEMIG, reforçando o papel de

ensino da instituição, num esforço de alterar a perspectiva de tratamento, mesmo ainda longe de estar alinhada com os princípios de Reforma Psiquiátrica.

Um passo importante, foi a criação do ambulatório do CHPB, na década de 1980, com o objetivo de oferecer plantões com atendimento de urgência no sentido de evitar a internação e oferecer suporte ao CHPB, atendendo Barbacena e os municípios vizinhos. (FASSHEBER, p. 55). Assim, na década de 1980, os plantões já eram ofertados pela equipe multidisciplinar, com psiquiatra, assistente social e psicólogo e o ambulatório ainda era o responsável pelo atendimento de crise. Apesar dessas mudanças, mantinha-se o modelo hospitalocêntrico.

Nas décadas de 1980 e 1990, estão acontecendo discussões em todo país no sentido de questionar as internações permanentes do modelo manicomial e a necessidade de criar serviços substitutivos, rompendo com a lógica de humanização do manicômio. Esse movimento chega em Barbacena através, principalmente, do Fórum Mineiro de Saúde Mental, núcleo estadual do movimento da luta antimanicomial, basicamente, composto de militantes trabalhadores, familiares e usuários, que orientou aos trabalhadores da saúde mental de Barbacena, ao alinhamento dos princípios da Reforma, seja com visitas ao município, com orientações sobre as discussões nacionais ou fazendo a articulação com os movimentos que estavam acontecendo em todo país, produzindo as conferências, fóruns, seminários dentre tantas outras ações políticas.

Este processo também foi facilitado pela conjuntura política local, que contou com a eleição de uma gestão municipal alinhada com os princípios da Reforma.

A proposta tornou-se viável graças à conjuntura local, ou seja, quando um grupo do poder municipal se mobilizou e operacionalizou a Reforma Psiquiátrica. Tal processo foi sustentado pelo então Secretário de Saúde e por agentes locais em Saúde Mental, com o apoio do governo municipal, apesar da oposição e resistência de outros atores, para quem a reestruturação colocaria em risco a hegemonia do saber e/ ou capital advindo da 'Indústria da Loucura' (ALVARENGA; NOVAES, 2007 apud FASSHEBER, 2009, p. 55)

É possível perceber que os atores envolvidos na Reforma Psiquiátrica de Barbacena se vinculavam ao movimento da luta antimanicomial, se identificando não apenas como atores públicos, mas como militantes deste movimento, sendo, por este motivo, convidados a compor a Coordenação Municipal de Saúde Mental naquele contexto. Neste momento, assume a gestão municipal uma equipe alinhada com os debates progressistas, assumindo, assim, também a pauta da Reforma Psiquiátrica.

Além disso, vários informantes referem-se ao Fórum Mineiro de Saúde Mental como uma instância importante de capacitação e apoio técnico e político a esse grupo que protagonizou a Reforma Psiquiátrica em Barbacena.

A gente se uniu muito ao pessoal do Fórum Mineiro de Saúde Mental, participávamos das Conferências de Saúde, então começamos a sair do hospício. Porque uma coisa eu te digo: o profissional também fica cronificado, e fica internado. Tanto é que eram poucos lá dentro, com raríssimas exceções, nós, praticamente. Poucas pessoas da área de Psicologia, de Serviço Social, de Enfermagem, que conseguiam entender que ia além dos muros do hospital. Que tratar, que tratamento não era aquilo. (...) Aí a gente participava nesse período... a gente começou a abrir nossa cabeça, participava, voltando a falar, das conferências com o pessoal do Fórum Mineiro, da Luta Antimanicomial, que era um pessoal muito pujante, com uma luta muito grande com relação a isso. Até que foi criada a Coordenação de Saúde Mental (Entrevistada 01).

Após os anos 1990, também há a visita de um grupo ao CHPB que tinha como finalidade realizar uma atividade com função semelhante a uma supervisão institucional. Este grupo se chamava NESCON⁷¹, e foi citado em algumas entrevistas como um marco na transformação do atendimento no hospital, apresentando os serviços substitutivos e as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Até que veio o Nescon. O J. [Diretor] fez uma solicitação de uma supervisão institucional. E aí veio o Nescon. (...) era um grupo de pessoas, um espetáculo, que vieram para fazer a supervisão clínico-institucional. E aí só tinha gente boa. A primeira vez que eu escutei falar em residência terapêutica foi com o Nescon. A primeira vez foi com eles. Eles estavam trazendo outras práticas diferentes e falavam disso e começaram a fazer todo um trabalho. Eles ficavam dois anos na instituição. E quem eram essas pessoas? Essas pessoas eram Eduardo Vasconcelos, William Castilho, que começou, o Paulo dos Prazeres, Jaciara, era tudo nome de muito peso. Então, o Eduardo já tinha feito doutorado dele na Inglaterra, já estava vindo, já tinha passado por Trieste. Isso tudo faz um boom (Entrevistada 03).

Foram realizadas pela equipe de saúde mental de Barbacena visitas a outros municípios que estavam implementando a Reforma Psiquiátrica, no sentido de conhecer as estratégias de desinstitucionalização e dos serviços substitutivos, como o NAPS, de Santos e as Residências Terapêuticas, de Campinas, ambos no estado de São Paulo, inclusive com a ida de duas trabalhadoras à Trieste, na Itália, para conhecer os serviços de saúde mental. Barbacena vai alcançando posição de destaque, não só pela dimensão do aparato manicomial instalado na cidade, mas, particularmente, pela sua militância e pelas ações do processo de desinstitucionalização que se iniciavam no município, desmontando a lógica anterior para o cuidado em liberdade.

As narrativas apontam a dinâmica e o processo da Reforma Psiquiátrica em curso, pensando no fluxo de ideias e práticas que se disseminam dos grandes centros às cidades do

⁷¹ Trata-se do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, que operou na instituição através do projeto “Proposta de intervenção institucional e técnica para o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena”, no período de 1993–1994, sob a coordenação do Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos, financiado pela FHEMIG e tinha como objetivo a assessoria para implantação de uma proposta de intervenção institucional e técnica, tendo em vista a implantação de modelo assistencial para o CHPB, na perspectiva da reforma psiquiátrica em curso no país. Ver: Corrêa *et al.* (2008).

interior, gerando um movimento que é orgânico às pautas nacionais. Além dos marcos jurídicos, que dão organicidade e iniciam uma estruturação geral das ações e serviços, há também o vigor do movimento de trabalhadores, que como militantes, se articulam e trazem, à Barbacena, formação teórica-política e as experiências de desinstitucionalização e de criação de serviços substitutivos.

Seguindo os avanços nacionais, principalmente, de promulgação da Constituição Federal, em 1988, como a regulamentação do SUS, em 1990, os municípios vão progressivamente assumindo outro lugar no pacto de gestão, implementando a descentralização em um momento de reorganização administrativa, orçamentária e executiva das políticas públicas. Em Barbacena, é nos anos 2000 que se tem as principais ações de descentralização no campo da política de saúde mental, com a criação da Coordenação de Saúde Mental, nível da gestão pública, vinculada à Prefeitura.

Os anos 2000 também são marcados, a nível nacional, tanto pela aprovação da Lei nº 10.216, como vimos, como pela Portaria GM/MS nº 336 e pela realização do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH-Psiquiatria), que foram instrumentos importantíssimos de desinstitucionalização em vários municípios, como em Barbacena.

A coordenação de saúde mental foi composta por trabalhadores que já estavam atuando na rede de atendimento do município, sendo formada por psicólogas, assistente social e enfermeira. A partir do convite de uma delas para assumir a Coordenação de Saúde Mental, esta faz o convite para as demais, que eram militantes da luta antimanicomial, para implementar a Reforma Psiquiátrica. Todas haviam trabalhado na FHEMIG na década de 1980 e 1990, ou estavam ainda vinculadas à essa instituição, tendo conhecimento da organização e da história do CHPB.

Segundo as entrevistadas, era urgente interromper o acesso ao hospital e às clínicas privadas e retirar os pacientes dos hospitais. Para isso, a primeira equipe de saúde mental se dividiu em algumas frentes de trabalho. Uma dessas frentes se deu junto aos municípios da região para barrar os encaminhamentos ao CHPB e construir o cuidado em Saúde Mental nos territórios. Isto foi possível através das assessorias técnicas da Gerência Regional de Saúde de Barbacena, que foi ocupada temporariamente por uma das pessoas que fazia parte dessa equipe.

Uma outra frente foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para que a porta de entrada no sistema de saúde e a avaliação dos pacientes fosse feita neste equipamento, saindo do CHPB, e tornando-se o serviço de referência em saúde mental.

Também foram criados, como serviços substitutivos, as Residências Terapêuticas. Outra frente se deu dentro do próprio CHPB, junto ao setor de saúde mental e de internações, para alinhamento e organização dos fluxos dentro das novas diretrizes da política de saúde mental. Uma das trabalhadoras ocupou, concomitantemente, funções no CHPB e junto à Coordenação de Saúde Mental.

Em 2001 foi realizado um mapeamento de todo o sistema psiquiátrico da cidade para conhecer a clientela no que tange à procedência, idade, tempo de internação, situação previdenciária e vínculo familiar. Também foi feito um mapeamento dos serviços voltados ao cuidado em saúde mental já existentes na cidade.

Esse levantamento gerou uma proposta de construção de uma rede substitutiva, orientando ações e políticas em saúde mental, tendo como início das atividades o ano de 2001. Entre as principais ações, estavam: implantação de rede substitutiva reguladora do sistema, possibilitando o controle das internações, dispositivos assistenciais estruturados para a desospitalização, a implementação da supervisão técnica com a revisão periódica do projeto assistencial dos serviços, a capacitação de Recursos Humanos, o desenho e mapeamento dos fluxos e contra-fluxos dos serviços (FASSHEBER, 2009).

O auxílio do Ministério Público foi um fator decisivo no processo de desinstitucionalização em Barbacena, particularmente na negociação das altas dos pacientes, visto que envolvia a perda de leitos e, conseqüentemente, de recursos. O MP atuou, então, como agente regulador das altas.

A primeira clínica foi fechada em 1996, a Clínica São Sebastião, e a Clínica Mantiqueira⁷² foi a última a ser descredenciada do SUS, em 2013, após uma Auditoria Assistencial coordenada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Secretaria Municipal de Saúde Pública de Barbacena (AZEVEDO, 2015). Além das clínicas privadas, foram sendo desinstitucionalizados ao longo dos anos os pacientes do CHPB. Atualmente, ainda existem ex-internos do Hospital Colônia, pacientes crônicos, que ainda não foram integrados em Residências Terapêuticas, alocados hoje na FHEMIG. Também se encontra em curso a discussão a respeito da desinstitucionalização do internos do Hospital de Custódia, antigo Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena.

Segundo o Plano Municipal de Barbacena (2022-2025), de 1903 ao início de 1990, Barbacena possuiu sete hospitais psiquiátricos com capacidade de 7.000 leitos. Com a

⁷² A Clínica Mantiqueira foi descredenciada pelo SUS, ou seja, não recebe mais recursos públicos da Saúde Mental, mas continua em funcionamento atendendo casos relativos à abuso de álcool e outras drogas.

Reforma Psiquiátrica, foram descredenciados todos os hospitais psiquiátricos privados até o ano de 2016 (BARBACENA, 2022).

Em 2000, foi criado o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) da cidade, tomado como projeto-piloto, antes mesmo da regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos pelo Ministério da Saúde, que foi realizada, como visto, a partir da Portaria GM/MS nº 106 (BRASIL, 2000) e em seguida sobre as regras e seu financiamento, com a Portaria GM/MS nº 2.068 (BRASIL, 2004).

Neste contexto é instituída o Programa de Volta para Casa (PVC), através da segunda lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003), como uma das estratégias muito importante, adotadas pelo Ministério da Saúde, que possibilitou o processo de desospitalização dos internos, visto prever um benefício financeiro para a reabilitação destes fora dos hospitais, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei 10.216/2001, em dispositivos assistenciais em rede e no território, como são as RT.

Segundo Azevedo (2015), entre 2000 e 2014 existiam 29 SRT compostas por moradores oriundos do CHPB, da Clínica Mantiqueira, do CAPS, do Sanatório de Barbacena, da Clínica Xavier, da Clínica Santa Izabel, do Hospital Judiciário e da Clínica Mantiqueira. Atualmente, a cidade comporta, 23 SRT ativas, com 176 moradores⁷³.

Em 30 de junho de 2023, Barbacena recebeu o 1º Encontro de Serviço Residencial Terapêutico do estado de Minas Gerais, evento promovido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em parceria com a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Barbacena e Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena, para profissionais de saúde da região, do estado e demais pessoas envolvidas com as políticas de saúde mental. Com o tema “O processo de desinstitucionalização: construindo o cuidado em saúde mental no território”, o encontro teve como foco o município de Barbacena, devido a história vivenciada pelo território, de acordo com um trabalho que vem sendo realizado de forma minuciosa e cuidadosa, envolvendo vários atores.

O primeiro CAPS municipal, de tipo II, foi criado em 2002, sendo posteriormente transformado em tipo III, funcionando 24h e atendendo outros municípios. Em 2003, cria-se o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o o encaminhamento das emergências referentes a estes casos passa a se dar no Pronto Atendimento (PA). Após este

⁷³ Informações referentes à fevereiro de 2024.

acontecimento, houve uma queda de 80% nas internações por uso prejudicial de álcool e drogas (lei de saúde mental).

Já o ambulatório do CHPB, após os anos 2000 passou a ser responsável pela triagem e encaminhamento a oficinas terapêuticas, para o CAPS II e para o Programa Saúde da Família (PSF), em uma tentativa de construir um fluxo que integrasse o ambulatório à rede de atendimento. A Unidade de Internação de Agudos (UIA) do CHPB passou a ser a referência para as internações que fossem necessárias, interrompendo um hábito de rodízio entre esta e as outras instituições privadas. Já em 2004 não eram realizados encaminhamentos e internação em clínicas particulares.

Em 2003, foi criado um Centro de Convivência (CC), de caráter comunitário, com oficinas e atividades artesanais, através de uma parceria com a Igreja Católica, funcionando no Instituto José Luiz Ferreira. Esta parceria também auxiliou na administração dos recursos das Residências Terapêuticas⁷⁴, sendo esta entidade a responsável ainda hoje pela gerência financeira das casas.

No âmbito da saúde, Barbacena é a cidade de referência da macrorregião e da microrregião de saúde e possui gestão plena dos seus prestadores. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a retomada Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011), Barbacena/MG possui os seguintes componentes:

- a) Atenção Básica à Saúde: 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Estratégia Saúde Bucal (ESB) e equipes multidisciplinares; uma equipe do Consultório na Rua (CnR) e 1 Centro de Convivência e Cultura (CCC).
- b) Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município no Hospital Policlínica e Maternidade de Barbacena (IMAIP) e o Pronto Atendimento (PA) no Hospital Regional.
- c) Atenção Psicossocial Estratégica: 1 CAPS tipo III, 1 CAPSad III e 1 CAPSi.
- d) Estratégia de Desinstitucionalização: 23 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a efetivação do Programa de Volta pra Casa (PVC) com 176 usuários.

⁷⁴ Sobre esse sistema de parceria com terceiro setor em Barbacena, conferir em Alvarenga e Novaes (2007).

e) Atenção Hospitalar: Dispõe de quatro hospitais gerais credenciados pelo SUS, sendo: um hospital público, o Hospital Regional de Barbacena (CHPB) da rede da FHEMIG⁷⁵; e três hospitais filantrópicos, o Hospital Policlínica e Maternidade de Barbacena (IMAIP), o Hospital Ibiapaba do Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social (CEBAMS) e a Santa Casa de Misericórdia, estando neste último os 10 leitos de saúde mental.

O último serviço da RAPS, criado recentemente, em 2019, foi o CAPSi Estação Vida. No próximo item, serão apresentadas as ações voltadas às crianças e adolescentes em Barbacena, no contexto da Reforma Psiquiátrica, tomando como referência as narrativas dos atores entrevistados que participaram deste processo. O objetivo principal será compreender se havia e como era feita a assistência às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental no município antes da criação do CAPSi, bem como entender a emergência da demanda de um serviço especializado para este público.

4.2 Crianças e adolescentes na Reforma Psiquiátrica de Barbacena

Ainda que tenhamos encontrado relatos de casos de saúde mental no campo da assistência social, as Entrevistadas não citam o aparecimento de demandas desses locais na rede de saúde de Barbacena. Sobre as instituições da área da assistência social, além da FEBEM de Antônio Carlos, citam algumas que funcionavam em regime de orfanatos, como o Instituto Padre Mestre Correia, o Instituto Padre Cunha e o Instituto Onda Gomes⁷⁶. Todas as três instituições foram fundadas na década de 1960, tinham orientação religiosa e eram geridas por irmãs de caridade ligadas à Igreja Católica. Uma das entrevistadas/os relata que

⁷⁵ Onde funcionam o Ambulatório de Saúde Mental e a Unidade de Internação de Agudos (UIA). Ainda que não sejam administrados diretamente, são regulados pela gestão municipal de saúde mental.

⁷⁶ O Instituto Beneficente Padre Mestre Correia foi fundado em 12/08/1966, “dedica-se ao atendimento de pessoas desamparadas em Barbacena, tendo iniciado seu trabalho com o acolhimento de idosos em situação de abandono, vindo a se tornar também um orfanato, depois internato infantil e atualmente atuando como abrigo extraescolar para meninas entre 4 e 14 anos para que seus pais possam trabalhar”. (INSTITUTO, [202-]). Já o Instituto Onda Gomes foi fundado em 01/05/1962 e atendia crianças entre 6 e 12 anos. O Instituto Padre Cunha situa-se em Pinheiro Grosso, distrito de Barbacena, foi fundado em 28/12/1968 com o nome de Patronato Padre Cunha, dirigida pela Fundação João XXIII do Amparo ao Menor.

houve uma parceria entre o CHPB e o Instituto Onda Gomes para acolher filhos de pacientes que estavam internados no Hospital.

Os informantes também citam a existência do IPEME, mas consideram como um local em que não tinham acesso nem conhecimento do seu funcionamento, ainda que convivessem com esse espaço dentro da FHEMIG.

O IPEME era uma coisa assim... vinham crianças de tudo quanto é lugar, muito de Belo Horizonte, vinham pra cá. Era algo isolado. (...) Era um manicômio, eles não tinham contato com a cidade, nem... raramente alguma criança... porque lá era uma coisa judicial, passava o processo pelo promotor, juiz (Entrevistada 02).

Quando eu fiz estágio na FHEMIG, nós tínhamos o IPEME, lá na FHEMIG. O IPEME não fazia parte da FHEMIG. Mas a gente sabia que lá tinha um prédio e que lá tinham crianças. (...) A gente sabia algumas histórias, que as coisas vazavam. Mas que vazavam, mexiam [com a gente] e tal. A gente perguntava, porquê: lá era um depósito da justiça. Lá, você vê, o IPEME era isso, depósito da justiça (Entrevistada 03).

Interessante observar que a imagem do IPEME está vinculado muito mais à justiça do que ao campo da psiquiatria ou da saúde mental, o que pode distanciar a compreensão de que este é um público que também seria alvo da desinstitucionalização no campo da Reforma Psiquiátrica. Uma das entrevistas aponta, porém, que na década de 1980 esta unidade já tinha sido desativada.

A respeito das ações no campo da Saúde, encontramos referências ao atendimento de crianças e adolescentes nos seguintes locais: nos municípios da região, na APAE, na Escola Maria do Rosário, no ambulatório do CHPB, algumas internações de adolescentes no centro de agudos da FHEMIG, um ambulatório municipal chamado Centro de Atenção Psicossocial (CETEPS), bem como o encaminhamento dos casos mais graves ao CPP, em Belo Horizonte. Após os anos 2000, passa a ser realizado o atendimento de crianças e adolescentes no CAPS de adultos. Trataremos de cada um deles a seguir.

Os municípios da região contavam com psicólogos que faziam atendimento em um modelo ambulatorial, com grandes listas de espera, e também encaminhavam crianças e adolescentes para tratamento em Barbacena, no ambulatório do CHPB.

No entorno, nas cidades, quase toda a cidade tinha uma psicóloga nos postinhos e tal, e as vezes elas, quando o caso estava muito difícil, elas mandavam para a gente na época, que ainda existia o ambulatório da FHEMIG, mandava para o ambulatório da FHEMIG para poder ver. (...) A gente ia nesses tipos de ambulatórios, olhava, verificava e começava a dar o papel de assessoria. Porque muitas dessas equipes que a gente encontrou nessas cidades, elas tinham aquela coisa, né, ambulatório, as psicólogas tinham a lista de espera, tratamento de criança, era uma coisa louca o tratamento de criança (Entrevistada 02).

No ambulatório da FHEMIG também eram recebidas crianças e adolescentes, mas geralmente casos mais graves. Uma das entrevistadas compôs a equipe multidisciplinar que foi montada em 1994, já na proposta de redução das internações.

Muitas cidades chegavam com crianças pra gente. Às vezes tinha alguns psiquiatras no ambulatório, que era do lado, acolhia criança. A maioria não gostava de acolher criança. Só um caso ou outro que acolhia. Mas às vezes existia isso. (...) Eu no ambulatório peguei foi, assim, peguei vários, tipo, adolescentes entrando no surto psicótico, que aí era muito difícil né, que os pais não conseguiam entender porque que o menino era tão legal e de repente o menino passou a ter um outro comportamento e esses meninos eram tratados no ambulatório da FHEMIG. (...) isso é desde oitenta e poucos, desde que o ambulatório foi inaugurado, em novembro de 86. Então desde 86, se tivesse alguma coisa grave, eles iam para o ambulatório (...) O ambulatório era regional, o ambulatório pegava metade de Minas Gerais (Entrevistada 02)

Pelas narrativas, havia uma outra gama de casos mais leves que eram atendidos nas próprias cidades e, posteriormente, encaminhadas ao CETEPS. Este ambulatório foi criado na década de 1980, tendo gestão municipal, mas sendo composto com equipes ligadas à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com mini-equipes multidisciplinares. Havia atendimento de crianças e adolescentes realizado por uma psicóloga, que era a referência para este público.

Não conseguimos acessar documentos relativos a este equipamento, mas as entrevistas indicam que um grande número de atendimento de crianças referia-se às demandas escolares.

A gente não tinha um serviço pra acolher uma criança, um adolescente que tivesse dentro de um sintoma, de uma patologia que realmente tivesse necessidade de tratamento dentro do campo da saúde mental. A gente tentava, era isso. Tinha um CETEPS, um ambulatório de saúde mental do município, que nós também criamos, mas era só ambulatório. Chegava lista de criança, lista de criança que tinha problema de disciplina, que não conseguia... Tinha fracasso escolar, que a professora queria ficar livre porque não sabia lidar pedagogicamente com aquele... Tudo caía nessa 'cacuia' da saúde mental (Entrevistada 01).

Esta entrevistada avalia que este ambulatório atendeu apenas casos leves em saúde mental, sendo uma iniciativa que não atingia, naquele momento, os principais problemas enfrentados pelo município no campo da saúde mental.

