

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: ANÁLISE DO DISCURSO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Recebido em: 10/05/2023

Aceito em: 14/06/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i6.2023-026

Nívia Tavares Pessoa ¹
Ana Paula Soares Gondim ²

RESUMO: Analisamos de que modo questões relacionadas com a saúde mental infantojuvenil estão sendo abordadas em conferências de saúde e de saúde mental no município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de analisar o impacto desses discursos no estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (RAPSij). Trata-se de uma pesquisa documental dos relatórios das conferências municipais realizadas entre 1991 e 2019, na qual se utilizou o método de análise de discurso, sendo mobilizados os conceitos de condições de produção e formação discursiva. A análise das formações discursivas centrou-se em três aspectos: a visão sobre a criança, a visão sobre a Saúde Mental e as temáticas abordadas nas propostas. Os relatórios revelaram não só pouca visibilidade da saúde mental infantil no município, mas também contradições das práticas assistenciais, que ora reforçam o modelo biomédico, ora se propõem a superá-lo. Denotaram igualmente a dificuldade de identificação do papel da atenção básica na RAPSij, assim como o moroso processo de implementação dos serviços substitutivos, que continuam sendo apontados como insuficientes no atendimento das demandas municipais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Criança; Adolescente; Conferências de Saúde; Política de Saúde.

CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH: DISCOURSE ANALYSIS OF HEALTH AND MENTAL HEALTH CONFERENCES IN THE MUNICIPALITY OF FORTALEZA-CE

ABSTRACT: We analyze how issues related to child and adolescent mental health are being addressed in health and mental health conferences in the municipality of Fortaleza, State of Ceará, Brazil, since the creation of the Unified Health System, with the aim of analyzing the impact of these discourses on the establishment of the Child and Youth Psychosocial Care Network (RAPSij). This is a documentary research of the reports of the municipal conferences held between 1991 and 2019, in which the method of discourse analysis was used, and the concepts of conditions of production and discursive formation were mobilized. The analysis of the discursive formations focused on three aspects: the view on the child, the view on Mental Health, and the themes addressed in the proposals. The reports revealed not only little visibility of the child mental health in the municipality, but also contradictions of the care practices, which sometimes reinforce the biomedical

¹ Mestre em Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: nivia_tavares@yahoo.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4639-9235>

² Doutora em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: anapaulasgondim@ufc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4267-2422>

model, and sometimes propose to overcome it. They also denoted the difficulty in identifying the role of primary care in the RAPSij, as well as the slow process of implementation of substitutive services, which continue to be pointed out as insufficient in meeting municipal demands.

KEYWORDS: Mental Health; Child; Adolescent; Health Conferences; Health Policy.

SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LAS CONFERENCIAS DE SALUD Y SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE FORTALEZA-CE

RESUMEN: Analizamos cómo se abordan los temas relacionados con la salud mental infanto-juvenil en las conferencias de salud y salud mental en el municipio de Fortaleza, Estado de Ceará, Brasil, desde la creación del Sistema Único de Salud, con el objetivo de analizar el impacto de estos discursos en la creación de la Red de Atención Psicosocial Infanto-Juvenil (RAPSij). Se trata de una investigación documental de los informes de las conferencias municipales realizadas entre 1991 y 2019, en la que se utilizó el método de análisis del discurso y se movilizaron los conceptos de condiciones de producción y formación discursiva. El análisis de las formaciones discursivas se centró en tres aspectos: la mirada sobre el niño, la mirada sobre la Salud Mental y los temas abordados en las propuestas. Los relatos revelaron no sólo poca visibilidad de la salud mental infantil en el municipio, sino también contradicciones de las prácticas asistenciales, que a veces refuerzan el modelo biomédico, a veces proponen superarlo. También denotaron la dificultad para identificar el papel de la atención primaria en la RAPSij, así como el lento proceso de implantación de los servicios sustitutivos, que siguen siendo señalados como insuficientes para atender las demandas municipales.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental; Niño; Adolescente; Conferencias Sanitarias; Política Sanitaria.

1. INTRODUÇÃO

As conferências de saúde têm-se destacado pela interconexão territorial entre os níveis municipal, estadual e nacional, propiciando a participação de grupos sociais e culturais minoritários e possibilitando que suas reivindicações sejam incluídas em políticas públicas universais (POGREBINSCHI, 2012).

