



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Medicina Social

Dulce Maria Fausto de Castro


**A SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE ENTRE DUAS POLÍTICAS
PÚBLICAS: O PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD) E
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

Rio de Janeiro

2009

Dulce Maria Fausto de Castro

**A SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE ENTRE DUAS POLÍTICAS
PÚBLICAS: O PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD) E
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro
2009

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

C355 Castro, Dulce Maria Fausto de.

A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: O Programa Saúde Do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental / Dulce Maria Fausto de Castro. – 2009.
150f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Adolescência – Teses. 2. Políticas públicas – Teses. 3. Psicologia do adolescente – Teses. 4. Saúde mental – Teses. 5. Reforma psiquiátrica – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo de, 1957 -. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.922.8

**A SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE ENTRE DUAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e a Política de Saúde Mental**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2009.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ruben de Araujo Mattos (orientador)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr^a. Eloisa Grossman
Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ

Prof. Dr^a. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

DEDICATÓRIA

Aos adolescentes, a seus encontros e desencontros.

AGRADECIMENTOS

A meu pai, Pedro Fausto (*in memoriam*), sanitarista apaixonado que conseguiu transmitir o cuidado pela questão pública.

A Wilson Moura, pesquisador, professor e amigo, pelo incentivo e presença ativa em todos os momentos críticos profissionais e da vida.

A Alba Lucia, pesquisadora, irmã e companheira da vida, pelo apoio, força e capacidade de se ocupar de questões difíceis, permitindo minha tranquilidade para realizar esta etapa.

A Vanessa Klein, pelo apoio, incentivo e discussões sobre o trabalho dos CAPS.

A Ana Maria (*in memoriam*), por sua amizade e compreensão desse processo.

A Ruben, meu orientador e amigo, pela acolhida, pelo acompanhamento, pelas discussões, por sua tranquilidade que sempre abre possibilidades, e pela coerência na sua práxis.

A meus companheiros do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, em especial ao coordenador geral, às coordenações dos níveis de atenção, a Regina Katz, às equipes do ambulatório do HIPERPAPPO e Setor de Psicanálise e Saúde Mental, cujo apoio e confiança possibilitaram que eu me dividisse melhor entre o trabalho e o estudo.

À Coordenação do Ambulatório do IASERJ da Gávea, em especial a Celia Ferradosa, que, como coordenadora técnica, criou possibilidades para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

À equipe do Programa de Saúde do Adolescente de Duque de Caxias, PROSA, em especial ao Diretor Geral do PAM 404, Dr. Pedro, pelo apoio neste período final do mestrado.

A Luiza, amiga e companheira de longa data, pelo apoio e disponibilidade para ajudar, em momentos tão corridos e difíceis de sua vida.

A Maria Helena, pela acolhida no NESAs, pela aposta no trabalho, pelas discussões calorosas na atenção primária, pelo aprendizado que possibilitou este trabalho e pela amizade.

A Eloisa Grossman, companheira de longa data, pelas discussões que colaboraram na escolha do tema da dissertação.

A Cristina Kuschnir, pelo trabalho, apoio e disponibilidade de participar deste processo.

A Gorete, pelo carinho e apoio administrativo nesse período.

A Suyanna Barker, pela força e disponibilidade para o estudo das políticas.

A Robson Granado, pela presença, amizade e disponibilidade para a leitura e tradução, que me possibilitou chegar mais perto dos autores básicos para este estudo.

A Carla Pepe, pela torcida e ajuda com a bibliografia.

A Viviane Manso e Carlos Silva, que me ajudaram a construir parte desta história.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica e Laboratório de Informática do IMS, pela recepção, informação e disponibilidade na busca de soluções.

À equipe da biblioteca do IMS, pela paciência e ajuda na resolução de pequenos e grandes problemas nessa área.

A Ana Silvia, pela calma e revisão do projeto e dissertação.

À equipe de professores do Instituto de Medicina Social, pela formação proporcionada.

A Kenneth, velho amigo, desde o HUPE, pela aposta no mestrado, presença e incentivo em todo este processo.

A Tatiana Wargas, pelo incentivo, calma e precisão nas pontuações que ajudaram na caminhada.

A Maria Thereza Santos, por sinalizar o caminho das pedras na Saúde Mental.

Aos colegas da turma do mestrado de 2007, pelo carinho, companheirismo e discussões inesquecíveis.

A Marcia Valéria, pelo encontro, pela amizade que ultrapassa os muros do IMS, pela cumplicidade, pelas discussões instigantes e ricas que me fazem caminhar mais e mais dentro da Saúde Coletiva.

A Rita e Sueli, pela força nos momentos mais inseguros e solitários deste percurso.

A Cristina Ventura, pela disponibilidade de ouvir, pelas trocas e toques que me ajudam a caminhar no terreno da política, e pela clareza e ética que conduzem a política pública.

A Camila Borges, que não conheço pessoalmente, mas se tornou presente através de sua dissertação e *e-mails* fundamentais para a elaboração do trabalho, mesmo que diga que não entende nada de criança e adolescente.

A Otávio Souza, por sua presença e escuta.

A Mônica e Eduardo, pela acolhida em Brasília na fase corrida das entrevistas.

Aos coordenadores, gestores, ex-gestores e atores-chaves entrevistados, pela disponibilidade e pela vida que deram à pesquisa.

Aos adolescentes, que de uma forma ou de outra possibilitaram a construção desta dissertação.

Aos amigos do Rio e do Bracuhy – Paula, Mauricio, Mônica, Kika e Renan –, pela compreensão da minha ausência nas conversas e velejadas nesse período.

A Ricardo, pela compreensão e apoio em todos os momentos, mas, acima de tudo, por partilhar a vida comigo.

A meus filhos, Duda e Leo, pela compreensão, pelas conversas na madrugada e ajuda no caminhar da casa.