A gente recebia uma demanda imensa. Tinha até lista de espera. Tinha alguém, um profissional do dia que fazia a entrevista para ver para onde que iam caminhar. Mas era uma coisa... Eu falo que foi ingênuo porque não mexia na estrutura. Eram aqueles casos leves. Sabe? Não mexia na estrutura da saúde mental de Barbacena no que diz respeito aos casos graves. Continua internando do mesmo jeito. Os psicóticos iam internar. Os neuróticos graves também internavam. Só mexia com casos leves. (...) Tinha a Eliane que atendia criança. Criança que não ia bem. Era uma coisa que eu considero ingênua porque não era dentro da mudança que realmente precisava em Barbacena. Tapeava, tampava o sol com a peneira. (...) Porque o que precisava mesmo nós começamos a trabalhar em 2000 com a criação da coordenação. E o CETEPS aos poucos, ele depois mudou de lugar e foi até morrendo. Porque como tinha o CAPS, como uma porta de entrada, os casos iam

pra lá e os casos mais leves iam pra... Foi criada outras estruturas pros casos mais leves. Até do ambulatório mesmo (...) Nos bairros, nos postinhos (Entrevistada 01)

Interessante observar a dinamicidade do processo que envolveu a reformulação do cuidado em saúde mental em Barbacena. Este era um movimento novo e desconhecido nos próprios atores, atravessado por diversos fatores que influenciaram no desenho que se configurou no município. Como apontou Amarante (2019), a Reforma Psiquiátrica é um processo social, e como tal, é complexo e multifacetado.

Eu acho que essa experiência foi extremamente rica. Muito rica. (...) Ela foi rica porque a gente percorreu esse caminho com um pensamento extremamente crítico. (...) A gente naquele tempo a gente não tinha essa compreensão tão madura. (...) Mas você vê, o CETEPS, a gente não tinha esse pensamento. Ele foi sendo construído na medida que a gente foi caminhando. Por isso que eu falo que foi um projeto ingênuo. Sabe? Depois que a gente foi vendo que o buraco era mais embaixo (Entrevistada 01).

O atendimento de crianças e adolescentes não apareceu como centralidade neste momento da Reforma, ainda que houvesse casos leves e graves sendo atendidos pelo município e pelo estado, bem como em outros municípios. Mas estes eram considerados ora como casos isolados, ora como um campo mais complexo que demandaria um investimento em outro momento.

A maioria das entrevistadas, ao refletirem sobre as demandas de saúde mental de crianças e adolescentes, indicam que estas questões eram vistas, mas que havia uma urgência de direcionar os esforços para a interrupção das internações e a criação de um serviço que substituísse o atendimento hospitalar.

A gente tinha uma urgência, primeiro. Porque como o nosso universo era o universo da FHEMIG (...) a gente tinha lá uma população que estava todo mundo internado e que a gente via que não tinha necessidade nenhuma. A gente ia para as clínicas. (...) Então, tinha uma lógica de internação que era o imperativo. Então, isso, na nossa cabeça, era a urgência. A gente não tinha um pensamento com relação à questão da criança, não (...) nós tínhamos um dinheiro, que era um dinheiro gasto com o hospital psiquiátrico, que era muito grande, a gente percebia que não tinha resolutividade nenhuma. A gente sabia, a gente via, a gente testemunhava isso. (...) Nós não podíamos deixar aquilo acontecer do jeito que estava. Então, não dava pra colocar criança (Entrevistada 03)

Eu acho que o nosso gargalo era fechar os hospitais naquela época. Tinha que ter energia para isso. Estava muito claro que a gente tinha que tirar as pessoas do hospital. E talvez hoje ser reconhecido como um processo exitoso, foi porque nós dirigimos todos os nossos esforços, todo o nosso gás, foi todo direcionado para o processo de [desinstitucionalização]. A gente tinha que acabar com isso. Tinha que tirar as pessoas do hospital. Não tinha justificativa. Tinha uma lei, 10.216, que deixava claro que não podia mais morar ninguém em hospital. Então, a partir do momento daquela lei, a situação era irregular (Entrevistada 05).

Ao considerarmos a magnitude do complexo psiquiátrico presente em Barbacena, compreende-se a complexidade do processo de desinstitucionalização, que contava com poucos profissionais que atuavam nesse primeiro momento, com a criação da Coordenação de Saúde Mental. Segundo Tenório (2002) a desinstitucionalização gerava a necessidade de desconstrução do que chamou de circuito manicômio-dependente, que consistia em uma lógica de empuxo para a internação, que se deu através do crescimento desordenado de oferta de internações psiquiátricas gratuitas e financiadas por recursos públicos. Assim, a desinstitucionalização em Barbacena consistiu na desinstitucionalização de todo um circuito, não apenas do CHPB.

O processo de fechamento dos leitos e dos hospitais desencadeava uma série de outras ações a serem elaboradas, demandando a avaliação de cada paciente, a busca de vínculos para retorno às famílias, a criação de novas residências terapêuticas para aqueles que não possuíam mais vínculos familiares, os cuidados com os pacientes crônicos, o acompanhamento dos pacientes no período fora do hospital, até sua adaptação, entre outros.

Porém, juntamente a este ponto, aparecem nas entrevistas duas questões importantes: o desconhecimento da clínica voltada às crianças e a ideia de que estas crianças já estavam sendo atendidas em outros locais.

Eu, como profissional, nunca trabalhei com criança no sentido da clínica, nunca trabalhei. E quando nós começamos a trabalhar em saúde mental, criar uma coordenação, tava um pouco... Era tanto serviço, era tanta coisa pra fazer, tanta urgência, que o atendimento à criança e adolescente ficou... Ficou pra um outro momento, porque imagina o que a gente tinha ali, aquela quantidade de hospícios. Ficaram com a APAE (Entrevistada 01).

E a criança... Quando a gente põe criança na pauta, a gente pensava assim... A gente faz isso depois. Agora não dá, a gente faz isso depois. Tem gente cuidando de criança. Era aí essa lógica que a gente pensava. De alguma forma, tinha a FHEMIG que estava atendendo, tinha a APAE que atendia, a gente sabia que existia uma rede de proteção a criança e adolescente, principalmente depois do ECA, que favorecia um pouco esse cuidado. Enquanto que a questão dos crônicos, do louco, ela estava na nossa mão. Ponto. Entendeu? Não tinha ninguém cuidando disso. Era a gente e a gente (Entrevistada 05).

Dentre as principais instituições citadas que faziam este atendimento, aparece principalmente a Associação Barbacenense de Apoio aos Excepcionais (ABAE), que posteriormente assume a designação de APAE, e, em menor grau, a Escola Maria do Rosário. Há, porém, uma percepção que havia um caráter de atendimento ambulatorial, focado nos especialistas, principalmente psiquiatras e neurologistas, e que grande parte das demandas eram de natureza pedagógica ou escolar.

Através das narrativas, entende-se que as crianças chegavam direto nestas instituições, podendo ser atendidas lá e/ou encaminhadas ao ambulatório da FHEMIG. Destaca-se que estas instituições contavam com equipes multidisciplinares e tinham como prática as avaliações psicopedagógicas e psiquiátricas desde a década de 1960, no município e na região.

Ainda que esta demanda não fosse alvo de ações sistematizadas neste momento, havia uma percepção crítica desse modelo e uma tentativa de reduzir os encaminhamentos deste público às práticas ambulatoriais e internações. Por outro lado, ao tratar dos casos graves que chegavam ao ambulatório, eram realizados encaminhamentos de crianças e adolescentes à Belo Horizonte, que, neste contexto, acabava realizando o papel de internação dessas crianças e adolescentes.

APAE é que pegou muita criança... tinha psicólogo e tinha neurologista. As crianças eram todas atendidas por neurologista, a escola mandava um encaminhamento, a criança já ia direto para APAE. (Entrevistada 02).

Mas quando a gente estava na coordenação, a gente não tinha... como é que fala... fôlego para poder pensar nisso, nem para álcool e droga, nem para saúde... nem para criança. O que se tentou fazer, eu volto a repetir, era barrar, barrar alguns encaminhamentos (Entrevistada 01).

Um ponto interessante que aparece, nas narrativas, refere-se à uma organização dos trabalhadores do CETEPS no sentido de demandar à gestão municipal a inclusão da pauta das crianças e adolescentes nas ações de saúde mental.

A questão da criança, tinha o CETEPS (...) Houve um movimento também... eu lembro que elas chamaram para um fórum, tipo um fórum, alguma coisa assim, e eu lembro que elas chamavam a presença da gente. (...) levantando uma bandeira de que lugar que nós íamos dar para crianças e adolescentes. (...) e eu lembro que eu disse pela questão do instante de olhar, o instante de elaborar e o instante de concluir. Eu falei por esses eixos. Entendia que a coisa era importante (...) e eu falei, olha, a gente tem certeza da importância de olhar para essa questão, mas nós estamos agora, no instante de elaborar (Entrevistada 03).

Após a criação do primeiro CAPS, em 2002, crianças e adolescentes também passam a ser atendidos neste equipamento. Aos poucos o CETEPS vai sendo substituído pelos atendimentos do CAPS e postos de saúde e se extingue. Ainda continuam os atendimentos no ambulatório do CHPB, na APAE e na Escola Maria do Rosário.

Neste momento, o serviço voltado às crianças e adolescentes no âmbito da política de saúde mental, é o CAPS, que atendia adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Também não há, ainda, uma formulação de ações voltada às particularidades das crianças e adolescentes. O atendimento no CAPS é compreendido na intenção de reorientar a assistência para os serviços substitutivos, estabelecendo uma nova porta de entrada. Os casos graves de

crianças e adolescentes, que ora chegavam à FHEMIG, também passaram a ser encaminhados para posterior tratamento no CAPS.

(...) e no CAPS começa a aparecer as demandas de adolescente. E adolescentes com déficit intelectual e psicóticos e aí a gente já começa a ver uns que ficam até crônicos mesmo dentro de CAPS. (...) Não eram tantos [adolescentes atendidos no CAPS].. E engraçado, e eu lembro alguns, na época ainda, adolescentes, nem sei se tem algum que já faleceu. Mas inclusive, que passava até a internação, porque passava por essa crise. E passava depois até pela FHEMIG mesmo, né? Pela internação e depois no CAPS. (Entrevistada 04)

Como que é importante a gente pensar a Lei 10.216. Porque a Lei 10.216 ela traz algumas questões já marcando posição. O sujeito só vai ser internado em última instância. Seja ele adulto, criança... Ela abarca todo mundo. Porque abarcava todo mundo. Não é? E aí, vem a criação dos CAPS. O CAPS traz isso. Se não tem nenhum trabalho de criança, quem vai acolher criança são os CAPS. Dentro de uma lógica de desinstitucionalização. Acho que a gente não pode perder isso de vista, não. Porque isso marca. O que marca todo esse processo da reforma, é exatamente: nós vamos instituir ou nós vamos desinstituir? (Entrevistada 02).

Uma das entrevistadas aponta o alto número de atendimentos de crianças no ambulatório do CHPB, inclusive contando com psiquiatria infantil, e sua preocupação com o atendimento neste modelo, indicando este fato como expressão da necessidade de um serviço especializado voltado a crianças e adolescentes orientado pela Reforma Psiquiátrica.

(...) porque lá [no ambulatório do CHPB] tem uma demanda, lá tem atendimento grande de criança, aí não sei se ainda tem mas era enorme. Aí a gente sempre via assim: nossa, precisa de um Capsi porque tá tudo vindo pra cá, pra ambulatório, [do] ambulatório sai remédio. Então assim, um trabalho que fosse... porque o Caps, normalmente, não sei se funciona assim, mas a proposta é que a gente estenda a rede, que a gente circule pela rede e que principalmente possa trabalhar com atenção básica, né gente? Porque o usuário não fica refém de instituição, nem CAPS, nem ambulatório, nem onde quer que seja, né? Então lá, lá nesse ambulatório do CHPB a gente sempre teve muita crítica a isso porque o número de menino tomando Ritalina... (Entrevistada 04).

É possível observar que a necessidade de um CAPSi começa a se colocar no município diante de demandas de diversas naturezas, mas é implementado a partir de uma determinação judicial. A necessidade de um serviço de saúde mental voltado as crianças e adolescentes vinha sendo colocada principalmente pelas instituições e atores sociais, não sendo identificadas no processo de pesquisa demandas oriundas das famílias. Havia também um movimento da equipe gestora da saúde mental de analisar a proposta de criação de um equipamento voltado às crianças e adolescentes, mas que não havia ainda amadurecido ao ponto de implementá-lo.

Há, porém, nas falas dos atores, uma preocupação com a função que seria ocupada por essa instituição no município diante do histórico da assistência psiquiátrica e do modelo de assistência vigente até então.

Eu acho que isso já estava muito claro na nossa cabeça. Que tinha uma demanda escolar, que tinha alguma coisa de ordenação desse espaço social, que tinha alguma coisa que imperava que era a delinquência, a questão da drogadição de crianças, isso já estava, isso a gente já sabia. Agora, o que a gente faz com isso?(...) A gente tem um passado, que não é um passado bonito. A gente já tinha um lugar com um monte de gente internada. A gente já tinha visto essa história. Como é que a gente cria um serviço de criança entendendo que a coisa passa pelo RH [Recursos Humanos]? (Entrevistada 03).

Coloca-se o desafio de mudança de uma cultura, de relações que marcam a cidade. Como vimos, Barbacena, historicamente, se configurou como um território da loucura em uma dimensão de exclusão e segregação, dentro de um modelo asilar. Essas características históricas marcam, de fato, as práticas e os hábitos de um lugar, social e culturalmente.

A gente sabe que o território é uma coisa importante. É uma coisa que não dá pra negligenciar. E nós temos... Né? Nós temos a história do nosso território, que é uma história horrorosa, gente. É uma história horrorosa. (...) Porque o território, ele marca. O território marca. A gente sabe as vocações que cada território tem. Sabe? Então, é muito comum a gente falar assim: determinada cidade tem uma lógica, é uma cidade de padre, que forma padres. O território 'tanã' é um povo da música. E Barbacena é um território de loucura. (...) Porque não sai [dessa lógica]. Não sai simplesmente por um ato. Não sai por um ato revogado. Não é isso, não. Sai por uma prática (Entrevistada 03).

Outra questão diz respeito às particularidades do atendimento às crianças e adolescentes, algo que se diferenciava da clínica dos adultos, que se colocava com um desafio.

Primeiro essa clientela, entender... era assustador entender que essa criança não era um atendimento de CAPS comum. Era um atendimento de CAPS complexo, porque vinha uma criança, vinha uma família, vinha um conselho tutelar, vinha a [promotora], né, vinha o juiz da vara, vinha todo mundo junto. E aí isso era assustador para a gente, né, porque com o adulto, não. O adulto ele chega no serviço e aí... (...) Mas era o medo... não é aquele medo que te impede, era o medo que te chama para a reflexão, para pensar que serviço é esse. (...) E a segunda questão era a lógica que o serviço teria que ter. Porque a gente sabe que Barbacena, pelo próprio histórico, que você já relatou bem aí, é um lugar que institucionalizar é muito comum. É muito simples. E é bem aceito. Ninguém liga. Se você fizer um negócio para institucionalizar, todo mundo acha bacana, porque a gente tem esse histórico. A saúde mental não poderia trazer isso. A gente tinha que romper com isso na entrada da criança. Então assim, como é que nós vamos criar um serviço que não institucionalize crianças e adolescentes e que isso também não traga um estigma para eles? (Entrevistada 05).

Percebe-se a compreensão da complexidade e da particularidade que envolve a infância e que se diferencia do âmbito da saúde mental de adulto, indicando uma responsabilidade técnica e ética de atendimento em um novo modelo de saúde mental, que fosse estruturado em uma direção também alinhada à Reforma, ainda que o modelo de serviço não estivesse tão claro.

Os atores da Reforma Psiquiátrica mencionam, em toda a trajetória, a preocupação de manutenção da nova lógica de cuidado que estava sendo implementada nos serviços criados,

lógica esta prejudicada pelas trocas de gestão, pela precariedade dos vínculos de trabalho, pela instabilidade política em nível municipal, estadual e nacional. Todos esses elementos são importantes na análise da implementação e na execução de políticas públicas, que são atravessadas pelas condições conjunturais das mais diversas ordens.

Outro movimento realizado pela equipe da Coordenação de Saúde Mental foi a solicitação ao Ministério da Saúde, na ocasião da realização do Percorso Formativo, no ano de 2015, uma visita a um local que tivesse implementado o serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, sendo indicado, pelo órgão nacional, o CAPSi de Ouro Preto (MG), próximo à Barbacena.

Encontramos também, na pesquisa documental, referência a uma pactuação feita pelo município em tela com o Ministério da Saúde de duas Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAi), em 2012, a ser implantada em 2014. De acordo com Relatório de Gestão de Saúde Mental de 2009 – 2012, já havia recursos disponíveis no Fundo Municipal de Saúde para implementação destas Unidades.

Segundo uma das entrevistadas, após a pactuação dessas Unidades e do recebimento deste recurso, percebeu-se que este dispositivo não se adequava às necessidades de atendimento de crianças e adolescentes, sendo necessária a implementação de um CAPSi. Dessa forma, foi solicitada a reorientação dos recursos recebidos para este fim.

Na Ata da 91ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Barbacena, realizada no dia 29 de julho de 2014 registra-se que “foi constatada a necessidade de ampliar a assistência da Rede Psicossocial com um ponto de cuidado específico para crianças e adolescentes, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi”.

Há um registro, nesta Ata, que é sobre a colocação da gerente das unidades de acolhimento, à época, na referida reunião da CIR, em que a mesma afirma que,

o CAPSi será importante para o processo de reabilitação do jovem, assim como para recuperar o vínculo familiar. Segundo a mesma, a implantação deste ponto de atenção vem sob orientações do Ministério da Saúde, e é desaconselhável a permanência de menores nos CAPS destinados a atender adultos, uma vez que este público necessita de atendimento diferenciado, desta forma a unidade de acolhimento viria como um apêndice (BARBACENA, Comissão Intergestores Regional de Barbacena. Ata da 91ª Ordinária da CIR Barbacena realizada no dia 29 de julho de 2014.)

Após este acontecimento, os presentes decidiram pela repactuação das UAi junto ao Ministério da Saúde para a implantação de um CAPSi, tendo a concordância da plenária.

Ainda que houvesse esses movimentos na direção de pensar e implementar um CAPSi, isto se deu através de uma Ação Civil Pública (ACP), datada de 11 de julho de 2017, movida pelo Ministério Público do Estado Minas Gerais.

Há, porém, que se pensar, o que exatamente está sendo demandado, tanto pela justiça, quanto pelos atores sociais, quanto pela equipe técnica de Saúde Mental. A demanda por um CAPSi, um serviço especializado, no campo da saúde mental, voltado a crianças e adolescentes, pode revelar e ser expressão de diversos processos sociais complexos, como trataremos a seguir.

4.2.1 A emergência do CAPSi: entre o cuidado e o controle social

A palavra emergência traz dois sentidos que se alinham com as questões que serão tratadas nesse item, pois pode sinalizar, ao mesmo tempo uma situação grave, perigosa; e a ação de emergir, aparecer, vir à tona. Falar da emergência do CAPSi não diz apenas do surgimento de um serviço, mas expressa também uma certa urgência, uma emergência apontada por diversos setores no sentido de dar respostas, imediatas, a determinadas questões.

A ACP se orienta pela argumentação de uma omissão do município diante das necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes. Lança mão da Portaria GM/MS n. 336 (BRASIL, 2002), que define a população necessária para implementação dos CAPS e suas modalidades, destacando que o CAPSi poderia ser implementado em municípios acima de 70 mil habitantes. Considerando a população de Barbacena, que teria mais de 130 mil habitantes, concluem que “o município de Barbacena tem sido omissor no que concerne ao tratamento da saúde mental de seus cidadãos”, pois “já deveriam ter sido instalados pelo menos um CAPSi segundo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde” (MPMG, 2017, p. 5).

Como justificativa para a necessidade deste serviço, menciona os apontados nos relatórios finais da II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), em que a II CNSM trata dos efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a III CNSM-I aponta que as ações político-assistenciais no cuidado da população infanto-juvenil não podem ser postergadas.

Também argumenta com o fato de que os transtornos mentais nos adultos tem início precoce e que os índices de transtornos mentais nos jovens tem aumentado, destacando os

casos de “deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade”, assim como “aumento do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre os adolescentes” (MPMG, 2017, p. 3).

Remete, também, ao Plano Municipal de Saúde, de 2014 a 2017, em que consta o diagnóstico de ações estratégicas tendo em vista “o aumento de casos de violência e uso de álcool e outras drogas, constantes queixas e reclamações da rede educacional sobre o suporte da saúde com necessidade psicossocial; a ausência de serviço implantado para saúde mental infantil” (MPMG, 2017, p. 9).

Para justificar o “descaso do Município no que concerne à questão da saúde mental das crianças e adolescentes”, retoma o Inquérito Civil realizado por este órgão em que é feito um levantamento das demandas e da oferta de assistência a esse público. Menciona a existência de muitos processos de aplicação de medida de proteção, em que havia a necessidade de inserção em serviços de saúde mental, mas que estes eram inexistentes em Barbacena. Parece que esse inquérito teria sido motivado por representações do Conselho Tutelar que requisitavam tratamento em saúde mental para crianças e adolescentes, mas este recurso era inexistente no município.

O município, ao ser questionado quanto ao atendimento de crianças e adolescentes, responde, neste inquérito, que existia um convênio com o Ambulatório da FHEMIG, do CHPB, em que este estaria prestando assistência a crianças e adolescentes, apresentando dados de atendimentos no ambulatório, reuniões de matriciamento realizados na rede e sinalizava que há 3 anos o município estava se preparando para implementação deste serviço.

Contudo, a FHEMIG informa que o ambulatório não estava realizando atendimento de crianças e adolescentes e que este tipo de atendimento não fazia parte das finalidades do ambulatório. Entre os serviços ofertados, menciona a existência do ambulatório infantil, em uma área destinada a adultos, que são ofertadas apenas 6 consultas para crianças até 12 anos, sendo 04 de urgência. Destacam que “não são realizadas ações de reinserção social” (p. 11). Assim, além do atendimento prestado no município ser apenas ambulatorial, deixando de seguir as normativas vigentes no campo da política da saúde mental, não havia atendimento ao público na faixa dos 13 aos 18 anos.

O inquérito também menciona a desassistência de crianças e adolescentes que precisaram de atendimento em algum momento e não foram atendidas, seja para caso de transtornos, seja para casos de uso de substâncias entorpecentes. Interessante destacar, que há um destaque grande, dentre as justificativas, para a questão do uso de substâncias psicoativas, tratada como “usuários e dependentes de drogas e álcool”.