Somente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde as conferências ganharam caráter democrático e participativo, sendo instituídas no SUS como instâncias colegiadas que devem se reunir a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e delinear diretrizes para a formulação da política de saúde nos respectivos níveis. Destaque-se a estreita vinculação entre o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Sanitário, que traz uma visão ampliada da saúde, incluindo as condições gerais de vida entre os seus determinantes (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM), em 1987, estabeleceu uma nova visão do transtorno mental e do seu modo de tratamento (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019). O reconhecimento da magnitude dos problemas de saúde mental, a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade são ideias que passaram a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Contudo, ao analisar a questão da saúde mental infantojuvenil, observa-se que na ICNSM, o tema da criança e do adolescente foi tratado de forma superficial, com propostas pouco esclarecedoras e por vezes contraditórias. Porém, apesar das fragilidades e contradições, essa conferência indicou um certo alinhamento com o movimento em defesa da criança e do adolescente, ao criticar o caráter reducionista e discricionário da categoria 'menor'. (COUTO; DELGADO, 2015).

As propostas para a saúde mental da criança e do adolescente demoraram a ser inseridas na agenda da saúde pública e na reforma psiquiátrica brasileira, — tendo ocorrido apenas no início do século XXI, impulsionada por acontecimentos conectados à saúde mental e outros externos a ela (COUTO; DELGADO, 2015).

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela ONU em 1989, da qual o Brasil foi signatário, sintetizou um novo paradigma para interpretar a situação da infância na sociedade ao afirmar 'criança' como sujeito e cidadão de plenos direitos. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabeleceu direitos de cidadania para crianças e adolescentes e alterou a condição jurídica anterior de 'menores' para a de indivíduos de direito, tornando-se o principal marco orientador das novas políticas e ações dirigidas à infância e à adolescência.

O relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM), em 1992, delineou as premissas gerais do modo de atenção psicossocial e da criação de uma Comissão Nacional de Saúde Mental — havendo, porém, uma total ausência de temática sobre a saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA). Delgado (2011) aponta que o relatório não faz qualquer menção à criança e ao adolescente, sublinhando a relevância de tal ausência tendo em vista o fato de a década de 1990 ter sido marcada pelas discussões sobre os rumos da política de assistência à criança e ao adolescente, particularmente a de saúde mental.

Quase 10 anos após a IICNSM, em 2001, efetiva-se a Lei n.º 10.216, que instituiu a Política Nacional de Saúde Mental. Neste mesmo ano realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, ao contrário das conferências anteriores, destacou o tema da SMCA, apontando como ações prioritárias a criação de dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a problematização da institucionalização de crianças em abrigos, especialmente os destinados a pessoas com deficiências; e a constituição de um fórum interinstitucional a ser constituído nos municípios, estados e na esfera federal (OLIVEIRA, 2018).

Em 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil foi instituído, com o objetivo de funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre o desenvolvimento de uma política de saúde mental infantojuvenil (COUTO, 2004). Entre 2005 e 2012, o Fórum realizou nove reuniões temáticas, que produziram discussões relevantes e recomendações no intuito de produzir entendimentos, fortalecer a construção de políticas públicas, articular os trabalhadores com os gestores e os usuários da saúde mental e da justiça, e desenvolver estratégias de cuidado em rede (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

Realizada em 2010, a IV CNSM foi a primeira integralmente intersetorial. Nela se retomou a política de SMCA, incorporando as questões da violência, das crianças de rua e do uso do *crack*, bem como a discussão dos direitos humanos e das medidas socioeducativas (DELGADO, 2011). Também foram ratificadas as diretrizes propostas na III CNSM e registrada a noção de rede pública ampliada de atenção como síntese do percurso a ser tomado na organização da assistência à SMCA (COUTO; DELGADO, 2015).

Apesar dos esforços empreendidos para a efetivação de uma política de saúde mental infantojuvenil no âmbito nacional, as publicações sobre os desdobramentos dessas iniciativas encontram-se incipientes e concentradas em algumas regiões do País, destacando-se as pesquisas realizadas nos municípios de Campinas (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2015), Ribeirão Preto (FERNANDES; MATSUKURA, 2016), São Paulo (DELFINI; BASTOS; REIS, 2017). Ainda são escassos os documentos e publicações abordando o desenvolvimento da SMCA em Fortaleza.

Assim, este artigo procura analisar como as questões relacionadas à saúde mental das crianças e adolescentes vem sendo discutidas nas Conferências de Saúde e de Saúde

Mental no âmbito municipal, buscando identificar os desafios para o efetivo desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial infantojuvenil no município de Fortaleza.

Identificar esses pontos é importante para esclarecer acerca do papel das Conferências para definição da política de saúde mental infantojuvenil na esfera municipal, responsável direta pela proposição e execução dessa política no seu território.

2. METODOLOGIA

Trata-se uma pesquisa documental realizada entre maio e julho de 2020. Foram considerados documentos de segunda mão. Os relatórios das Conferências podem ser considerados documentos confiáveis, que permitem a ampliação do entendimento de conceitos, além de favorecerem a observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (STEDILE, 2015).