RESUMO

FAUSTO, Dulce M. C. *A saúde mental do adolescente entre duas políticas públicas: o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e a política de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo trata da saúde mental do adolescente a partir da formulação das políticas de Saúde do Adolescente (PROSAD) e de Saúde Mental, buscando compreender os “debates” que então se travaram em torno das questões relativas à adolescência, especialmente em relação à assistência à saúde mental, e identificando as concepções e interpretações que se apresentavam no posicionamento dos formuladores no processo de implementação das políticas no período entre 1989 e 2005. Para tal, analisamos documentos oficiais e discursos produzidos pelas políticas e realizamos entrevistas com coordenadores, gestores, ex-gestores e atores-chaves implicados em suas formulações e processos. Destacamos que, apesar de encontrarmos condições de possibilidades como Políticas Nacionais no mesmo período – marcado por profundas mudanças no país, onde destacamos a instituição do SUS –, elas assumem modelos de intervenção e recortam seu objeto diferentemente e em momentos distintos, o que resulta em descompassos e hiatos que guardam certa relação com as formas de inserção nesse processo de mudança na saúde. Quando a análise se volta para a aparente intercessão das políticas no que diz respeito à saúde mental do adolescente, percebemos que dentro da perspectiva de responder ao conjunto das necessidades de cuidado da população adolescente no país, a maioria das situações que dizem respeito à saúde mental não se situa em uma e nem em outra, mas num “entre” as duas políticas. O “entre”, como lugar construído e político, aponta para uma realidade que é mais complexa do que os recortes que as políticas operam. Isso não quer dizer que as políticas públicas analisadas não se encontrem; no entanto, os encontros ou as parcerias estabelecidas acontecem, em determinados momentos, voltados para ações e projeto específicos. Contudo, é possível reconhecer movimentos de aproximação entre saúde mental e atenção básica no sentido de aumentar a capacidade de oferecer o cuidado para os adolescentes, apontando caminhos para um trabalho de saúde mental mais amplo, que comporte as diferentes faces do sofrimento, orientado pela noção de integralidade.

Palavras-chave: adolescente; saúde mental; políticas públicas de saúde; PROSAD; política de saúde mental infanto-juvenil; atenção básica.

ABSTRACT

Mental health of the adolescent between two public policies: Adolescent's Health Program (PROSAD) and Mental Health Policy

This study aims at discussing adolescent's mental health after the creation of the Adolescent's Health Program (PROSAD) and the Mental Health Policy, in order to understand the "discussions" on themes related to adolescence, especially those associated with mental health care, identifying conceptions and interpretations present in the view of those who worked in the process of implementing those policies from 1989 to 2005. For this purpose, we analyzed documents and speeches and interviewed coordinators, professionals in charge of both programs whom we considered important subjects involved in their elaboration and implementation. We highlight that, although there were possibilities such as the National Policies at that time – characterized by important changes in the country, such as the institution of the Unified Health System – they adopted intervention models and outlined their subject differently in separate situations. This results in mismatches and gaps that are somehow related to the way it is included in the process of change in health. When the analysis turns to the apparent impact of those policies in respect to the adolescent's mental health, we notice that within the perspective of responding to the adolescent's health care needs in the country, most of the situations related to mental health are neither in one and nor in the other of those two policies but in a place "between" both. This "between", as a constructed political place, indicates the existence of a reality which is more complex than the cutouts worked by the policies. This doesn't mean that the Public Policies analyzed don't have matching points, but these matching points or the established partnership take place only in some moments, when focused in some actions or specific projects. However, it is possible to observe approximation between mental health and primary care in the sense of offering care to the adolescent, showing the way for wider mental health care, which includes the different faces of suffering, guided by the notion of integrality.

Key words: adolescent; mental health; health public policy; PROSAD; child-youth mental health policy; primary care.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas
CDA – Centro Docente-Assistencial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
COAB – Coordenação de Atenção Básica
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSAM – Coordenação de Saúde Mental
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
DAB – Departamento de Atenção Básica
DEGASE – Departamento Geral de Ações Sócio-Educativas
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DST – Doença sexualmente transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Equipe da Saúde da Família
FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.
FMI – Fundo Monetário Internacional

FNS – Fundo Nacional de Saúde
FNUAP – Fundo de População das Nações Unidas
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
HD – Hospital-dia
IMS – Instituto de Medicina Social
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC – Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESA – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD – Programa de Apoio à Desospitalização
PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMCA – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PL – Projeto de Lei
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

PSM – Política de Saúde Mental

PT – Partido dos Trabalhadores

RH – Recursos Humanos

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SASAD – Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SPS – Secretaria de Promoção da Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEME – Superintendência de Serviços Médicos

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

PÁGINA

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS	
APRESENTAÇÃO	12
1 TRAJETÓRIA DE APROXIMAÇÃO AO TEMA	16
1.1 O “entre” e a trajetória das políticas	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Adolescência	21
2.2 Adolescência como objeto das políticas públicas	24
2.3 Marcos orientadores das reformas psiquiátricas e das políticas: Programa de Saúde do Adolescente e Política de Saúde Mental	27
2.4 PROSAD: Programa de Saúde do Adolescente	29
2.5 A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil	36
3 OBJETIVOS	45
4 METODOLOGIA	46
4.1 Pesquisas dos documentos e textos das políticas	47
4.2 Atores	48
4.3 Estruturação das entrevistas	49
4.4 Categorização das entrevistas	50
5 RESULTADOS	52
5.1 Análise dos documentos	52
5.2 Análise dos documentos das políticas	52
5.2.1 PROSAD	52
5.2.2 Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil	54
6 DANDO VOZ AOS ATORES	57
6.1 PROSAD	57
6.1.1 Bloco Política	57
6.1.2 Bloco Concepções	77
6.2 Política de Saúde Mental	95
6.2.1 Bloco Políticas	95
6.2.2 Bloco Concepções	114
6.3 Saúde mental e atenção básica: uma breve visão das duas políticas	123
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	139
ANEXOS	147

APRESENTAÇÃO

Em 1987, comecei a trabalhar no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), um núcleo docente-assistencial de pesquisa e extensão sobre a saúde do adolescente ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), referência para treinamento de profissionais de todo o país e América Latina.

