

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Os centros de atenção psicossocial
infantojuvenis no estado de São Paulo**

Alberto Olavo Advincula Reis

**Trabalho apresentado para concurso de
obtenção de título de Livre-Docente junto
ao Departamento de Saúde Materno - infantil
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo**

**São Paulo
2010**

SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL.

A despeito dos avanços, da abertura e das interlocuções embrionárias propiciadas pelas transformações ocorridas no campo da saúde pública, sob a égide do movimento de saúde coletiva, estima-se que as suas relações com o campo específico da saúde mental não se mostraram tão evidente como deveriam ou poderiam ter sido. Em parte, a opacidade de compreensão de seus liames deveu-se provavelmente à soma de preconceitos ou incompreensões que se expressaram, muitas vezes, na forma timorata pela qual a psiquiatria e a psicologia acolheram as propostas oriundas da saúde coletiva.

Essas relações sofrem de um mal entendido histórico que, antes de ser elucidado, necessita ser epistemológica e historicamente diagnosticado. De fato, tal como o problema tem sido muitas vezes colocado, entende-se ou pode-se entender que a saúde mental se constitui e articula-se como um campo independente, que se confunde com a psiquiatria e a psicologia e que, sob certas circunstâncias particulares eventuais, se conecta ao campo da saúde pública.

Pode-se mesmo se arriscar a considerar que, em determinadas situações, quando a iniciativa de articulação da saúde mental com a saúde pública cabe aos psiquiatras ou aos psicólogos, ela se dá a partir de um importante viés de desentendimento acerca do que vem a ser o campo da saúde coletiva; mesmo quando se é exibida uma boa vontade em promover uma inserção "social" do campo "psi", haja vista o uso descontextualizado que esses profissionais fazem do termo "prevenção".

SILVA PA (2007), ao examinar o conteúdo dos currículos de duas escolas de psicologia, pública e privada, do estado de São Paulo, e ao analisar o relato oral e a produção iconográfica de 77 estudantes de psicologia dessas escolas, mostra a dificuldade desses estudantes em integrar as múltiplas dimensões da saúde e, particularmente de se referirem à saúde como processo. O grupo estudado pelo autor manifestou predominante predileção pelas interpretações positivistas, valorizando sobremaneira os componentes

biológicos, em detrimento da dimensão social, como determinantes do estado de saúde. Em nenhum momento apreendeu-se a importância da dimensão coletiva da saúde na determinação do processo saúde-doença para atuação profissional. Silva PA (2007) conclui que a formação acadêmica dos psicólogos, tal qual estruturada no curriculum das duas escolas, parece não contemplar uma práxis transformadora do modelo de atenção a saúde que se plasmaria nas realizações da saúde coletiva.

Tal percepção, persistente, encontra provavelmente assento no fato de que as disciplinas e áreas de conhecimento que compõe uma parcela do referido campo da saúde mental, em particular a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia têm sido ligadas, em alguma de suas dimensões principais, ao paradigma médico (REIS, 1993, p.98). Tal pertencimento paradigmático contribuiu para que esse campo ficasse, sobretudo no nível de suas realizações práticas, isto é, de sua atuação clínica, associado mais às atividades curativas do que às preventivas e às promocionais, mais perto de uma abordagem individualizante que coletiva.

SAÚDE MENTAL

A dificuldade em se incorporar a saúde mental à saúde coletiva obedece a distintos e numerosos determinantes. No plano prático e institucional, o modelo hospitalocêntrico, que, hegemônico, reinou até recentemente, sustentava uma prática essencialmente clínica moldada no modelo médico individualizante que a localizava à margem da saúde coletiva ou nela se integrando apenas em condições coadjuvante e insipiente. No plano da agregação do conhecimento, tanto a psiquiatria como a psicologia monopolizavam os saberes sobre tais práticas ao mesmo tempo em que entreteciam entre si fortes liames.

Tais laços remetem-se a própria origem da psicologia, disciplina que, ao lado da psiquiatria, viria ocupar um papel relevante na composição do

campo da saúde mental. Essa disciplina, resta lembrar, se originou, a partir da fisiologia do século XIX, na França e na Alemanha, e do evolucionismo darwiniano inglês (REIS, 1993, p.98). Tanto a psicologia como a medicina assentam-se no idêntico solo da biologia.

GAGEY (1970) entende, por exemplo, que

“quer se trate de dialetizar as funções psíquicas através de confrontações anatômicas, fisiológicas, anatomopatológicas ou que se trate ainda de aplicar o conceito de tendência ou de descrever a gênese da inteligência, a psicologia se revela, em tudo, tão permeável às influências biológicas que se pode, às vezes, duvidar se é a psicologia que se faz biologia ou se é a biologia que se faz psicologia” (p.102).

“No plano de sua aplicabilidade, isto é da expressão clínica do saber, a psicologia adotou freqüentemente o paradigma da clínica médica” (REIS, 1993, p.98). Esse fato foi, genericamente, apontado por COELHO e ALMEIDA F^o (2002), ao enfatizaram que “os sistemas de saúde do mundo ocidental e, nele o Brasil, têm sido questionados por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença”. (p. 316).

Contudo, quando não se circunscreve o campo da saúde mental aos domínios da psicologia e da psiquiatria, sua apreensão torna-se aparentemente ainda mais difícil, uma vez que o termo saúde mental, no plano da saúde pública, é usado numa variedade de formas. (LEAVELL e CLARK, 1976). A Organização Mundial da Saúde recentemente constatou a mesma dificuldade em se estabelecer uma definição que aglutinasse consensualmente os traços distintivos e comuns do que se denomina “saúde mental”. AMARANTE (2008), de seu lado, pondera que “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” e, finalmente, completa, “o que se conhece como saúde mental é uma área muito extensa e complexa de conhecimento” (p.15).

A dificuldade de se enfeixar os significados de saúde mental remonta a uma série de fatores imbricados entre si. A complexidade e a natureza multifacetada do fenômeno "mental" por si só se apresenta como desafio de síntese de seu campo. Fenômeno biológico, psicológico, religioso, comportamental, desejante, cultural, sexual, econômico, sociológico?

Como considera ainda AMARANTE (2008)

"ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento [...] e, muito menos é exercida por, apenas ou fundamentalmente, um profissional [...]. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro de conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites" "Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises porque são tantas!), a fisiologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas)" (p.16).

Mesmo que houvesse uma noção sintética relativamente homogênea, o problema da dificuldade de sua expressão unitária reapareceria sob outras formas. Afinal, a Organização Mundial de Saúde quando tenta apreender o significado de saúde não deixa de salientar que "diferenças de valores entre países, culturas, classes e gêneros podem parecer suficientemente grandes para que se possa ter uma definição consensual" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001a).

Entretanto, dizem ainda HERMAN et al. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b) é possível que haja um núcleo de entendimento em nível de senso comum a respeito de um significado universal que permita que a saúde mental possa ser compreendida sem restringi-la às interpretações que as diversas culturais possam dela ter. Todavia esses autores não se arriscam em dizer o que seria esse núcleo de entendimento comum.

Como resultado do conjunto das considerações, pode-se afirmar a problemática da "saúde mental" se oferece, para o presente estudo, em duas perspectivas principais: a saúde mental como fenômeno, objeto de interesse ou de estudo e a saúde como campo de conhecimento e atuação.

O primeiro caso, a saúde mental como fenômeno, traz à baila uma ampla discussão a respeito de seu estatuto, tal como, o significado de saúde; a oposição de saúde à doença; o entendimento de saúde-doença no plano psíquico; a relação de saúde com normalidade etc.

A outra perspectiva é a que aborda e compreende a "saúde mental" como campo. A noção de campo, de emprego abrangente, deriva-se, sobretudo da física. Na mecânica clássica trata-se de um meio de se descrever o fenômeno de interação entre partículas. Ainda em física, os campos magnéticos são detectados pela força que as matérias e correntes elétricas que o compõem exerce sobre outros materiais magnéticos.

Não muito diferente de sua acepção física, o "campo" pode ser compreendido, nas ciências sociais, como um espaço simbólico ou "espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições ocupadas nestes espaços, podendo ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes (em parte determinadas por elas)". (BOURDIEU, 1983, p. 89).

Na psicologia social, segundo KURT LEWIN (1965), trata-se de uma totalidade de fatos, coexistentes, concebidos como mutuamente interdependentes. De acordo com sua teoria de campo, o comportamento é compreendido como resultado de um conjunto de fatores que coexistem no ambiente em que a pessoa desenvolve a sua atividade, incluindo a família, o modo de se alimentar, profissão, o trabalho, a política, a religião, etc.. Para que se possa considerá-los como constituinte de um "campo", esses fatores devem ser considerados em sua relação dinâmica e interdependente que por sua vez determina a percepção e a interpretação do ambiente em que o indivíduo se insere. "O campo "é a pessoa no seu espaço de vida" (LEWIN, 1965, p.65)

Na trilha dessas caracterizações, o “campo da saúde mental” pode ser entendido como um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária contando com uma rede de serviços, equipamentos e programas variados, no interior do qual se processam interações entre distintos atores, de diferentes matizes, capazes de criar linhas de força que orientam o sentido das práticas e das formulações teóricas que aí se exercem e que ao mesmo tempo exercem influência sobre as disciplinas e atividades que tangenciam seus limites. Esse campo, caracterizado por exercício de conhecimentos e de atuação variados, tem por contorno tangencial uma grande diversidade de áreas de conhecimento sobre as quais é capaz de desempenhar sua força.

A noção de saúde mental, quer como campo quer como conceito, não pode prescindir de uma referência à saúde em sua generalidade abstrata.

COELHO E ALMEIDA F^o (2007) discutem de maneira bastante interessante essa questão expondo como diversos conceitos de saúde, e não de doença, situam-se na contemporaneidade da discursividade científica a partir do ponto de vista da sociologia, da antropologia e da epistemologia. De acordo com eles, embora a problemática da noção do que é normal esteja presente no próprio ato originário da sociologia como disciplina científica, posto que Durkheim considerava ser objetivo de qualquer ciência da vida a explicitação da normalidade e sua diferenciação da patologia, a questão ainda permanece, nesse campo, em aberto. Sobretudo, porque “normalidade não é sinônimo de saúde, nem o par conceitual normal-patológico sustenta uma oposição entre saúde e doença” (COELHO E ALMEIDA F^o, 2002, p.317).

Para eles, as teorias sobre o papel do doente e o rótulo, dominante no campo da saúde das ciências sociais aplicadas à saúde nos anos 1950-1960, de certa forma buscaram realizar o intento de definir ou conceituar a oposição saúde-doença.