Nesta pesquisa, foram incluídos dez relatórios, sendo oito das Conferências Municipais de Saúde, da primeira (I) à oitava (VIII), e dois das de Saúde Mental, a primeira (I) e segunda (II), acessados por meio do *site* <http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/> e do arquivo documental do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza.

O município de Fortaleza foi escolhido por ser a primeira capital do País a descentralizar o sistema de saúde e pelo histórico da participação da sociedade civil nas instâncias colegiadas, iniciadas nesse município em 1986 com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

O Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, criado por decreto municipal em 1990 e regulamentado por lei municipal em 1997 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), também teve grande importância nas discussões sobre saúde mental, por meio da sua Comissão Intersetorial de Saúde Mental.

A etapa 1 da coleta de dados foi iniciada pela identificação dos relatórios a partir das Conferências, que foram codificadas como Conferências Municipais de Saúde de Fortaleza (CMSF) e Conferências Municipais de Saúde Mental de Fortaleza (CMSMF). A partir dessa sistematização, organizaram-se as Conferências por tema e ano de realização, tendo-se em seguida realizado uma descrição do contexto político-normativo e da síntese das principais discussões entre os participantes.

A etapa 2 consistiu na análise preliminar dos documentos, com leitura fluante dos relatórios, seguida da seleção de propostas relacionadas com os objetivos do estudo, transcrevendo-as na íntegra para compor o *corpus* da análise.

Os discursos foram analisados segundo Orlandi (2001), mobilizando os conceitos de condições de produção e formação discursiva.

As condições de produção compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação, e podem ser abordadas sob dois pontos de vista. O primeiro propõe considerá-las em sentido estrito; nesse caso, falar-se-ia no contexto imediato de produção do discurso. O segundo propõe considerá-las em sentido mais amplo; nesse caso, têm-se os contextos histórico e ideológico (ORLANDI, 2001).

Ao falar em formação discursiva, Orlandi (2001) considera essa noção básica, mas também polêmica. A autora reforça a ideia de que o sentido não existe em si. Ele é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas, e depois de apontar a formação ideológica como uma posição em uma dada conjuntura sócio-histórica, caracteriza a formação discursiva como aquilo que numa formação ideológica ‘determina o que pode e deve ser dito’.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a sua discussão foram organizados em três tópicos: descrição das propostas relacionadas à saúde mental infantojuvenil nos relatórios das conferências; análise das formações discursivas sobre saúde mental infantojuvenil e avaliação da implicação desses discursos na construção da rede de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Fortaleza.

4. DESCRIÇÃO DAS PROPOSTAS RELACIONADAS COM A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NOS RELATÓRIOS DAS CONFERÊNCIAS

Entre 1991 e 2019, foram realizadas dez conferências no município de Fortaleza — oito de saúde e duas de saúde mental —, contando com 1.297 propostas, das quais apenas 24 estavam relacionadas à saúde mental Infantojuvenil, estando quatro delas presentes na I CMSMF, três na IV CMSF, quatro na V CMSF, onze na II CMSMF e duas na VI CMSF.

Nesse período, Fortaleza destacou-se por suas peculiaridades na implementação da reforma psiquiátrica que se iniciou efetivamente a partir de 1998, com a criação do

primeiro CAPS geral. O CAPS infantil só foi implantado em 2006, sendo o primeiro equipamento desse tipo destinado a crianças e adolescentes em Fortaleza e no estado do Ceará.

A demora para a efetivação da reforma psiquiátrica no município ocorreu devido a questões políticas, estruturais e organizacionais da rede de assistência à saúde mental, uma vez que em Fortaleza concentrava-se o maior número de hospitais psiquiátricos do estado (ACIOLY, 2006).

A descrição cronológica das conferências permitiu compreender o contexto político e social em que as propostas foram criadas: a I CMSMF em 2001, apresentou como tema: ‘Cuidar, sim. Excluir não. — Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social’. Esse tema demonstrou uma agregação do tema mundial proposto pela OMS no mesmo ano e apresentou uma discussão direta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como contexto a aprovação recente da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. As propostas acerca da saúde mental infantojuvenil pontuaram a necessidade de ampliar o acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental, incluindo os usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, a realização de treinamentos em saúde mental e a orientação psicopedagógica.

Realizada em 2003, a IV CMSF, intitulada ‘Saúde: um direito de todos e dever do Estado - a saúde que temos o SUS que queremos’, no contexto de implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2002, da Lei 10.216/2001 e das discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental. As deliberações sobre saúde mental infantojuvenil eram amplas e apontavam para a necessidade de garantia de atendimento e criação de serviços de saúde para pessoas com transtorno mental, para aquelas usuárias de álcool e outras drogas, e para aquelas com necessidades especiais.