Na época, a equipe de psicologia do NESA era formada por uma única psicóloga com vínculo formal no Hospital Universitário Pedro Ernesto; as outras psicólogas que atuavam no hospital estavam ligadas ao Instituto de Psicologia da UERJ. Contávamos também com uma psiquiatra pertencente ao quadro permanente do hospital. O setor de psicologia, ao longo dos anos 90, cresceu e se reestruturou, não só ampliando sua relação com o Instituto de Psicologia da UERJ, mas também, internamente, modificando a articulação entre os setores de psicologia e psiquiatria, gerando o setor de saúde mental do NESA. A equipe de saúde mental mais ampla, nesse momento, se voltou para uma questão e implementou um projeto que se mantém até hoje: “Por uma clínica do sujeito no hospital”. Trata-se de um trabalho realizado no setor de saúde mental do NESA, comprometido com a psicanálise na sua prática e teoria. O núcleo tem na sua composição três níveis de atenção à saúde do adolescente: terciário, secundário e primário. E nesta ordem também foi minha inserção no núcleo. Inicialmente na enfermaria, na assistência, participando de reuniões de equipe e dando supervisão aos alunos, e posteriormente desenvolvendo atividades docente-assistenciais no ambulatório. Em 1989/90 foi criado o nível de atenção primária, através de projeto financiado pela Fundação Kellogg, intitulado “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”.

Nos anos 90, participei da equipe de capacitação de profissionais no projeto de implantação/implementação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) nos estados do Brasil, fruto das parcerias entre NESA/OPAS/OMS e SES-SP. E, em 1992, passei a desenvolver projetos ligados à atenção primária. Hoje, como psicóloga no quadro efetivo, desenvolvo na atenção primária e secundária atividades de assistência e ensino nos ambulatórios, e integro a equipe dos programas na área de sexualidade e DST/Aids do NESA, coordenando alguns projetos.

No mesmo recorte de tempo, nos anos 80/90, ocorreram mudanças significativas no cenário nacional: com o debate sobre o modelo de atenção, a saúde ganhou expressão política e institucional, e acentuaram-se as reformas. A promulgação da “Constituição Cidadã” (1988)

firmou os princípios para a reformulação do sistema nacional de saúde, o SUS. A Constituição incorporou em seu artigo 227 a síntese dos compromissos firmados pelo país, ao assinar a Convenção da ONU sobre os direitos da criança (BRANCO, 2002), declarando ser a saúde um direito social. Em 13 de julho de 1990 foi promulgada a Lei federal nº. 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que regulamenta o artigo 227 da Constituição, ampliando a visibilidade dos adolescentes como sujeitos de direitos.

Assim, esses acontecimentos, junto com a Reforma Psiquiátrica, influenciaram o modelo de atenção, a lógica e a logística dos serviços, e levantaram novas questões e demandas para os profissionais de saúde em geral, para os profissionais que lidam com adolescentes e saúde mental em particular, bem como para as instituições de saúde, universidades e usuários/familiares.

O trabalho com adolescentes, incluindo a saúde mental, no NESA, tem início antes da promulgação da Constituição de 88, da oficialização do PROSAD, que norteia até hoje os programas de adolescentes. É importante pensar que este trabalho influi e é também influenciado por esse cenário. Como profissional de saúde mental, é deste lugar, e a partir do percurso clínico de ensino e pesquisa em instituições públicas, nos diversos níveis de atenção à saúde do adolescente, que as questões que orientaram esta pesquisa se organizaram. A proposta do estudo se volta para situar a interseção entre as políticas no campo da saúde do adolescente e no campo de saúde mental.

Este estudo se estrutura em sete capítulos. O capítulo 1 expõe o ponto de partida para o tratamento da questão da pesquisa, localizado no “como” se constroem as políticas públicas que lidam com a saúde mental dos adolescentes no Brasil a partir do final dos anos 80, percorrendo a década de 90 até os primeiros anos do novo milênio. Isto é feito no sentido de não só situá-las no período em que são normatizadas, mas também para pensar as possíveis trajetórias dessas políticas, através da análise dos contextos e dos atores nelas envolvidos, com suas visões de mundo. Tentamos destacar a direção das ações que constituem o fazer da política nas diferentes instâncias de governo, no que diz respeito à população adolescente e seu cuidado. O capítulo traz as noções de política de saúde específica, de agenda política e de modelos de análise. Esboçamos ainda, neste capítulo, a tese de que a saúde mental do adolescente se configurou no período entre duas políticas: a Política de Saúde do Adolescente e a Política de Saúde Mental. Tratamos da aparente interseção das políticas identificadas nesse período e delineamos como uma hipótese de trabalho certo hiato, “o entre” as políticas: um “entre” como lugar, como lugar construído, histórico inerentemente político.

Diante das questões de como o adolescente é apreendido de forma geral pela sociedade e como ele se insere nas políticas, o segundo capítulo nos aproxima, inicialmente, dos aspectos conceituais ligados a “de quem” ou “de que” estamos falando, apresentando a adolescência como experiência humana integrada num processo contraditório que não tem um sentido ou significado único.

Num segundo momento, ainda no capítulo 2, tentamos caracterizar o percurso trilhado pelas políticas em busca de seu delineamento, numa perspectiva histórico-social. Apresentamos também os marcos orientadores das reformas psiquiátricas que informam, diferentemente, a Política de Saúde do Adolescente e a Política de Saúde Mental. E, finalmente, trouxemos um pouco da história das políticas abordadas neste estudo, presente na literatura, no sentido de situar mais claramente, nas trajetórias, tanto a saúde mental no PROSAD, quanto o adolescente na Política de Saúde Mental, suas concepções iniciais e marcos orientadores.