O PAPEL DO DOENTE

A teoria funcionalista do papel social da doença conecta a adequação do estado patológico às normas sociais. De acordo com PARSONS (1967), para que uma doença seja socialmente aceita e tolerada é necessário que se preencham algumas condições definidas. Satisfeitas tais exigências, a sociedade, em contrapartida, isenta a pessoa de responsabilidade no que diz respeito a sua condição de doente e a aceita enquanto tal. Assim de acordo com a teoria do "papel do doente, a enfermidade é não somente uma situação esperada para todo ser humano no interior de uma determinada sociedade; furtar-se ao desempenho de papel de doente, na tentativa de parecer ou conduzir como pessoa saudável quando não o é, pode ser socialmente condenável.

"No campo específico da saúde mental, a abordagem parsoniana concordaria, em certo sentido, como o modelo biomédico da psiquiatria, quando coloca a aceitação do papel de doente como condição da cura" (COELHO E ALMEIDA F^o, 2002, p. 318). Contudo, a teoria parsoniana indica muito mais as condições de aceitabilidade social da doença do que explicita o que é saúde.

Outra tentativa de se compreender saúde no campo contíguo ao da sociologia, ou seja, da psicossociologia ou da sociologia cultural é apreensível na Teoria do Rótulo, desenvolvida nos Estados Unidos na década de sessenta. A teoria do Rótulo formulada, principalmente por GOFFMAN (1963) e SCHEFF (1966, 1984), desempenhou importante papel nos movimentos próprios da saúde mental que vieram contestar o modelo de assistência de base psiquiátrica, então hegemônicos.

Segundo seus autores, a sociedade rotula os indivíduos em *normais* ou *desviantes* de acordo com a adequação de seus atributos às normas socialmente desejáveis (GOFFMAN, 1963). Mais especificamente, o próprio *desvio* é compreendido ou explicado diferentemente no interior da teoria do Rótulo.

GOFFMAN (1963), por exemplo, estima que o desvio seja produto do processo de rotulação e de categorização social de acordo com o que a sociedade considera desejável ou não. Conseqüentemente, trata-se de uma operação exógena em relação ao sujeito. SCHEFF (1966, 1984), por outro lado, considera que, originalmente, os elementos próprios do desvio pertencem ao sujeito. Trata-se do que ele denomina *desvios primários*. Tais atributos endógenos quando objeto de reconhecimento social, ressalva feita ao fato que desvios primários podem nunca ser objeto de tal reconhecimento, determinam, então e só então, a rotulação de doença mental por parte da comunidade familiar, profissional ou outra constituindo transmutando-se então em *desvios secundários*.

No que se refere à saúde mental, o psiquiatra é visto por essa teoria como o principal rotulador legitimado socialmente, embora outros profissionais possam confirmar ou até mesmo serem os únicos responsáveis pelo rótulo (SCHEFF, (1966), 1984). “O diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa operação de rotulação capaz de produzir um tipo especial de desvio secundário: a doença mental” (COELHO E ALMEIDA Fº, 2002, p. 318).

De mesmo modo que a teoria parsoniana do papel do doente enfatiza as condições de aceitabilidade social da doença, a teoria do rótulo centra-se na produção social da doença deixando ainda em aberto a noção de saúde. A esse propósito convém assinalar que o argumento de base da teoria do rótulo consiste em recusar a própria definição de saúde-doença. Como afirma Venturini, citado por AMARANTE, (2008) se perto “ninguém é normal”, é verdade também, que “de perto também ninguém é anormal”.

No campo da antropologia cultural específica, ou seja, da etnopsiquiatria, acham-se ensaios de compreensão do processo de saúde doença. Embora a antropologia estrutural de Lévi-Strauss não possa ser considerada uma etnopsiquiatria, suas contribuições, mormente as exaradas no importante capítulo da Eficácia Simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1963), exibem uma compreensão do processo de saúde-doença determinado pela interação do doente, do curador e do meio social no interior de um sistema simbólico e de crenças compartilhado.

No plano específico da etnopsiquiatria, KLEINMAN (1992) retoma a questão da determinação cultural do processo de saúde-doença através do entendimento que toda experiência e toda reação à enfermidade se dão e se determinam no interior de um sistema constituído de um:

- a) setor profissional – que corresponde ao sistema médico instituído e aceito como formal nas sociedades ocidentais – o modelo biomédico;
- b) setor popular – composto por conhecimento leigo, gerado pelas percepções individuais e coletivas, constituído pelo conjunto de crenças, escolhas, decisões, papéis, interações e instituições;
- c) setor alternativo – que inclui a medicina tradicional, que não pertence à medicina oficial composta pelos centros de tratamento religiosos e as chamadas medicinas alternativas, que se remete às curas populares

KLEINMAN (1992) defendeu uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença – “sickness” agrupando-as em duas categorias: “disease” e “illness”.

Os agentes de cada um desses setores produzem explicações sobre os processos de desenvolvimento, sobre a origem, sobre a sintomatologia, sobre o desenlace e os tratamentos das doenças que são, em última instância, negociadas no processo da cura. O que vem a ser interessante no âmbito da Nova Psiquiatria Cultural é que, por meio desse modelo, permite que se compreenda que os padrões de saúde e doença não só se diferenciam no espectro cultural como, mais especificamente, no interior de uma mesma sociedade.

Vale ainda considerar, tendo como pano de fundo as diferentes concepções acerca do processo de saúde-doença do ponto de vista cultural, duas orientações diversas de acordo com o paradigma *emic-etic* (BRISLIN et alii, 1973).

JORGE (1998) explica que, segundo a perspectiva emic, a cultura molda o desenvolvimento do indivíduo e suas manifestações biológicas e psicológicas. Conseqüentemente, os diagnósticos, condicionados pela sua expressão cultural, têm validade no âmbito das populações específicas. Ao passo que para a perspectiva *etic* para a etiologia da maioria dos transtornos mentais é universal. (JORGE, 1998). Nesse sentido, a perspectiva *etic* seria tributária da etnopsiquiatria clássica que entende que “os critérios de normalidade e de saúde seriam universalmente válidos para todas as culturas” (COELHO E ALMEIDA F^o, 2002, p.320).

As asserções da etnopsiquiatria servem em grande medida ao processo de padronização em psiquiatria tal como se expressa nos procedimentos diagnósticos que se baseiam na crença de que a etiologia, a manifestação clínica, evolução e prognósticos dos transtornos mentais são universais em sua natureza. (JORGE, 1998).

As críticas levantadas contra a perspectiva *etic* consideram, em última instância, serem suas generalizações carentes de validade.

No caso da psicopatologia, em que as questões que envolvem as noções de normal e do patológico são mais sensíveis, trata-se, como indica ainda JORGE, (1998) de uma falácia categorial classificar uma doença em uma determinada cultura com base em categorias geradas em outra cultura sem tomar o devido cuidado de aferição de sua validade transcultural.

A expressão de sintomas para alguns transtornos psiquiátricos pode variar conforme a classe social, a origem étnica e mesmo de acordo com o tempo histórico. A manifestação histórica, por exemplo, tal como descrita no contexto vitoriano de Freud raramente se expressa em seus mesmo termos nos dias atuais. Tal crítica abre espaço para contestar a validade dos instrumentos de avaliação e pesquisa quase todos eles elaborados a partir de contextos, conceitos e normas hegemônicas nos países centrais do Ocidente. Embora, não se possam perceber com distinção quais seriam os critérios de normalidade e de saúde universalmente válidos para todas as culturas, a perspectiva etnopsiquiatra tem, por outro lado, o mérito de apontar positivamente para uma possibilidade de compreensão de saúde. Mas a

fragilidade de suas posições tais como exposta por KLEINMAN (1992) não permite que a perspectiva enunciada seja de alguma fecundidade.

A EPISTEMOLOGIA MÉDICA

Para CANGUILHEM (1978) a saúde é o silêncio dos órgãos; e a normalidade ou a normatividade significa a sempre presente capacidade de instaurar novas normas e não a subserviência ou obediência cega às normas imutáveis. A dependência absoluta ou obediência ao padrão normal implica, pelo contrário, o patológico que em última instância representa a perda do exercício normativo. Para CANGUILHEM (1978), a saúde não é ausência de doença, mas a saúde está intimamente ligada à possibilidade de se adoecer e de se livrar do adoecimento, de forma que o estado temporário de enfermidade integra a noção de saúde.

De acordo com COELHO E ALMEIDA F^o (2002), a concepção canguillhemiana “rompe com a visão, característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma, a um modelo predefinido. A saúde passa a expressar diferentes padrões e deixa de se limitar à perspectiva da adaptação. Em algumas situações, ela pode ser veiculada, justamente, pelo que foi convencionalmente como signo de doença” (COELHO E ALMEIDA F^o, 2002, p.322-323). Trata-se, nesse aspecto do que recentemente se qualificou de *normopatía*.

COELHO E ALMEIDA F^o (2002) ao comentarem as contribuições conceituais de saúde por CANGUILHEM (1978) estimam que esse autor estabeleceu uma distinção original entre normalidade e saúde.

“Tanto saúde como doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambos implicam certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é

a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma" (COELHO E ALMEIDA F^o, 2002, p.323).

Os desenvolvimentos, já clássicos, de Canguilhem têm o indiscutível mérito de propor de maneira clara o significado de saúde e normatividade. Eles oferecem, por outro lado, subsídios basais para que se possa compreender, mais do que qualquer outro, o campo da saúde mental.

As perspectivas abertas pela epistemologia médica vão ao encontro, em grande medida, do ponto de vista psicanalítico. De acordo com a psicanálise, o transtorno mental liga-se às vicissitudes do desejo humano e às condições de sua realização de forma que seus diagnósticos não são fenomênicos como o são os da psiquiatria. O processo de saúde, tal como se depreende de suas formulações diversas, se expressa em termos de criatividade e agenciamento de fantasias. Mais do que a questão do diagnóstico, em psicanálise, o que é colocado em pauta é a distinção entre o normal e o patológico, entre graus de comprometimento que se estruturam nas neuroses, psicoses e perversões. Para a psicanálise, a diversidade patológica se compreende como diferentes modos ou regimes de funcionamento psíquico. A psicose, por exemplo, não é considerada, como o é no caso da apreensão psiquiátrica ou psicológica do fenômeno, um maior grau de desorganização psíquica, mas "diferentes regimes de funcionamento psíquico, diferentes formas de lidar com o real da castração" (LUSTOZA, 2009). Trata-se de uma ordem do sujeito constituída de inteligibilidade própria, anunciada por Freud ao radicar os sintomas histéricos no terreno do sentido.