Em 2007, a V CMSF trouxe como temática ‘Saúde, qualidade de vida, política de Estado e desenvolvimento’. Essa conferência foi realizada no contexto de implantação do Pacto pela Saúde, que apresentou mudanças para a execução do SUS, dentre as quais a substituição do processo de habilitação estabelecido pelas normas operacionais (Norma Operacional Básica [NOB]-SUS 01/96 e –NOAS-SUS 2002); a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos existentes. Suas propostas apontavam para a ampliação dos CAPS infantis e das equipes da estratégia saúde da família e equipes de referência, inclusive com a inserção de outras categorias

profissionais, para a criação de clínicas especializadas e a garantia de atendimento e tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

A II CMSMF, realizada em 2010, com o tema ‘Saúde mental: direito e compromisso de todos — consolidar avanços e enfrentar desafios’. Essa conferência aconteceu tendo como contexto as discussões da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, na qual se deliberou que o Conselho Nacional de Saúde convocasse conferências temáticas e intersetoriais, em especial de saúde mental. As propostas sobre saúde mental infantojuvenil apontavam para a ampliação da rede de atenção psicossocial, a construção de políticas de saúde mental da criança e do adolescente, incluindo os usuários de álcool e outras drogas; a formação e capacitação dos profissionais de saúde mental; a criação de redes sociais nos territórios para eliminação do consumo de crack; a formação de uma equipe de referência para o atendimento de saúde mental infantojuvenil; e a ampliação do matriciamento maternoinfantil.

Em 2011, A VI CMSF, intitulada ‘Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro’, foi realizada num contexto político de mudança nos instrumentos de pactuação de metas e indicadores no SUS com a transição, do Pacto de Gestão para o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, instituído pelo Decreto no 7.508 em junho de 2011. O planejamento e execução das ações para a saúde foram realizadas de acordo com o Pacto de Saúde, que estabeleceu a saúde mental como uma prioridade no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010–2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental. Foram identificadas duas propostas relacionadas com a saúde mental infantojuvenil, que indicavam a ampliação da rede substitutiva para atendimento a pessoas com transtornos mentais consumindo álcool e outras drogas e o fortalecimento da política de atendimento às crianças vítimas de abuso e de violência doméstica e sexual.

O Quadro 1 sintetiza o contexto, os eixos principais e as discussões sobre saúde mental infantojuvenil nas Conferências Municipais de Saúde.

Quadro I — Saúde mental infantojuvenil nas conferências, Fortaleza, 2020.

Ano	Conferência	Nº. de Delegados	Marco Regulatório	Discussão
2001	Saúde Mental (I)	124	Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.	Defendeu a garantia do acesso de crianças e adolescentes aos serviços de atenção à saúde mental, incluindo o atendimento aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, além da realização de oficinas de treinamento em saúde mental, prevenção do uso de drogas e orientação psicopedagógica.
2003	Saúde (IV)	369	Portaria nº 373, 27/02/2002 Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. III Conferência Nacional de Saúde Mental, dezembro de 2001	Propostas vocacionadas especificamente para crianças e adolescentes com transtornos mentais, mas contextualizando a figura da ‘criança’, do ‘adolescente’ e do ‘portador de transtorno mental’, objetivando garantir o atendimento básico e especializado, promover a participação da comunidade de forma articulada com outras políticas na definição de prioridades de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e serviços, e criar programas municipais de atendimento a dependentes químicos, privilegiando serviços comunitários, de modo a evitar a internação em hospitais psiquiátricos.
2007	Saúde (V)	Número desconhecido	Pacto pela Saúde/2006. Portaria nº. 399/GM de 22/02/2006. Reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial do Município em 2006. Portaria nº. 91/GM de 10/01/2007.	Propostas direcionadas à implantação de serviços (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil — CAPSi e clínicas especializadas para tratamento de dependentes de álcool e drogas), ampliação de equipes do PSF e inclusão de outros profissionais (incluindo psicólogos e psiquiatras) em equipes de referência. Proposta de garantia ao atendimento e orientação da juventude em relação ao uso de substâncias psicoativas.
2010	Saúde Mental (II)	115	13ª Conferência Nacional de Saúde / 2007.	Discutiu a ampliação da rede de saúde mental, a capacitação sobre transtornos mentais para conselheiros escolares e profissionais que trabalham com saúde mental infantojuvenil, e a necessidade de construção de políticas de atenção integral a crianças e adolescentes, direcionando de forma distinta uma política para usuários de drogas e outra para saúde mental, com ênfase, respectivamente, na redução de danos e na prevenção e atuação