No capítulo três, apresentamos os objetivos deste trabalho para em seguida, no quarto capítulo, detalhar as opções metodológicas feitas no estudo. Neste caminho, optamos por uma pesquisa centrada na análise de documentos produzidos pelas políticas, destacando algumas dimensões importantes, como atores e concepções que embasam as intervenções, no sentido de reconhecer os adolescentes e sua problemática nos discursos e subsidiar a elaboração do instrumento norteador das entrevistas. Estas foram feitas com pessoas fundamentais tanto na Política de Saúde do Adolescente como na Política de Saúde Mental.

No capítulo cinco, realizamos a análise dos textos e documentos nacionais e internacionais levantados e classificados, levando em consideração autoria e temas relevantes para este estudo, no período entre 1989 e 2005. Analisamos os documentos oficiais das duas políticas, destacando as Bases Programáticas (1989) e Normas do PROSAD (1993) e as Diretrizes da Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, publicadas em 2005, tomando como base as dimensões consideradas importantes e sugeridas por Gill Walt para análise das políticas, quais sejam, os atores, as principais concepções que organizam e embasam as propostas de intervenção, os problemas que adquirem relevância na política pública e os contextos privilegiados.

No capítulo seis, procedemos à análise do material obtido das entrevistas, embasados e enriquecidos pela análise documental. A construção, o caminhar da política, vão surgindo, ganhando corpo e vida no decorrer do processo, que inclui os debates, as arenas e os embates contidos nas falas, consideradas não-neutras, dos atores (que aparecem em dois grandes

blocos de categorias – das políticas e das concepções) e sua análise. Concepções, princípios e questionamentos se fazem presentes, bem como são explicitados os principais elementos que norteiam a ação política, em determinados momentos, no contexto do SUS, as escolhas feitas, os rumos tomados e impasses a serem enfrentados em relação à saúde mental dos adolescentes.

No capítulo sete, apresentamos as considerações finais. Ressaltamos a importância dos caminhos ou modelos diversos de intervenção que as duas políticas públicas específicas em estudo, que lidam com a saúde mental do adolescente, assumiram no contexto do SUS, considerando suas origens e concepções, bem como as lutas e disputas que travaram na sua implementação. Isso possivelmente contribuiu para que a saúde mental do adolescente ficasse, em parte, num hiato, num “entre” as políticas.

Retomamos ainda alguns pontos considerados importantes, no intuito de compreender como a noção de saúde mental do adolescente se constrói e se apresenta entre as duas políticas. E para finalizar, sinalizamos alguns movimentos recentes que surgem nas duas políticas, articulando saúde mental e atenção básica, no sentido de um cuidado ético frente às várias faces que o sofrimento e a dor assumem nos sujeitos adolescentes.

1 TRAJETÓRIA DE APROXIMAÇÃO AO TEMA

A Organização Mundial da Saúde oficializou, em 1989, seu Programa de Saúde do Adolescente, incluindo-o em seu plano orçamentário, enfatizando o estímulo das ações de promoção de saúde e atenção primária. É nesse mesmo ano e cenário que surge no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD/MS), cujas bases programáticas foram elaboradas pelo Ministério da Saúde, implicando a constituição de um movimento de proporções nacionais. Deve-se notar que o PROSAD, nas suas bases programáticas e nas Normas de Atenção Integral, incluiu a saúde mental como uma de suas áreas básicas e prioritárias de atuação.

No campo estrito da saúde mental nesse período, algumas lutas tiveram lugar de destaque, como a reforma psiquiátrica, tendo como marca o reclame da cidadania do louco. A reforma tomou impulso como tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não-asilar, e surgiu uma nova ordem em termos de organização de serviços, que se fez necessária para dar conta da reforma e suas implicações. Esse movimento impulsiona a construção da Política Nacional de Saúde Mental nos anos 90.

Por um lado, o PROSAD, como política pública (na agenda do governo), dá visibilidade e responde à questão dos adolescentes dentro de uma nova proposta de modelo assistencial para essa população, tendo formalmente a saúde mental como uma de suas áreas prioritárias. Essa política, voltada para adolescentes, traz em seu bojo uma visão, princípios e diretrizes que, independentemente de onde se insira o profissional de saúde mental (na atenção primária, secundária ou terciária), têm implicações teóricas, práticas e de ensino que precisam ser analisadas como respostas às questões dos adolescentes e ao sofrimento psíquico. Por outro, a Reforma Psiquiátrica, como movimento importante e fundamental nesse cenário, representa um grande avanço, alavanca e tensiona mudanças nas políticas de saúde mental como um todo, mas apresenta evidente disparidade relativa ao setor infanto-juvenil. Não havia legislação nem políticas específicas para essa faixa etária. O adolescente surge como questão para a política pública de saúde mental no início do milênio. Parece que surge um descompasso, um hiato entre essas políticas.

Na prática, o PROSAD focaliza a saúde na adolescência, no nível primário de atenção, dentro de um sistema hierarquizado de saúde. No presente estudo, uma questão central é o modo como a saúde mental se insere nos cuidados primários de saúde. As normas orientam a

equipe multidisciplinar sobre uma nova organização de serviços, incluindo agentes comunitários e desenvolvimento de ações de atenção, prevenção e promoção de saúde dos adolescentes junto à comunidade. Existe a noção de evitar agravos, o que, na saúde mental, leva a evitar internações e seus vários custos (desinstitucionalização/desospitalização). No entanto, contrariamente ao esperado com base nas Normas, num primeiro momento, dentro da equipe ocorre um acréscimo de encaminhamentos para a saúde mental, sem implicação do sujeito adolescente; e externamente, com as ações de saúde e educação junto às instituições, há um acréscimo de encaminhamentos de um modo geral, e das escolas em particular, para a saúde mental. Desta forma, surgem questões relativas ao papel dos profissionais e aos cuidados em saúde mental, com base nessa política setorial.