Os diferentes regimes de funcionamento, que se arquetam em distintas estruturas clínicas, têm no Nome do Pai (ou o Não do Pai, como quer a isohomofonia francesa) um significante apto a integrar os sentidos do mundo, tal como se exprime JURANVILLE (1987). Os registros das estruturas clínicas, neurose, psicose, perversão, podem igualmente ser compreendidas a partir da gramática pulsional freudiana. No caso exemplar da paranóia, as vicissitudes da pulsão, obedecendo a regras precisas de uma gramática, alocariam o desejo no lugar do Outro. "Não sou eu que o amo; é ele que me ama". (FREUD S. (1911)1987). Portanto, o que se convencionou denominar normal e

patológico deve ser compreendido como transformações gramaticais pelas quais o homem expressa seu desejo.

Se a psicanálise parece apagar os limites entre o normal e o patológico, a Organização Mundial da Saúde promoveu, por sua vez, um esforço de conceituar saúde na independência da noção de doença. Para a entidade internacional “a saúde pública é a ciência e a arte de promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida por meio de esforços organizados da sociedade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998a, p.3). De tal feita, encontra-se na definição de saúde pública, derivada da medicina preventiva, uma distinção clara entre saúde e doença. Adicionalmente, na clássica definição de saúde da OMS segundo a qual saúde pode ser compreendida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001b, p.1) é igualmente nítida a posição alocada à saúde mental como parte integrante e intrínseca da saúde como um todo. Em outros termos, “a saúde mental é parte integral da saúde, saúde mental é mais do que a ausência de transtorno mental, e saúde mental é intimamente conectada com a saúde física e comportamento”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b, p.2) Entretanto, tal entendimento corre o risco de permanecer relativamente obscuro enquanto não se esclarece minimamente o significado de “saúde mental”. Dizê-la parte integrante da saúde física não esclarece em nada em que consiste a saúde mental; assim como dizer que a saúde física é parte integrante da saúde mental não traz nenhum esclarecimento sobre o que vem a ser saúde física.

SEGRE E FERRAZ (1997) fizeram a crítica do conceito de saúde da OMS do ponto de vista psicanalítico, da psicossomática e da filosofia bergsoniana considerando ser inadequado postular “uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados”. (p.3). Para eles, a continuidade entre o psíquico e o somático não permite que se delineie uma divisão entre ambos e que a definição da OMS ao articular o soma, o psíquico e o social entenda na verdade uma separação entre tais instâncias pressupondo apenas a possibilidade de suas interações. “Acredita-se ter esclarecido, na ótica do

presente artigo, a inadequação de ainda se fazer distinção, mormente num conceito da OMS, entre o físico, o mental e o social. (SEGRE e FERRAZ, 1997, p.4). De acordo com as indicações desses autores, a pesquisa em psicossomática mostra que, para um bebê, não faz sentido a divisão entre mente e soma. Contudo, tal divisão permanece presente nas delimitações que parecem reger o campo da saúde mental.

Assim, a psiquiatria, após a descoberta da etiologia sífilítica da Paralisia Geral, por Fourier em 1879, foi marcada por um modo de pensamento fortemente determinado por uma concepção biologizante do transtorno mental associando-o plenamente à concepção bionaturalista de doença. Por outro lado, Freud, ao superar o modelo neurológico de compreensão dos fenômenos psíquicos, elaborou um vasto e profundo entendimento psicológico do funcionamento e da estrutura da mente humana.

Essas duas correntes, conflitivas, ensejaram perspectivas diferentes de compreensão do fenômeno psicopatológico. Nos fulcros erigidos respectivamente tanto pela primeira como pela segunda, se ordenaram diversas outras escolas de pensamento ou modalidades de compreensão tais como as perspectivas humanista de Rollo May, personalista de Carls Rogers, existencial de Binswanger e Jasper, bem como as inato-anatômica de Lombroso ou as atuais e diversas, que se remetem em última instância a uma referência organicista em suas múltiplas expressões.

O CAMPO DA SAÚDE MENTAL.

MODOS PSICOSSOCIAIS

O campo da saúde mental encontra-se associado, no plano da teoria, ao que passou a ser denominado Atenção Psicossocial ou Modo Psicossocial de Atenção de forma que o termo é freqüentemente empregado como sinônimo ou aditivo ao de Saúde Mental. Esse "modo psicossocial de atenção em saúde mental" implica uma concepção de saúde (mental) que merece ser explicitada nesse contexto.

A concepção de transtorno mental ou loucura veio a ser ligada à doença somente no final do século XVIII, com o surgimento da psiquiatria pineliana e suas concepções acerca do tratamento moral. Esse liame que se fortaleceu ao longo da história moderna e contemporânea se consolidou, de maneira definitiva, com o triunfo do modelo biomédico e das ciências positivas no âmbito da psiquiatria e disciplinas correlatas.

Contudo, a partir de meados dos anos sessenta do século XX, ganhou força um movimento, nascido no interior da própria psiquiatria e disciplina afins, que passou a contestar o entendimento hegemônico da natureza do fenômeno psicopatológico tal como construído historicamente sob a égide do saber médico. Considerava-se que historicamente havia-se “medicalizado” algo cuja essência e significação eram estranhas ao saber médico e que, na verdade, pertenceria às vicissitudes das relações humanas.

A contestação da proeminência médica sobre o fenômeno psicopatológico não era, todavia, desconectada da crítica que se fazia às instituições voltadas ao tratamento da loucura posto que “o modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma de suas características principais um sistema “terapêutico” baseado na hospitalização (AMARANTE, 2008).

Ora, será justamente em relação ao “ideal terapêutico”, decorrente da lógica que absorve o “sofrimento psíquico” na “doença”, que a perspectiva do “modo de atenção psicossocial” irá se contrapor e se definir. O modo de atenção psicossocial toma seu ponto de apoio na crítica que se fazia à psiquiatria quando essa adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade. Tal processo, de acordo com seus críticos “terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana” (AMARANTE, 2008, p.67).

O modo de atenção psicossocial parte de uma posição oposta e invertida em relação à psiquiatria. O modo de atenção psicossocial ao colocar entre parênteses, no sentido husserliano da redução eidética, a “doença”, seja qual for o estatuto a ela alocado, ele faz surgir o sujeito como objeto de seu

interesse. Esse movimento de torção epistemológica coloca em novo plano a abordagem teórica e prática das questões de saúde mental.

Em primeiro lugar, ela subverte a posição das disciplinas tradicionais que enfeixavam o fenômeno da doença ou do transtorno mental, deslocando as interações por elas agenciadas. O modo psicossocial, sem deixar de ser profundamente clínico, “desterapeutiza” suas intervenções. O que significa, nesse contexto, “desterapeutizar”? Ao colocar a “doença” entre parênteses, em um esforço de fazer surgir e aparecer o sujeito em sofrimento, o modo psicossocial desloca a perspectiva terapêutica para um segundo plano sem, contudo, esvaziá-la de sua especificidade. Esse movimento parece ser central no modo psicossocial. E é essa operação realizada pelo modo psicossocial que permite que o campo da saúde mental seja organicamente associado ao da saúde pública ou coletiva tal como ela se expressa na realidade política e jurídica brasileira.

AMARANTE (2008) entende que “o modo de atenção psicossocial” ao colocar a doença entre parênteses, faz o sujeito reaparecer na cena da atenção em saúde. Segundo esse autor é o aparecimento do sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes seus projetos e anseios e vizinhos que viabilizaria a extensão da noção de integralidade ao campo da saúde mental. Contudo, o que acontece é mais do que isso.

O aparecimento do sujeito na cena da atenção em saúde realiza e colmata o que diversos autores (CARVALHO AI, 1996; CAMPOS GW de S, 2000), em suas críticas denunciavam no projeto da Saúde Coletiva, a saber, uma subestimação dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional dado o crivo objetivista e social desse empreendimento e, conseqüentemente, ao pouco espaço alocado por ele à ordem da subjetividade.

Assim, não é só a integralidade como dimensão estruturadora do projeto de saúde pública brasileira, como quer Amarante, que é assimilado pela saúde mental; mas a saúde mental ao ter no sujeito, na complexidade de sua existência, seu foco interesse, introduz, de maneira concreta, na cena da saúde

pública, novos sujeitos e novas maneiras de abordá-lo. Pelo efeito dessas interações, dessas assimilações e acomodações, desse poder atrativo exercido, o campo da saúde mental torna-se elemento constituinte e constituído da saúde coletiva.

A exposição que COSTA ROSA e alii (2001) fazem das dimensões do Modo Psicossocial ajuda corroborar a hipótese da associação do campo da saúde mental ao da saúde pública/coletiva. Segundo o autor, o Modo Psicossocial pode ser definido ou caracterizado de acordo com quatro parâmetros fundamentais tendo em vista o espaço prático de seu exercício:

1. em relação à concepção do 'objeto' e dos meios de trabalho. O Modo psicossocial preconiza a implicação subjetiva do usuário, o que pressupõe a superação do modo de relação sujeito-objeto característico do modelo médico e das disciplinas especializadas que ainda se pautam pelas ciências positivas. É indicada, ao mesmo tempo, a horizontalização das relações interprofissionais como condição básica para a horizontalização das relações com os usuários e a população da área;
2. no que diz respeito às formas de organização das relações intrainstitucionais preconiza-se a sua horizontalização, com a distinção obrigatória entre as esferas do poder decisório, de origem política e as esferas do poder de coordenação, de natureza mais operativa. Esta reorientação das relações intrainstitucionais vai na mesma direção das relações especificamente interprofissionais e faz parte dos requisitos necessários para o exercício da subjetivação singularizada que é meta cara ao Modo Psicossocial;
3. quanto à forma como a instituição se situa no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico, o Modo Psicossocial preconiza antes de tudo a integralidade das ações no território. Além disso, ao indicar o posicionamento da instituição como espaço de interlocução, como instância de 'suposto saber' e, ao fazer dela um

espaço de absoluta e intensa porosidade em relação ao território, praticamente subverte a própria natureza da instituição como dispositivo. A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas desloca-se do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência. A instituição, enquanto equipamento, posiciona-se num foco em que se entrecruzam as diferentes linhas de ação no território e para onde podem remeter-se as primeiras pulsações da Demanda;

4. destacando a ética dos efeitos das práticas em saúde mental, o Modo Psicossocial preconiza a superação da ética da adaptação, que tem seu suporte nas ações de tratamento como reversibilidade dos problemas e na adequação do indivíduo ao meio e do ego à realidade. Ao propor suas ações na perspectiva de uma ética de duplo eixo, que considera por um lado a relação sujeito-desejo e por outro a dimensão carecimento-Ideais, deixa firmada a meta da produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito, quanto nas relações com toda a população do território.” (Costa Rosa et alii, 2001, p.14)

Por fim, a perspectiva “da atenção psicossocial”, embora supere o solipsismo psicanalítico aproxima-se da visão psicanalítica no que concerne a uma série de entendimentos tais como o lugar do desejo na ordem humana, a redução eideítica da doença, a preeminência do sujeito, a escuta, a demanda. (COSTA ROSA et alii 2001).