				familiar e comunitária, reforçando, assim, a realização do tratamento em serviços substitutivos. Tratou ainda sobre a criação de redes sociais envolvendo políticas públicas do território, movimentos sociais e organizações não governamentais, para realizar serviços e discussões sobre álcool e outras drogas, com a integração do CAPS às escolas. Finalmente, discutiu a formação de uma equipe de referência e um núcleo de apoio de saúde mental nos hospitais maternoinfantis e a ampliação do matriciamento.
2011	Saúde (VI)	700	Portaria nº 2.669, de 3/11/2009. Decreto 7.508 de 28/06/2011 IV Conferência Nacional de Saúde Mental — 27/06 a 01/07/2010.	Apontou para a necessidade de ampliação da rede substitutiva, nela inclusa os CAPS, assim como a necessidade de regulamentar e estruturar parcerias intersetoriais. Apresentou a preocupação em fortalecer e qualificar a política de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abuso e de violência doméstica e sexual, garantindo a articulação entre as políticas e favorecendo o atendimento integral.

5. AS FORMAÇÕES DISCURSIVAS SOBRE A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

As conferências foram marcadas pela visão heterogênea da criança, da prevenção dos transtornos mentais no ambiente escolar, do modelo assistencial voltado para a saúde mental infantojuvenil e da promoção da saúde mental e sua relação com os determinantes.

Partimos da compreensão que a heterogeneidade é um elemento constitutivo de práticas discursivas que se dominam, se aliam ou se afrontam numa conjuntura histórica (PÊCHEUX, 1990). Nos relatórios das conferências, essa heterogeneidade discursiva identificada nas propostas pode ser explicada como resultado dos intensos processos de debates realizados por diferentes atores sociais (usuários, gestores e trabalhadores de saúde), além do caráter hierárquico dessas conferências, desde o nível local ao nacional.

A visão predominante nos discursos foi a de crianças como seres ‘incompletos’, ‘um vir a ser’ governado em nome do seu futuro e da sua ligação a instituições que ora o tutelam, ora o representam, como a escola, os serviços de saúde, as organizações não governamentais (ONGs) e movimentos sociais.

Foi proposto trabalhar junto às escolas (professores e alunos) do ensino fundamental médio, no sentido de esclarecer transtornos mentais, detectando casos precocemente (II CMSMF, 2010), e ampliar o diálogo dos CAPS álcool e drogas (CAPSad) com movimentos sociais e ONGs direcionados à juventude, para que possam trazer seus serviços e discussões sobre a questão do álcool e de outras drogas, promovendo uma formação política, artística e cultural (II CMSMF, 2010).

Essa concepção secular reflete a noção de crianças como adultos em miniatura. Apesar de presente na sociedade desde sempre, a criança nem sempre foi considerada como um indivíduo com características próprias. Segundo Ariès (2011), até o Renascimento, a noção de infância era inexistente, sendo a criança considerada um apêndice do universo feminino.

Isso pode ser explicado pela evolução que a concepção de criança sofreu, ou seja, não ocorreu de forma rápida e tranquila, apesar de o ECA trazer uma nova visão de criança, ancorada em uma declaração dos direitos fundamentais da infância e da juventude, estabelecendo a proteção integral, na qual criança e adolescente são vistos como sujeitos de direito, em uma condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta.

Assim sendo, crianças e adolescentes são atores sociais competentes, protagonistas do seu próprio processo de socialização, e nesta condição, devem ser reconhecidos como grupo social com direitos na prática, capaz de intervir nos processos que lhe dizem respeito. Desta forma, ao remover crianças e adolescentes de discussões que são do seu interesse, retira-se a legitimidade do que é proposto, dado que o que se propõe parte de uma visão do mundo centrada em adultos (LONGO, 2012).

Toda essa ausência de envolvimento é demonstrada pela ausência da participação de crianças e adolescentes nas conferências de saúde. Essa ausência demonstra o grande desafio, em especial na área da saúde, da ruptura do discurso de fazer política ‘para’ crianças e adolescentes, para a prática de fazer política ‘com’ crianças e adolescentes, como nas experiências recentes das Conferências dos Direitos da Criança e do Adolescente e nas Conferências Nacionais da Juventude (LONGO, 2012).

O discurso médico presente nos relatórios das conferências passa da busca das disfunções neurológicas ligadas ao desenvolvimento do sistema nervoso e dos transtornos mentais e comportamentais para a explicação do fracasso escolar. Consequentemente,

essa psicologização e medicalização exacerbada dos problemas escolares prejudica enormemente o desenvolvimento da criança e do adolescente (DINIZ, 2008).

A prevenção escolar dos transtornos mentais é vista como um esforço de realização de ações de diagnóstico clínico e/ou social e de estratégias de triagem e/ou encaminhamento para serviços de saúde- sejam estes especializados ou de atenção básica (SANCHES; AMARANTE, 2014). Um dos resultados desse discurso é que as dificuldades no aprendizado escolar passaram a estar entre os principais motivos de procura de atendimento para criança nos serviços de saúde mental.