A Política de Saúde Mental surge voltada para a construção de um novo *locus* social para a loucura sem, contudo, focar o adolescente. Ocupa-se com as condições das instituições de saúde dos governos estaduais, que incluem grande parte dos hospitais psiquiátricos, e com a desinstitucionalização/desospitalização dos pacientes, portadores de transtornos mentais graves, bem como sua reinserção na comunidade. Num primeiro momento, trata da mudança das respostas e encaminhamentos dados a esses pacientes e da construção de dispositivos extra-hospitalares. Aparentemente, a atenção básica de saúde, incluindo a saúde mental e o adolescente como campo de atuação, surge apenas mais tarde, no início do milênio.

Frente aos aparentes descompassos ou hiatos, sentimos necessidade de aprofundar o estudo das políticas de saúde mental em relação ao adolescente e sua inserção no SUS. A ideia é alcançar uma compreensão maior do processo de formulação das políticas do adolescente e de saúde mental, e das discussões e questões relevantes colocadas em jogo no tratar/lidar com a adolescência. A tentativa do presente estudo é enfrentar o desafio de construir um conhecimento que permita lidar com o “entre”, e criar propostas no sentido das mudanças necessárias, guiadas por valores, por uma ética do sujeito e do cuidado, consoantes com os princípios constitucionais e do SUS.

1.1 O “entre” e a trajetória das políticas

Este estudo lança um olhar para uma aparente interseção, “um entre” as duas políticas públicas específicas no que diz respeito à saúde mental do adolescente. Tomamos como hipótese de trabalho a tese de que a saúde mental do adolescente ficou entre as políticas do adolescente e de saúde mental, sem ser plenamente apropriada por nenhuma delas.

Pode-se tomar esse “entre” como um lugar construído, e assim assumir seu caráter histórico e sua face de arranjos possíveis de discursos e práticas. Esta colocação talvez permita percebê-lo como um espaço que comporte a repetição, um senso comum, que precisa, para sua apropriação, ser colocado em análise; e comporte também a diversidade de saberes e práticas que no processo de encontro e desencontro aponte para outros lugares. Parece que esse processo não é estranho ao próprio fazer das políticas, pois é também num “entre” forças dinâmicas aparentemente convergentes e divergentes, num campo de lutas e disputas de interesses, que as políticas se forjam ou tomam forma, num determinado contexto (tempo e lugar). É possível que a diferença se dê a partir dos arranjos nas instituições, dentro do aparato institucional do governo, que necessariamente guarda relação com a rede complexa de atores internos e externos com suas concepções, poderes e processos.

Adotamos neste estudo a noção de que políticas de saúde específicas constituem “as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos” (MATTOS, 2007, p. 49). Assim, a trajetória de uma política pode ser pensada através da análise das características institucionais, que incluem o contexto ou base material da constituição das políticas e seus atores, que na densidade de seus encontros/desencontros transformam o contexto em arena, dando vida ao processo político. Advogamos que, se marcados por características institucionais distintas, os arranjos básicos da formulação das políticas podem ser diferentes, mesmo tendo como foco um objeto comum, gerando caminhos paralelos que podem produzir fragmentações. Levamos em consideração que a maioria dos autores descreve o processo de elaboração das políticas através de estágios ou fases, indo da definição da agenda política, especificação das alternativas, escolha das alternativas até a implementação da decisão.

Entretanto, a questão maior, no nosso entender, se situa no modo como se dá esse processo de elaboração das políticas. Ao enfatizar o processo político, voltamo-nos para a compreensão desde como se dá a identificação dos problemas ou assuntos que são levados a sério pelos governos, como eles chegam ou não à agenda política do governo, como se desenham propostas e instrumentos de intervenção sobre aqueles problemas, como se tomam as decisões de tentar implantar esses instrumentos. Enfim, voltamo-nos para a compreensão de como se constroem as respostas aos problemas.

Considerando que tanto a agenda do governo quanto a elaboração de políticas públicas precisam ser entendidas como um processo político, em vez de um processo analítico de

identificação e soluções de problemas (WALT, 1998; MATTOS, 2007), destacamos que é esse entendimento que marca as características distintas (valores e propostas) das respostas governamentais como políticas específicas.

Talvez o modelo apresentado por Kingdon (1995) sobre a constituição da agenda traga contribuições para a análise em questão. Ele concebe a política através de três fluxos ou processos distintos: o fluxo do problema, o fluxo da política e o fluxo das políticas, o que inclui a percepção/concepção do problema, os participantes e/ou grupos de interesse e alternativas e critérios diferentes de soluções. Para ele, as questões são levadas a sério pelo governo, ou as mudanças ocorrem quando uma importante “janela de oportunidades” se abre em cada um desses três fluxos ao mesmo tempo; rompendo com a noção de elaboração das políticas em fases, passos ou estágios, concorrendo diferentes razões para a união desses fluxos (WALT, 1998).

O Programa de Saúde Integral do Adolescente, em sua formulação, incluiu a saúde mental como uma de suas áreas básicas; e a Política de Saúde Mental inclui, em algum momento, o adolescente como linha de atuação. Como essas duas políticas lidam com a questão da saúde mental do adolescente? Sabemos que essas duas políticas surgem ou encontram condições de possibilidade como políticas nacionais no mesmo período, a partir do final dos anos 80 e início dos anos 90, período este “de virada”, de mudança no país, quando confluem o momento de redemocratização, o fortalecimento dos movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica, a Constituição de 1988 e a instituição do SUS, traçando caminhos diversos e levantando questões em relação à adolescência.