Mencionam pesquisa realizada junto a PMMG em que relacionam os atos infracionais de adolescentes com o consumo de substâncias entorpecentes, “sem a existência de um serviço destinado a implantação dos programas infanto-juvenis de tratamento à dependência química” (MPMG, 2017, p. 12-13). Deduzem que “o número de adolescentes efetivamente envolvidos com o tráfico e uso de drogas é muito maior, haja vista as limitações à elucidação e repressão desses atos infracionais” (MPMG, 2017, p. 13).

Entende-se, então, que estes foram as principais justificativas para a necessidade de um serviço especializado para atendimento em Saúde Mental para crianças e adolescentes em Barbacena, sendo indicado como modelo a ser implementado o Capsi, conforme legislações que regem a Política de Saúde Mental. O Ministério Público determina, então:

1. a concessão de tutela antecipada, inaudita altera parte, para que o Município implemente no período de 180 (cento e oitenta dias) 01 (um) serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes (Caps i), encaminhando para tanto solicitação de incentivo financeiro diretamente à União, com cópia para o Estado de Minas Gerais, nos termos da portaria 245/2005 e 130/12 do Ministério da Saúde (MPMG, 2017, p. 25).

Assim, o campo da justiça teve um papel importante na afirmação e garantia dos direitos das crianças e adolescentes de Barbacena e região, ao determinar que o município apresentasse uma resposta ativa e imediata ao histórico de desassistência que existia diante das necessidades de saúde mental destes sujeitos, chamando as instâncias estadual e federal em suas atribuições⁷⁷.

Por outro lado, é importante destacar alguns elementos que se revelam através desse clamor social por um CAPSi, como solucionador dos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes. Estas reflexões podem auxiliar a compreender os receios da equipe de Saúde Mental no sentido de compreender que tipo de serviço deveria ser implantado em um contexto de uma forte cultura de institucionalização, como existia na cidade. Este ponto é de extrema importância, pois a existência de uma demanda social do e para o CAPSi de Barbacena irá acompanhar a abertura e a constituição deste serviço.

Ao observar as justificativas apresentadas pela ACP, é possível perceber que essa necessidade identificada, essa demanda por um atendimento de saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena, se expressa por dois eixos argumentativos: pelas condições de sofrimento mental das crianças e adolescentes, seja pelos transtornos mentais que vivenciam ou pelo uso de drogas, e pela necessidade de resolução de alguns problemas que não são apenas do campo da saúde, indicando uma outra ordem de questões, as sociais.

⁷⁷ A ACP prevê multa diária de dez mil reais em caso de não implantação do serviço no prazo de 180 dias e destaca as atribuições de cada ente federado na oferta do dispositivo assistencial CAPSi.

Juntamente com os dados a respeito do aumento de transtornos da infância e juventude, a necessidade de tratamento precoce, é possível identificar no documento “constantes queixas e reclamações da rede educacional”, “representações oferecidas pelo Conselho Tutelar” e a menção da PMMG ao “número de ocorrências registradas relacionadas a atos infracionais de adolescentes em consumo de substância entorpecente”.

Ainda que estas questões estejam interligadas, sofrimento mental e problemas sociais, há uma diferença em identificar a necessidade de um cuidado especializado a este grupo e a necessidade de resolver questões de outras ordens em um equipamento do âmbito da saúde, como problemas escolares, familiares, de violência ou de contravenção penal. Em ambos os casos, trata-se de problemas que não estavam tendo locais adequados para seu devido tratamento, sendo a saúde mental chamada a resolvê-los, a ser responsável por eles. Chamamos a atenção, também, que não há sinalização de demandas vindas dos próprios setores da saúde, sejam públicos ou privados, mas prioritariamente dos campos da Educação, da Justiça, do Conselho Tutelar e da Segurança Pública.

Conforme aponta Costa-Rosa (2013), ao pensar o lugar que os CAPS ocupam nos territórios, é importante considerar o imaginário criado pela população sobre esse estabelecimento, o que esperam e imaginam que podem encontrar nesses espaços. As instituições de saúde mental mobilizam determinados significantes na sociedade, tanto para a população em geral quanto para aqueles que demandam os serviços, bem como para os próprios trabalhadores dos serviços de saúde.

A representação social dessas instituições nos territórios está diretamente ligada à percepção que cada local tem sobre a loucura, sobre o modo de lidar com o sofrimento psíquico e com os sujeitos que o vivenciam.

Em outros termos, os modos como a instituição modela sua imagem e a da sua práxis no território operam de maneira direta nas formas de percepção do sofrimento pelos indivíduos e no jeito de representarem as possibilidades de tratamento que servem de base ao enunciado dos pedidos de ajuda. (COSTA-ROSA, 2013, p. 87)

Ao tratar da emergência da demanda de criação deste serviço, uma das entrevistadas também ressalta o que chamou de “demanda do social”, indicando uma demanda que se voltava a um ordenamento do espaço social. Ao refletir sobre o surgimento da demanda por um CAPSi, aponta sua impressão de que houve uma grande influência do setor da educação nesse sentido, atingindo o campo das relações sociais em geral.

Pesquisadora: *Você entende que existia uma demanda dessa área educacional por um equipamento de saúde mental?*

Entrevistada 03: *Do espaço social. Daquele que perturba a ordem. Então, a essa perturbação da ordem era preciso que a saúde respondesse por esse lugar. E a saúde não dá conta de responder isso. Dá? Não dá nada. Não dá. (...) Porque o*

social, ele demanda por uma resposta, uma solução. Uma solução que, às vezes, não é bacana para o sujeito, não. Mas é bacana para o social mesmo. É bacana para uma ordenação do social. E como que ele demanda isso, e demanda uma certa urgência. Tudo é muito urgente. Se é melhor para o sujeito, não está em questão. Mas se é melhor para o social, isso está em questão. E aí, isso se apressa de uma... Isso apressa pra vertente o quê? Medicamentosa. Isso eu acho que é um apelo (Entrevistada 03).

A entrevistada, ao responder ao que chama de “apelo à vertente medicamentosa”, refere-se à busca por medicação por parte das instituições e atores sociais como uma solução para as questões que envolvem as crianças e adolescentes, sendo uma forma de realizar o “ordenamento do social”. Refere-se também à medicalização como uma estratégia de controle dos corpos.

Como é que essa ordenação desse espaço, como é que isso vem? E a criança, o corpo da criança, ele perpassa em vários lugares, porque o corpo da criança é igual ao meu corpo. Não pertence a nós, não. Pertence à cultura. Ele está na escola, sim, nas escolinhas, ele está na rua, e aí todo mundo se acha no direito de dar pitaco com relação a esse corpinho. E a criança que não se ajustava aí, ela teve um apelo que ela tinha que ser vista. E o apelo, já era medicamentoso? Era. Era medicamentoso. Quando se fala que o CETEPS era basicamente sustentado pela escola, eu não tenho a menor dúvida (...) Por isso que a gente fala assim, o apelo é medicamentoso. O apelo é sempre medicamentoso. No sentido de paralisar esse sujeito. (...) Porque o apelo social é um, e nós, enquanto profissional, no lugar que você responde, tem que ser outro (Entrevistada 03)

A medicalização como estratégia de controle e ordenamento social, vincula-se ao processo de patologização da vida que tem se ampliado e sofisticado nas últimas décadas. Esses dois processos vinculam-se a uma compreensão da vida que se fundamenta em referenciais biológicos e naturais, excluindo os fatores culturais e históricos que formam as sociedades e o comportamento das pessoas. Encobrem, então, processos sociais e coletivos que nos formam como seres humanos, inseridos na cultura.

A definição de padrões de normalidade que se baseiam em uma perspectiva naturalista, e, portanto, a-histórica, traçam os comportamentos considerados normais e cria, em oposição, o que é anormal, devendo estes serem extintos e controlados. É o elemento fundante da submissão, do não questionamento e da docilização de corpos e mentes, que são necessários à manutenção de uma ordem social vigente.

Este raciocínio fundamenta as práticas de exclusão e afastamento dos sujeitos que perturbam essa ordem, gerando, em consequência, rótulos e critérios necessários para fazê-lo, assim como os atores que serão os detentores do poder de julgar e aplicar as devidas punições. Se, na história, esse papel foi ocupado por muitos séculos pela Igreja, passa ao poder da ciência moderna e da medicina exercer esse papel na Modernidade, legislando sobre o normal e o patológico, definindo o que é saúde e doença. A Neurologia e a Psiquiatria, com a

especialização da Medicina, vão tomar como seu objeto próprio o saber/poder sobre o comportamento, assim como a Psicologia. Esta, ainda que se desvincule da Medicina, mantém essa função social.

Este ordenamento social dos corpos se realiza por diversos dispositivos, mas conta, prioritariamente, com estes especialistas atuais, detentores do saber/poder sobre o comportamento e seus padrões de normalidade ou anormalidade, aqueles que julgarão e condenarão pessoas e grupos indicando seus destinos no campo social. Moyses e Collares (2020) consideram que surgem novos critérios, novos nomes, novas formas de avaliação e punição, sendo na verdade uma sofisticação da vigilância já trabalhada por Michel Foucault.

A patologização, ao transformar problemas da vida e processos sociais em doenças, individualizam os problemas coletivos, social e historicamente determinado, podendo se constituir como uma nova forma de violência:

Ao ocultar os problemas de ordem coletiva que atingem as pessoas e atribuir a causas individuais, inatas, seus modos de agir, reagir, aprender, sentir, afetar e ser afetado, de viver, de sofrer conflitos e imposições em uma sociedade construída no discurso da igualdade, porém fundada na desigualdade de fato, os processos medicalizantes constituem novas formas de violência contra as pessoas (MOYSES; COLLARES, 2020, p. 34 e 35).

É através da individualização dos problemas que se consegue o controle dos corpos, deslocando-os das instâncias coletivas, processo que acaba por escamotear as desigualdades, naturalizando-as, invisibilizando as múltiplas causas dos processos vividos. Neste caminho as autoras apontam que “a naturalização e a medicalização da vida destroem os direitos humanos, uma conquista da humanidade, ‘datada e situada’, como diria Paulo Freire, que não tem espaço em território naturalizado, em chão biologizado” (MOYSES; COLLARES, 2020, p. 37).

Costa (1979) considera que umas das consequências históricas do higienismo, que se vincula às visões naturalistas e biologizantes da vida, é o mecanismo de tutela familiar através da atividade terapêutica. O controle educativo-terapêutico iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos, por uma tutela do corpo, do sexo e das relações afetivas, sendo um meio de manutenção e reprodução de uma determinada ordem social, a ordem burguesa.

A normalização das condutas e sentimentos opera em outro nível. Ela procede de forma oposta, despolitizando o cotidiano e inscrevendo-o nas micropreocupações em torno do corpo, do sexo e do intimismo psicológico. É através da polarização da consciência dos indivíduos sobre estes objetos parciais de suas existências sócio-emocionais que a norma terapêutica se implanta e passa a agir. É a mecânica deste procedimento que a história da higiene familiar ilustra de maneira inequívoca e exemplar (COSTA, 1979, p. 17).

No que tange às crianças e adolescentes, esse cenário se torna mais preocupante, pois percebe-se uma articulação com a medicalização da educação, com a “invenção das doenças do não-aprender e com a medicalização do comportamento” (MOYSES; COLLARES, 2013, p. 15). A educação ocupa, historicamente, um papel social de controle e ajustamento das crianças e adolescentes. Através das escolas pretende-se formar corpos úteis de futuros homens e mulheres funcionais a vida em sociedade, sendo esta uma das principais instituições que tem a função de inserir os sujeitos na cultura e no ordenamento social.

Estes são mais um dos mecanismos de racismo e de controle da população negra, reinventados, mas direcionados aos mesmos sujeitos que eram recolhidos das ruas e que lotavam os manicômios. Vale lembrar que é no campo educacional que se alicerçam diversas concepções e representações sociais, muitas delas cientificamente justificadas, mas fundamentalmente racistas, como a “natural” inferioridade dos negros e do povo brasileiro, porque mestiço; ou a “natural” inferioridade intelectual da classe trabalhadora; ambos desconsiderados em seus fundamentos sócio-históricos.

A partir dos anos 1980 crescem os embasamentos para estes pressupostos no campo das disfunções neurológicas, como apontam Moyses e Collares (2013) na maioria dos discursos medicalizantes atuais direcionados à dislexia, transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno de oposição desafiante (TOD). Destacam que a aprendizagem e os modos de ser e agir tem sido os alvos preferenciais da medicalização, e, conseqüentemente, crianças e adolescentes tem sido os mais atingidos por esse processo.

Estas autoras apontam, também, que muitos destes diagnósticos dividem opiniões no campo científico, inclusive, alguns deles tendo uma enorme fragilidade no diagnóstico, além da carência de pesquisas científicas validadas que reconheçam a eficácia real de um tratamento medicamentoso, como é o caso do TDAH. São, então, uma das principais expressões da medicalização e patologização de processos da vida, tornados doenças.

A compreensão destes processos, movida pelos elementos apresentados na ACP de determinação de abertura do CAPSi, nos remete ao histórico da atenção às crianças e adolescentes pelo Estado, no Brasil, que teve como principal estratégia o isolamento através da institucionalização dos menores em diversas instituições, nos diversos setores, como estratégia de controle e também de higienização do espaço da cidade. Este controle, porém, voltava-se a determinados corpos: os corpos negros. Alteram-se as estratégias, inserindo a

medicalização e a patologização da infância, mas mantém-se a lógica de controle dos corpos infanto-juvenis.

Desta forma, compreende-se que a demanda de um CAPSi na cidade de Barbacena pode ter atendido a duas ordens distintas de necessidades ou o que estamos chamando de demandas sociais: à uma demanda de cuidado de sujeitos desassistidos no campo da saúde mental e à demanda de controle social destes corpos. Este cenário configura a demanda social encaminhada ao CAPSi, que vai representar uma demanda que não é dos sujeitos a quem se destina esse serviço, mas que vem mediado por demandas de terceiros. Ao mesmo tempo, a emergência do CAPSi pode ser uma oportunidade de colocar luz às demandas reais desses sujeitos e suas famílias, às suas particularidades e singularidades, sendo este um desafio que atravessa a construção deste dispositivo técnico-assistencial na rede de atenção psicossocial no SUS.

Ao tratar da implementação do CAPSi Estação Vida e os primeiros anos de funcionamento busca-se compreender como se deu esse processo em Barbacena/MG no campo da constituição de uma atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito das políticas públicas.

4.3 Começando a trilhar o caminho: emergência e invenção do CAPSi Estação Vida

Trataremos como referência de análise do período de 2019 a 2023, a partir da abertura do CAPSi até 2023, considerando as informações coletadas, tanto na pesquisa documental quanto nas entrevistas e na observação de campo. Destaca-se, como já dito, a participação da pesquisadora como trabalhadora do CAPSi Estação Vida desde sua abertura, contando com relatores da própria experiência profissional.

Importante retomar o contexto já mencionado de pandemia vivenciado no Brasil a partir de março de 2020, com a retomada do convívio social próximo ao fim de 2021. Assim, o CAPSi foi inaugurado em 2019, vivenciou um período de isolamento social em virtude da pandemia nos anos de 2020 e 2021, tendo que se reestruturar nos anos 2022 e 2023. Este é um ponto importante ao considerar o impacto da necessidade de isolamento social para um dispositivo que tem como princípio o cuidado no território e a articulação intersetorial, bem como as estratégias coletivas internas e externas ao CAPSi para cuidado dos usuários.

Daremos especial atenção à direção técnica e ética e ao processo de invenção do CAPSi, entendendo que não havia um modelo pré-definido a ser implementado, mas a criação de algo novo, que viria do próprio processo de trabalho e da clínica. Após a determinação judicial para a abertura do CAPSi, datado de 11 de julho de 2017, inicia-se o processo de pensar na implementação deste dispositivo, a ser feito em até 180 dias (6 meses). O processo de pensar e implementar o CAPSi foi feito com o Colegiado de Saúde Mental de Barbacena, que é uma instância composta pela gestão municipal e os coordenadores dos serviços: CAPS III, CAPSad III e SRT. Este modelo de gestão funciona em Barbacena desde a criação da Coordenação de Saúde Mental.

Em Barbacena, a gente funciona numa lógica de um colegiado, né, em que os coordenadores dos serviços compartilham, tomam decisões em conjunto, né? Mesmo a gente não tendo uma ação direta no outro serviço, a gente acaba atuando como apoiador, como consultor, né, pro par de trabalho. Então, todas as decisões estratégicas de saúde mental que envolvem todos os serviços ou mais especificamente de um serviço, elas são construídas nesse colegiado. E a coordenação de saúde mental geral do município fica dentro do Capsi. (...) [os coordenadores atuam] auxiliando nesses processos de decisão, auxiliando nessa construção de fluxo de trabalho, de processos de trabalho, né? E que são gerais, ou que podem ser específicos de um serviço ou outro (Entrevistado 06).

Assim, a gestão do serviço se deu, inicialmente, por este colegiado, com a presença de seus membros nas reuniões de equipe e supervisões, e dentre esses membros se destacaram duas coordenadoras de referência para se direcionar questões administrativas e questões clínico-assistenciais. Outra estratégia inicial foi manter a sede da Coordenação de Saúde Mental no mesmo espaço do CAPSi para poder estar próximo à equipe. A ideia era que fosse formado um coordenador do CAPSi na própria equipe.

E a coordenação de saúde mental veio para o Estação. Mas ela veio para tentar emplacar esse funcionamento, né? Porque estava nos olhos da gente. E qualquer dificuldade que tivesse, também a gente tava aqui. A gente não sabia o que a gente tinha pela frente, era uma surpresa, né? Não sabia o que ia chegar, não sabia... nada, mas assim, a gente estava aqui. E o fato de estar aqui, nesse primeiro momento também, era para a gestão ser compartilhada e que a gente pudesse fazer... começar a fazer a gestão nesse trabalho, que não era a minha função, porque eu sou [a coordenadora] da saúde mental. Mas eu fui a gestora desse CAPS nesse momento, num colegiado (...) pra a gente poder dimensionar, entender, e para depois tirar alguém da equipe que pudesse assumir essa coordenação, que era o nosso desejo (Entrevistada 05).

O CAPSi foi aberto no dia 25 de fevereiro de 2019, situando-se ao lado da Estação Ferroviária Central, sob o endereço Praça Adriano de Oliveira, s/n, bairro São José, com a designação de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Estação Vida Dr. Mauro

Borgo⁷⁸. Localiza-se em uma instalação onde funcionava uma delegacia de polícia, na região central da cidade, tendo um fácil acesso de ônibus de várias áreas da cidade.

Em 19 de dezembro de 2018, através da Portaria GM/MS nº 4.068 (BRASIL, 2018), Barbacena foi habilitado pelo Ministério da Saúde a receber uma parcela única como incentivo de implantação do CAPS, no valor de R\$ 30.000,00. Após sua abertura, foi realizada sua habilitação no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIP), do Ministério da Saúde e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esta solicitação de habilitação é feita um mês após a abertura do serviço, contando com a visita técnica da equipe de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (RELATÓRIO TÉCNICO PARA HABILITAÇÃO DO CAPSi ESTAÇÃO VIDA, 2019). A partir da habilitação, o município passa a receber mensalmente o valor de R\$ 32.130,00 para custeio do serviço de atenção psicossocial para a atenção às crianças e adolescentes.

Sua habilitação foi feita para atendimento apenas do município de Barbacena, sem realização de atendimentos para os outros municípios. Crianças e adolescentes de outros municípios são atendidos em Barbacena no CAPS III ou CAPSad III apenas em casos agudos ou de crise.

O relatório da Superintendência Regional de Saúde (SRS), datado de março de 2019, informa que o CAPSi Estação Vida funcionava no período de 07 a 19 horas, sendo o acolhimento da equipe realizado entre 8h e 17h. Destaca que caso seja necessária a atuação do serviço fora deste horário, foi estabelecido um fluxo para garantir a assistência, contando com o Hospital Santa Casa de Barbacena, que é referência para atendimento clínico de crianças e adolescentes, além de contar com os leitos de atenção integral de saúde mental do município.

A equipe era formada dentro dos parâmetros legislativos, sendo composta por 03 psicólogas, 01 enfermeira, 01 assistente social, 03 auxiliares de enfermagem, 01 psiquiatra com especialização em atendimento infanto-juvenil, 02 médicos plantonistas de referência, 02 assistentes administrativos, 02 auxiliares de serviços gerais e 01 vigia.

Sobre o espaço físico, o referido Relatório considera-o adequado e o caracteriza da seguinte forma: 01 sala de acolhimento, 04 salas de atendimento individualizado, 02 salas para atividades coletivas, 01 espaço interno para convivência, 02 banheiros, sendo um masculino e um feminino, 02 posto de enfermagem com espaço para que seja realizada administração de medicamentos quando necessário, 01 espaço com leito para observação, 01 sala administrativa, 01 sala de reuniões, 01 espaço para almoxarifado com arquivo, 01

⁷⁸ Dr. Mauro Borgo foi um neurologista e cirurgião barbacenense, que faleceu em 2019 e foi homenageado pela prefeitura.

refeitório, 01 cozinha, banheiro com vestiário para funcionários, depósito para material de limpeza, sala de utilidades e área de serviço, espaço utilizado para farmácia, área externa de convivência, abrigo externo de resíduos comuns e área externa para embarque e desembarque (RELATÓRIO TÉCNICO PARA HABILITAÇÃO DO CAPSi ESTAÇÃO VIDA, 2019, 2019, p. 5).

A respeito do modelo a ser implementado, os trabalhadores envolvidos neste processo apontam que não tinham clareza de como se daria em detalhes a organização do serviço, por ser algo novo, desconhecido e complexo. Mas apontam que havia uma direção a ser seguida, que é comumente apontada nas entrevistas como “não manicomial”, “não ambulatorial” e “não institucionalizante”.

Então a gente começa a fazer um desenho de um serviço que a gente esperava que não fosse um ambulatório, porque ele não poderia ser um ambulatório. Um ambulatório, a gente entende que ele não dá a resposta que a gente precisa. O ambulatório ele é pontual. E ao mesmo tempo, a gente não podia fazer um serviço que a gente colocasse aqui para dentro todas as crianças que tivesse, não institucionalizasse também. (...) E do CAPS funcionar como um CAPS, que é o desafio, né. Eu acho que é o desafio de todo serviço. De todos os serviços de CAPS. (...) quando a porta abriu, existia uma direção, mesmo com pessoas que não tinham o percurso pela saúde mental, né? Não tinha profissional que já tinha trabalhado ou que tivesse experiência de CAPS, né? Talvez, nesse sentido. Ainda mais de CAPSi, que também pra gente era uma novidade. Pois o que a gente tentava era fazer o contraponto o tempo inteiro, né? (Entrevistada 05).