Contudo, talvez esse campo mostre ainda maior ressonância com a perspectiva oferecida pelas possibilidades de intervenção próprias da reabilitação psicossocial com a qual ela chega a parecer se confundir

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reabilitação psicossocial surgiu como uma perspectiva cheia de promessa em decorrência dos magros resultados oferecidos por outras abordagens clínicas coadunadas com o modo psicossocial. De acordo com SARACENO (1996)

“as crises e as doenças mentais são uma das únicas doenças onde a morbidade não tem se modificado no curso do tempo, ou seja, não podemos afirmar que os modelos clínicos que sustentam as práticas terapêuticas tenham beneficiado de maneira substantiva os pacientes [...] isto simplesmente questiona a clínica, põe a clínica em questão”. E diz mais: “[...] enquanto a clínica esteja sendo posta em questão por ter gerado práticas terapêuticas tão insatisfatórias, vem surgindo, paralelamente, [...] uma prática que, eu diria, está à espera de uma teoria”. (p.154).

A prática pirandélica à qual o autor faz referência representa, segundo PITTA (1996), um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Para a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, seria

“o processo de propiciar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade”. E mais: “[...] o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares e cada situação de modo personalizado”. (CNAAN, 1988, p.61).

Na compreensão dada pela perspectiva da Reabilitação Psicossocial “a noção de “cura” se afasta do entendimento de “volta ao estado anterior” para aproximar-se do sentido de “cuidar”. Espera-se que os serviços relativizem os

diagnósticos, não por serem menos acurados, mas por variarem de acordo com o observador (SARACENO, 1999).

Entende-se que os resultados dos tratamentos sempre apontam para uma grande influencia do contexto. Estudos epidemiológicos que tratam da evolução das psicoses mostram um desenvolvimento da doença em relação direta com contextos micro e macro-sociais. "A história natural da doença é a história natural dos serviços", diz SARACENO (1999), e complementa, parafraseando Balint, "o serviço é o tratamento". A reabilitação psicossocial.

Por fazer transbordar a *weltanschauung* clínica comum a grande parte do campo "psi", muitas vezes solipsista, em que a noção incerta de interioridade é tomada como sinônimo de individualidade ou infra-individualidade, e passar a referir-se explicitamente à restauração da condição individual no seio da sua comunidade ou de seu território, a reabilitação psicossocial entra em sinergia com a noção de clínica ampliada.

BEZERRA (1996), assim, tenta apreender o que constitui a "clínica ampliada" ao focar, precipuamente, a sua perspectiva "terapêutica": Para o autor, "fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas nessa interioridade, mas em todas as formas de estímulos que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito [...]. (p.141). Tal clínica implica não derivar mecanicamente apetrechos experimentados na prática individual da psicologia, da psicanálise, da psiquiátrica para sua aplicação no "social", mas usar modalidades de intervenções diversas para ordenar criativamente as práticas psíquicas e sociais do sujeito em sofrimento psíquico intenso.

Por meio da associação da reabilitação psicossocial e dos pressupostos da clínica ampliada, o campo da saúde mental se forjou maneiras mínimas e consistentes de fazer "saúde" em consonância com o modo psicossocial. Dessa forma, conceitos como territorialidade, intersetorialidade, inclusão, gerenciamento e gestão, influenciam e embasam o modo atual de "fazer saúde" provocando necessariamente mudanças estruturais na organização dos serviços e em seus processos de trabalho a fim de serem

atingidos os objetivos condizentes com um atendimento humanizado e uma sociedade inclusiva.

Contudo, VENTURINI et alii(2003) entendem que se deva ir além num duplo salto: o primeiro envolve a superação da noção de reabilitação ou mais a necessidade de se operar uma correção conceitual mudando o “re-abilitar” em “habilitar”. Diferentemente da re-abilitação, o pensamento de habilitar compreende:

- “a idéia de um passado que não pesa de modo negativo sobre o presente;
- a idéia de uma tensão confiante em relação ao futuro;
- a idéia de que a própria experiência da doença não seja rejeitada e que tenha valor intrínseco;
- o começo de um novo processo, que observa também outros sujeitos e em relação aos quais ninguém se encontra em condições de clara desvantagem (p.59).

O segundo salto, para os autores, consiste em se perceber que a transformação do re-abilitar em habilitar não é suficiente uma vez que “a idéia de habilitar não significa, necessariamente, a valorização das pessoas, por reter ainda uma nota pedagógica, fortemente prescritiva: *eu decido o que você deve fazer*. Quase nunca é ressaltada a vontade do outro de decidir sobre ser habilitado e de escolher o momento mais oportuno para ele”. (60). Assim, concluem que a habilitação é “uma forma de democracia acabada, uma prática dos direitos construída a partir das necessidades do paciente”. (61)

CAPÍTULO II A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

A saúde mental infantojuvenil é recente, assim como foram as construções conceituais que permitiram que, no Ocidente, se pudesse pensar na existência da criança e do adolescente diferentemente de adultos em miniaturas. Em virtude do descompasso histórico, o campo da saúde mental infantojuvenil apresenta particularidades em que pese a densa sombra da psicopatologia adulta que sobre ele se projeta. Suas especificidades decorrem tanto dos objetos que o definem, como do processo histórico que o constituiu.

A psicopatologia, a psiquiatria, a psicologia enfim o conjunto articulado de saberes e práticas voltado ao cuidado em saúde mental infanto-juvenil tem uma história própria que se distingue, relativamente, daquela que marcou a psicopatologia do adulto. Diversamente da psiquiatria do adulto que, com seus instrumentos, saberes e instituições, nasceu, no século das Luzes, no interior dos leprosários desativados, os estudos e os cuidados que vieram formatar a psiquiatria infantil originaram-se do olhar lançado sobre as margens dos bancos escolares.

Se a Revolução francesa forneceu as condições para o estabelecimento da psiquiatria, a contribuição filosófica de Rousseau, que inspirou todo o movimento em prol da compreensão e do cuidado diferenciados para com a criança, demorou mais de um século e meio para penetrar no campo da psiquiatria.

A experiência fundadora da psicopatologia infantojuvenil tem sua origem mais evidente, no início do século XIX, no interior da França quando um menino com cerca de 12 anos de idade, desprovido de fala inteligível e se movimentando como um quadrúpede, foi encontrado às margens de uma floresta (SELAU e HAMMES, 2009). O fato chamou a atenção de um jovem médico, Dr. Itard, impregnado de filosofia empiricista e sensualista, que levantou, contra Pinel, o desafio de educar e de restituir a humanidade ao

jovem alienado, visto então como misto de animal e gente. Os resultados do intenso processo educativo do "selvagem de Aveyron" foram decepcionantes, mas a experiência despertou a curiosidade dos médicos e da sociedade em geral, que passaram a se interessar pela observação e estudo dos comportamentos de crianças e adolescentes "excepcionais" e pelas possibilidades de sua terapia. Não tardou para que os primeiros médicos e alienistas do século XIX voltassem seu olhar para o desempenho intelectual das crianças na escola e, como consequência desse interesse, surgiram na Europa, em especial na França, locais específicos para o "tratamento" de crianças, tais como a Escola para Crianças Idiotas, fundada, em 1821, no interior do Hospício da Salpêtrière, em 1821 (PESSOTTI, 1982).

Para além dessa origem mítica da psicopatologia infantojuvenil delinea-se um contexto; a década de 1880 foi marcada pelo desenvolvimento da educação obrigatória, pública e laica na França. Nesse período, a lei Ferry, consequência tardia da Revolução de 1848, instaurou o ensino obrigatório para as crianças de 6 a 13 anos de idade. Em face da nova realidade social e institucional francesa passaram a ser, então, colocados novos problemas à escola, dentre eles o rastreamento e a identificação de crianças tidas como "excepcionais" ou incapacitadas para acompanhar o programa escolar regular. Coube, assim, aos primeiros psiquiatras infantis a tarefa de descrever e identificar as formas da incapacidade intelectual infantil; passando eles, então, a construir os quadros nosográficos iniciais destinados a estabelecer distinções entre os incapazes intelectuais ou oligofrênicos, por meio de diagnósticos que os classificavam como idiotas, imbecis ou débeis mentais.

Antes disso, poder-se-ia dizer que a idéia de loucura infantil propriamente dita não existia. ASSUMPÇÃO JR (1995) informa que para Griesinger (1817 a 1868), o "eu", na infância está em processo de formação, não apresentando ainda uma estabilidade de forma necessária para o estabelecimento de uma perversão durável e radical. Quase um século mais tarde, Ana Freud ainda permanecerá afeita a essa compreensão, vendo nessa situação uma barreira impeditiva ao estabelecimento de um tratamento psicanalítico pleno voltado às crianças jovens.

Na verdade, a psiquiatria infantojuvenil veio a se organizar, essencialmente, a partir de duas inspirações distintas: de um lado, a projeção do sistema psicopatológico adulto sobre o universo infantil, e, de outro lado, tendo por base um núcleo de considerações psicopatológicas específicas da infância centrado quase que exclusivamente no desempenho intelectual.

SUA MAJESTADE, O ADULTO.

No curso do século XIX, Pinel (1745-1826), Esquirol (1772-1840), Grisinger (1817-1868) e Kraepelin (1856-1926), haviam dotado a psiquiatria de um parêntese descritivo sistematizado e, em 1879, a descoberta da etiologia sífilítica da Paralisia Geral, por Fourier (1832-1914) veio muní-la de um modelo explicativo firmemente apoiado na biologia. (GASTAL et alii, 1999). A psiquiatria do adulto já havia alcançado sua maturidade quando o interesse sistemático pelos transtornos mentais infantojuvenis apenas balbuciava. Em face do poderoso modelo da psiquiatria do adulto e da ausência de reconhecimento facultado à autonomia da criança e do jovem no plano individual e social, não era de se estranhar que as atividades dos médicos que se interessavam pelos transtornos infantojuvenis se resumissem em uma derivação quase mecânica da psicopatologia adulta para a psicopatologia infantojuvenil.