Podemos dizer, numa constatação preliminar, que apesar de o Programa do Adolescente (PROSAD) surgir em 1989 e a Política de Saúde Mental se instituir em 1991, o caminhar efetivo da formulação de uma política pública de saúde mental voltada para a infância e adolescência só se deu no início do milênio. A “Saúde Mental Infante-Juvenil” entra como prioridade na Agenda da Saúde Mental quando são criados os Centros de Atenção Psicossocial Infante-juvenil (CAPSi), dispositivos extra-hospitalares voltados para esta população, através da Portaria GM n°. 336/2002.

Se esses dispositivos institucionais (os CAPSi) são mais visíveis, poderíamos nos indagar sobre as eventuais tentativas de responder a problemas de saúde mental do adolescente anteriores à virada do milênio. Da mesma forma, poderíamos nos indagar em que medida aqueles dispositivos se inscrevem na política de saúde mental, ou de que modo a

política sobre saúde do adolescente se relaciona com eles. Teriam seguido essas políticas trajetórias paralelas?

Partimos da ideia, colocada em análise neste estudo, de que a saúde mental do adolescente tenha ficado no espaço do “entre” duas políticas específicas com trajetórias talvez paralelas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo abordaremos alguns dos conceitos que balizam a presente investigação.

2.1 Adolescência

A configuração, ou a dificuldade de configuração do papel e espaço que os adolescentes devem ocupar no seu contexto social influi na forma como se dá sua inserção nas políticas. Uma aproximação sobre esta questão exige voltar o olhar para os aspectos conceituais ligados a “de quem” e “do quê” estamos falando, e ter uma compreensão da adolescência como experiência humana, integrada num processo contraditório que não tem um sentido ou significado único.

A adolescência seria a idade privilegiada do século XX. “A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada” (ARIÈS, 1981, p. 46). A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 1989, p. 5). A adolescência, como objeto do discurso médico, é traduzida nos textos como um estágio do desenvolvimento humano, identificado em todo e cada indivíduo, estágio este que traz em si mesmo significados específicos (AYRES, 1993 p 140). Para alguns autores, o termo *adolescência* aparece mais ligado à prática médica e da saúde, enquanto que o conceito de juventude se refere mais à integração social.

Adolescência, no contexto histórico brasileiro na década de 60, do autoritarismo dos anos de “ditadura militar”, significou ter a experiência de juventude marcada de violência física, psicológica e moral, em uma sociedade que não comportava processos singulares de subjetivação que ameaçassem contrariar a ordem social instituída. Uma geração de adolescentes foi silenciada (PERES, 1995, p. 13).

A adolescência pode ser pensada como um fenômeno social surgido a partir da Segunda Guerra Mundial; assim sendo, é um fenômeno construído e definido pela própria ordem social constituída. Ou seja, os papéis e *status* atribuídos à adolescência, diretamente relacionados às suas possibilidades de integração e atuação social, podem ser dificultados ou facilitados pelo próprio contexto social e seus constituintes.

Na sociedade atual, a condição ou *status* de adolescente com o tempo tem estendido sua faixa etária de permanência, ou seja, alargam-se os limites nos quais os jovens são considerados em período de formação e, conseqüentemente, considerados imaturos. A condição ou *status* de adolescente não implica o estatuto de cidadão por inteiro, dependendo ainda do Estado ou de outra instituição que o represente – fato que mantém um posicionamento jurídico dúbio dentro da ordem social. De igual modo, a categoria jurídica “menor” é também dúbia, pois se refere tanto à criança quanto ao adolescente. Assim, o círculo das possibilidades de atuação e de integração social diminui na razão inversa do alargamento da faixa etária considerada como categoria adolescente.

As noções ou atributos de imaturidade e irresponsabilidade jurídica e civil que lhes são remetidos (ambos) trazem a cassação de seus direitos enquanto cidadãos. Para fazer frente a esta questão, historicamente surge a “proteção”, a “guarda” e a “responsabilidade” por parte do Estado, da família ou instituições filantrópicas voltadas prioritariamente para o menor.

Luz (2007, p. 138) afirma que essa cassação da cidadania do jovem tem raízes na estrutura política conservadora das sociedades contemporâneas. Para além das aparências, do traço dinâmico da infraestrutura, nos deparamos com uma ordem social estruturalmente rígida, em que a juventude é vista com desconfiança e hostilidade e o adolescente se torna um problema, em princípio, a ser tratado. Esta colocação, entre várias reflexões, nos remete à questão da exclusão social.

A exclusão social dos jovens parece abranger dois âmbitos. Por um lado, através da ordem econômica via mercado de trabalho, incapaz de absorver o acréscimo constante de mão-de-obra do jovem, e por outro, através da depreciação de sua figura, rotulada de imatura e rebelde. Esta última acarreta o esvaziamento das críticas dos jovens, muitas vezes pertinentes, à sociedade, e também a justificativa para as ações coercitivas direcionadas a este grupo (repressão, internação e eliminação). A ordem social parece incapaz de absorver o novo, por se revelar diferente das relações sociais estabelecidas. A ordenação do jovem parece ser objetivo final deste processo, fazendo a velha ordem social emergir no interior do novo do adolescente (LUZ, 2007, p. 148-149).

Outra categoria importante que surge para designar o jovem é a de “escolar”, dúbia também, já que remete a crianças e adolescentes. É uma categoria que lhe dá “um lugar”, “uma posição legal” em oposição ao denominado “menor abandonado”. Esta categoria vem também se alargando, no sentido de tempo – ou seja, anos exigidos para a formação e integração do jovem em outros espaços e papéis na sociedade.

A escola ou a orientação pedagógico-educacional constituem o terceiro núcleo, onde a criança e o adolescente estão submetidos, constituindo o primeiro a família; o segundo, a puericultura ou núcleo médico-pediatra.