Reflete-se que ao pensar um novo modelo de atenção voltado as crianças e adolescentes, não se levava em conta o modelo hospitalar, visto não ser uma prática comum voltada a estes sujeitos, mas toma-se como contraponto o modelo ambulatorial. Este representaria o contrário da atenção psicossocial, mantendo uma referência hospitalocêntrica. Os CAPS deveriam se orientar, então, pelo modo psicossocial e não pelo ambulatorial.

o ambulatorial, ele é simplesmente um local do atendimento pontual. A pessoa chega até o ambulatório, ela tem que chegar ao ambulatório, ela é atendida por algum profissional, ou profissional médico, ou profissional psicólogo. Ele tem uma agenda, existe uma agenda de atendimento, que ele é remarcado, é reprogramado. Mas as pessoas não saem do ambulatório. Os profissionais não saem de lá. Eles ficam lá. E ficam lá recebendo. Atenção psicossocial, não. A gente tem que sair daqui. A gente tem que estar no território. A gente tem que conhecer de onde esse menino vem. (...) O ambulatório é de fora para dentro. As pessoas chegam lá e ficam naquele momento, naquele atendimento, naquela condição, daquele recorte, daquele sujeito que está adoecido ou se julgando doente. Aqui não. Aqui a gente tem que fazer promoção de vida, promoção de cuidado (Entrevistada 05).

O modelo ambulatorial aparece, então, com características do modo asilar, dentro dos conceitos apresentados por Costa-Rosa (2000; 2013), pois não se trata apenas do modo de organização, mas de um modelo de atenção que tem uma outra definição de objeto de trabalho, de relações internas e com o território, e de finalidades éticas e terapêuticas.

Costa-Rosa (2000, 2013) e Amarante (2019), ao tratarem da constituição do modo de atenção psicossocial, destacam que este surge em oposição ao modelo asilar e psiquiátrico. À medida que avançam nas reflexões sobre este modelo, apontam que há outros elementos que caracterizam o modo asilar, como a medicalização e a centralidade do saber psiquiátrico e do hospital. Estes são princípios que não dependem de internações em hospitais, ou seja, podem existir fora do hospital, nos serviços de saúde em geral.

Em Barbacena, então, percebemos que o modelo psicossocial de atendimento de crianças e adolescentes busca se construir na oposição dos modelos ambulatorial e manicomial. Importante ressaltar, também, que isto nasce da experiência dos atores, tanto pelo processo de desinstitucionalização, complexo e de grandes proporções, quanto pela militância dos trabalhadores no movimento da luta antimanicomial. A trilha percorrida por estes atores vai dar a direção dos primeiros passos do CAPSi Estação Vida.

A nomeação do equipamento assistencial também aparece como uma preocupação com uma possível estigmatização. Neste sentido, nomeiam o serviço como Estação Vida, sendo esta a designação usada sempre para se remeter ao CAPSi, dentro e fora do serviço.

E até no nome, né, porque a gente ficou pensando como é que chamava, CAPS... Então vamos tirar o CAPSi, vamos colocar Estação Vida, está próxima da estação... A gente começa a criar algumas estratégias que pudesse não colocar esse menino estigmatizado pelo local. (...) Porque nós não temos a intenção que esse menino fique com a gente aqui e depois vá para o CAPS III, e depois, algum dia, vá para uma [residência], fazer carreira em saúde mental. Não dá. A gente tem que romper isso (Entrevistada 05).

O segundo ponto destacado como fundamental pelos atores entrevistados foi a formação da equipe. A equipe do CAPSi foi selecionada através de um processo seletivo simples, feito pela equipe de saúde mental, porém, a indicação para este momento foi feita pelos níveis de gestão superiores. Desta forma, a equipe de saúde mental não teve autonomia para selecionar diretamente os trabalhadores.

Consideram, porém, que a equipe seria um ponto central de investimento para construção de um modelo assistencial que atendesse a direção que estava sendo pensada.

A aposta que a gente fazia era no RH, foi uma aposta que fizemos o tempo todo, de pensar esse RH, de pensar as pessoas que iam trabalhar lá, entendendo que ali a coisa não podia acontecer dentro do CAPS, mas que a coisa tinha que acontecer fora do CAPS. A gente tinha que abrir mão... pensar na rede que estava sendo posta, nesse apelo que vinha, por exemplo, da justiça, que tinha que trabalhar com a justiça, entendeu? Então, era apostando no RH. Não tinha outra saída. Apostando no RH. E foi o que nós fizemos, apostamos no RH. (...) Porque eu poderia descrever algumas coisas que são menores, que trazem algum problema, que podem travancar um pouco, mas eu ainda aposto mais no Recursos Humanos. É o mais desafiador. Porque, se a gente tem uma equipe entendedora do papel dela, a gente flui, a gente aumenta a capacidade de entendimento, a gente resgata, a gente busca, a gente vai no território, a gente consegue fazer interlocução com

intersectorialidade, você começa a circular, você começa a se fazer presente nos locais, sabe? Isso diz muito mais de uma equipe do que de uma própria condição do trabalho, de um desejo de uma equipe de fazer diferente, de fazer a roda girar, sabe? (Entrevistada 03).

Os trabalhadores entrevistados ressaltam importância da formação de profissionais que se afinizem com o trabalho em saúde mental, apontando as fragilidades das condições de vínculos precárias. A primeira equipe do Estação Vida foi formada com vínculos temporários de trabalho e apenas uma funcionária efetiva, dentre os 16 trabalhadores.

Eu acho que o profissional de saúde mental é esse. Você não é obrigado a saber, não existe isso. Mas quando você chega e isso te incomoda, e você fala, ah, esse negócio é esquisito mesmo, né? A gente tem que fazer alguma coisa, entendeu, diferente. E aí você começa a buscar saídas para isso. Eu acho que essa é que faz a diferença do profissional que fica e do profissional que não fica. Perdemos pessoas boas que foram embora, né? Por conta da condição precária do vínculo da prefeitura, né? Nós tínhamos uma equipe muito forte. Tínhamos pessoas muito envolvidas, todos os tipos de profissional, profissional médico, que também tinham envolvimento com a questão, mas o vínculo não favorece que as pessoas fiquem aqui. Então você acaba que vai formando quadro e vai perdendo quadro (Entrevistada 05).

A formação da equipe no campo da saúde mental foi feita de algumas formas. O primeiro momento de formação foi anterior à abertura do equipamento, através de reuniões com os coordenadores dos serviços de saúde mental de Barbacena e de uma imersão nos serviços da RAPS. A equipe foi dividida e acompanhou o trabalho dos CAPS e das Residências Terapêuticas.

Outro ponto importante de formação dos trabalhadores foram as reuniões de equipe, que aconteciam semanalmente com a presença da coordenação colegiada, e, principalmente, pelos momentos de supervisão. O principal dispositivo para capacitação da equipe no que tange à condução clínica dos casos foi a supervisão clínico-institucional. Inicialmente, os casos eram levados na reunião de equipe e discutidos em conjunto. Após, foi estabelecido um momento específico, com frequência semanal, para supervisão dos casos, levados pelas RT e demais trabalhadores envolvidos no caso, para discussão com uma das coordenadoras do colegiado, que assumiu o papel de supervisora.

Em 2022, o governo do estado financiou a supervisão em todos os CAPS de Minas Gerais através de um repasse aos municípios. Foram então contratados supervisores externos para os 3 CAPS de Barbacena, inclusive o CAPSi. Este recurso, infelizmente, financiou a supervisão por um ano mas teve descontinuidade, em todo o estado, em 2023. Atualmente, a supervisão dos casos é realizada pelo coordenador do CAPSi, nas reuniões de equipe ou em momentos informais no cotidiano de trabalho a medida da necessidade dos casos, não sendo instituído um momento específico para supervisão.

A supervisão clínico-institucional do Capsi foi um momento de se pensar não somente na condução clínica de cada caso, em suas singularidades, mas também de pensar a organização do serviço a partir desta clínica. Este é um ponto muito importante, pois indica a construção de um modo de atenção que não está previamente instituído, em que há uma direção, mas não um protocolo enrijecido em que as demandas se enquadrariam em uma estrutura anterior. É um processo complexo e extremamente dinâmico, impactado por uma série de elementos e fatores internos e externos ao serviço. Consideramos que é neste ponto que se pode dar o entrelaçamento entre clínica e política, ampliando a compreensão sobre o CAPS como dispositivo de uma política pública.

A formação dos trabalhadores também se realizou em outros espaços, com a participação em algumas atividades no ano de 2019: uma oficina regional organizada pela Gerência Regional de Saúde de Barbacena que tratou sobre temas afetos à saúde mental; uma capacitação ofertada pela UFJF acerca do consumo de álcool e drogas; e uma capacitação sobre educação no mundo das telas.

Os trabalhadores também se organizaram para realizar estudos na reunião de equipe, revezando entre os membros a mediação de temas escolhidos em conjunto. Houve, também, a participação da equipe em um evento na cidade de Ouro Preto que tinha como proposta ser um encontro regional de CAPSi da região. A equipe se organizou para estar presente e apresentar questões a respeito do grande número de demandas escolares e a demanda pela medicalização no CAPSi Estação Vida.

Havia outros momentos que podem ser considerados momentos de formação, que ocorriam com a rede intersetorial contando com uma certa periodicidade, como o Fórum Intersetorial de Saúde Mental e as Paradas Obrigatórias. O Fórum Intersetorial consistia em reuniões com a RAPS e demais setores interessados para discussão de casos ou de temas afetos à saúde mental. A Parada Obrigatória era uma proposta de capacitação para as equipes da RAPS, em que os serviços atuavam com uma equipe mínima e os demais membros poderiam se reunir para uma capacitação direcionada às necessidades do trabalho. Estas atividades, porém, foram interrompidas com a pandemia de COVID-19⁷⁹.

Estes foram então os dois parâmetros iniciais presentes das falas dos atores que participaram deste momento de abertura do CAPSi: uma direção psicossocial, não ambulatorial e não manicomial e o investimento na formação de uma equipe que conseguisse

⁷⁹ COVID-19, sigla em inglês para “coronavirus disease 2019” (doença por coronavírus 2019).

compreender esses princípios. A organização do serviço e dos processos de trabalho, foi ocorrendo na medida em que o serviço foi aberto e as demandas foram se mostrando.

Ainda no campo da gestão do Estação Vida, a primeira coordenação própria, exclusiva ao Capsi, se deu em fevereiro de 2022, ocupada por uma trabalhadora da equipe que foi convidada a assumir essa função. Esta deixou de trabalhar no CAPSi em 2022 e o cargo foi assumido por um outro trabalhador, que também foi membro da equipe. Assim, o Capsi foi gerido de 2019 a 2022 pela coordenação colegiada, e teve outros dois coordenadores próprios até o ano de 2023.

No segundo semestre de 2019, a equipe já aponta, nas Atas de reuniões, a necessidade de um coordenador exclusivo do CAPSi, que pudesse pensar nas demandas específicas do serviço e mediar questões que a equipe não conseguia resolver, assinalando que a ausência de uma coordenação própria "dificulta o processo de trabalho e as decisões que precisam ser tomadas" (BARBACENA, CAPSi. Ata da reunião realizada no dia 17 de outubro de 2019. Livro 1, p. 020). Ao mesmo tempo, sinalizam a preocupação de quem iria ocupar esse cargo, pois uma indicação externa ao serviço poderia não estar alinhada com as direções que estavam sendo propostas e construídas até então.

Ao estabelecer uma coordenação própria, as questões próprias ao CAPSi Estação Vida passaram a ter uma representação através da composição no Colegiado de Saúde Mental. Entende-se que este foi um movimento importante para que fossem visibilizadas as particularidades que envolvem a atenção às crianças e adolescentes, ainda desconhecida ou pouco conhecida pela própria rede de saúde mental de Barbacena. Este ponto se fortalece na medida em que a coordenadora é uma trabalhadora do CAPSi, tendo ocupado a função de Referência Técnica, possibilitando um olhar diferente para o serviço.

Outro ponto importante diz respeito à compreensão do papel do coordenador do CAPSi, que é compreendido para além das funções burocráticas e administrativas, apontando um papel ligado à direção clínica do CAPS, principalmente em um período de construção de fluxos e processos de trabalho.

A gente vai amadurecendo. Hoje eu consigo te dizer que a principal função da coordenação do CAPSi é ser o diretor clínico-assistencial da unidade. Ponto. Ponto um. E não sei se a gente tinha essa clareza. A gente teve um bom momento que esse serviço funcionou, inclusive, sem uma coordenação própria. Então, eu penso isso, (...) ser o diretor clínico-assistencial da unidade, de co-pensar com equipe, casos, fluxos, além da parte chata, administrativa e burocrática que tem que ser feita, né? (...) É um trabalho coletivo e tem que ter um direcionamento. E esse direcionamento, eu penso, que vem da coordenação do serviço. E esse direcionamento é estar alinhado com os princípios da Reforma, tá alinhado com o reconhecimento dessa criança e adolescente enquanto sujeitos de direitos, de uma lógica de um trabalho baseado em perspectivas teóricas e técnicas psicossociais (Entrevistado 06).

Há momentos formais de encontro entre a Coordenação e a equipe nas reuniões de equipe semanais e durante o processo de trabalho. Destaca-se um momento considerado informal que aparece como um suporte constante para os trabalhadores, com a presença da coordenação, que se dá em uma sala onde os trabalhadores se reúnem quando não estão em atendimento.

As nossas referências, elas se organizam no trabalho da seguinte forma: quando elas não estão no acolhimento, no atendimento direto ao usuário, elas estão em uma sala onde elas compartilham ideias. Então, eu acho que aquilo dali a gente não institucionaliza aquilo, mas ali também é um momento de troca. Que não é algo formalizado, mas é algo pensado para que se dê, essas micro conversas, essas micro reuniões, que não tem essa cara de um momento formal, mas que se dão (Entrevistado 06).

Este é um espaço em que as Referências geralmente estão realizando registros ou encaminhamentos, sendo um local onde recorrem aos pares para compartilhar os casos e construir conduções, auxiliando a contemplar a dinamicidade dos processos de trabalho do Estação Vida, que estavam em construção.

A partir da análise documental das atas das reuniões de equipe, que compreenderam o período de 25 de fevereiro de 2019 a 15 de dezembro de 2022, foi possível perceber algumas estratégias de organização dos processos de trabalho que apontaremos a seguir, representando o processo de invenção do Estação Vida. Trataremos dos seguintes pontos: a organização da equipe e dos processos de trabalho, a organização do espaço, criação de atividades coletivas, a coordenação do serviço e o público-alvo. Não buscaremos problematizá-los, mas indicar as principais questões envolvidas nessa construção.

A análise dos assuntos trazidos com maior frequência nas reuniões de equipe, podem indicar tanto a complexidade do próprio processo de criação destes fluxos como também entraves e dificuldades da própria equipe em compreender e executar um novo modo de trabalho. Pode representar o próprio processo de construção de uma lógica de atendimento que consiga abarcar diversas dimensões que se colocam no cotidiano de trabalho: as particularidades dos usuários e suas famílias, a lógica de cuidado psicossocial, as práticas e formações trazidas pelos próprios trabalhadores, entre outros elementos.

É possível perceber nas Atas que houve muitas discussões sobre as funções de cada trabalhador, não só diante de sua formação, mas também diante de um modo específico de operar na saúde mental. A equipe se organizava por uma divisão de funções que não seguiam estritamente a formação profissional. Há as Referências Técnicas (RT), que são profissionais

de nível superior, sendo psicólogos, enfermeiros e assistente social. Os médicos não entravam como Referências, apesar de ter sido feito o convite pela gestão.

As RT são responsáveis pelo acolhimento inicial dos usuários e familiares, pela avaliação inicial e condução do caso dentro e/ou fora do serviço. Todos os usuários e familiares, então, possuem uma Referência Técnica, entrando os demais trabalhadores como profissionais de apoio. Todos os profissionais do serviço atuam junto aos casos, sendo a Referência Técnica responsável pela condução e construção clínica do caso, não sendo a única a atendê-lo. Dessa forma, todos os profissionais são de alguma forma envolvidos nas discussões referentes à clínica e ao atendimento a crise, pois esta poderia acontecer em qualquer espaço do serviço, devendo ser acolhida por todos os profissionais.

A condução do cuidado orientava-se pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído pela referência técnica junto com o usuário e sua família. Levava em conta as necessidades daqueles sujeitos para as condutas dentro e fora do CAPSi.

Este modelo auxiliou na organização interna da equipe e na construção de uma relação mais horizontalizada, favorecendo o compartilhamento de saberes e de condutas. Também auxiliou no reposicionamento do saber médico, comumente responsável pela condução terapêutica. O documento destaca, por exemplo, a recepção de estagiários da Faculdade de Medicina de Barbacena em 2020 e uma organização destes estudantes para que acompanhem não somente o médico, mas também as RT, para compreenderem o funcionamento do serviço.

Sobre a organização do espaço físico, destacamos as discussões sobre a forma de organização e a função de cada espaço do serviço. Inicialmente, era comum a designação pelos próprios trabalhadores da “sala do médico” e da “sala das RT”, por exemplo, indicando uma divisão que ocorreu no próprio processo de trabalho, sendo esta questão, posteriormente, discutida em reunião e refletido o uso das salas de acordo com as necessidades de atendimento em todos os espaços do CAPS.

Os espaços de convivência, antes limitados ao pátio e à brinquedoteca, foram se ampliando pelo acesso dos usuários ao refeitório, à cozinha, às salas de atendimento, sem restrições rígidas. Também eram realizados atendimentos no pátio, nos bancos, de forma mais informal, bem como na própria estação de trem, do lado de fora do serviço.

Os trabalhos coletivos com os usuários aparecem como demanda da equipe em vários momentos. É interessante perceber que as alternativas coletivas aparecem muitas vezes como uma estratégia para solucionar o alto número de atendimentos individuais, que sobrecarregam a equipe, o que pode encobrir os dispositivos coletivos como uma estratégia de cuidado. Em uma das atas, um trabalhador registra: “estamos querendo formar grupos de adolescentes para

desafogar os atendimentos." (BARBACENA, CAPSi. Ata da reunião realizada no dia 18 de julho de 2019. Livro 1, p. 12).

A realização de grupos, além de gerar espaços de convivência que podem ser terapêuticos por si, tem uma função terapêutica baseada em uma metodologia de intervenção direcionada, programada e articulada aos projetos terapêuticos singulares (PTS). Sendo parte da compreensão da lógica psicossocial da atenção em saúde mental.

Há a percepção de eram realizadas muitas orientações semelhantes em vários atendimentos individuais, indicando o caráter coletivo das questões de saúde mental, podendo, conseqüentemente, ser trabalhadas também em âmbito coletivo. O grupo também foi considerado um instrumento de observação e avaliação de crianças, que se manifestavam de forma mais livre nos trabalhos grupais.

A primeira atividade coletiva, criada em 2019, foi o *grupo de famílias*, tendo à frente o médico psiquiatra, uma RT e uma TA. Posteriormente, criou-se um *grupo de cinema*, para adolescentes, um *grupo de crianças* no período da manhã para observação e avaliação, uma *oficina de música*, uma *assembleia* e um *grupo de adolescentes* que foi criado a partir da oficina de cinema, como uma proposta dos próprios adolescentes. Estes grupos não tinham uma uniformidade quanto à metodologia ou estruturação, tendo cada um deles uma lógica de inserção, de desenvolvimento, com continuidades e descontinuidades. Os grupos eram conduzidos pelas RT e técnicos de apoio, e o trabalho no grupo era compartilhado com referências dos casos.

Com a pandemia de COVID-19, os trabalhos coletivos foram suspensos por tempo indeterminado. Em 2022, quando começam a ser repensados, retoma-se o grupo de famílias e a assembleia com adolescentes, considerando que dali viriam as indicações de outros possíveis grupos. Junto a isso, iniciou-se um trabalho de preparação da equipe para manejar metodologias grupais, com estudos teóricos e uma proposta de formulação e programação mais estruturada para cada grupo. Foi proposto também um grupo para acolhimento coletivo dos casos novos. Não foi possível saber como se deu o andamento destes grupos, mas em 2023, no período de observação no campo empírico da pesquisa, constata-se que não havia nenhum grupo em funcionamento.

Havia uma discussão recorrente sobre as funções das oficinas dentro do CAPS e em que medida eram estratégias terapêuticas do serviço e em que medida a criação de oficinas culturais poderiam acabar não fomentando espaços culturais fora do serviço, ou substituindo atividades que deveriam ser territoriais, e não dentro de um serviço de saúde mental.

Outro ponto recorrentemente registrado nas Atas, diz respeito ao público-alvo do serviço e os critérios de permanência e de desligamento. Este é um ponto que trata de questões complexas que envolvem a própria concepção de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Alguns autores apontam que há uma dificuldade pertinente aos CAPSi em definir seu público-alvo, não havendo uma padronização entre os serviços no Brasil (COUTO, 2012; VECHIATTO; ALVES, 2019).

No estudo realizado por Couto (2012) sobre a produção bibliográfica dos CAPSi nos anos 2000, percebe-se que, ainda que houvesse uma compreensão em comum sobre serem equipamentos comunitários e voltados ao atendimento de casos de maior gravidade em saúde mental de crianças e adolescentes, havia diferenças no entendimento da missão política, institucional e clínica dos CAPSi.

Um dos pontos divergentes trata-se exatamente da clientela do CAPSi, com critérios mais ou menos restritivos. Alguns guiavam-se pelos diagnósticos ou pela caracterização de transtornos como determinantes para o atendimento; outros apontavam a função do CAPSi em acompanhar casos de risco psicossocial, com ou sem transtornos associados, com alguns deles dando ênfases nas condições psíquicas com maior relevância diante das sociais. Outro ponto divergente diz respeito à idade, pois havia alguns serviços que restringiam o acesso à área de abrangência do CAPSi, outros atendiam faixas etárias específicas (12 a 18 anos, zero a 12 anos, estendidos aos 21 anos).

O atendimento a crise também não foi ponto comum nos equipamentos em funcionamento neste período, sendo que alguns consideravam esta a função principal do CAPSi, enquanto outros consideravam essa função imprópria para este dispositivo. Se em alguns dispositivos foram criadas estratégias para o atendimento à crise, como por exemplo a permanência-dia, há outros relatos de demandas da própria equipe por um local para encaminhar os pacientes em crise, sem realizar o acolhimento ou manejo dessas situações e considerando a chegada das crises como um obstáculo ao trabalho.

Ainda que as normativas tenham avançado a cada ano no que tange às orientações sobre a organização e atendimento dos CAPSi, há desafios na implementação e execução dos mandatos destes serviços, que se relacionam tanto com as particularidades deste público quanto com as demandas e configurações de cada território. Um dos informantes da pesquisa faz essa reflexão sobre o modelo de atendimento do CAPSi, sobre sua função e a diversidade das demandas recebidas pelo Estação Vida.

(...) quando você faz essa pergunta sobre os fazeres e saberes de um CAPSi, eu tenho pensado muito que saberes e fazeres são esses, sabe? Em tese, nós somos um serviço de média complexidade de saúde mental destinado a acolher crianças e

adolescentes com transtornos graves e persistentes, numa lógica de urgência e emergência, porta aberta, em especial para as crises. Mas hoje eu vejo que a gente faz muito mais do que isso, por uma série de questões. Como nós somos um serviço de porta aberta, não consigo controlar a demanda. Então, chega essa demanda, esse público com transtorno grave e persistente, chega o público em crise e chega o público que deveria estar sendo atendido lá na Atenção Básica (Entrevistado 06).