DEFICIENTES DE TODO GÊNERO

No interior da imagem das psicoses, neuroses, perversões e demais desvios contabilizados pela psiquiatria adulta e projetados sobre a psicopatologia infantil destaca-se, todavia, um espaço que parecia evidenciar temas próprios ou prevalentes na criança. Tratava-se precisamente da temática da incapacidade intelectual. O treinamento cognitivo e a aquisição de habilidades técnico-cognitivas atividades convocavam obrigatoriamente a criança e o adolescente para o único espaço formal de socialização que lhes era disponível, forma do convívio doméstico familiar. Decorreu dessa

circunstância, o interesse pela avaliação das disposições psíquicas intelectuais da população infantojuvenil. Os diagnósticos de idiotia, imbecilidade e debilidade, como se viu, foram as primeiras construções genuínas da psicopatologia infantil.

Classificavam-se os oligofrênicos ou retardados mentais em três grupos:

- os idiotas, incapazes de adquirir o domínio da linguagem;
- os imbecis que apesar de terem acesso à linguagem oral não conseguem o domínio da leitura e da escrita;
- e os débeis que apesar de serem capazes de falar, ler e escrever possuem capacidades intelectuais inferiores à média da população que lhes é comparável sob os outros pontos de vista.

Se tal nosografia, centrada no déficit, encerra uma visão indubitavelmente limitante e redutora, não se pode, contudo, ignorar que ela foi fundadora de uma atividade e de um direcionamento que forneceu à psiquiatria e à psicopatologia infantojuvenis sua especificidade, estabelecendo os primeiros elementos de distintivos de seu campo.

Não tardou, todavia para que a lógica do déficit presente na psicopatologia da criança se estendesse ao jovem. Contudo e uma vez que os problemas apresentados por essa franja populacional não se consubstanciavam na dimensão escolar, mas numa problemática mais afeita à ordem social, passou-se a forjar a figura da delinqüência que veio ocupar importante capítulo na psicopatologia e nas intervenções psiquiátrica voltadas ao campo da saúde mental juvenil.

AS INICIATIVAS FUNDADORAS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Diversas iniciativas passaram então a ocorrer em diferentes países em prol da infância e da adolescência contribuindo decisivamente para a constituição do campo da saúde mental infantojuvenil. Algumas delas

couberam a eminentes médicos educadores e reformadores. O Dr. Edouard Seguin, colaborador e seguidor do Dr. Jean Itard, fundou a primeira escola de reeducação para crianças intelectualmente incapacitadas. Seu livro "Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas e outras crianças retardadas" é considerado o primeiro trabalho sistemático voltado a crianças com necessidades especiais. Nos Estados Unidos, aonde veio a se estabelecer, fundou numerosas escolas para tratamento de crianças "mentalmente retardadas". Tornou-se o primeiro presidente da "Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-minded Persons", futura American Association on Mental Retardation e sua obra inspirou fortemente a médica educadora Maria Montessori (1870-1952).

Alimentada ainda "pela escrita e realizações de Itard, Seguin e Bourneville, Montessori concebe a "Casa dei Bambini", onde acolhe as crianças tidas como não educáveis. Tudo aí é concebido para o seu serviço e à sua escala, a fim de que elas possam agir, em todas as atividades quotidianas, em liberdade e responsabilidade. Paralelamente, Ovide Décroly (1871-1932) inaugura em 1901, na Bélgica, um instituto para as crianças «atrasadas e anormais», onde desenvolve uma educação próxima dos seus interesses, susceptível de estimular o seu pensamento, a partir das realidades físicas e sociais." (GARDOU E DEVELAY, 2005)

Se, os médicos Itard, Seguin, Bourneville, Decroly e Montessori merecem um lugar de destaque na história da constituição da saúde mental infantojuvenil foi porque trabalharam diretamente com crianças que fugiam ao padrão de normalidade, mas não se deve esquecer, por outro lado, o aporte decisivo de uma corrente de pensadores e pesquisadores cujas ações e idéias transformaram ao longo dos séculos XIX e XX a própria concepção de criança normal e a maneira de desenvolvê-las e educá-las e que vieram modificar o modo de compreendê-las. Assim merece menção o trabalho do suíço-alemão Pestalozzi (1746-1827) no início do século XIX, que interessado numa

educação social e numa escola popular, desenvolveu processos pedagógicos baseados em princípios que preservavam a espontaneidade da criança.¹

Foram, igualmente, importantes as contribuições J.Dewey (1859-1952) propondo que as atividades educacionais deviam ter como centro o interesse ativo da criança. (DUCHÉ, 1990). Para ele a escola deve se constituir como o meio social capaz de possibilitar à criança a aprendizagem da democracia e da ação social.

No século XX, biólogo e epistemólogo Jean Piaget (1896-1980) trouxe contribuições fundamentais e decisivas para o entendimento do modo de pensar, da construção da realidade e do processo de socialização infantojuvenil. Piaget enfatiza a importância para o desenvolvimento da criança das interações dinâmicas que ela estabelece com o mundo e o ambiente.

O conjunto das contribuições desses pensadores e pesquisadores permitiu à psiquiatria abandonar um ponto de vista estritamente constitucionalista e se voltar a uma compreensão dinâmica da vida psíquica e à consideração do papel do meio ambiente na gênese dos processos mórbidos infantojuvenis.

Após a Segunda Guerra, as pesquisas de René Spitz (1887-1974) fornecem indicações importantes (SPITZ, 1980) sobre o hospitalismo e a depressão infantil baseando-se tanto na teoria psicanalítica como nas explicações de Piaget acerca da construção da permanência do objeto. Nesse sentido, as concepções psicanalíticas, bem como as piagetianas, foram fundamentais para que psiquiatras e psicopatologistas, com atraso de 150 anos, começassem a compreender, em seus campos específicos, que a criança não era um adulto em miniatura e que seus sofrimentos psíquicos não constituíam formas clínicas encontradas na psicopatologia do adulto. Como

¹ Hoje, no Brasil, uma organização filantrópica, que guarda seu nome oferece programas e serviços especializados nas áreas da saúde educação, educação e capacitação profissional para crianças e jovens com deficiência intelectual. A Sociedade Pestalozzi foi fonte de inspiração para a fundação da primeira "Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais"-APAE- e contribuiu na época para modificar o atendimento oferecido para as crianças e adolescentes com deficiência.

constatava DUCHÉ (1990), parafraseando Grisienger, “nenhuma doença mental surge, neste período da existência, como definitivamente estruturada: a psiquiatria infantil é fundamentalmente diferente da psiquiatria do adulto, tanto no plano do diagnóstico como do tratamento. Esta especificidade tem se afirmado no curso dos últimos anos em todos os países”. (p.11).

A PSICOMETRIA E A CLÍNICA

Paralelamente a essas iniciativas que visavam uma nova forma de abordar e promover o desenvolvimento intelectual e moral da criança outros pesquisadores preocupavam com novos métodos de avaliação, novas modalidades de compreensão e tratamento de crianças e adolescentes. No início do século XX, em 1905, Binet e Simon publicam, em Paris, os “Novos métodos para o diagnóstico do nível intelectual dos anormais” dotando a psiquiatria e à psicologia de um instrumental objetivo e preciso para avaliar as crianças em idade escolar. No mesmo ano em que Binet e Simon dão origem à fecunda tecnologia dos testes psicométricos, FREUD S.(1905)1975), em Viena, publica seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” evidenciando o papel da sexualidade infantil nos transtornos mentais dos adultos e expõe o caso do “Pequeno Hans”, que será publicado quatro anos mais tarde.

Pela primeira vez é feita referência direta à “noção de neurose da criança e à possibilidade de mobilizar [suas] estruturas da personalidade por uma abordagem psicanalítica” (KLEIN F e DEBRAY, 1976, p.85). Nesse período, a própria psicanálise, que então revolucionava o conhecimento da psicopatologia e fazia do infantil a pedra de toque da lógica de seu entendimento das produções psíquicas do homem, paradoxalmente ignorava em sua clínica o sofrimento psíquico das crianças e dos adolescentes bem como as possibilidades técnicas de seu tratamento.

Os trabalhos teóricos de Freud (1856-1939) serão aprofundados, mais tarde, por diversos discípulos, dentre os quais se destacam Hermine Van Hug-Hellmuth (1871-1924), Anna Freud (1895-1982), Melanie Klein (1882-1960) e Sophie Morgenstern (1875-1940) que dotarão, finalmente, a psicanálise de

técnicas, compreensões específicas e de uma clínica própria voltadas à infância e à adolescência. Apesar de a psicanálise centrar o conjunto de sua argumentação na lógica do inconsciente e enfatizar a importância da sexualidade infantil na compreensão da subjetividade humana, a clínica psicanalítica infantojuvenil, dotada de uma compreensão própria do manejo das relações transferenciais com crianças e adolescentes, de uma técnica de intervenção apropriada para esses sujeitos e de uma teoria capaz de apreender as angústias cristalizadas em sua sintomatologia específica somente tomou impulso a partir do segundo quarto do século XX. (KLEIN F e DEBRAY, 1976).

Mais tarde, no interstício da psicometria e da teoria explicativas do desenvolvimento infantil, o psicólogo americano Arnold Gessel (1889-1961) (GESSEL, 1996a, GESSEL1996b) procurou compreender a realidade do retardo mental a partir do entendimento do desenvolvimento normal. Resultou de seu esforço uma listagem das etapas do desenvolvimento infantil cujo uso é ainda atual na avaliação do desenvolvimento infantil.

O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL

Apesar de todas essas iniciativas é fato de que até 1930, os psiquiatras adultos não conheciam a criança e os pediatras não conheciam a psiquiatria.

Foi nesse período que o francês George Heuyer (1884-1977) e o austríaco Homburger propuseram no Congresso internacional de Pediatria que se introduzisse o ensino de psiquiatria infantil no ensino de pediatria. Mas, a figura de maior destaque na história da psiquiatria infantil é a de Leon Kanner (1894-1981), considerado verdadeiro fundador da psiquiatria infantil. Em 1943, ele publicou suas primeiras pesquisas sobre o Autismo (KANNER, 1972), em que descreve e analisa esse transtorno infantil do contato afetivo. Seu trabalho constitui um divisor de águas na história da saúde mental infantojuvenil. A descrição do Autismo por L. Kanner inaugura uma dupla ruptura: de um lado, descreve um transtorno grave, próprio da criança, sem procurar

correspondência no universo psicopatológico do adulto e, de outro lado, abre um espaço para considerações de ordem psicopatológica infantis na independência dos fenômenos de déficit intelectual.