Silva chama a atenção para as relações que se estabelecem entre dois desses núcleos:

Ao atender uma criança em idade escolar, não só por não estar habituado a uma visão global da criança [...], mas também por não ter recebido subsídios em sua formação, que permitem isso, o pediatra teima em suas ações em desconsiderar aquelas relações que o escolar mantém com sua escola e seu processo de aprendizagem, insistindo, quando solicitado, no ato terapêutico. Por outro lado, na escola, os profissionais de educação parecem trabalhar sobre a mesma ótica da não-contextualização da criança como um todo. De modo que os desacertos da criança, com todo aparato metodológico das práticas pedagógicas, parecem levar o professor a acreditar que, quando esta não corresponde aos seus ensinamentos, é fato decorrente de incapacidade pessoal ou falta de saúde, o que remete a instituição ou núcleo médico. (SILVA, 1991, p. 12).

A criança e o adolescente frequentam os dois núcleos e são criados programas específicos, chamados de saúde escolar. Assim, historicamente se define a relação articulação/desarticulação de discursos e práticas entre saúde e educação nos programas de medicina escolar/saúde escolar – programas que atingem primordialmente a população socialmente desfavorecida, de onde emergem os repetentes e os doentes.

O encontro do mesmo “discurso cúmplice” com predomínio do “saber médico” tampona a não-prestação de serviços pelo não-cumprimento de seus papéis: para a educação, o de ensinar, e para a saúde, o de promover a saúde, acarretando, por parte de ambos, um tratamento medicalizante da criança e do adolescente. O que uma ação médica poderia fazer que não a medicalização para as questões não-médicas? (SILVA, 1991, p. 16). E a saúde mental?

A articulação entre educação e saúde parece se fazer dentro da premissa de que é preciso ter boa saúde para ter bom aprendizado, com a recíproca de que é necessário aprender para ter boa saúde. Este ciclo responsabiliza os sujeitos por suas defasagens na saúde e educação, sem permitir visualizar questões ligadas ao papel do Estado, nem escutar os sujeitos em suas demandas. Muitos programas de saúde escolar são montados com base na busca de diagnósticos dos problemas de saúde, incluindo saúde mental, pautados no fato de que os resultados são fundamentais para permitir ou não a sequência na escolaridade, ou tipo de escolaridade do aluno – constitui-se assim como instrumento de adaptação/exclusão.

Na saúde mental, podem-se levantar pelo menos dois tipos de questões que permanecem implícitas: o próprio encaminhamento para a saúde cria o estigma “aluno-problema”, referente a situações que poderiam ser resolvidas na escola; outra questão se refere ao rótulo “distúrbio de aprendizagem”, que pode tomar o lugar ou silenciar o sofrimento psíquico ou mesmo a condição da loucura. Na saúde mental, não faz sentido como campo de intervenção a categoria “escolar” ou “fracasso escolar”; é preciso caminhar no sentido de um trabalho em rede, onde a noção de cuidado não redunde em exclusão social.

2.2 Adolescência como objeto das políticas públicas

O reconhecimento da adolescência como objeto no meio científico só se torna significativa na segunda metade do século XX. A medicina se ocupa do assunto de forma relevante em torno dos anos 1970 (AYRES, 1993, p. 139).

A atenção integral à saúde dos adolescentes ganha destaque em organizações nacionais e internacionais como OPAS/OMS nos anos 70. O discurso que permeia esta questão parte inicialmente do crescimento populacional, que conta com o incremento numérico de adolescentes, ligando este fato a mudanças sociais e consequências no futuro, em relação ao desenvolvimento dos países. Como resultado desse aumento populacional, observa-se nos países subdesenvolvidos uma demanda em ascensão nos setores de educação, trabalho, saúde e justiça.

Na década de 80, a situação socioeconômica de grande parte da população brasileira, com enorme contingente de adolescentes inseridos nesse contexto, é de pobreza e indigência, e se agrava com consequências biológicas e psicossociais. Adquire, nesse momento, visibilidade social a questão dos “meninos” e “meninas” de rua/na rua nas grandes cidades brasileiras, a partir do que passam a constituir motivo de mobilização de vários setores sociais, governamentais e não-governamentais, como demandantes de políticas sociais específicas.

Até este momento, no que diz respeito à intervenção no campo da saúde, os adolescentes estavam incluídos de forma diluída no Programa de Assistência Materno-Infantil, tanto no subprograma de assistência à criança, na Saúde Escolar ou Saúde do Escolar como no de Assistência à Saúde Materna, no caso de adolescentes grávidas, incluídas no pré-natal. Assim, enquanto objeto da saúde materno-infantil, a adolescência era tratada

parcialmente ora pela área de saúde materna, ora pela de saúde da criança (PERES, 1995, p 3).

Em 1989, a OMS passou a valorizar a construção de políticas de saúde voltadas para o adolescente. Tal valorização se expressou na criação de um programa com expressão orçamentária naquela agência internacional, o que parece ter contribuído para que governos passassem a fazer o mesmo. No caso brasileiro, no mesmo ano o Ministério da Saúde estabelece as Bases Programáticas do Programa Saúde do Adolescente, destacando a saúde do adolescente na sua agenda. Uma característica geral muito importante dessas bases programáticas é a ênfase dada à atenção básica.

As Normas Programáticas do PROSAD em geral, e na área de saúde mental em particular, se dirigem aos profissionais de saúde na atenção primária, sobretudo médicos, para que na abordagem do adolescente possam avaliar/detectar os fatores de risco e desvios em relação a um padrão descrito nas normas, e encaminhar, caso seja necessário, para a saúde mental. Portanto, no PROSAD o adolescente objeto da saúde mental parece ser originariamente o escolar, ampliado para todo adolescente recebido no serviço de saúde dentro de uma faixa etária, bem como os adolescentes da comunidade.

Por outro lado, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que embasa a Política de Saúde Mental, traz como questão central o fato do isolamento e o ato de enclausurar o louco, dentre outros desviantes sociais, como prática utilizada em resposta a questões sociais e econômicas geradas pelas mudanças nos meios e produção desde o século XVII (PEREIRA, 2003, p. 41). E ressalta, também, o paradoxo relativo à psiquiatria moderna, que surge como um contraponto à caridade das hospedarias (interesse científico) e como uma tentativa de organização dos espaços urbanos (interesse do Estado e da sociedade), que traz em si o direito à assistência para a doença mental. No entanto, paradoxalmente, esse direito só encontra meios de se efetivar no modelo assistencial asilar e sob a guarda do Estado.