Alguns estudos evidenciam essa prática, como o realizado no município do Rio de Janeiro em 2008, com o objetivo de conhecer as demandas de tratamento em saúde mental de 106 crianças atendidas em um Centro de Saúde-Escola, que identificou as dificuldades escolares como o principal motivo de encaminhamentos infantis (SANCHES; AMARANTE, 2014).

Os modelos assistenciais da saúde mental infantojuvenil identificados nos relatórios indicaram a presença do modelo assistencial asilar e psicossocial, embora ocorra uma intercalação de elementos desses dois modelos:

- 1) Criação de clínicas especializadas para o tratamento da dependência de álcool e drogas, especialmente para crianças e adolescentes (CMSF, 2007).
- 2) Criação de programas municipais de atendimento aos dependentes químicos, às crianças, adolescentes e adultos, através de uma rede de atenção à saúde mental: postos de saúde, enfermarias nos hospitais gerais, CAPS, hospitais-dia, residências terapêuticas e centros de convivência, evitando internação nos hospitais psiquiátricos (CMSF, 2003).

Segundo COSTA-ROSA (2000), o modelo asilar caracteriza-se por práticas em saúde mental baseadas em quatro componentes principais:

- 1) Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho', que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio, incluídos o aparelho jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico, além do discurso ideológico.
- 2) As formas de organização do dispositivo institucional, que se referem ao modo como se dão as relações intrainstitucionais.
- 3) As formas de relacionamento com a clientela, que designam as diferentes possibilidades de mútuo intercâmbio.

4) As formas dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designam os fins políticos e socioculturais amplos para os quais concorrem os efeitos de suas práticas.

O modelo psicossocial, por outro lado, considera os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da saúde mental. Trabalha com equipes interprofissionais e utiliza como meios de trabalho as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além de medicamentos. Esse modelo de atenção atribui ao sujeito a função de participante principal do tratamento, considerando a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sociocultural), bem como o grupo familiar e social como agentes das mudanças desejadas (COSTA–ROSA, 2000).

Na promoção da saúde mental e sua relação com seus determinantes, estes apresentam uma estrutura multinível em que podem ser aplicadas estratégias de intervenção para reduzir os transtornos mentais e promover o bem-estar mental. Há os determinantes relacionados à comunidade: confiança e segurança na vizinhança, participação na comunidade, violência/crime, atributos do ambiente natural e construídos, privação de vizinhança. E há aqueles relacionados aos serviços locais: prestação de cuidados e educação nos primeiros anos, escolas, serviços para jovens/adolescentes, cuidados com a saúde, serviços sociais, água potável e saneamento (MARMOT, 2014; ZIWCHAK; ARISTIDES, 2019).

Há ainda os determinantes representados pelo decurso do ciclo de vida (pré-natal, gravidez e períodos perinatais, primeira infância, adolescência, trabalho e anos de construção familiar, idades mais avançadas, todos relacionados também com o gênero); pais e famílias: comportamentos/atitudes parentais; condições materiais (renda, acesso a recursos, alimentação/nutrição, água, saneamento, habitação, emprego), condições de emprego e desemprego, saúde física e mental dos pais, gravidez e cuidados maternos, apoio social (MARMOT, 2014).

Desta forma, o desenvolvimento de ações que contemplem arranjos intersetoriais, atendimentos familiares e a construção do controle social efetivo nos serviços pode efetivamente produzir a transformação necessária à devida inserção e cuidado das crianças e adolescentes afetados.

Observa-se que as propostas identificadas se centraram na implantação, desenvolvimento ou melhoramento de serviços locais voltados para atenção à saúde

mental no período pré-natal, gestacional, perinatal e na adolescência e juventude. Faltou, todavia, uma discussão clara da relação desses serviços com outros fatores relacionados à prevenção dos transtornos mentais, sendo enfatizada apenas a necessidade da garantia de tratamento para os transtornos mentais.

A rede de atenção integral à saúde mental deverá prever o atendimento aos usuários de álcool (alcoolistas) e outras substâncias psicoativas (drogaditos), com especial atenção à clientela infanto-juvenil (I CMSMF, 2003). Deverá ainda garantir o atendimento básico e o especializado as pessoas portadoras de transtornos mentais e necessidades especiais (criança, adolescente, idoso e portadores de deficiência) (IV CMSF, 2003).

Evidencia-se, portanto, uma consonância com o modelo explicativo biomédico, centrado na unicausalidade e que inclui uma assistência individual, positivista, curativista, centrada na hospitalização, biologicista e fragmentada, que perpetua práticas e conhecimentos que destituem a importância do social na vida dos indivíduos. Nesse sentido, a lógica de estrutura e organização da saúde amparada nesta concepção resulta em uma prática que não consegue responder aos problemas de saúde e doença da população, incluindo a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopoliticoculturais (CUTOLO, 2006).