Antes de Kanner, as crianças autistas teriam sido consideradas retardadas mentais, contudo ele veio a demonstrar que tais crianças podiam exibir bons e surpreendentes desempenhos intelectuais e que suas perturbações, inclusive de linguagem, não se deviam a um déficit cognitivo, mas a uma transformação patológica de suas relações com o mundo. Sua compreensão da psiquiatria infantojuvenil englobava o concurso de um conjunto de situações, saberes e instituições tradicionalmente considerado estranho ao campo de interesse da medicina tais como a sociologia e os tribunais para "menores" e adolescentes. Após Kanner, por volta de 1952, M. Mahler (1900-1985) descreve a psicose simbiótica ao mesmo tempo em que estabelece uma teoria da psicose infantil a partir da dialética da diferenciação-indiferenciação psíquica. Nesse mesmo período, Harms descreve a psicose afetiva, transtorno grave que ocorre entre a infância e a adolescência e que se traduz por perturbações e oscilações importantes do humor.

OS MOVIMENTOS DE CARÁTER SOCIAL E INSTITUCIONAL.

As preocupações com os transtornos mentais não poderiam ficar, por muito tempo, alheias à saúde pública que, desde os meados do século XIX, compreendia a saúde do povo como um objeto de responsabilidade social. A compreensão do papel das ações sociais em vista da promoção da saúde e combate à doença mental (ROSEN, 1980) se fez presente, por volta de 1908, quando surgiu, nos Estados Unidos, o Movimento de Higiene Mental com a publicação do livro autobiográfico de Clifford Beers (1876-1943), "A Mind that Found Itself", relatando os abusos sofridos nos processos de sua hospitalização. (BEERS, 1980). Em 1909, Beers fundou o "National Committee for Mental Hygiene", dando origem a um movimento destinado a "proteger e melhorar a saúde mental da população, estudar as causas dos distúrbios e deficiências mentais, preparar a aplicação de medidas de tratamento e

prevenção” (PACHECO E SILVA, 1952, p.9) O Movimento de Higiene Mental rapidamente se espalhou pelo mundo.

“De acordo com Kanner, o Movimento de Higiene Mental juntamente com as orientações da Psiquiatria Dinâmica sobre a orientação de Adolf Meyer (1866-1950) constituíram dois importantes pontos de inflexão e de propulsão da psiquiatria infantil nas primeiras décadas do século XX.” (TELLES, 2006, p.59)

O Movimento de Higiene Mental para o campo da saúde mental infantojuvenil porque é através dele que a infância passa a ser “alçada como ponto de partida sobre o qual se deveria atuar para a prevenção da insanidade e da delinqüência. A higiene mental, a partir dos anos 1920, destaca-se por oferecer ações no interior da família e da escola: surgem as clínicas e orientação infantil e dos “professores visitantes”. A educação torna-se a via privilegiada enquanto entendida em sua particularidade de poder exercer fortes influências sobre a conduta”. (TELLES, 2006, p.90).

Ainda segundo TELLES (2006),

“o discurso dos higienistas pretende, portanto, uma abrangência de ações que não se restringe ao plano da assistência em saúde: a própria organização da sociedade e seus efeitos são alvos de preocupação, como também uma intervenção direta sobre os costumes e a moral. A idéia de prevenção presente no discurso higienista ganha força com os efeitos desastrosos da Primeira Guerra Mundial sobre a saúde mental da população. Entretanto, o tema da saúde mental não desperta o esperado interesse nos órgãos internacionais responsáveis por empreender ações e programas na área da saúde. TELLES (2006, p.90).

Nos relatórios técnicos da Agência Internacional de Higiene Pública e da Organização da Sociedade das Nações, ditados entre 1920 e 1945, as poucas alusões ao tema restringiam-se a considerações sobre aspectos da deficiência mental. Fracassa qualquer tentativa de colaboração entre estas agências oficiais e o Comitê Internacional de Higiene mental que desenvolvia

suas atividades desde 1909 como um organismo de caráter não governamental "(OMS, 1962, p.62).

Com a Segunda Guerra, passa-se a dar ênfase às "tensões do meio ambiente", no fomento aos agravos mentais o que possibilitou a emergência de "um novo tipo de psiquiatria, interessado pela ação preventiva fora da atmosfera institucional." (OMS, 1962, p.98).

O termo "Higiene Mental" é substituído pelo de "Saúde Mental", definido "como capacidade do indivíduo para estabelecer relações harmoniosas; participar das modificações de seu ambiente físico e social ou de contribuir nele de modo construtivo; obter uma satisfação harmoniosa e equilibrada de seus próprios impulsos instintivos, potencialmente em conflito. Saúde Mental implica um estado da personalidade tal que permita ao indivíduo examinar seus impulsos instintivos, estando, somente assim apto a realizar plenamente suas potencialidades". (OMS, 1952, p.2.)

Foi somente após o fim da Segunda Guerra, quando se avolumaram os esforços destinados à reconstrução dos países por ela afetados, que a atenção dos organismos internacionais volve-se, durante algum tempo, para os problemas de saúde mental infantojuvenil. Os transtornos mentais infantojuvenis e seus cuidados são incluídos no contexto da saúde materno-infantil de acordo com a tradição delineada desde o século XIX no bojo do movimento higienista. Destacam-se, então, os trabalhos de J. Bowlby (1907-1990), publicados pela OMS em 1951 (BOWLBY, 2002).

De fato, as atividades da Organização Mundial da Saúde dirigidas à saúde mental das crianças tiveram seu ponto de partida com o patrocínio e o incentivo às pesquisas, coordenadas pelo psicanalista John Bowlby que se baseando em sua Teoria do Apêgo (BOWLBY, 1989; BOWLBY, 1990) discorre sobre os efeitos danosos da privação dos cuidados maternos. Segundo, GRAHAM E ORLEY (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997), após esse período pleno de promessas, "produziu-se um longo intervalo no qual a OMS trabalhou pouco nesse campo". O fato de esta Organização ter se dedicado, durante os anos subseqüentes às principais causas da mortalidade infantil, é apontado como o aspecto mais significativo para justificar a pouca atenção

dada à saúde mental das crianças. A iniciativa somente é retomada em meados da década de setenta, com a criação da Divisão de Saúde Mental da OMS (TELLES, 2006, p.278).

A criação dessa Divisão resultou segundo GRAHAM E ORLEY (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) do convencimento de que se luta com mais eficácia contra a enfermidade no estado mais precoce do desenvolvimento de suas causas.

Foi igualmente a partir dos anos 50, com a descoberta, por John Cade (1912-1980), do carbonato de lítio como estabilizador de humor que se iniciou a revolução psicofarmacoterápica. O novo arsenal farmacológico, com ações decisivas sobre a sintomatologia de diversos transtornos graves e persistentes, criou condições favoráveis para a permanência de grande parte dos pacientes em seu ambiente de origem, sua família, permitindo uma transformação na maneira de acolhimento e de acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A década de 70 foi marcada por novos termos, tais como o de “atenção psicossocial”, pela preocupação com os efeitos das mudanças sociais e do ambiente decorrentes do desenvolvimento urbano (TELLES, 2006, p.113) e pela realização da Conferência de Alma-Ata (1978), enfatizando a importância dos cuidados primários em saúde, a idéia de que a saúde, como direito fundamental, define-se como completo estado de bem estar que envolve as dimensões biológicas, mentais e sociais e propondo a meta de se atingir, no ano 2000, saúde para todos.

Após a Conferência de Alma Ata, as Nações Unidas proclamaram 1979, o ano internacional da Criança (1979) com o objetivo de chamar a atenção para os problemas que afetam as crianças no mundo. Apesar disso, após vinte anos de produção de recomendações enfatizando o papel das condições sociais na “determinação da qualidade da saúde mental” (TELLES, 2006, p.112), assim como o “da participação multidisciplinar da assistência” (TELLES, 2006, p.113).

A OMS constatava que os programas de saúde permaneciam omissos em relação aos problemas de saúde mental das crianças. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1977, p.7). De modo, assemelhado, PRINCE et alii(2007), na Revista Lancet, alertavam, em 2007, para o fato de não ser possível haver saúde sem saúde mental.

OS MOVIMENTOS DE CONTESTAÇÃO DA ORDEM PSIQUIÁTRICA

Desde antes da II Guerra Mundial se esboçavam na Europa movimentos que, a exemplo de Beers nos Estados Unidos, denunciavam as condições do tratamento asilar e propunham novas modalidades de intervenção junto aos pacientes em sofrimento mental.

Inicialmente obra de psiquiatras anarquistas refugiados na França por ocasião da guerra civil espanhola de 1936, esses movimentos ganharam fôlego a partir da década de 50 em diversos países e transformaram, nas três décadas subseqüentes, a cultura e as condições institucionais do tratamento ao paciente com transtorno mental. Retomando os trabalhos de BIRMAN E COSTA (1994) e AMARANTE (1995), JORGE MAS (1997) divide os movimentos de contestação da "ordem psiquiátrica" que ocorreram ou tiveram suas origens principalmente na França, na Escócia, na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Itália, em três grupos de acordo com suas formas de organização respectivas:

1. Os movimentos que priorizavam as críticas à estrutura asilar: Estão incluídos os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França).
2. Movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor.
3. Movimentos instauradores de rupturas na constituição do Saber médico sobre a loucura. Estão presentes neste grupo o movimento da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

O conjunto desses movimentos teve uma influência desigual, porém decisiva na denominada Reforma Psiquiátrica brasileira que associada à Reforma Sanitária, originada das derivações das lutas contra o regime militar (1964-1985), inaugurou pela primeira vez na história desse país (2001) um serviço público consistente de saúde mental voltado à criança e ao adolescente.

ASPECTOS DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Delineiam-se as veredas pelas quais a saúde mental infantojuvenil se constituiu e desembocou, com outra face, no movimento denominado Reforma Psiquiátrica que tem por elemento estratégico os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A importância dessa trajetória e de seus remanejamentos históricos adquire todo relevo ao ser acompanhada, pari passu, pelo Outro da Reforma psiquiátrica para que possa ser evidenciado seu caráter singular e sua envergadura alcançada. Esse Outro, as palavras insuspeitas do Dr. Valentim Gentil caracterizaram na seguinte apreciação: “a psiquiatria infantil ainda não é uma especialidade independente no Brasil. Tampouco é valorizada no contexto da psiquiatria clínica, que tem no adulto sua expressão maior.” (GENTIL, 2006 apud RIBEIRO RM, p.30).