O Estação Vida é um serviço de “porta aberta”, sem agendamento prévio e sem exigência de encaminhamentos, sem listas de espera, contando com uma RT responsável pelos acolhimentos do dia. Esta estratégia possibilita o atendimento às crises ou aos episódios de sofrimento mental no momento em que acontecem, atendendo à particularidade do cuidado em saúde mental.

Por outro lado, este mecanismo de funcionamento se torna desafiador neste momento de construção do Estação Vida, das possibilidades e estratégias de cuidado, num momento ainda de conhecimento da rede intersetorial, apontando a importância de compreender o papel desse dispositivo. Um dos trabalhadores reflete sobre a finalidade do CAPSi e aponta funções que extrapolariam a assistência terapêutica, indicando uma função de referência a este serviço.

Eu penso, assim, a assistência social, quando nomeou o CRAS, como Centro de Referência, eu gosto muito desse significante, sabe? Referência. Eu acho que eu penso um pouco sobre isso, assim, sabe? O objetivo que eu penso para o CAPSi, ao longo dos anos, assim, no processo... ele se torne, de fato, uma referência em saúde mental para o município. Tanto para a formulação das políticas, tanto para referenciar a rede para as ações de prevenção, de promoção, quanto para o acolhimento ao sofrimento, né? Acho que são esses três pilares, né? Acho que a gente, sim, tem que ser um provocador de construção de políticas públicas (Entrevistado 06).

Este trabalhador do CAPSi aponta que no caso do CAPS, essa referência se daria diante de todas as políticas setoriais e as instituições que prestam esses serviços, destacando, principalmente, a educação e a assistência social como pontos fundamentais de uma rede de cuidado em saúde mental no território no campo da infância e da adolescência.

Então, assim, ser referência para os territórios, e aí eu estou falando território de uma forma bem ampla, porque eu não quero ser referência só para a saúde, acho que a gente tem que ser referência para a educação, para a educação pensar um pouco nesses processos de patologização da infância, que ela é a maior promotora do meu ponto de vista, né? Da assistência social, da saúde, naquilo que se refere às questões de saúde mental (Entrevistado 06).

Ele aponta a constituição de um tripé, no qual estariam fundamentadas as ações do CAPS: a assistência terapêutica, o trabalho com o território e a formulação de políticas públicas. Avalia também, que está sendo construído um modelo psicossocial de cuidado no

CAPS diante da organização dos saberes e fazeres da equipe e dos processos de trabalho, sendo este um dos pontos do tripé.

Acho que isso [a assistência terapêutica] a gente faz bem. Acho que a gente precisa desenvolver essas duas outras pontas, sabe? A gente precisa trabalhar aí. Hoje eu vejo que a gente tem uma equipe, de fato, horizontal né? Em que a lógica psicossocial, ela está posta. Talvez a gente ainda não consiga desempenhar todas as suas nuances. Mas não é um modelo biomédico, isso eu posso garantir, com certeza. Os médicos, eles têm um lugar importante dentro do serviço, mas não é mais importante do que qualquer outro profissional. Eles conseguem compreender isso e trabalhar bem dentro dessa concepção, sabe? Como técnico de apoio. Eu acho que esse tripé que eu desenhei pra você, esse pé do tripé, eu acho que está bacana. Lógico que sempre pode melhorar e levando em consideração que a gente está com equipe nova, né? Essa equipe, ela precisa compreender esse processo assistencial. Agora, acho que a gente precisa pensar em médio prazo, essas outras duas pontas. A atuação do CAPSi na formulação de políticas públicas que envolvam prevenção, promoção, cuidado e saúde mental da infância e da adolescência e esse trabalho com os territórios, de uma forma geral (Entrevistado 06).

Entende-se que a própria concepção e entendimento do papel do CAPSi Estação Vida e sua articulação com a rede intersetorial também estão em construção, trazendo questões sobre o público-alvo do serviço e a responsabilidade deste dispositivo com as diversas dimensões que envolvem o sofrimento mental de crianças e adolescentes bem como a constituição deste cuidado no campo da política pública.

Estes elementos também podem revelar as diversas demandas que são direcionadas à Saúde Mental com uma exigência de respostas que os diversos setores não conseguem solucionar, retomando o debate sobre o controle e ordenamento social e a patologização e medicalização da vida como estratégias. Traremos no próximo item algumas reflexões sobre as demandas recebidas no Capsi nos primeiros anos de funcionamento, no intuito de compreender as demandas de cuidado e possíveis demandas de controle social, às quais o Estação Vida, como os demais serviços de saúde mental, tem sido convocado a dar uma resposta.

4.4. Os desafios de institucionalização e sustentação do Estação Vida

Percebe-se que o primeiro ano de funcionamento do Estação Vida, entre fevereiro de 2019 e março de 2020, quando se inicia a pandemia de COVID-19, foi um período de compreensão das demandas que chegariam ao serviço, seja por instituições ou de forma espontânea. Este é um ponto que pode indicar o papel ocupado no imaginário social por um serviço de saúde mental de crianças e adolescentes. Por esta ótica, é possível compreender a

diversidade de demandas que chegam ao serviço, de todas as ordens, sendo expressão das concepções e práticas existentes no território no que tange ao atendimento deste público. Houve, então, um primeiro momento de acolhimento de várias demandas que possibilitaram a discussão e a problematização da função do CAPSi.

A necessidade da articulação com outros serviços foi percebida pela equipe logo no início da abertura, sinalizando na Ata que “a partir das discussões dos casos, percebeu-se a necessidade de fazer um mapeamento da rede intersetorial, de atividades, oficinas, instituições que possam oferecer serviços nas regiões de moradia dos usuários. F. ressaltou a necessidade de conhecer os locais, visitá-los para saber para onde estamos encaminhando” (BARBACENA, CAPSi. Ata da reunião realizada no dia 07 de março de 2019, Livro 1, p.03).

Representantes de instituições que demandavam o dispositivo assistencial foram convidadas para as reuniões de equipe para conhecê-las e para apresentar o espaço institucional, sendo estas conversas feitas com toda equipe e a coordenação municipal. Dentre as instituições e serviços que estiveram presentes nas reuniões de equipe, destacam-se: Conselho Tutelar, algumas escolas com alto número de encaminhamento de casos ao CAPS, CREAS, Escola Maria do Rosário, APAE, setor de violência doméstica da Polícia Militar, equipes das UBS e representantes da Secretaria de Saúde do município e do estado e da vigilância sanitária.

Foi realizada uma pesquisa de mestrado (PEDROSA, 2021) sobre o perfil do CAPSi pelo primeiro médico psiquiatra que compôs esta equipe, em um recorte do primeiro ano de funcionamento do equipamento⁸⁰, sendo possível identificar as principais demandas feitas pelos usuários e suas famílias. A partir do acesso aos prontuários, o autor identifica algumas queixas mais frequentes que se referiam a problemas de comportamento, alterações de humor, problemas escolares, ansiedade, comportamento de risco (suicídio e automutilação) e uso de substâncias psicoativas. Em menor frequência, aparecem queixas referentes a TEA, sono, quadro psicótico e abusos sexuais. Essas queixas poderiam aparecer juntas em um mesmo prontuário.

Dentre os 522 prontuários, quase 300 (58%) relatam queixas referentes a comportamentos e 104 (20%) a alterações de humor, podendo estes termos aparecerem juntos

⁸⁰ Esta pesquisa foi realizada a partir da análise de 522 prontuários do Estação Vida, no período de 26/02/2019 a 26/02/2020. Realizou-se um levantamento quantitativo e descritivo direcionado ao perfil sociodemográfico dos usuários, as principais queixas e os principais setores de articulação. Cabe ressaltar, que neste período não havia no serviço uma coleta sistematizada e unificada de informações sobre os usuários, sendo os dados usados na pesquisa coletado através dos registros nos prontuários, que nem sempre continham as informações necessárias para uma análise mais ampla. Esta pesquisa de mestrado, inclusive, motivou o serviço a criar um instrumento de coleta de informações que passou a ser utilizado no momento do acolhimento, a ser complementado durante o acompanhamento para coleta de todas as informações.

em um mesmo prontuário. Também aponta que 93 destes prontuários registravam queixas escolares, representando 20% do total, próximo a 1/5 dos usuários em um ano.

A direção dada ao momento do acolhimento direcionava-se à compreensão da demanda trazida pelo familiar e o usuário em um esforço de compreender o quadro apresentado naquele momento e os possíveis sofrimentos mentais que poderiam estar ocorrendo, não só para criança e adolescente, mas para todo o núcleo familiar. Neste ponto, ressalta-se, além dos dados objetivos, que esta análise da produção de dados indica que os registros nos prontuários do Estação Vida não se orientavam pelas psicopatologias ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), ao trazer os sintomas apresentados.

Havia também uma preocupação da equipe em entender os casos para saber se seriam atendidos no próprio serviço ou que direcionamentos dar às famílias e usuários, caso identificassem não ser um caso para atendimento no Estação Vida. Entendemos que a partir da análise dessas demandas foi possível para a equipe conhecer a rede intersetorial e os possíveis pontos de articulação.

A escola também direcionava muito as demandas pra gente, questões de dificuldade de aprendizagem. O que era a dificuldade na aprendizagem? A gente tentava ter essa escuta qualificada pra tentar entender. Então, no início, que a gente acolhia, a gente também ficava: é perfil pra cá? Então a gente ficava muito nessa situação. Criança que não tem dificuldade de aprender, o que que a gente vai fazer? E pra onde direcionar? Então a gente ficava muito nessa dúvida. Então a gente tentava, com a própria equipe, discutir casos, tentar entender, um apoiando o outro, pra também não deixar esse sujeito solto. Porque ele tinha que ter um direcionamento, ele tinha que ter um acompanhamento, porque se ele chegou até o CAPS infantil, o CAPS infantil também é um articulador de rede. Então ele também precisa entender o caso, já que ele acolheu. Ele tem que acolher naquele momento, teve uma escuta, então ele vai ter que fazer um direcionamento. Ele não pode falar: não é para cá, tchau. Então a gente tinha que tentar entender para poder ajudar, a criança, o familiar, e para ver para onde que a gente tinha que encaminhar (Entrevistada 08).

É possível perceber que o perfil dos usuários que seriam atendidos no CAPSi foi uma construção da equipe que perpassou a própria experiência do trabalho realizado e vivido.

O que eu entendi que era perfil pra cá? Bom, transtornos graves e persistentes, né, que seriam pessoas em sofrimentos, tendo crises, esquizofrenia, crises de ansiedade que já trazem alguns tipos de prejuízo, tentativas de auto-extermínio. Eram poucos que chegavam. Eram poucos. Próximo a 2019 não chegava tanto. E adolescentes com uso abusivo de álcool e drogas, também não chegava. Quando veio a pandemia, aí sim, logo em seguida, em 2021 ou 2022, começaram a chegar casos mais graves. (...) Automutilação, tentativa de autoextermínio, surtos psicóticos... (Entrevistada 08).

Identifica-se que o parâmetro que começa a surgir para caracterizar o atendimento no CAPS era a “gravidade dos casos”, ou seja, crianças e adolescentes e/ou familiares em intenso

sofrimento. Ainda assim, resta entender o que fazer com os quadros que não estão em uma condição de intenso sofrimento, mas que necessitam de um cuidado para que não se agravem.

Este foi um dos pontos de inflexão do Estação Vida para a articulação em rede, tanto no âmbito da saúde, quanto nas demais políticas intersetoriais. Ainda que seja perceptível uma responsabilidade no sentido de dar alguma resposta ao caso, que não será atendido no CAPSi, havia um outro percurso a ser feito, problematizando de que forma se daria essa articulação intersetorial, visto que o encaminhamento não pressupõe corresponsabilização ou o cuidado em rede, por si só.

Quase todos os trabalhadores e gestores também apontam que a pandemia de COVID-19 também foi um acontecimento que gerou alterações no modo de funcionamento e no perfil de usuários atendidos no CAPSi, o que acabou trazendo ao serviço os casos mais graves e urgentes, auxiliando na percepção da equipe sobre essa clientela.

Na pandemia, a gente se organizou para estar aberto, o serviço estava aberto, com essa característica de ser um serviço de urgência e emergência, então estava aberto. Porém, com seu funcionamento de equipe mínima, parte da equipe em home office, e acolhendo mesmo aquilo que era de urgência e emergência. Uma lógica de um pronto-socorro, um pronto-atendimento mesmo, manejando os casos possíveis por telefone, por outros meios. Mas a pandemia, se a gente pega a história desse serviço, é um serviço relativamente novo. Ele foi aberto em 2019. Na sequência, veio a pandemia (Entrevistado 06).

O CAPS infantil, na época de 2019, teve muita mudança para o CAPS infantil de 2021 para 2022. Claro, lembrando que nesse intervalo tivemos uma pandemia, onde tudo teve que ficar para casos urgentes. Então assim, lembrando, eram poucas as demandas, e dava de tudo, porque o CAPS infantil é porta aberta, é demanda espontânea, não é necessário ter encaminhamento (...) então a gente acolhia de tudo. Situação de crianças com dificuldade de lidar com a separação dos pais, crianças com dificuldade de aceitar o não, e tinha muito também psíquico, social, questão familiar, né? (Entrevistada 08).

A adoção das escalas reduzidas de trabalho e a reorganização do serviço devido à pandemia de COVID-19, inicia-se dia 19 de março de 2020, mas as atividades coletivas já tinham sido suspensas no dia 12 de janeiro de 2020. Os casos de crise eram atendidos no CAPSi e com grande receio da realização de visitas domiciliares que pudessem colocar em risco os usuários e familiares. As UBS também interromperam uma série de atendimentos, reduzindo as possibilidades de apoio às equipes dos CAPS.

Nas Atas foram registrados, neste período, a preocupação da equipe com os procedimentos de limpeza, o acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI) e o cuidado da equipe com a contaminação, sendo visível a tensão que os trabalhadores vivenciaram neste momento histórico da pandemia de COVID-19. Há sinalização, nas Atas de reuniões, do impacto da pandemia principalmente nos adolescentes, destacando distúrbios de

sono e de alimentação, tédio e sintomas depressivos relatados pelos usuários. Há também o relato de uma frequência significativa de casos de tentativa de autoextermínio.

Tudo isso gerou uma série de inquietações nos trabalhadores, além de interromper um processo de construção, formação e organização do serviço que estava ainda se iniciando. Também é possível perceber um processo reflexivo sobre o próprio trabalho do CAPSi, visto que passa a atender majoritariamente casos graves e persistentes, com a redução e quase extinção, neste período, de casos de aprendizagem escolar.

As Atas também registram a reflexão da equipe sobre o novo público que tem chegado no CAPSi, sobre os sintomas que os usuários apresentavam e sobre formas de reorientar o trabalho no término do isolamento social, priorizando o trabalho no território. Em um registro da Ata de reuniões, apontam: “refletimos sobre o funcionamento ambulatorial dos CAPS de forma geral, durante período da pandemia; sobre desmontes da política de saúde mental” (BARBACENA, CAPSi. Ata da reunião realizada no dia 25 de março de 2021. Livro 1, p. 046).

A partir de 2021, em decorrência do processo de imunização, então, reduz-se o isolamento social e as atividades sociais começam a ser retomadas, voltando ao funcionamento dos serviços, inclusive com retorno escolar em 2022. É perceptível, então, uma mudança importante no Estação Vida.

Nós tivemos um acréscimo aqui de adolescente, né, um sofrimento mental intenso pós-pandemia, assim, é assustador criança e adolescente. Casos graves. Agora, uma coisa que a gente, que eu acho que a pandemia trouxe de ruim também, mas ao mesmo tempo trouxe de positivo, é que o CAPS agora está acolhendo o que ele tinha que acolher lá em 2019. Aquelas questões da aprendizagem, aquelas questões que eram mais leves, elas não têm chegado ao serviço com muita frequência mais. O que tem chegado agora são realmente os casos mais complexos, né? (Entrevistada 05)

E a gente está com um volume de trabalho muito importante por uma série de questões, num pós-pandemia, acho que o nosso público, principalmente os adolescentes, [estão] muito adoecidos pós-pandemia. Esse ano [2023], acho que um pouco menos, mas o ano passado foi muito complicado. Muitos quadros de ansiedade, quadros graves de ansiedade, de automutilação, esse regresso ao ensino presencial foi muito complexo. Hoje, nesse ano, nesse cenário, percebo que essa emergência causada pela pandemia e pela pós-pandemia, ou seja, aquele retorno ao convívio, esse retorno ao convívio social, hoje, ela já está um pouco mais dirimida, essa angústia. Mas chegam, agora tem chegado pra gente, as crianças. Com seus atrasos, dificuldades de aprendizagem (Entrevistado 06).

Assim, esta mudança do perfil de atendimentos no CAPSi aparece, então, a partir de alguns acontecimentos: o amadurecimento da equipe diante da clínica psicossocial de crianças e adolescentes, conhecendo as principais queixas e suas dinâmicas; a pandemia, que altera o funcionamento do CAPSi e da rede e traz um agravamento de quadros de saúde mental; e o

posicionamento do CAPSi diante da rede intersetorial, que passa a compreender melhor sua função.

Quanto às demandas recebidas pelo Estação Vida, Pedrosa (2021) indica em sua pesquisa as principais formas de acesso dos usuários ao CAPSi e as instituições que realizaram encaminhamento de crianças e adolescentes. Dos 522 prontuários analisados pelo autor, como já vimos, as principais formas de chegada no serviço, em 2019, foram os encaminhamentos das escolas, em 183 (35%) prontuários e a demanda espontânea, em 149 (29%). Além destes dois, mais significativos, seguem a Atenção Básica à Saúde - ABS (56 prontuários), a Assistência Social (29), o Conselho Tutelar (25), os ambulatorios (24) e, em menor proporção, hospitais, profissionais particulares, CAPS III e CAPSad, APAE e Justiça. Destaca-se que, mesmo as demandas escolares aparecendo em apenas 93 prontuários, as escolas foram as principais instituições que encaminharam usuários ao CAPSi, constando em 183 (35%) prontuários, ou seja, realizando encaminhamentos que não se reduziam a “demandas escolares”.

Observa, ainda, que 48,7% dos prontuários indicam acompanhamento prévio à chegada ao CAPSi, sendo 93 deles realizado em médicos particulares (neurologista ou psiquiatra) ou psicólogos, 42 no ambulatório do CHPB, 32 nos CAPSIII e CAPSad III e 20 na APAE. Sobre uso de medicações, 38% dos usuários já haviam utilizado, sendo os antipsicóticos os mais frequentes.

Destaca-se, primeiramente, a variedade de instituições que encaminham usuários e familiares ao serviço, de diversas políticas setoriais, podendo confirmar a percepção de que o atendimento das demandas de saúde mental deste público estariam pulverizadas e fragmentadas em diversos locais.

Em segundo lugar, os dados apontam que a principal via de chegada no serviço não se dá pela via da ABS, que, em tese, encontra-se mais próxima as demandas de saúde mental de todo o território. Também chama a atenção que quase metade das crianças e adolescentes atendidos no primeiro ano do CAPSi já estavam inseridos em algum tipo de tratamento em saúde mental e que quase 1/3 já fazia ou fez uso de medicações.

Esses dados podem indicar um processo de medicalização já em curso dessas crianças e adolescentes, bem como uma fragilidade da ABS no atendimento, reconhecimento ou referenciamento das demandas de saúde mental de crianças e adolescentes, sendo um interlocutor pouco presente no Estação Vida neste primeiro momento, prevalecendo outras instituições.

Além das demandas que chegavam pelo acolhimento diário no CAPSi, havia demandas que chegavam ao serviço por outros meios, através de encaminhamentos de outras instituições ou solicitando a atuação do serviço em diversas situações. Trata-se de um outro conjunto importante de demandas institucionais que revelam outras particularidades desse processo, que chegavam pelos ofícios. A análise dos ofícios recebidos e encaminhados podem trazer alguns apontamentos importantes.

Não havia até 2022 um sistema de registro destas informações no CAPSi, sendo consultados cada ofício para coleta de dados, sendo 338 ofícios enviados e 194 recebidos, num total de 532 ofícios, no período de 2019 a 2022. Como esta análise não se deteve em detalhes do conteúdo dos ofícios, foram coletados dados das instituições que figuravam nos documentos como interlocutoras do Estação Vida e feita uma leitura geral das demandas dos documentos, observando aquelas que se repetiam e aquelas que se destacavam e que poderiam trazer alguma reflexão particular.

Ao contabilizar o número de ofícios recebidos e encaminhados em 2019 a 2022, percebe-se uma redução em 2020, possivelmente, pelo efeito da pandemia e o aumento gradativo em 2021 e 2022. Quanto aos ofícios enviados, registram-se 47 em 2019, 19 em 2020, 83 em 2021 e 189 em 2022. No que tange aos ofícios recebidos, foram contabilizados em 2019, 2020, 2021 e 2022, um total de 61, 29, 29 e 75 respectivamente.

O aumento gradativo de ofícios pode indicar um movimento maior do serviço no contato com outras instituições por este meio. Destaca-se, em 2022, que uma grande parte dos ofícios enviados se tratava de notificações obrigatórias ao Conselho Tutelar de casos de autoextermínio, automutilação e violências contra crianças e adolescentes, fluxo que foi melhor acordado com o Conselho Tutelar neste ano. A coleta de dados dos ofícios foi realizada de forma dinâmica, atentando principalmente para as instituições que eram interlocutoras do CAPSi nos primeiros quatro anos de funcionamento..

Quanto às instituições emitentes e destinatárias dos ofícios, mantiveram as mesmas instituições em todo o período, com poucas alterações, sendo compostas por: Justiça (5ª Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e 3ª Vara Criminal e da Infância e Juventude da Comarca de Barbacena), Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e setores da Prefeitura com assuntos do campo administrativo e/ou organizacional do serviço.

Em números bem baixos (uma ou duas ocorrências) aparecem como interlocutores o CHPB, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), UBS de outras cidades

(Ressaquinha e Senhora das Dores), algumas poucas escolas sobre relatórios e a Polícia Civil de Minas Gerais (PCMG).

O ponto que mais se destaca na análise dos ofícios enviados e recebidos é a predominância da Justiça e do Conselho Tutelar como principais interlocutores do CAPSi por meio dos ofícios, com uma frequência muito maior em comparação a todos os outros atores identificados.

Analisando o ano de 2019, por exemplo, temos um total de 57 ofícios recebidos, em que 24 deles são oriundos do Conselho Tutelar e 17 do âmbito da Justiça, totalizando 31 ofícios, equivalente a 54% deles. O terceiro órgão que mais encaminhou ofícios neste ano para o CAPSi foi o CREAS, com 9 ofícios. Estes 3 órgãos, juntos, teriam encaminhado 70% dos ofícios. Os demais são oriundos do CRAS, duas escolas, uma UBS, Polícia Civil e órgãos da Prefeitura.