Estudo realizado no CAPSi de Fortaleza reforça essas afirmativas, ao apontar para uma reprodução das instituições asilares por parte dos serviços substitutivos, com abordagens centradas no tratamento com psicofármacos e atendimentos prioritariamente médicos, denotando a hegemonia do modelo explicativo biomédico, o que contraria os princípios da reforma psiquiátrica e da proposta da política de saúde mental infantojuvenil (TEIXEIRA et al., 2014).

6. IMPACTO DOS DISCURSOS DAS CONFERÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

São escassos os documentos e publicações focados na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) infantojuvenil em Fortaleza, o que limitou a possibilidade de fazer uma análise mais aprofundada do impacto dos discursos das Conferências na construção dessa rede no município.

Dos pontos de atenção que compõem a RAPS, a atenção básica e a atenção psicossocial foram os mais citados nas propostas das Conferências, razão pela qual escolhemos analisar a atenção psicossocial.

A RAPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, que prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Um estudo realizado em 2017 mapeou a Rede Pública de Saúde Infantojuvenil em Fortaleza. Verificou-se a atuação dos prescritores no atendimento a crianças e adolescentes com um possível diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, descrevendo a seguinte composição da RAPS: seis CAPS gerais, seis CAPS para álcool e outras drogas, dois CAPS infantojuvenis, três serviços de residência terapêutica, trinta leitos em unidades de acolhimento, doze leitos em unidades de desintoxicação e 25 leitos psiquiátricos em hospitais Gerais infantojuvenis. Das 109 Unidades de Atenção Primária existentes durante o estudo, apenas 42 contavam com a presença de pediatras (FERNANDES, 2018).

Sobre a atenção psicossocial, destaca-se nas propostas a solicitação de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi). Apesar de as primeiras propostas terem abordado essa temática já em 2001, na ICMSMF, o processo de implantação dos serviços substitutivos foi demorado. Como consequência, foram criados três CAPS em 2005. O critério da população, superior a dois milhões de habitantes, não foi inicialmente incluído nos CAPSi. Foi apenas em 2006 que se iniciou o processo de reestruturação da rede de atenção psicossocial, ocorrendo a implantação do primeiro CAPSi. Fortaleza contava com dois CAPSi em 2021.

Mesmo considerando critérios populacionais, a ampliação deve ser respaldada pela qualificação da oferta assistencial a pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A necessária ampliação do número de CAPSi e de CAPSad, a adequação destes últimos para atendimento a crianças e adolescentes, e um maior acolhimento dos CAPSi às demandas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil deve ser considerada (CONCEIÇÃO et al., 2018).

Bernardi e Kanan (2015), em pesquisa realizada em Santa Catarina, também apontam que alguns CAPS não têm definido se o atendimento a crianças e adolescentes

deverá ser determinado pela idade ou se a avaliação da equipe é que decidirá se o atendimento será realizado pelo CAPSi ou pelo CAPSad. Os autores apontam como evidente a lacuna existente na RAPS quanto ao cuidado da criança e do adolescente usuário de álcool e outras drogas.

Sobre isso, é importante destacar as mudanças recentes na política de saúde mental, com o aumento de camas em hospitais psiquiátricos e a previsão para internação inclusive de crianças e adolescentes nesses estabelecimentos; a legitimação das comunidades terapêuticas como local estratégico no ‘tratamento’ de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas; e o lugar privilegiado da Psiquiatria, em detrimento dos outros campos do conhecimento, da clínica ampliada e do trabalho em equipe (GUIMARÃES; DO SANTOS ROSA, 2019).

A supressão da participação social nas discussões sobre a ‘nova’ política de saúde mental enfraquece as estratégias que fomentam a discussão da saúde mental de crianças e adolescentes, como o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Além disso, ainda persiste o desafio de dar voz às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico — tanto no espaço político como nos serviços de atenção psicossocial (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019).

As mudanças nas políticas de saúde mental, de atenção básica e para o álcool e outras drogas permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019). Além disso, o desmonte das estratégias nacionais ecoa nos municípios de forma mais impactante do que aquelas que projetam as implantações das políticas, tendo em vista que as políticas implementadas pelos governos locais dependem fortemente de recursos federais e de regras definidas pelo Ministério da Saúde (RIBEIRO et al., 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O efetivo desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial infantojuvenil encontra como um dos seus primeiros desafios uma visão ainda limitada sobre a criança e o adolescente, posto que ainda não os reconhecem enquanto indivíduos de direito nem tampouco os veem como protagonistas do seu processo de cuidado.