O HIGIENISMO E A LIGA DE SAÚDE MENTAL

No Brasil, a constituição do campo da saúde mental infantojuvenil seguiu, como não poderia deixar de ser, os passos traçados pelo movimento no nível internacional. Contudo, sua inscrição na cultura e no contexto institucional nacional foi marcada por particularidades dignas de destaque.

Nesse país, no século XIX, os estabelecimentos de ensino eram poucos e a educação ruim. Mesmo sob tais condições, a escola era voltada para uma elite desinteressada e dirigida essencialmente às crianças e jovens do sexo

masculino. Dessa forma, não eram os problemas afeitos ao desempenho intelectual, ao contrário do que ocorrera na França, que se colocavam como tarefa aos alienistas existentes. Segundo, ASSUMPÇÃO (1995), a visão vigente em relação à infância, no século XIX brasileiro, era do controle de suas condutas para que se tornassem bons cidadãos adequados às normas sociais, de forma que a medicina infantojuvenil se configurava como uma disciplina moral e social e o trabalho do médico se mesclava ao policiamento e educação da criança em seu ambiente. (ASSUMPÇÃO, 1995, p.21).

Nas primeiras décadas do século XX, moldando-se mimeticamente no exemplo dos países europeus, veio-se, no Brasil, a se interessar pela deficiência mental da criança. Nesse contexto Carlos Eiras, publica, em 1900, sua monografia "O Tratamento dos Idiotas", enquanto que, de acordo com RIBEIRO PRM (2006), Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguraram, em 1903, um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais, as quais, até então, compartilhavam o mesmo espaço dos adultos.

Em face do quadro alarmante de uma infância desassistida, Moncorvo Filho (1871-1944), em 1919, criou, às suas expensas, o Departamento da Criança do Brasil, com um programa social e filantrópico destinado a preencher as lacunas existentes na proteção à criança (PEREIRA, 1992; WADSWORTH, 1999).

Após assistir, à distância, os embates da I Guerra Mundial, a jovem República brasileira comemora aflita, em 1920, sua maioridade, balizada por dois importantes centros econômicos, políticos e culturais relativamente desiguais, São Paulo e Rio de Janeiro. Serão nesses centros, ainda coadjuvados por destacadas iniciativas em Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, que se estabelecerão verdadeiramente os alicerces das concepções, das experiências e das instituições formadoras do campo da saúde mental infantojuvenil brasileira, primeiramente associadas às idéias de controle moral e social. "A intelligentsia local era, nessa época marcada pela concepção

higienista² emprestada das diversas correntes européias e adaptada ao quadro da evolução da sociedade brasileira” (OLIVEIRA CLMV de. 2005, p.57) que servia ao projeto de construção identitário do país. Tornavam-se alvo desse projeto, além dos mosquitos e das febres terçã e amarela, todos os outros males que faziam do país uma nação atrasada e habitada por um povo ordinário. Entram em voga as noções de prevenção, de educação e profilaxia como panacéia para construir um país do futuro livre das mazelas hereditária ou congênitas de seu povo.

As idéias higienistas em saúde mental foram difundidas no país após o psiquiatra Gustavo Riedel (1887-1934) ter criado, no final de 1922 no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental visando prevenir os transtornos mentais antes que seus portadores chegassem aos hospitais. A Liga se constituiu como "entidade central da psiquiatria na formulação de um projeto novo e ampliado de intervenção social" (REIS, JRF, 2000, p.4). A partir disso, as famílias passaram a ser orientadas no sentido de ajustar o indivíduo ao meio físico e social, o que se traduziria em saúde mental. A atenção à criança era dada por médicos na assistência escolar, nos serviços de higiene e de saúde do escolar (SCHECHTAMAN et alii, 1996). Em São Paulo, contemporaneamente à fundação da Liga de Higiene Mental, foi instalado, em 1921 no Hospital Juquery, um serviço para menores deficientes dotado de uma escola para "crianças anormais" (RIBEIRO, 2006).

Mas, em São Paulo, as primeiras e importantes intervenções higienistas debutaram em 1925, "quando Geraldo de Paula Souza³,

² Segundo Merisse (1997), o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do século XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área de saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social. Diante dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, e tendo em vista a disseminação de novos conhecimentos e técnicas provenientes do avanço da ciência, o higienismo conseguiu influenciar decisivamente a emergência de novas concepções e novos hábitos (pp. 33-34). (Merisse, A. (1997). *Origens das instituições de atendimento à criança: o caso das creches*. In Merisse, A., Justo, J. S., Rocha, L. C & Vasconcelos, M. S. *Lugares da infância: reflexões sobre a criança na fábrica, creche e orfanato*. São Paulo: Arte & Ciência.)

³ E, em 1926, Geraldo Paula Souza apadrinha, na sede do Instituto de Higiene de São Paulo, a formação de um grupo de estudos de psicologia aplicada, com o objetivo de formular os dispositivos teóricos e práticos de planificação e organização do mundo do trabalho. Oliveira CLMV de. *História da Psicanálise- São Paulo 1920-1969*, Ed. Escuta-fapesp, São Paulo, 2005:61. Foi, provavelmente, na futura Faculdade de Saúde que se aninhou o primeiro embrião da formação de psicologia no Estado de São Paulo.

representante da Fundação Rockefeller e diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, realiza [sua] a Reforma Sanitária. Defensor de uma medicina social, sob a divisa “Educação sanitária e formação da consciência nacional”, ele funda nessa data o Instituto de Higiene de São Paulo, embrião da futura Faculdade de Saúde Pública, assim como diversos outros dispositivos”. Foi igualmente Geraldo Paula Souza que possibilitou de modo pioneiro, no âmbito da futura Faculdade de Saúde Pública, a formação de um grupo de estudos de psicologia aplicada. (OLIVEIRA CLMV de, 2005).

Há de se enfatizar ainda que a figura de Geraldo Paula Souza não é indiferente ao surgimento da psicanálise em São Paulo sem a qual não se pode compreender a construção do campo da saúde mental infantojuvenil. O fundador do movimento psicanalítico em São Paulo, Durval Marcondes, como vários psicanalistas da primeira geração paulista, iniciaram suas atividades imersos no meio e na cultura higienista animada por Geraldo de Paula Souza, além do fato de terem suas atividades, nesse período, ligadas aos cuidados e à educação sanitária voltados à criança.

No Rio de Janeiro depara-se com uma situação assemelhada, visto que a Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1926, é objeto de intervenção de psiquiatras higienistas entusiasmados com os primeiros ensinamentos de Freud. Como bem observa OLIVEIRA CLMV de (2005) “para alguns desses médicos a descoberta freudiana da sexualidade infantil os conforta no desejo de instruir o povo, desde a infância sobre os vícios e as taras de uma vida sexual desregrada, a fim de evitar os perigos das doenças mentais provocadas pelos desvios sexuais”. (OLIVEIRA, CLMV de, 2005, p.59)⁴.

A abordagem dos transtornos mentais infantojuvenis permanecia, todavia, presa ao tema da deficiência ou, eventualmente, da delinqüência. A preocupação dos higienistas em relação à delinqüência e às mazelas psíquicas

⁴ Mais tarde sob a influência de psicanalistas europeus e de formação britânica a psicanálise paulista, ávida por reconhecimento internacional, entrou em sua fase de “maioridade” distanciando-se de uma origem que a teria feito social, inovadora, voltada à criança e ao adolescente, e, dessa forma, única no panorama mundial.

da infância encontra eco no plano jurídico. Dessa forma, assiste-se em 1927, a redação do primeiro Código de Menores por Mello Mattos que ao exaltar suas virtudes votadas à proteção da infância afirmava que a vida da criança era preciosa porque o "menor" se constitui como valores econômicos e sociais para o Estado, fator de desenvolvimento populacional para o país e para ocupação do solo nacional e, desta sorte, elemento estratégico para a manutenção da integridade e da independência da Pátria. (WADSWORTH, 1999; BENTES, 1999).

O Código de Menores de 1927 aborda claramente as questões de saúde mental da infância e da adolescência. No seu Artigo 68 do Capítulo VII, o Código explicita que "se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epiléptico, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará seja submetido ao tratamento apropriado." (BRASIL. Decreto 17.943-A).

De acordo com BENTES (1999), o Código de Mello Mattos mostrou-se um instrumento de detalhada elaboração sendo que os códigos que "o sucederam, à exceção do Estatuto da Criança e do Adolescente, (trouxeram) poucas modificações quanto ao conteúdo.

Paralelamente a essas ordenações, diversas instituições foram surgindo em todo o Brasil para acolher crianças então chamadas deficientes. Em Minas Gerais, destaca-se o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico em 1929, fundado por Helena Antipoff, criadora do Instituto Pestalozzi, cujo trabalho é voltado para tratamento de crianças deficientes ou com perturbação mental. Em Pernambuco, Ulysses Pernambuco desenvolveu um importante trabalho com crianças deficientes mentais e criou diversos serviços, como o Instituto de Psicologia. (RIBEIRO, 2006). Segundo ASSUMPÇÃO (1995), o atendimento tinha influência tanto da Higiene Mental quanto da Medicina Legal, centrado em pacientes oligofrênicos e delinquentes.

AS TRANSFORMAÇÕES DOS ANOS 30.

No cenário das transformações operadas a partir de 1930, não se pode deixar de mencionar a emergência do Serviço Social no Brasil uma vez que ele “se aliou ao movimento de higiene mental” (ASSUMPÇÃO Jr, 1995, p.15), devido ao fato dos “Assistentes Sociais esta (rem) bem familiarizados com o terrível problema do reajustamento enfrentado pelo doente mental após a alta, pois além dos fatores ambientais que contribuíram adversamente para o desencadear da doença, tinham que encarar as dificuldades que o estigma da loucura acarreta para as pessoas.” (CAMPOS, 2007). A expressão política e social do higienismo foi realçada, após a Revolução de 30, por força da “intervenção de parlamentares higienistas na Assembléia Constituinte de 1934, que inaugurava um período em que a questão da higiene e saúde pública passa a ser responsabilidade do Estado”. (OLIVEIRA SOARES, 2006, p.28).

Há de se lembrar que no Brasil, a economia que desde a segunda metade do século XIX até os anos 30, se caracterizava por um modelo agro-exportador, passa a adotar (era Vargas) um modelo industrial, de substituição de importação, modelo nitidamente urbano-industrial. A transformação econômica, levando à crescente urbanização, “só faz agravar problemas e conflitos sociais, solicitando das instâncias mandatárias articularem ações que contemplassem o aplacamento de tais situações”. (OLIVEIRA SOARES, 2007, p.15).