Já entre os ofícios emitidos pelo Estação Vida, de um total de 47 ofícios enviados, 20 foram para o Conselho Tutelar, 20 para a Justiça, 3 para o CREAS, 1 para o ambulatório do CHPB, 1 para o CMDCA e em 2 deles não foi possível identificar o destinatário. Assim, de 47 ofícios, 40 foram enviados ao Conselho Tutelar e aos órgãos da Justiça, perfazendo 85% dos ofícios.

Nos anos seguintes, mesmo com a pandemia em 2020 e uma redução drástica dos números de ofícios, ainda assim é possível perceber que estas são as duas instituições que mais acionam o Estação Vida por meio deste meio de comunicação institucional. Em 2020, Conselho Tutelar e órgãos da justiça foram responsáveis por 82% dos ofícios recebidos e 89,4 % dos ofícios enviados. Em 2021, foram responsáveis por 59% dos ofícios enviados e 89% dos ofícios recebidos.

Interessante perceber, também, que este é um movimento de acionamento do serviço pelas instituições que não passa pelos usuários e suas famílias, principalmente, no campo da Justiça, que aciona o serviço em tom de determinação, ainda que partindo do princípio da proteção a esses sujeitos. A maior parte dos ofícios enviados pelo CAPSi à Justiça, trata-se de respostas às solicitações deste órgão, não configurando uma iniciativa de diálogo do próprio serviço.

No que tange à Justiça e ao Conselho Tutelar, entende-se o caráter formal de comunicação, vinculado à natureza e funcionamento destes órgãos. Observa-se, porém, por meio do conteúdo dos ofícios enviados por estes órgãos, que não havia ainda clareza da função do Estação Vida e seu funcionamento, sendo este fluxo discutido e acertado.

É importante ressaltar que o ofício é um mecanismo particular de comunicação, caracterizando-se como um instrumento que visa oficializar e registrar informações importantes. São utilizados principalmente pelos órgãos ligados à Justiça e ao campo legislativo, que acabam tendo um caráter de maior burocratização e rigidez, no campo das normas de governamentalidade do Estado brasileiro. Há, porém, outras formas de comunicação entre os serviços que são mais utilizados no cotidiano do trabalho e da construção da rede de cuidado, mais fluidos e dinâmicos, que atendem melhor ao processo de trabalho e ao campo do cuidado em saúde mental.

No que diz respeito às demandas endereçadas ao CAPSi por estes instrumentos, a grande maioria solicita a atuação do CAPSi diante de situações envolvendo crianças e adolescentes e suas famílias, solicitando que este dispositivo preste informações sobre suas condições. Os órgãos solicitam, geralmente, atendimento, avaliação, acompanhamento e relatórios.

Algumas outras expressões, além de mostrarem um desconhecimento do CAPSi, praticamente indicam a prática a ser realizada pelo mesmo, como solicitações de visita domiciliar, busca ativa, avaliação psicológica e outras, como para “analisar possível transtorno”, “avaliação médica do uso dos medicamentos prescritos”, “avaliação detalhada da situação de saúde mental da criança, juntando-se para tanto relatório médico devidamente acompanhado de PT [Projeto Terapêutico]”, “informações e providências a respeito da usuária (...) considerando haver indícios de necessidade de readequação do tratamento”, “seja apresentado o PTI do adolescente e indicados os profissionais da rede responsáveis pelo acompanhamento e seguimento assistencial”.

Estas, se apresentam no sentido de determinar de que forma deve ser realizado o cuidado do CAPSi em determinados casos e que tipo de informações o serviço deve prestar aos usuários e suas famílias.

Destacam-se ainda algumas solicitações que posicionam o CAPSi em um papel de investigação e não de cuidado em saúde, acionando os “especialistas”, demandando comprovações e registros de informações coletadas nos atendimentos, como pode ser visto nas solicitações de abordagem “com fins de intervenção do MP em ação de modificação de guarda”; o questionamento se, no acompanhamento realizado pelo CAPSi, “está sendo tratada a questão de sua transferência para outra unidade de acolhimento” e solicitação de “avaliação psicológica” do representado e da suposta vítima, “com vistas, dentre outros, à comprovação da similaridade de idade mental de desenvolvimento entre ambos”.

Conteúdo semelhante também se encontra em um ofício enviado pela Polícia Civil de Minas Gerais em que solicita “laudo do psiquiatra em que descreve os traumas vivenciados pela citada vítima, em virtude da molestação sexual vivida” para compor o processo judicial. Estas solicitações demandam papéis e funções que não condizem com a finalidade de um serviço de saúde mental e que se aproximam de funções investigativas, policiais, ou que são próprias do campo da justiça e da segurança, a ser realizado por equipe técnica própria destas instituições.

Há um grande risco em assumir esses papéis e negligenciar o cuidado em saúde das crianças e adolescentes como sujeitos que devem ser atendidos e ouvidos em seus sofrimentos, gerando muitas vezes registros que marcam suas vidas no movimento de cumprir determinações institucionais legalistas. Há que se transformar as solicitações, principalmente, no campo da justiça, em possibilidades de cuidado, que priorize as necessidades das crianças e adolescentes e seus núcleos familiares.

Outra demanda que se destaca entre os ofícios, diz respeito a uma solicitação do COMAD, em que solicita “relatório de ocorrência e procedimentos no atendimento a pacientes menores de idade alcoolizados e drogados, devido ao crescente número de adolescentes no tráfico, consumo de drogas e evasão das salas de aula. O COMAD se preocupa com o acompanhamento diário e monitoramento dos casos, sabemos que estas ocorrências são registradas pelas suas equipes, por isso fazemos a solicitação do relatório dos anos 2020 e 2021”.

Esse ofício indica a compreensão desta instância de controle social no que tange à política pública voltada ao uso de drogas, apresentando uma visão que não se alinha com a perspectiva do cuidado em saúde. Pelos termos apresentados, percebe-se uma visão estigmatizada dos usuários, vinculando, de forma particular, o uso e o tráfico aos adolescentes, reforçando uma imagem de periculosidade deste grupo.

É possível, então, traçar um panorama inicial das instituições que tem sido interlocutoras do CAPSi e identificar os principais meios utilizados por elas para acesso ao serviço, seja encaminhando diretamente os usuários e suas famílias, seja acionando o serviço por meios oficiais.

Há uma presença significativa de demandas escolares, como aponta Pedrosa (2021), não só para avaliação de dificuldades de aprendizagem, mas também referentes às questões “comportamentais”. Percebe-se também, no âmbito da Justiça e do Conselho Tutelar, uma demanda significativa, pela via dos Ofícios, com baixo diálogo com o Estação Vida, num modelo de encaminhamento sem corresponsabilização e sem compreensão da função do

CAPSi. Ambas as situações indicam a prática do encaminhamento ao especialista, fora da compreensão do cuidado compartilhado.

O reduzido número de encaminhamentos da ABS também indica uma possível desassistência no âmbito da saúde e do cuidado territorial no âmbito da saúde mental de crianças e adolescentes. Pode indicar a ausência de uma referência por parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS), reforçando a ideia do especialista, bem como da instituição especializada, esvaziando o papel da Atenção Básica no cuidado em saúde mental. É este, então, o cenário que se apresenta ao Estação Vida no período inicial de sua abertura.

Os trabalhadores mobilizaram algumas estratégias para iniciar um trabalho intersetorial, sendo os principais: o matriciamento, reuniões com as instituições que compõem a rede intersetorial e fóruns de discussão. Ao pensar a necessidade de articulação intersetorial percebe-se que um dos direcionamentos para construção dessa rede foi o próprio caso e suas necessidades, que demandam a entrada de outros serviços para atendimento das necessidades das crianças e adolescentes e suas famílias.

Acho que um [meio de ir ao território] é o caso. A medida que os casos foram surgindo, casos que de alguma forma apontavam para essa necessidade de uma interseção com essa rede, seja ela de saúde, de educação, de assistência social, o caso foi ajudando a construir. A gente fez alguns movimentos de matriciamento, que eu acho que também ajudou. A gente tem feito algumas conversas, esse ano a gente fez uma conversa muito bacana com a educação, sabe? Uma oficina formativa, que eu acho também que ajudou a clarear. Então, acho que é esse movimento, sabe? Mas eu penso muito no caso. O caso leva, né? O caso, pela complexidade, requer outros parceiros. Então, eu preciso me apresentar a esses parceiros, esses parceiros precisam entender quem sou eu, preciso entender quem é ele... E acho que aí foi também se dando um pouco sobre isso (Entrevistado 06).

Havia um outro registro de Reuniões de Rede referentes às reuniões realizadas pela equipe do Estação Vida com outras instituições. Foram analisados todos os registros, que datavam de março de 2020 a setembro de 2022. Essas reuniões foram realizadas com pontos da rede que atendiam usuários do CAPSi, destacando-se: o Conselho Tutelar, o CRAS, o CREAS, CAPS III, CAPSad, APAE, Ouvidoria de Saúde, Ambulatório da FHEMIG, Superintendência Regional de Ensino, Escolas, entre elas a Escola Maria do Rosário, a Casa de Acolhimento de Barbacena (CAIB) e o Lar São Caetano. Algumas reuniões registram a presença de usuários e/ou familiares junto com a rede.

Os assuntos se referiam à discussão de casos, ao alinhamento de fluxos e de cuidado entre os serviços e das funções de cada instituição, apresentação do CAPSi, manejo dos serviços da rede nos casos de crise e em situações de comportamentos desafiadores. Essas, porém, são reuniões pontuais, não se configurando como ações estruturadas e periódicas.

Tivemos acesso ao registro dos matriciamentos registrados entre agosto de 2021 a setembro de 2022, ou seja, posterior a pandemia. Sabemos, porém, que houve outras reuniões com a ABS em 2019, possivelmente, registradas em outros locais que não localizamos, ou não consideradas como matriciamento. Percebe-se de imediato, que não havia uma estruturação de matriciamento do Estação Vida, inicialmente, sendo realizada participação em matriciamentos já realizados pelos outros Caps, de forma que, possivelmente, os registros foram feitos por eles.

O apoio matricial acontecia como um momento da reunião de equipe da UBS e geralmente traziam-se os casos dos usuários dos CAPS que moravam naquele território ou a equipe apresentava possíveis novos casos para encaminhamento aos CAPS. Há um registro de uma reunião ocorrida em janeiro de 2022, em que trabalhadores de todos os CAPS, da ABS e dos SRT se reuniram para pensar a estrutura e organização dos matriciamentos, tendo como um dos pontos de pauta o atendimento de crianças e adolescentes na ABS. A partir desse momento, inicia-se uma reestruturação do matriciamento no Estação Vida.

Como principais temas tratados no matriciamento, há registros da apresentação do funcionamento dos serviços de saúde mental e registros de que as principais dúvidas sobre o Estação Vida eram, principalmente, sobre o público-alvo do serviço e formas de encaminhamento. A apresentação dos casos aparece, algumas vezes, indicando um tom de comunicação da situação e em outros como alinhamento de condutas e reflexões sobre formas de intervir de cada ator. Há registros de tratativas em que se percebe a necessidade de intervenção dos serviços, algumas vezes em conjunto, algumas vezes por um dos equipamentos. Destacam-se também discussões a respeito do excesso de medicalização com psicotrópicos, apontado pelas UBS, bem como a solicitação de auxílio do Estação Vida para criação de grupos nas unidades.

O matriciamento aparece inicialmente apenas como reuniões para repasse de casos, sem configurar uma construção conjunta entre serviços e equipes. Percebe-se que não havia demanda por parte da ABS de tratar da saúde mental de crianças e adolescentes, da mesma forma em que parece que essas demandas não eram referenciadas aos postos de saúde.

A análise dos registros de matriciamento podem indicar um ponto importante de investimento e trabalho a ser feito pelas equipes no sentido de utilização deste dispositivo de uma forma mais efetiva. Compreende-se que os matriciamentos ocorriam periodicamente, mas sem uma estruturação ou continuidade, perdendo seu caráter de corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

Aparecem, então, as questões referentes ao posicionamento do Estação Vida junto à Atenção Básica, como um ponto a ser trabalhado.

Essa lógica da territorialização, da lógica de um trabalho de uma Atenção Básica no território, preventivo, psicossocial, a gente não tem. Então, a gente acaba tendo acesso ao usuário quando, de fato, ele está em sofrimento. Então, essa demanda que deveria, talvez, ser melhor conduzida, melhor trabalhada, lá no âmbito da Atenção Básica, ela acaba desembocando aqui também. E aí, eu fico pensando, se essa é ou não é também uma demanda para o serviço, sabe? Então, tô nesse momento de me questionar (Entrevistado 06).

Coloca-se o debate acerca do mandato dos CAPS no território, visto que estes dispositivos são criados como ordenadores do cuidado em saúde mental, pela Portaria GM/MS nº 336/2002, mas posteriormente esta atribuição passa a ser exercida pela ABS, sendo os CAPS responsáveis pelo apoio matricial destas equipes. É possível perceber, porém, que em Barbacena a atenção em saúde mental tem sido feita prioritariamente no CAPS e não na Atenção Básica, reforçando a ideia das especialidades, dos usuários serem “dos Caps” e não do território, demandando uma alteração dessa lógica e dessa estruturação. O matriciamento pode ser o ponto central para alteração desta organização, mas precisa ter uma estruturação e sistematização diferente da realizada até então.

Assim, se por um lado o CAPSi tem se movimentado ao território através das demandas trazidas pelos casos, há, porém, uma lacuna no sentido da construção de instâncias que possam sustentar essa articulação, ou fomentar articulações permanentes, tanto no sentido de uma formação dessa rede, em questões pertinentes ao modo psicossocial na saúde mental, quanto no estabelecimento de fluxos mais claros entre os atores. Isto porque, encerrada a articulação fomentada por um caso, esses pontos se perdem, até que novo caso os acionem. Este trabalho geralmente é feito por cada profissional dos serviços a cada caso.

Um dos atores entrevistados aponta essas intervenções pontuais e considera que é preciso que o CAPSi possa ter uma postura diferente na articulação dessa rede.

Por meio dos matriciamentos, por meio de outras ações, por meio de formação dessas equipes que estão no território, sabe? A gente sair um pouco dessa lógica um pouco ambulatorial, sabe? Eu acho que é isso, chegar ao território. Acho que a gente ainda não chegou nos territórios. Lógico, o caso, vai levando a gente. Então, o caso "X" requisita uma articulação com atenção básica, requisita uma articulação com a escola, legal, bacana. A gente articulou. Mas eu tô falando de algo pra além dessa articulação pontual. Ou dessa pontuação com caso. Então, aquele caso, às vezes, superado, resolvido, encaminhado, direcionado. Ele não força mais esse contato. E aquele território, é um território que tem demandas. Sabe? Eu acho que eu vejo a gente num Capsi muito passivo no sentido de trabalhar com aquilo que chega. Se chegar bacana, se não chegar (Entrevistado 06).

Outro ponto importante, que gerou mudanças nos fluxos do CAPSi diz respeito às demandas de atendimento da chamada habilitação e reabilitação intelectual. Esta

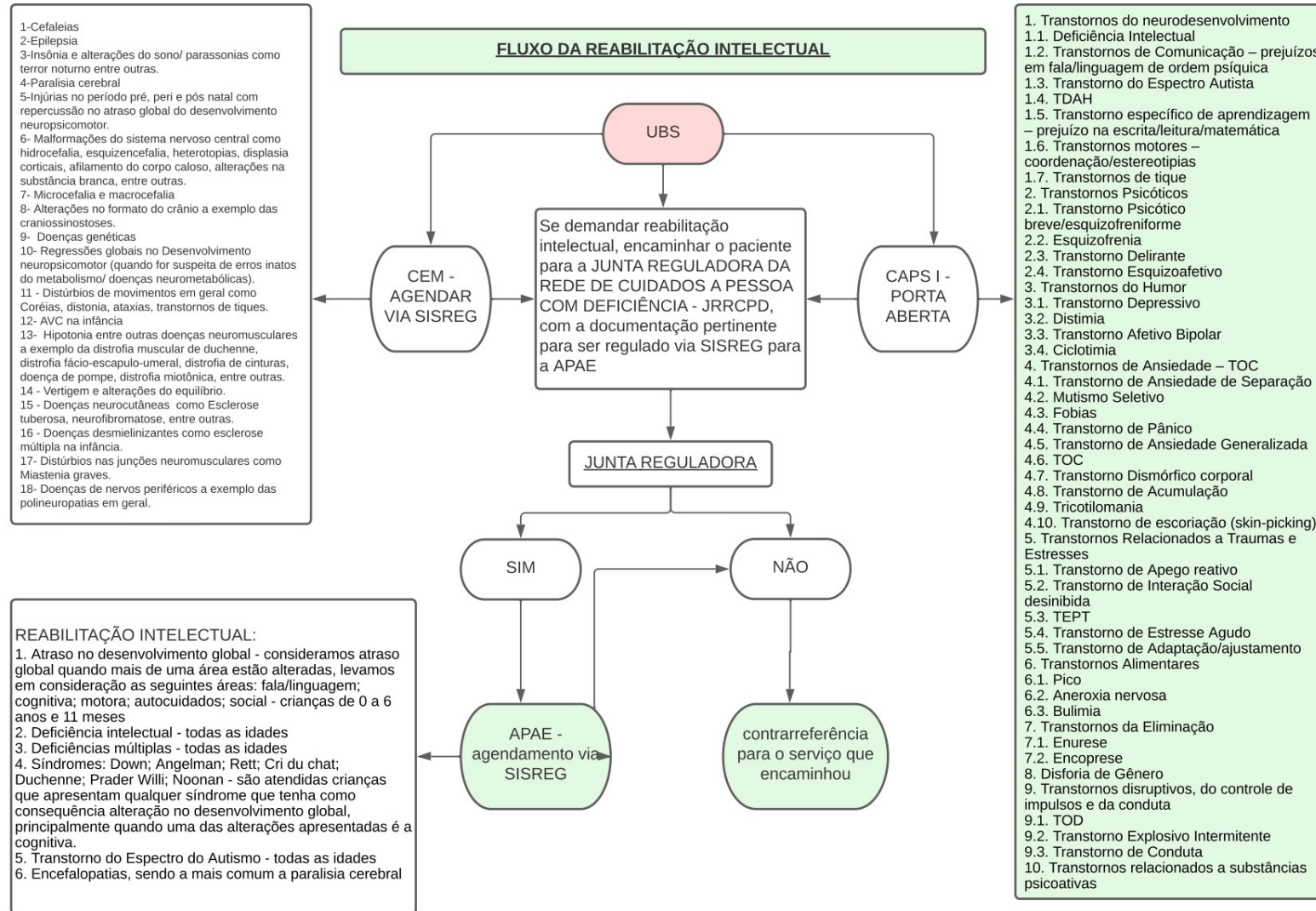
reorganização faz parte da percepção da existência de vários serviços no âmbito da saúde que faziam atendimentos simultâneos de crianças e adolescentes, bem como a falta de regulação deste serviço pelo município, que o financia, através de repasses, principalmente, à APAE.

A gente acertou esse fluxo. O que que acontece, o que que a gente identificou: o fluxo do atendimento para habilitação e reabilitação psicossocial de crianças com deficiência intelectual sempre foi a APAE. Sempre foi a APAE. Só que a APAE, o município comprava esse serviço, né? Paga por esse serviço, só que a APAE sempre se autoregulou. Então a APAE falava assim: olha, eu estou conveniada para prestar esse serviço e eu que escolho quem eu vou atender, quando eu vou atender. Então tinha uma fila interminável, não conhecida, que era assim, pegava o papel, levava lá, isso não era regulado em lugar nenhum. Então a gente começou, a gente, eu falo município, a mexer nisso. A gente precisa regular, a gente precisa entender quem que acessa, acessou por quê, qual critério que o outro está na fila. A gente começou a regular. Na hora que a gente começou a mexer nisso, a gente identificou uma série de serviços criados em paralelo para assistência à saúde mental de criança e adolescente. Fora da APAE (Entrevistado 06).

Este movimento inseriu as UBS na avaliação dos casos a serem encaminhados aos diferentes serviços de acordo com as necessidades das crianças e adolescentes. Porém, não se sabe se há uma avaliação ou apenas um encaminhamento, assemelhando-se a uma triagem sem acompanhamento desses casos. Indica, novamente, a importância de uma articulação mais próxima à ABS para construção e sustentação destes fluxos.

São convocados, então, alguns pontos da rede referentes à saúde, principalmente, realizando uma construção conjunta e diferenciando situações ligadas à neurologia das questões que envolviam problemas de ordem comportamentais, dificuldades de aprendizagem, entre outros. Desta forma, constrói-se, em conjunto, o Fluxo da Reabilitação Intelectual, conforme Figura 2 abaixo.

Figura 2 - Fluxo da Habilitação e Reabilitação Intelectual de Barbacena



Fonte: arquivos do CAPSi Estação Vida, 2023.

Para finalizar, traremos alguns pontos que envolvem a relação do Estação Vida com as instituições e com o território de Barbacena diante das demandas sociais e de cuidado destinadas a este dispositivo, tentando indicar algumas tendências desse primeiro momento do CAPSi que indicam características dessa rede e desse território.

O primeiro ponto que destacamos, diz respeito às instituições com as quais o CAPSi é chamado a dialogar. Cada setor envolvido no cuidado de crianças e adolescentes apresenta um campo particular de funcionamento, de comunicação, de normas, onde pode predominar instrumentos mais ou menos rígidos e, portanto, mais ou menos flexíveis de comunicação. Cada local pode demandar, então, meios diferentes de comunicação e articulação.

Os setores também se constituem por campos discursivos próprios, práticas específicas, que se fundamentam em determinados conceitos, diretrizes e protocolos, que os constituem e legitimam em suas funções e papéis sociais. Isso gera a necessidade de alinhar e compreender termos e conceitos que podem ter diferentes significados em cada área.

É importante estar ciente que as instituições com as quais lidamos também possuem funções sociais que são tensionadas pelos mecanismos de controle e ordenamento, assim como o CAPSi. São espaços de disputa de projetos e disputa de poderes, muitas vezes sem crítica dos papéis que exercem. Estas instituições também são mediadoras do controle social, seja como representantes do Estado ou da sociedade civil, assim como também podem ser espaços de resistência e cuidado dentro de outros modelos.

Assim, é possível refletir sobre a grande quantidade de demandas escolares partindo da compreensão da função social destas instituições, no campo da normatização e da medicalização do fracasso escolar, majoritariamente sem uma crítica das falhas dos processos educativos ou da precarização do trabalho e do alto índice de rotatividade e adoecimento dos profissionais da educação.

Também é possível compreender o acionamento da Justiça e, de certa forma, do Conselho Tutelar, instâncias que historicamente são chamadas a impor o ordenamento social e a tutela da vida das famílias pobres, representando não só a lei, mas o braço normatizador e garantidor da ordem estatal. É o campo do “cumpra-se” a qualquer custo. O Conselho Tutelar, ainda que tenha sido criado como uma instância que tem por finalidade a proteção de crianças e adolescentes, no âmbito do ECA, tem atuado como uma “polícia do menor”, sendo assim reconhecido pelas famílias, que os enxergam como um setor da Justiça, aquele que deve resolver as questões que a própria família julga não conseguir. Atua, então, no campo da tutela.