No modelo assistencial, embora as propostas reiterem a necessidade de mudança do modelo asilar para o psicossocial, observa-se a coexistência de elementos desses dois modelos, provavelmente ligados ao processo histórico da reforma psiquiátrica municipal.

Nota-se ainda uma centralidade nas discussões sobre a necessidade de implantação de serviços e da garantia de tratamento para os transtornos mentais. Contudo, percebeu-se uma dificuldade de identificação do papel dos CAPSi e a demora no processo de implantação desses serviços, que continuam sendo apontados como insuficientes para o atendimento das necessidades municipais.

A promoção e a prevenção de saúde mental aparecem nas propostas apenas de forma pontual, sendo as propostas de cuidado para a saúde mental infantojuvenil centralizadas no atendimento médico individualizado e na utilização do medicamento como terapêutica principal. Esses achados denotam a hegemonia do modelo explicativo biomédico, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica e da proposta da política de saúde mental infantojuvenil.

Isto reforça que apenas a implantação de serviços substitutivos extra-hospitalares não é suficiente para mudar a lógica da assistência manicomial.

Assim, esse estudo contribui para subsidiar a reflexão sobre as dificuldades para a incorporação da discussão acerca dos transtornos mentais infantojuvenis na pauta da política de saúde no município, bem como, a necessidade de desenvolvimento de estudos que aprofundem essa temática.

Certamente, nesta breve análise, só pudemos traçar algumas pistas para a compreensão dos desafios para o efetivo desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial infantojuvenil no município de Fortaleza. Assim, considerando o papel das conferências para elaboração da política de saúde seria necessário avaliar de que forma as recomendações dos relatórios, contribuíram para que as diretrizes das conferências tenham sido de fato incorporadas nas políticas públicas municipais.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y.A. Reforma Psiquiátrica: com a Palavra, os Usuários. 2006. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2006. Disponível em: <<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=37292>> Acesso em: 13 de abril de 2022.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 3a ed. Rio de Janeiro: LTC, 2022.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.107, p. 1105-1116, out./dez.2015.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F.P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, n.2, p. 401-410, fev.2019.

CONCEIÇÃO, D. S. et al. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017206, jun. 2018.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, mai./ago. 2001.

COUTO, M.C.V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T.(org.). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**.1. ed. São Paulo: Autêntica, 2004. p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n.1, p. 17-40, jan./jun. 2015.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DELFINI, P.S. de S.; BASTOS, I.T.; REIS, A.O.A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.12, 2017.

DELGADO, P.G.G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019.

DINIZ, Margareth. Os equívocos da infância medicalizada. In: **Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito**, 7., 2008, São Paulo. Proceedings online... Available

from:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn>. Access on: 15 Apr. 2022.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2016.

FERNANDES, I. Q. Protocolo clínico para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes: saberes e práticas dos prescritores. 2018. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

GUIMARÃES, T.de A.A.; DOS SANTOS ROSA, L.C. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, mai./ago. 2019.

LONGO, I.S. A participação nas Conferências dos Direitos da Criança e do Adolescente e o fortalecimento do protagonismo infanto-juvenil.. *In: IV Congresso Internacional de Pedagogia Social*, 4., 2012, São Paulo. Proceedings online... Associação Brasileira de Educadores Sociais, Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092012000100037&lng=en&nrm=abn>. Access on: 15 Apr. 2022

MARMOT, M. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report, Updated reprint 2014. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108636>. Acesso em: 15 abr. 2022.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, C.S. de. A desinstitucionalização na infância e adolescência: o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Reforma Psiquiátrica (se) movem. PAULON, S.M. Oliveira, C. S. de.; FAGUNDES, S.M.S. (org.) *In: 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018, p.283-309.

OLIVEIRA, L.C. de; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2455-2464, 2010.

ORLANDI E.P. Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos.4ª ed. Campinas: Pontes; 2001.

PÊCHEUX, M. Remontons de Foucault à Spinoza. *In: MALDIDIER, D. (Éd.) L'inquiétude du discours*. Paris: Cendres, 1990, p. 245-260. Tradução de Maria do Rosário Gregolin.

POGREBINSCHI T. Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2012.

RIBEIRO, J.M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 23, p. 1777-1789, 2018.

SANCHES, V.N.L.; AMARANTE, P.D. de C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 506-514, 2014.

STEDILE, N.L.R et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2957-2971, 2015.

TEIXEIRA, A.O. et al. Estratégias para gestão da saúde mental em Fortaleza: a visão dos coordenadores do Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do município de Fortaleza [artigo de especialização]. Redenção: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, 2014.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, p. 695-703, 2015.

ZIWCHAK, D. J. V.; ARISTIDES, J. L. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 181-187, set./dez. 2019.