Não é, pois sem propósito nem determinação que, na década de 40, “se estabelece a presença do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, proposta por higienistas brasileiros e americanos, sob o molde das “Child Guidance Clinics”. A estratégia do Serviço Social em matéria de saúde mental consiste em diagnosticar e tratar “crianças problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família, principalmente a partir da criação dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ). Em 1946, no Rio de Janeiro foram fundados serviços deste tipo, tendo papel fundamental na difusão da prática do Serviço Social clínico a partir da tradição do serviço social de caso. (Soares, A de O, 2007).

AS TRANSFORMAÇÕES DOS ANOS 30.

No cenário das transformações operadas a partir de 1930, não se pode deixar de mencionar a emergência do Serviço Social no Brasil uma vez que ele “se aliou ao movimento de higiene mental” (ASSUMPÇÃO Jr, 1995, p.15), devido ao fato dos “Assistentes Sociais esta (rem) bem familiarizados com o terrível problema do reajustamento enfrentado pelo doente mental após a alta, pois além dos fatores ambientais que contribuíram adversamente para o desencadear da doença, tinham que encarar as dificuldades que o estigma da loucura acarreta para as pessoas.” (CAMPOS, 2007). A expressão política e social do higienismo foi realçada, após a Revolução de 30, por força da “intervenção de parlamentares higienistas na Assembléia Constituinte de 1934, que inaugurava um período em que a questão da higiene e saúde pública passa a ser responsabilidade do Estado”. (OLIVEIRA SOARES, 2006, p.28).

Há de se lembrar que no Brasil, a economia que desde a segunda metade do século XIX até os anos 30, se caracterizava por um modelo agro-exportador, passa a adotar (era Vargas) um modelo industrial, de substituição de importação, modelo nitidamente urbano-industrial. A transformação econômica, levando à crescente urbanização, “só faz agravar problemas e conflitos sociais, solicitando das instâncias mandatárias articularem ações que contemplassem o aplacamento de tais situações”. (OLIVEIRA SOARES, 2007, p.15).

Não é, pois sem propósito nem determinação que, na década de 40, “se estabelece a presença do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, proposta por higienistas brasileiros e americanos, sob o molde das “Child Guidance Clinics”. A estratégia do Serviço Social em matéria de saúde mental consiste em diagnosticar e tratar “crianças problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família, principalmente a partir da criação dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ). Em 1946, no Rio de Janeiro foram fundados serviços deste tipo, tendo papel fundamental na difusão da prática do Serviço Social clínico a partir da tradição do serviço social de caso. (Soares, A de O, 2007).

Essas instituições são atravessadas por conhecimentos oriundos da psiquiatria, da higiene e da psicanálise e tinham como principal objetivo a separação dos deficientes mentais dos “desajustados emocionais”, incluídos nessa categoria os “delinqüentes” considerados dignos de atenção especial, tratamento e prevenção”.

Dentro da ideologia nacional-autoritária do Estado Novo, foi lançado, em 1940, o programa de proteção materno-infantil, a partir da criação do Departamento Nacional da Criança. Seu modelo de funcionamento implicava a existência de um certo número de equipamentos públicos e programas assistenciais dirigidos ao cuidado materno e ao crescimento e desenvolvimento da criança. A política do Departamento Nacional da Criança envolvia ainda questões tais como as mortalidades infantis e maternas, a delinquência juvenil e a infância abandonada, (PEREIRA AR, 1999) de forma que as medidas de proteção à infância que durante todo período da República Velha permaneceram dependentes da filantropia, a exemplo das iniciativas de Moncorvo Filho, passam a “tornar-se uma questão de Estado, ou melhor, dizendo, uma obrigação do Estado”. (RIBEIRO PRM, 2006, RUSSO, 1985, P.73).

Sob tais determinações, criaram-se alguns serviços de atenção à saúde mental infantojuvenil de caráter público e estatal. Em São Paulo, na década de 40, Stanislau Krynski (ASSUMPÇÃO Jr. 1996), médico de fundamental importância na psiquiatria brasileira, passou a atuar com as crianças do Hospital do Juquery e, em 1955, iniciou o Serviço de Higiene Mental vinculado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP, acompanhado pelo Professor Pedro de Alcântara, Di Loreto e Dulce Vieira Marcondes. (ASSUMPÇÃO Jr., 1995).

PÓS-VARGAS

A despeito das transformações operadas no sistema de saúde brasileiro, a situação do campo da saúde mental infantojuvenil pouco se alterou do fim da era Vargas até o ocaso da ditadura militar no final da década de 70 do século XX.

Durante esse período, deve-se assinalar a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE - no Rio de Janeiro em 1954 com objetivo principal de promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente àquela com deficiência intelectual e múltipla. A APAE, ao longo dos anos, se transformou na instituição filantrópica mais presente no território nacional. Em 1993, com o intuito de atender uma demanda específica voltada ao Autismo, a APAE de Pirassununga, em São Paulo, criou o CEDAP (Centro de Estudos e Desenvolvimento do Autismo e Patologias Associadas) onde utiliza um método específico de tratamento e desenvolvimento da comunicação. Na década de 1960, outras duas importantes associações filantrópicas foram criadas, a Associação Brasileira de Deficiência Mental e a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil. No setor particular, nos finais da década de 60 na cidade de São Paulo, foi criada também a Comunidade Terapêutica “Enfance” presidida por Di Loreto e seus colegas para o atendimento de crianças e orientação aos pais. (MORETTO et alii, 2008, p.61).

AS LUTAS DEMOCRÁTICAS

A partir do final dos anos 70 do século XX, quando as lutas contra a ditadura assumiram hegemonicamente um caráter reformista, três grandes movimentos, interessando diretamente o campo da saúde mental infantojuvenil, engrossaram as fileiras do processo em prol da democrática que culminou com a promulgação da Constituição de 1988: o da Reforma Sanitária, o da Luta Antimanicomial e o do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito. (MUSSE, 2008).

- A Reforma Sanitária foi sedimentada com a construção do Sistema Único de Saúde que através de seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade implantava no país, em 1990, uma verdadeira política de saúde de natureza democrática alicerçada em um sistema público dotado de equipamentos sociais organizados a partir da atenção básica.

- A Reforma Psiquiátrica transformou o paradigma hospitalocêntrico, instituindo uma atenção baseada no acolhimento, atendimento territorial inserido no contexto de vida dos sujeitos e inclusão social. A lei 10.216 de 2001 deu-lhe a sustentação jurídica necessária.
- O movimento em defesa da criança e do adolescente consubstanciou-se na promulgação da lei 8.069 de 1990 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), possibilitando, conforme expressa MUSSE (2008), o aparecimento na cena da sociedade brasileira da criança e do adolescente como novos sujeitos de direito.

Essas três realizações democráticas do Brasil contemporâneo, a saber, o ECA, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, uma vez associadas, redefiniram a posição do Estado em assumir a responsabilidade pela:

- assistência às crianças e adolescentes portadoras de sofrimento psíquico, considerados sujeitos de direitos e responsabilidades;
- elaboração de políticas destinadas a dar conta do atendimento infantojuvenil dentro de uma perspectiva comunitária, psicossocial, equitável e de base territorial, privilegiando a inserção na comunidade e o controle social;
- garantia da proteção aos jovens e crianças de forma compartilhada com a família e a comunidade.

Esse dispositivo capaz de garantir proteção de crianças e adolescentes e de lhes conferir condição plena de sujeitos adquire ainda maior relevo quando se sabe que eles são pessoas em processo de desenvolvimento e de construção dos diversos aspectos que compõem suas possibilidades psicológicas e sociais de interagir consigo e com o mundo, ao mesmo tempo em que se encontram em situação de dependência em relação ao meio em que vivem, decorrendo daí maior vulnerabilidade.

Para a efetivação da nova política de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) foram alçados à posição de

principal equipamento público responsável pelo desenvolvimento da atenção à população infantojuvenil, articuladamente a uma rede ampliada de equipamentos da comunidade desses sujeitos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Essa rede inclui não só os recursos sanitários, mas também outros setores como educação, assistência social, esporte e justiça também pela cultura, movimentos sociais, organizações não-governamentais, entre outros, evidenciando o forte componente intersetorial presente nas ações e iniciativas da Política de Saúde Mental vigente. Por sua vez, a rede forma, juntamente com os diversos cenários de vida da comunidade, o território. No interior de cada território, delimitado pelo número de seus habitantes, (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2009) caberia um CAPSi voltado tanto ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave como elemento de sustentação e apoio para as diversas ações, em saúde mental, acolhidas por outros equipamentos de menor complexidade.

Os CAPSi vieram conseqüentemente incluir crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso que ficaram historicamente à margem dos cuidados institucionais ou, no melhor dos casos, relegados em serviços filantrópicos, mantidos pela iniciativa privada, condicionado a perspectivas delimitadas e, não raro, incipientes. Resultou disso e de dificuldades inerentes à própria natureza da psicopatologia o fato de existirem pouquíssimas informações acerca da distribuição e da freqüência de transtornos mentais, dos mecanismos de acolhimento postos em práticas, do modo de encaminhamento e da inserção escolar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Além disso, a rede de atenção em saúde mental voltada ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico tem nos CAPSi seu elemento estratégico e está em constante aperfeiçoamento. Como todo sistema dinâmico, a especificidade real desses equipamentos vai se estabelecendo pouco a pouco, ao mesmo tempo em que sua população vai gradativamente sendo definida, a despeito da clareza das disposições oficiais. Torna-se importante para o exercício de ações e práticas efetivas conhecer como atuam realmente esses equipamentos e qual a natureza dos problemas que eles acolhem. Por fim, o "Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil" (FORUM NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, 2005), reunido

em 2004 traz como recomendação, entre outras, a criação de serviços de base territorial (Capsi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial); a reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental; fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares; articulação co-responsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial.

A despeito dos progressos alcançados, malgrado o fato de se ter estabelecido, por meio da Reforma Psiquiátrica e do SUS, as bases para o desenvolvimento de uma saúde mental infantojuvenil autônoma, democrática, comunitária e apesar dos progressos tecnológicos e intelectuais verificados nesse âmbito, muito caminho resta a percorrer em virtude do fato de ser este campo um sistema dinâmico, multidisciplinar interagindo com as mudanças e transformações da sociedade na qual se encontra inserido.