Reflete-se também, por esse viés, nas dificuldades de articulação e corresponsabilização do cuidado junto à Atenção Básica em Saúde, que aparece de forma quase insignificante diante do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, indicando, possivelmente, o domínio da lógica das especialidades em detrimento dos princípios da saúde coletiva. Desta forma, o responsável pelas questões de saúde mental das UBS, no nosso campo empírico, são os psicólogos, o especialista, que algumas vezes atua realizando uma triagem para os demais especialistas – neurologistas e psiquiatras.

No campo da infância, os especialistas em Barbacena situam-se em instituições bem delimitadas, aumentando a impressão de que há uma fragmentação ainda maior, e uma maior dissociação do cuidado destes sujeitos no âmbito da saúde coletiva e pública, como previsto pelo SUS. As instituições que cuidam dessas demandas são a APAE, os neuropediatras, os psiquiatras do CHPB e, agora, o CAPSi.

Tem-se, então, no caso de Barbacena, a expressão da fragmentação de ações de saúde mental em diversos setores, a ordenação do espaço e o controle dos corpos na infância e a lógica das especialidades dominando todos os setores, particularmente, a educação e a saúde.

Delfini e Reis (2021), em pesquisa realizada sobre matriciamentos com a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito da saúde mental de crianças e adolescentes, consideram que a fragmentação do cuidado ocorre devido ao aumento crescente das especialidades e da forma como se organizam os processos de trabalho, indicando a vinculação existente entre esses processos.

O uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas para se articularem uns aos outros, somado à “lógica do encaminhamento”, em que os usuários são direcionados a outros serviços para procurar atendimento, leva a uma diluição de responsabilidade sobre os casos, e não um compartilhamento. Podemos ter como referência desse movimento, aqueles usuários e famílias que estão em todos os equipamentos da rede intersetorial, mas continuam desassistidos em suas necessidades.

Existem impasses constantes do que é um “caso de CAPS” e que isso pode levar os usuários a peregrinarem na rede sem receberem assistência. Muitas vezes as discussões se dão em torno do que cabe à cada equipamento, de forma fragmentada, e não à corresponsabilização e o trabalho em rede, indicando um isolamento e uma desarticulação dos serviços entre si.

Rotelli *et al* (2001) também fazem uma crítica ao elevado nível de especialidades e refinamento das técnicas interventivas, que geram uma lógica de “inclusão/exclusão” de pessoas nos equipamentos, assemelhando-a à uma lógica empresarial. Nessa lógica, cria-se

um escopo de atendimento e se retiram da responsabilidade sobre tudo que não é de sua competência. Isso faz com que pessoas sejam jogadas de um lado ao outro, entre diferentes competências, sem ser responsabilidade de ninguém e abandonadas a si mesmas. Assim, “a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total, o hospital psiquiátrico, é substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre os serviços especializados com prestações pontuais e fragmentadas” (Rotelli *et al.*, 2001, p. 23).

A lógica de especialização acaba por comprometer a clínica ampliada, na qual o olhar é voltado para o sujeito em sua complexidade, no lugar do foco nas doenças e seus sintomas. A lógica do “encaminhamento ao especialista” também se contrapõe a lógica do matriciamento, que se baseia na corresponsabilização e no compartilhamento de saberes entre equipe de referência e equipe de apoio matricial, como bem tematizada e como vimos com Campos (1999), Campos e Domitti (2007) e Chiaverini (2011). Ainda que as equipes se preparem para receber casos, realizar condutas e indicar intervenções, isto ainda se dá de forma fragmentada e parcializada entre os operadores e profissionais.

Há também uma necessidade de tratar de mudanças no campo dos discursos existentes até então, construídos historicamente, situando crianças e adolescentes em uma determinada prática que não se configura de fato como uma lógica de cuidado.

Social e historicamente os problemas de SMCA foram traduzidos como questões educacionais ou de justiça, e as instituições de assistência até fins do século XX se orientavam por estes discursos, com práticas pedagógicas ou corretivas que se naturalizaram como forma de cuidado. Para fazer valer a criança como sujeito passível de sofrimento mental, de idiossincrasias, a SMCA terá o desafio não apenas de operar uma torção discursiva no que foi naturalizado, mas de afirmar, através de sua presença viva nos diferentes territórios, os efeitos inclusivos que poderão advir de um cuidado pautado no reconhecimento da criança ou adolescente como sujeito (COUTO, 2012, p. 115).

Delfini e Reis (2012) fazem uma reflexão importante sobre a construção dessas redes, chamando a atenção para a importância dos vínculos não só entre trabalhadores e usuários, mas entre os trabalhadores de uma rede, entre as equipes. As redes são tecidas pelas relações sociais estabelecida entre trabalhadores. Ao tratar da pesquisa sobre o apoio matricial entre CAPSi e Estratégia Saúde da Família (ESF), apontam:

Assim, vimos que nos locais onde as equipes são mais próximas, os profissionais se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam canais para contato sempre que necessário, lidar com saúde mental se torna menos problemático. Ainda que uma rede de atenção integral se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende (e se constrói com) das pessoas que atuam nos serviços, das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum. O compartilhamento de responsabilidades e ações interventivas entre CAPSI e ESF só se realiza por meio das relações sociais entre os trabalhadores dos serviços. Portanto, valorizar e investir na relação entre as pessoas nos parece fundamental para que haja

um trabalho compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo (DELFINI; REIS, 2012, p. 363).

A maior parte dos trabalhadores e gestores do CAPSi entrevistados consideraram que é preciso avançar na construção da intersetorialidade e destacam como um dificultador dessa construção, além da pandemia, os altos índices de rotatividade das equipes, não só no Estação Vida, mas nas UBS e em toda rede. Este é um fator fundamental para pensar o cenário atual da assistência pública, não só na saúde mental, mas em todas as políticas públicas, que enfrentam um cenário de precarização dos vínculos, baixas remunerações, alta rotatividade, além de redução de financiamento nas últimas décadas. Não é possível analisar um dispositivo público sem considerar a conjuntura de desmonte que ainda se vivencia.

Como apontado anteriormente, a própria equipe do CAPSi foi quase toda alterada em 2023, a partir da execução de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado pela Prefeitura Municipal de Barbacena com o Ministério Público de Minas Gerais se comprometendo a realizar processo seletivo para contratação de servidores, regularizando a situação trabalhista. Foi realizada esta seleção para contrato temporário para todos os setores da Prefeitura, havendo uma troca significativa dos quadros, tanto na saúde mental, quanto nos demais setores da rede intersetorial. No Estação Vida, dos 8 profissionais de referência para condução dos casos, entre técnicos de referência e de apoio, apenas 2 permaneceram. Da equipe inicial que participou da abertura do CAPSi, de um total de 15 pessoas, permanecem apenas 2.

Nós estamos vivendo um momento no município de Barbacena, na prefeitura, de um cumprimento de um TAC, de um Termo de Ajustamento de Conduta que o município assinou há alguns anos com o Ministério Público para a regularização da forma de contratação dos trabalhadores temporários. Historicamente, o município de Barbacena tem um déficit de servidores estatutários. Historicamente. É quase uma proporção de 20% estatutário para 80 [por cento] contratados por tempo determinado. Que não são por tempo determinado. São contratos de anos. Nós temos profissionais, não aqui no CAPSi, mas nos outros serviços de saúde mental, com 20 anos de contrato de tempo determinado. Então, quando o município assina isso, ele assume a responsabilidade de fazer um processo seletivo para ajustar, de uma forma justa, a entrada dos servidores. Ele faz esse processo seletivo esse ano e no mês passado, em junho, começam as substituições. Muitos dos trabalhadores que estão há muito tempo nos serviços, não conseguiram ser aprovados nesse processo seletivo. Estão sendo substituídos. Então, é esse o cenário que a gente tá vendo. E não são substituições programadas, são substituições em bloco. (Entrevistado 06).

Em 2019 também ocorreu uma demissão em massa de vários setores da Prefeitura, impactando também o Estação Vida. Segundo a Ata de reuniões, a demissão ocorreu no dia 31 de julho de 2019, data limite para cumprimento de uma medida judicial imposta à Prefeitura para demissão de servidores que não entraram por concurso ou processo seletivo. Este comunicado foi feito no dia 31, já orientando que os servidores não retornassem no dia

seguinte. As informações passadas pela Prefeitura eram de que em 90 dias seria realizado processo seletivo, incluindo inclusive os profissionais de nível superior, que neste caso não haviam sido demitidos, mas não poderiam permanecer caso não fossem aprovados nessa seleção. Registra-se que essa seleção veio acontecer em 2023.

Destaca-se, então, o impacto das condições de trabalho na execução do trabalho de atenção psicossocial, visto que este modelo demanda uma interlocução constante entre os trabalhadores e destes com a rede, dos vínculos terapêuticos destes com usuários e o conhecimento dos PTS, da rede, dos fluxos e do modelo de trabalho. Este também é um ponto que tem impactado a construção do modelo psicossocial em Barbacena, que, ainda que tenha recebido servidores através de um processo seletivo, este contrato possui duração de 2 anos, sendo brevemente encerrado e retomando as mesmas questões trabalhistas, seja de renovação e contratos temporários indeterminadamente, seja pela mudança mais uma vez das equipes dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Andrés, Reginaldos, Marias...
 Crianças inicialmente normais, reféns de
 incapacidades que lhes atribuem, confinados
 em doenças que não têm.
 Estigmatizados, discriminados, incapazes,
 doentes e ainda confinados
 Confinados, disciplinados, controlados.
 Controlados a céu aberto, por uma instituição
 invisível, virtual, etérea, porém muito concreta
 em suas mentes e corações...
 Institucionalizados!
MOYSES; COLLARES, 2013, p. 40

Teceremos as considerações finais pensando não somente nas sínteses que esta pesquisa possibilitou, mas também indicaremos reflexões que surgiram deste trabalho bem como as lacunas observadas.

Considerando as questões propostas, foi possível reconstruir o percurso da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena, partindo da caracterização das práticas vigentes no período asilar, entre 1900 e 1980, bem como o advento do modelo da atenção psicossocial e dos marcos no campo dos direitos das crianças e adolescentes, sendo estes reconhecidos como sujeitos de direitos e alvo das políticas públicas.

Assim como os loucos, crianças e adolescentes têm sido historicamente tratados em uma relação de tutela e em um lugar de objeto, destituídos do seu lugar de sujeitos, porém não apenas nas instituições psiquiátricas. De um lado, é possível afirmar que tanto adultos, como crianças e adolescentes, foram alvo da institucionalização como prática e estratégia central não só da terapêutica, mas como saber e epistemologia, mecanismos, portanto, de exclusão, segregação, normalização e higienização de determinados grupos, em particular, quando estes interseccionam com a questão racial.

As estratégias de intervenção nas questões sociais por parte do Estado no século XIX e XX se voltam prioritariamente para a população negra, sendo este o público institucionalizado e alvo do isolamento social, seja em orfanatos, reformatórios, asilos, como nas prisões e manicômios. Todas se configuram como mecanismos punitivistas do racismo estrutural na sua face institucional, estratégias para um mesmo fim, o controle dos corpos, subjetividades e vidas negras pelo Estado.

Barbacena/MG tornou-se uma referência no país do modelo asilar-manicomial de assistência psiquiátrica, sendo uma referência para todo o estado de Minas Gerais. Este modelo deixou marcas na “cidade dos loucos” que concebe de forma naturalizada o acesso a práticas de internação e de isolamento, ancoradas na ideia de tutela do Estado sobre determinadas populações em suas vulnerabilizações e precariedades.

No campo da infância e da adolescência, Barbacena/MG também assume destaque na medida em que recebe no Hospital Colônia os “meninos de Oliveira”, cerca de 100 internos vindos do Hospital Colônia de Oliveira e que ocupam os Pavilhões infantis e de adolescentes, muitos deles vindo a óbito rapidamente. Também foi referência para abrigar os “menores” que cometiam contravenções penais e tinham quadros ligados à saúde mental. Em um pavilhão cedido ao Ministério da Justiça, o Hospital Colônia abriga o IPEME, unidade praticamente inexistente em outros lugares do Brasil, mas existente em Barbacena.

A cidade também conta com uma das primeiras APAE do Brasil, fundada em 1962, que se torna referência regional de triagem psicopedagógica, realizando avaliações, trazendo as primeiras especialidades médicas gratuitas voltadas à infância em Barbacena e sendo a referência até os dias de hoje no tratamento dos *anormaes*, hoje, pessoas com deficiência. A APAE de Barbacena conta com um histórico importante na história da educação inclusiva, tendo seus profissionais qualificados por Helena Antipoff, referência e fundadora das Sociedades Pestalozzi.

Por fim, Barbacena conta com diversas ações de grupos religiosos que nas décadas passadas gerenciavam abrigos e educandários voltados às crianças e adolescentes pobres, alguns existentes até os dias de hoje. Há um movimento religioso vigoroso na região, inclusive com as comunidades terapêuticas no território.

O debate no campo da desinstitucionalização da infância em Barbacena passa pela compreensão das diversas instituições fechadas em que foram internadas ou isoladas, colocando em questão a função social dessas instituições de ajustamento e controle social, que existiram não só no âmbito da psiquiatria, mas da saúde, da segurança, da assistência social e da educação.

Muitas dessas instituições, ainda que tenham alterado seus modelos de trabalho, transformando-se em unidades abertas e comunitárias, trazem concepções e práticas que podem ainda se vincular a este passado próximo, transformações complexas que se dão no âmbito dos saberes mas também da natureza destas instituições.

Assim, outro âmbito do debate diz respeito à desinstitucionalização dos saberes e práticas que sustentaram os modelos asilares, ou seja, desinstitucionalização do paradigma

psiquiátrico. Este vem, na contemporaneidade, performático pela medicalização e patologização da infância, pelos especialismos, podendo se manter em vigor nos serviços substitutivos territoriais e acabar reproduzindo práticas de violência e violações de direitos.

Ao pensar na história da Reforma Psiquiátrica em Barbacena, é possível refletir que seu vigor e destaque nacionais não se dá somente pela amplitude e complexidade da desinstitucionalização no municípios, mas devido à militância de seus trabalhadores. A adesão aos princípios ético-políticos da luta antimanicomial e a vinculação dos trabalhadores aos movimentos estadual e nacional, deram uma direção firme e crítica à Barbacena. Como vimos, este não foi um processo fácil nem rápido, se deu entre erros e acertos, entre correlações de forças e disputas locais e regionais.

Esta análise da Reforma Psiquiátrica em Barbacena nos possibilitou compreender algumas questões do campo da saúde mental. A primeira delas diz respeito à compreensão de que luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica são movimentos distintos. Ainda que pareça uma conclusão simples, pressupõe compreender a relação entre Estado e sociedade civil, as correlações de forças existentes na construção das políticas públicas e a essência da direção a ser seguida no campo da saúde mental.

Se iniciamos esta pesquisa com uma noção estática, etapista e linear da Reforma Psiquiátrica, terminamos esse processo compreendendo que a luta antimanicomial foi e é maior do que a Reforma. A institucionalização das pautas do movimento no âmbito do Estado e das instituições, enfrentam, necessariamente, as correlações de força e disputa de poderes, sendo resultado de um processo histórico. Assim, a construção dos modelos em saúde mental são limitados pelos processos sócio-históricos e pela própria natureza do Estado.

Isto nos levou a refletir sobre o modelo psicossocial em saúde mental, em sua amplitude e ao mesmo tempo em sua limitação, no sentido de representar um conjunto de princípios éticos, técnicos, políticos, e ao mesmo tempo estar situado em uma política pública, em determinado setor, dentro de uma institucionalidade. Estas são contradições que vão perpassar os dispositivos de saúde mental, sendo inerentes às suas construções.

Nesse sentido, o processo de implementação do Estação Vida não se limita à organização burocrática, física ou administrativa de uma instituição, mas trata-se propriamente de uma invenção de estratégias, para que sejam radicalmente novas, em meio a diversos elementos contraditórios que se apresentam no cotidiano deste dispositivo assistencial.

O processo de pensar e repensar, iniciar e encerrar, mudar de rotas, é extremamente importante em um serviço que está se inventando diante de demandas tão complexas e ao

mesmo tempo tão dinâmicas. Junto a isso, une-se as particularidades de cada trabalhador, que vai se posicionar não somente diante de sua formação profissional, mas que também se posiciona com suas visões de mundo e suas histórias de vida.

Ao considerar o vínculo entre usuários, familiares e trabalhadores como estratégia de cuidado, não é possível dimensionar em que instâncias isso ocorre dentro de um serviço. Ainda que seja importante e necessária uma direção clara das finalidades do serviço de CAPSi, existem dimensões do trabalho que não são passíveis de rigidez e não podem ser protocoladas ao se falar do trabalho em saúde mental, visto que cada usuário se apresenta com sua singularidade e cada trabalhador vai ao seu encontro também com toda sua singularidade.

Este é um elemento extremamente desafiador da prática psicossocial em saúde mental, pois exige que os trabalhadores e gestores consigam abrir espaço e sustentar essa dinamicidade, própria da existência humana, e que muitas vezes não será enquadrada nos dispositivos institucionais. Podemos considerar que este é um elemento que se destaca radicalmente do modelo ambulatorial, em que há antecipadamente a construção de protocolos e fluxos e o caminho a ser percorrido pelo usuário dentro do serviço já está previamente traçado.

Pensar a emergência do CAPSi, entre cuidado e controle social, nos leva a considerar que esta será uma contradição constante nos limites do Estado burguês. Resta saber onde beberemos atualmente do vigor dos movimentos sociais que deram vida à Reforma Psiquiátrica e construíram a política de saúde mental no Brasil.

Se o vigor do movimento antimanicomial e dos movimentos pelos direitos das crianças e adolescentes propuseram e implementaram novos paradigmas e modelos de atenção, hoje, assistimos uma fragilidade no campo das organizações da sociedade civil e no âmbito do Estado, exigindo dos trabalhadores uma nova força diante de tempos difíceis.

Outro ponto importante de reflexão, que também indica uma lacuna deste trabalho, diz respeito à compreensão da institucionalização pelo recorte de raça. Ao tomar contato, no percurso da pesquisa, com os debates acerca do racismo no Estado brasileiro percebemos o quanto nossa construção teórico-analítica carecia de aprofundamento sobre as interseccionalidades que envolvem a formação social brasileira.

Se por um lado, foi possível fazer a crítica às estratégias de institucionalização da pobreza pelo Estado burguês, no âmbito do controle social, faltou-nos a crítica sobre os sujeitos alvo dessas ações. Debate este que não pode ser abordado de forma tão breve, mas que deve estruturar toda discussão acerca das políticas sociais no Brasil, considerando nossa formação social. Este debate também me provocou, mais uma vez, como pesquisadora,

trabalhadora, mulher, mãe, a rever minha posição social, me incitando a mais uma desconstrução.

Por fim, considero que este trabalho reflete minha entrada em um campo novo, tanto no nível teórico como do trabalho profissional, bem como minha contribuição, a partir da minha trajetória acadêmica e profissional, resultado de muito trabalho e bons encontros. Que possa indicar novos caminhos e novas viagens, pois, como ouvi nos meus primeiros dias de trabalho no CAPSi Estação Vida, *“um navio está seguro no cais, mas não é para isso que navios são feitos.”*

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, J. L. F. Os primórdios da psiquiatria infantil e seus reflexos no Brasil. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, Belo Horizonte, n. 37, p. 1-28, 2020.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.
- ALVARENGA, L. T. de; NOVAES, C. de O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 571-593, abr./jun., 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez., 2018.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1973.
- AZEVEDO, G., SARAT, M. História da infância no Brasil: contribuições do processo civilizador. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados, v. 5, n. 13 p. 19-33, jan./abr., 2015.
- BARBACENA. Governo Municipal de Barbacena. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano Municipal de Saúde de Barbacena 2022-2025**. Barbacena, 2022.
- BARBACENA, CAPSi. **Ata das reuniões do CAPSi**. Livro 1. Barbacena: CAPSi, 2019-2022.
- BARBACENA, COSAM. **Relatório de Gestão - Saúde Mental/Barbacena**. Período: janeiro 2009/dezembro 2012. Barbacena, 2012.
- BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d’Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. 1999. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança. Estudo histórico. **Fascículos Fhemig**, Belo Horizonte, n. 7, p. 20-38, 1992.

BERGAMASCHI, L. H. Memória e comunidade quilombola: uma via de sentido entre o passado e o presente. **Mal-Estar e Sociedade**, Barbacena, v. 8, n. 1, p. 83-99, jan./jun., 2018.

BEZERRA, L. Justiça suspende internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. **Brasil de Fato**, Recife, 21 jul. 2021 Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/07/21/justica-suspende-internacao-de-criancas-e-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 09 out. 2023.

BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRAGA, C. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. e00170821, 2022.

BRAGA, C. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019.

BRAGA, C. P.; OLIVEIRA, A. F. P. L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP) v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRASIL. **Recomendação Conjunta CNS/CONANDA/CNDH nº 01**, de 04 de agosto de 2020. O CNS, CONANDA e CNDH recomendam medidas em sentido contrário à regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs), entre outras providências. Brasília, DF: MMFDH, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em:<https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%C3%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%C3%A7as_da_Politica_de_Sa%C3%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 4.068**, de 19 de dezembro de 2018. Habilita o Município de Barbacena (MG) a receber, em parcela única, o incentivo de implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4068_20_12_2018.html>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012.** Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). **Relatório da infância e juventude** – Resolução nº 67/2011: um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes. Brasília: CNMP, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.** Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional Infanto-Juvenil: Recomendações.** (versão preliminar). Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos.** Versão Preliminar. Brasília: MS, 2013d.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 8, 20 jan. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 189, 22 ago. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 23 dez. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.179. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.068, de 24 de setembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 186, seção 1, p. 31, 27 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N.º 1.608, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 03 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.946, de 10 de Outubro de 2003. Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 10 out. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 147, seção 1, p. 3, 01 ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 20 fev. 2002.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 39-E, seção 1, p. 23, 24 fev. 2000.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 20 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.html>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 30 jan. 1992.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 14 jul. 1990.

BUJES, M. I. E. **Infâncias e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A. 2002.

CAMPOS, D. H. C. **Memórias quase esquecidas**: análise dos prontuários da antiga FEBEM-MG sob a perspectiva da burocracia de nível de rua. 2021. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2021.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CARVALHO, J. M. de. Barbacena: a família, a política e uma hipótese. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 20, p. 153-193, jan., 1966.

CASSAB, M. A. T. **Jovens pobres e o futuro**: a construção da subjetividade na instabilidade e incerteza. Niterói: Intertexto, 2001.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIRINO, O. O descaminho daquele que conhece. **Fascículos FHEMIG**, Belo Horizonte, n. 7, p. 37-83, 1985.

CIRINO, O.; VIANA, F. J. M. Da ortopedia mental aos meninos de Barbacena. Uma perspectiva histórica da assistência pública à saúde mental infantil em Minas Gerais.

Congresso Internacional de Saúde Mental Infantil, II; Encontro de Psicólogos da 4ª Região, IV. Belo Horizonte, **Anais** [Belo Horizonte]: CRP-04, 1984.

CORRÊA, E. J. *et al.* (org.). **Nescon 25 anos: qualidade e pertinência, retrospectiva 1983-2008**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/retrospectiva.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2024.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COSTA, N. R., SILVA, P. R. F. S. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, 2017.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M. *et al.* (org.). **Olhares, experiências de CAPS**. Goiânia: Kelps, 2009.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org.). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial: considerações preliminares. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec. 2010.

COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. 178f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DAVID, E. C. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

DELFINI, P. S. *et al.* Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev., 2012.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. p. e0020241, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>>. Acesso em: 09 out. 2023.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DRUMOND, A. C. **A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Barbacena e o atendimento às pessoas com Síndrome de Down (1962-1976): diálogos com pestalozzianos**. 2015. 192f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

DUARTE, M. J. de O. **O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado**. 2012. 226 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, dez., 2018.

DUARTE, M. J. O.; CAPUTO, L. R.; TOMAZ, M.; BEDIM, V. B. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, jun., 2020.

DUARTE, M. N. **Ares e luzes para mentes obscuras: o caso do Hospital Colônia de Barbacena (1922-1946)**. 1996. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

DUARTE, M. N. **De ares e luzes a inferno humano: concepções e práticas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979 - estudo de caso**. 2009. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

EURICO, M. C. **Preta, preta, pretinha: o racismo institucional no cotidiano de crianças e adolescentes negras(os) acolhidos(as)**. 2018. 209f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

FASSHEBER, V. B. **O processo de Reforma Psiquiátrica no município de Barbacena no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da "cidade dos loucos"**. 2009. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FEAP - Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica. Memorando/DIH/HCPC nº 74/1974. FEAP, 04 jan. 1974.

FENAPAE – Federação Nacional das APAES, Brasil. Informações gerais. **APAE Brasil**. Disponível em: <https://apaebrasil.org.br/mapa/1006927378/detalhes>. Acesso em: 24 out. 2023.

FERNANDES, A. D. S. A. *et. al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos (SP), v. 28, n. 2, p. 725-740, abr., 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>>. Acesso em 03 ago. 2023.

FERREIRA, L. F. **Meninas da FEBEM**: uma análise de narrativas de ex-internas da FEBEM de Ouro Preto. 2019. 205f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2019.

FIRMINO, H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: CODECRI, 1982.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GUIMARÃES, E. S. Os arquivos locais e as comunidades negras - o Arquivo Municipal de Barbacena e o Quilombo do Paiol (Bias Fortes/MG). **Mal-Estar e Sociedade**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 85-108, jan./jun., 2012.

GULJOR A. P. *et al.* **Nota de avaliação crítica da Nota Técnica 11/2019** – esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf>>. Acesso em: 09 out. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/barbacena/panorama>>. Acesso em: 14 dez. 2023.

INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL. (Brasil). História – Belo Horizonte (MG). IPHAN. **Programas e projetos**. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1832/#:~:text=O%20Distrito%20foi%20criado%20com,se%20Belo%20Horizonte%2C%20em%201901>. Acesso em: 30 out. 2023.

INSTITUTO Beneficente Padre Mestre Corrêa ainda recebe doações para ajudar famílias na pandemia. **Barbacena tem**. Barbacena, MG, n./d. Disponível em: <<https://www.barbacenatem.com.br/instituto-beneficente-padre-mestre-correa-ainda-recebe-doacoes-para-ajudar-familias-na-pandemia>>/. Acesso em: 11 out. 2023.

JANNUZZI, G. S. M. **História da educação do “deficiente mental” no Brasil: 1876 a 1935**. 1985. 157f. Tese (Doutorado em História da Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1985.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

LEITE, C. C. Da doutrina da situação irregular à doutrina da proteção integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas. **Revista do Ministério Público**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 93-107, jan./jun., 2006. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2764825/Carla_Carvalho_Leite.pdf>. Acesso em: 03 out. 2023.

LOCKMANN, K.; MOTA, M. R. A. Práticas de assistência à infância no Brasil: uma abordagem histórica. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 76-111, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5965/198472381426201376>>. Acesso em 24 set. 2023.

MACHADO, M. A. A. As classes especiais em Minas Gerais a partir dos anos 1960.

Cadernos da Faculdade de Educação da UFMG, Belo Horizonte, v. 1, p. 13-26, 1985.

MANGABEIRA, W. Questões de método e o trabalho de campo em Volta Redonda. In: MANGABEIRA, W. **Os dilemas do novo sindicalismo**: democracia e política em Volta Redonda. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ANPOCS, 1993.

MASSENA, N. **Barbacena**: A terra e o homem. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1985.

MELO, C. M. S. **A formação profissional de jovens pobres**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MELO, C. M. S.; PURGATO, O. **O projeto de vida dos jovens usuários dos programas de Assistência**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

MELO, R. S. A formação, resistência e identidade da comunidade quilombola dos Candendês. **Afro-Ásia**, Salvador, v. 59, p. 169-196, 2019.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 04 ago. 2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

MINAS GERAIS. **Lei N° 23.304** de 30 de maio de 2019. Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. 2019. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LEI&num=23304&comp=&ano=2019&texto=original>>. Acesso: 30 out. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei ordinária Nº 4.177**, de 18 de maio de 1966. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, mediante a incorporação do Departamento Social do Menor. 1966. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-4177-1966-minas-gerais-autoriza-o-poder-executivo-a-instituir-a-fundacao-estadual-do-bem-estar-do-menor-mediante-a-incorporacao-do-patrimonio-do-departamento-social-do-menor>>. Acesso em: 30 out. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei Nº 12.262**, de 23 de julho de 1996. Dispõe sobre a Política Estadual de Assistência Social, cria o Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS - e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/12262/1996/>>. Acesso em: 25 out. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.819** de 31 de março de 1995. Cria a Secretaria de Estado da Criança e do Adolescente, reestrutura a Secretaria de Estado de Esportes, Lazer e Turismo e dá outras providências. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-11819-1995-minas-gerais-cria-a-secretaria-de-estado-da-crianca-e-do-adolescente-reestrutura-a-secretaria-de-estado-de-esportes-lazer-e-turismo-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 25 out. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei Nº 2610**, de 08 de janeiro de 1962. Contém o Código do Ensino Primário. Belo Horizonte, MG: Governo do Estado de Minas Gerais, [1962]. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-2610-1962-minas-gerais-contem-o-codigo-do-ensino-primario>>. Acesso em: 25 out. 2023.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social. Subsecretaria de Assistência Social. **Plano Estadual de Regionalização dos Serviços de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade**. Belo Horizonte, MG, 2015. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/concursos_publicos/pdfs/1_2007/plano_estadual_Regionalizacao_2015-1.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS - MPMG. **Ação Civil Pública**. Barbacena, MG, jul., 2017.

MNLA. **Carta de Bauru**, de 1987. Bauru: MNLA, 1987. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em 14 dez. 2023.

MORAES, S. R. **Centros de internação: o trabalho em meio a estigmas, agressões e afetos - saúde mental dos agentes de segurança socioeducativos**. 2008. 155f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MOREIRA, T. C. F. **Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2013.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: a patologização da vida. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n. 57, v. 2, p. 31-44, dez., 2020.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. Escolha da técnica de coleta de dados. In: MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. **Projetos de pesquisa**: elaboração, redação e apresentação. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2005.

NASCIMENTO, L. B. **Patrimônio cultural e práticas de re-existência na comunidade de remanescentes do povo puri do distrito de Padre Brito, Barbacena/MG**. 2021. 66f. Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Barbacena, 2021.

NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Contexto & Educação**. Ijuí (RS), v. 23, n. 79, p. 47-63, jan./jun., 2008.

NASCIMENTO, R. F. **A "cidade dos loucos"**: saber médico e a invenção dos territórios da loucura na cidade de Barbacena. 2014. 69f. Monografia (Graduação em Geografia) – Departamento de Geografia, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

OLIVEIRA, E. H. M.; DORNELAS, G. V.; NOGUEIRA, I. C. C.; BATISTA, R. L. L. Psicologia, assistência e educação dos excepcionais em jornais de Barbacena (1962-1978). **Psicologia em Pesquisa**. Juiz de Fora, MG, n. 2, v. 18, 2024, p.1-31.

PEDROSA, T. A. **As demandas de um CAPSi**: quem são os usuários e como chegam ao serviço. 2021, 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/13678>>. Acesso em 15 dez. 2023.

PEREIRA, J.; DUARTE, M. N.; SANTOS, G. P. As crianças no Hospital Colônia Infantil de Oliveira (MG): uma história institucional (1931-1974). **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 34, p. e256690, 2022.

PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: IIN; CESPI; Ed. USU; Amais, 1995.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4579-89, 2011.

PRESTES, A. B. [Raial Orutu Puri]. Territórios Puri na contemporaneidade. **Blog Centro de Memória do Povo Puri**. [Puri Vivo], 30 nov. 2020. [Atualiz: 15 out. de 2022]. Disponível em: <https://povopuri.wixsite.com/memoriapuri/post/territ%C3%B3rios-puri-na-contemporaneidade-por-andreia-baia-prestes-raial-orutu-puri>. Acesso em: 11 out. 2023.

PRIORE, M. L. M. A criança negra no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (org). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 232-253.

PRIORE M. L. M. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1991.

RELATÓRIO IV CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. Uma amostra da situação dos adolescentes privados de liberdade nas Febems e congêneres. Câmara dos Deputados. n./d. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/publicacoes/febems.html>>. Acesso em 25 out. 2023.

RELATÓRIO TÉCNICO PARA HABILITAÇÃO DO CAPSI “ESTAÇÃO VIDA”. Superintendência Regional de Saúde de Barbacena. Barbacena, MG, mar., 2019.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

RIZZINI, I. **Assistência à infância no Brasil**: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Ed. USU, 1993.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JUNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, R. Candendê – sítio dos crioulos: a terra é meu quilombo (Barbacena- séc. XIX e XX). In: Simpósio Nacional de História, XXX, 2019, Recife. **Anais eletrônicos** [...] Recife: ANPUH-Brasil, 2019, p. 1-16. Disponível em: <https://www.snh2019.anpuh.org/resources/anais/8/1564241621_ARQUIVO_artigocandende.pdf>. Acesso em: 11 out. 2023.

SANTOS, R. **Terras e liberdade – uma recompensa pela escravidão?** Barbacena (1850 – 1888). 2005. 31f. Monografia (Especialização em História de Minas no século XVIII e XIX) - Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, 2005.

SILVA, M. E. Crianças invisíveis: reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, p. 61-78, jan./jun., 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr., 2002.

VECHIATTO, L.; ALVES, A. M. P. A saúde mental infanto-juvenil e o CAPSi: uma revisão integrativa. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 19, n. 1, p. 1-17. 2019. Disponível em <<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/8431>>. Acesso em: 03 out. 2023.

VICENTIN, M. C.; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. Patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **Abordagens Psicossociais**. v. II – Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e da Lutas Populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.



Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Faculdade de Serviço Social – FSS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS)
DOCTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Queremos convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG: a construção da Atenção Psicossocial”, que será conduzida por Carolina Morais Simões de Melo, doutoranda do programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ.

Essa pesquisa foi motivada pela história de Barbacena/MG referente ao grande número de hospitais e clínicas psiquiátricas na cidade e por ter se tornado uma referência de desinstitucionalização no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A pesquisa tem como objetivo conhecer a constituição das ações de Saúde Mental destinadas, particularmente, às crianças e adolescentes no município e analisar o modelo de atenção psicossocial a partir da Reforma Psiquiátrica de Barbacena e da criação do Centro de Atenção em Saúde Mental Infância Juvenil – Capsi Estação Vida.

Você foi selecionado por ter atuado e/ou estar atuando no campo da Saúde Mental da cidade de Barbacena, sendo profissional e/ou gestor da rede de atenção em Saúde Mental. Sua participação não é obrigatória, sendo que a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará nenhum prejuízo.

Os riscos na realização desta pesquisa são mínimos, pois as entrevistas podem causar algum cansaço pelo tempo de duração ou por incômodos que podem surgir ao tratar de algum tema específico relacionado ao seu trabalho e/ou, mesmo, por cansaço. Em quaisquer desses casos, a entrevista pode ser interrompida a qualquer tempo sem prejuízos para os participantes e podemos acordar o agendamento de sua continuidade para data posterior, se você assim concordar.

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em qualquer tipo de gasto. Caso você concorde em participar, será realizada uma conversa individual, na forma de entrevista, guiada por um roteiro com temas centrais a serem abordados relacionados à atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes em Barbacena/MG, com foco na sua atuação. A entrevista será realizada pela pesquisadora, Carolina, e terá a duração de, aproximadamente, 40 minutos a 1 hora, podendo ser adequada de acordo com suas possibilidades de horário e melhor localização, indo a pesquisadora até você. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

De acordo com os princípios éticos das Resoluções 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; 2016), a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido resguarda os participantes entrevistados da possibilidade de divulgação de suas identidades, garantindo, assim, que as informações prestadas sejam tratadas de forma confidencial e sigilosa. Desta forma, todos os dados coletados são confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo e privacidade de sua participação.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e/ou instituições participantes.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhum trabalho que possa resultar desta pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Caso você se sinta prejudicado, o parágrafo IV.3, os itens (g) e (h) da Resolução 466/12 garante os direitos de ressarcimento e indenização (se necessário): "g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes"; e "h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa." Há também base na Resolução 510/16, no Artigo 9, nos itens VI e VII: "VI ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa".

Contatos da pesquisadora responsável: Carolina Morais Simões de Melo (E-mail carolina.moraismelo@gmail.com / Telefone: (32) 98444-8403); Assistente social (Capsi Estação Vida / Prefeitura Municipal de Barbacena – Endereço: Praça Adriano de Oliveira, 145 - São José, Barbacena/MG – Telefone: (32) 3339-2096) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PGSS/UERJ) – – Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 9º. Andar, bloco D, sala 9002, Maracanã, Rio de Janeiro/RJ, fone: 2334-0299)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, E-mail: coep@sr2.uerj.br — Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Barbacena, _____ de _____ de _____.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com informantes-chave da reforma psiquiátrica de Barbacena/MG

Identificação numérica da entrevista: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1) Identificação/Dados pessoais

- a. Nome
- b. Função/ocupação
- c. Período de atuação
- d. Local de atuação

2) Informações sobre a atenção a crianças e adolescentes na Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG – Questões centrais

- a. Existência de ações para crianças e adolescentes com demandas de saúde mental em Barbacena/MG até o início da Reforma Psiquiátrica (anos 2000) (forma de absorção das demandas pelas instituições; políticas, programas e/ou ações (formais e oficiais ou não); possíveis redes existentes ou não (perspectiva de articulação interinstitucional/intersetorial); natureza das instituições (pública e/ou privada, filantrópicas, confessionais); modelo e/ou modos operativos de assistência; profissionais e/ou demais sujeitos envolvidos.)
- b. Processo de transição e/ou possíveis formas de absorção/inscrição das demandas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes na agenda da Reforma Psiquiátrica em Barbacena/MG (quais demandas e possíveis solicitações ao poder público; sujeitos, ações e canais de vocalização das demandas; ações, programas e/ou políticas (formais ou não) para organizar as ações; lacunas; modelos assistenciais e/ou modos operativos; infraestrutura de equipamentos e serviços.)

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com informantes-chave da implementação do CAPSI de Barbacena

Identificação numérica da entrevista: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1) Identificação/caracterização do informante

- a. Nome
- b. Período de atuação nesta função
- c. Período de atuação no campo Saúde Mental da cidade de Barbacena/MG

2) Informações sobre a Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes no município de Barbacena

a. Como surge a atenção em saúde mental voltada para crianças e adolescentes para a gestão municipal e que ações foram realizadas para atendê-las.

c. Como foi o processo de implementação do Centro de Referência em Assistência Social Infante Juvenil – Capsi Estação Vida.

(processo de implementação do Capsi (parcerias, apoio do poder público e de entidades, local do serviço), organização do serviço no sentido e do modelo de atenção)

d. Quais os avanços e entraves da implementação da atenção psicossocial para infância e adolescência em Barbacena.

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com gestores e trabalhadores do CAPSI de Barbacena-MG

Identificação numérica da entrevista: _____

Data da entrevista: ____/____/____

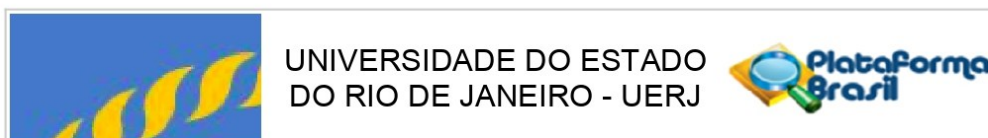
1. Identificação/caracterização do informante

- a. Nome
- b. Formação profissional
- c. Função que ocupa no Capsi
- d. Período de atuação nesta função e no Capsi
- e. Período de atuação no campo Saúde Mental da cidade de Barbacena – MG

2. Informações sobre o “modo de operar” do Capsi de Barbacena

- a. Como o serviço entende o objeto de trabalho e que meios utiliza para atuar sobre ele.
(público-alvo do serviço; identificação das demandas de saúde mental de crianças e adolescentes; instrumentos, ações, estratégias de atendimento; sujeitos e/ou instituições envolvidos na proposta de tratamento do serviço).
- b. De que forma o serviço se organiza e como se dão as relações internas.
(Organização dos fluxos internos e externos do serviço; relações internas entre profissionais e entre estes e os usuários; relação dos usuários e familiares com o serviço; instâncias de participação e avaliação do serviço).
- c. De que forma se dá a relação do serviço com o território.
(Concepção de trabalho no território e como se realiza; percepção do território diante do Capsi)
- d. Qual é a finalidade política e cultural do serviço.
(Finalidade do serviço; critérios de desligamento e encaminhamentos)
- e. Quais os maiores desafios na construção do modo psicossocial em Barbacena.
(Condições do serviço para realização atendimento e de suas finalidades; conquistas e potencialidades do Capsi de Barbacena)

ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa UERJ/CONEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena - MG: a construção da Atenção Psicossocial

Pesquisador: CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70118523.9.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.132.984

Apresentação do Projeto:

Co-participação: não apresenta.

Tem como objeto de estudo a atenção a saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena-MG.

Questão Norteadora – não apresenta.

Abordagem metodológica: "Será uma pesquisa de natureza qualitativa, através de um estudo exploratório (...)"

Campo / cenário / contexto: "Município de Barbacena"

Participantes: "(...)atores que tenham participado do processo da Reforma Psiquiátrica de Barbacena como gestores e trabalhadores e/ou que tenham informações sobre as ações existentes neste período voltadas para crianças e adolescentes com demandas de saúde mental. (...)"

Critérios de inclusão: "Para compreender a constituição da atenção em Saúde Mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG, serão utilizados como critérios de inclusão a participação no processo da Reforma Psiquiátrica de Barbacena/MG como gestores e trabalhadores e/ou que tenham informações sobre as ações existentes neste período voltadas para crianças e adolescentes com demandas de saúde mental, sendo estes os dois principais critérios de inclusão. Será utilizado, então, o acesso a "informantes-chave" (MANGABEIRA, 1993) que estiveram presentes nesse primeiro momento da Reforma Psiquiátrica, nos anos 2000, atuando na Coordenação de Saúde Mental do Município. A partir desses informantes, será utilizado como estratégia o método

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

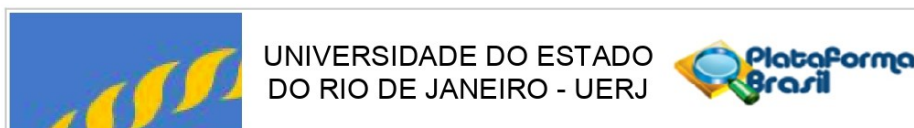
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: coep@sr2.uerj.br



Continuação do Parecer: 6.132.984

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Autorizacao.pdf	16/05/2023 15:26:09	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_Carolina.pdf	16/05/2023 15:25:56	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	16/05/2023 15:20:09	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	16/05/2023 15:19:54	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	16/05/2023 15:19:32	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2023 15:18:01	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	16/05/2023 15:14:12	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Junho de 2023

Assinado por:

Rosa Maria Esteves Moreira da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@sr2.uerj.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa FHEMIG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena / MG: a construção da Atenção Psicossocial

Pesquisador: CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70118523.9.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

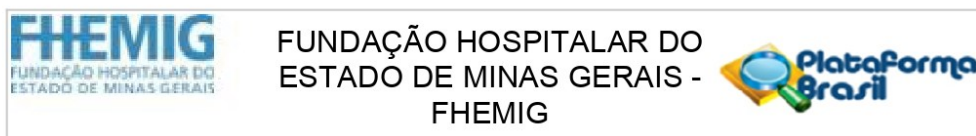
Número do Parecer: 6.772.064

Apresentação do Projeto:

De acordo com os documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2298912.pdf, CARTARESPOSTA.pdf e TCLEFHEMIG.pdf:

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as diferentes práticas e concepções sobre a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes no município de Barbacena/MG. A construção da atenção psicossocial para crianças e adolescentes é recente no campo da política de Saúde Mental, tendo uma entrada tardia na agenda da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este público aparece na agenda das Conferências de Saúde Mental, como alvo de ações sistematizadas, em 2001, sendo regulamentado o Caps Infância e Adolescência (Capi) em 2002. Paralelamente, os avanços no campo das políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil também tem sofrido alterações em suas concepções e práticas a partir da década de 1990, principalmente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Pretende-se analisar as particularidades da construção da atenção psicossocial para este público em Barbacena/MG devido ao histórico da cidade em abrigar um dos maiores hospitais psiquiátricos públicos do país, o Hospital Colônia de Barbacena (HCB), e por reunir um complexo significativo de clínicas psiquiátricas particulares em seu território. A Reforma Psiquiátrica tem como fundamento o questionamento do paradigma psiquiátrico biomédico, expresso no modo de atenção asilar e hospitalar que sustentou os manicômios, vigente até a década de 1960, propondo um novo

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 6.772.064

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2298912.pdf	15/04/2024 15:53:27		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	15/04/2024 15:53:06	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFHEMIG.pdf	15/04/2024 15:52:43	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	CIP.pdf	01/04/2024 12:47:37	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/04/2024 12:46:49	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	CartadeApresentacao.pdf	30/01/2024 10:40:31	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuracarolina.pdf	30/01/2024 10:36:54	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	78891530termodeanuencia.pdf	30/01/2024 10:11:43	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Autorizacao.pdf	16/05/2023 15:26:09	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	16/05/2023 15:20:09	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	16/05/2023 15:19:54	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	16/05/2023 15:19:32	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2023 15:18:01	CAROLINA MORAIS SIMOES DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 6.772.064

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 17 de Abril de 2024

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3915-9000 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br