Tal situação tem como base a tomada do conceito de doença mental como contraponto à própria razão, situando o louco como incapaz de contratualizar em suas relações. Junto a esta localização se agrega o atributo de periculosidade, o qual passa de apenas uma probabilidade para uma regra justificadora da criminalização da loucura (BARROS, 2002, p. 177).

A Reforma Psiquiátrica brasileira e a Política de Saúde Mental, na sua luta pela cidadania do louco e busca de outra resposta social à loucura, pouco se referem, ou se referem

timidamente, a crianças e adolescentes. O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde, em 1992, aponta a necessidade de se levar em consideração o Estatuto da Criança e do Adolescente e as especificidades da atenção a essa clientela, no que diz respeito a sua hospitalização e direitos.

O adolescente só começa a aparecer de forma consistente, como objeto da Política de Saúde Mental, a partir de 2001. Assim, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que tem como tema “Cuidar, sim; excluir, não”, são feitas recomendações no sentido da incorporação de clientelas específicas, como tendência à expansão das áreas de atuação da saúde mental, sendo uma dessas áreas a saúde de crianças e adolescentes. A criação dos dispositivos extra-hospitalares (CAPSi) voltados para esta população ocorre em 2002, e em 2003 surgem as primeiras normativas que tratam da expansão, materializando os CAPSi como nova linha de atuação.

Novamente aqui encontramos uma convergência importante com iniciativas da OMS, pois essa agência internacional dedica o ano de 2003 à saúde mental das crianças e adolescentes. No mesmo ano, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde constitui um grupo de trabalho destinado à análise e diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes no âmbito do SUS. Em 2004, é constituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude. E no ano seguinte é publicado o documento do Ministério da Saúde “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, que apresenta as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional. Disso decorre que o adolescente objeto da Política de Saúde Mental é, inicialmente, o adolescente hospitalizado nas instituições psiquiátricas, e as crianças e adolescentes portadores de graves transtornos mentais (autistas e psicóticos).

Assim, de forma sucinta consideramos como a adolescência constituiu objeto das políticas de saúde em geral e das políticas de saúde mental em particular. Nestas últimas, o processo se deu de modo diverso e parece que existia uma invisibilidade mútua. Num enfoque, as crianças e adolescentes são atendidas, prioritariamente, se portadoras de diagnóstico de distúrbios de aprendizagem ou de desvios de conduta; e no outro, o olhar se volta para crianças e adolescentes hospitalizados ou diagnosticados com transtornos mentais graves.

Os ambulatórios públicos, segundo a literatura, atendiam a um grande número dos adolescentes contemplados no primeiro enfoque, e os segundos (psicóticos e autistas), sem

serviços especializados, contavam, além da hospitalização, com consultas visando apenas à medicação e ao isolamento em sua moradia (COUTO, 2001, p. 134).

A este quadro se acrescenta que, desde a modernização do Estado, as políticas sociais, sobretudo as que dizem respeito à assistência social voltada para a infância e a adolescência nos séculos XIX e XX, estavam preocupadas e direcionadas prioritariamente para a infância pobre (menor) e desviante, com clara ambiguidade no que diz respeito à proteção dessa população. As instituições totais – reformatórios, internatos e asilos – eram os aparelhos destinados ao “tratamento” ou “reeducação” desse contingente populacional, incluindo-se os “doentes mentais”, permanecendo estes últimos à margem do sistema formal de saúde em geral e da saúde mental em particular (PEREIRA, 2003; COUTO, 2001; BRASIL, 2005).

Ao configurar a adolescência e sua atenção como objetos das políticas, surgiram duas políticas públicas que lidam com a saúde mental, que tematizam, recortam seu objeto diferentemente, instituem práticas orientadas por referenciais diversos em momentos também diferentes e em aparente descompasso e lacunas no cuidado. A realidade dessa população também se mostra mais complexa que os recortes dados, no sentido do “cuidado ético a sujeitos em sofrimento nas suas diferentes faces de expressão de dor (do fracasso escolar ao insuportável do olhar)” (COUTO, 2001, p. 10). Este estudo pretende aprofundar as trajetórias dessas políticas.

2.3 Marcos orientadores das reformas psiquiátricas e das políticas: Programa de Saúde do Adolescente e Política de Saúde Mental

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorrem vários movimentos e críticas voltadas para as práticas dirigidas ao doente mental. Na Europa e nos Estados Unidos, surgem experiências inovadoras e contribuições de reforma da psiquiatria, entre as quais destacamos a Psicoterapia Institucional em 1940; a Psiquiatria de Setor nos anos 1960, na França; a Comunidade terapêutica em 1950; a Antipsiquiatria nos anos 1960, na Inglaterra; e a Psiquiatria Comunitária em 1960, nos Estados Unidos. A partir desta última, a psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica, mas constrói um novo objeto: a saúde mental (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2001, 2002).

No Brasil, as comunidades terapêuticas marcam sua influência criando um modelo discursivo e organizacional a partir da psicanálise, e a Psiquiatria Comunitária e Preventiva orienta não só alguns planos empreendidos por políticas públicas, na década de 70, como o

Programa de Saúde Integral do Adolescente PROSAD, a partir do final dos anos 80. Traz um modelo de intervenção que investe no campo extra-hospitalar e se apresenta como alternativa ao alto custo dos hospitais, sugerido pela OPAS/OMS. A Psiquiatria Comunitária e Preventiva convoca todos os níveis de governo, as organizações privadas e os cidadãos a participar do Programa de Saúde Mental. A desinstitucionalização, como medida de desospitalização, desloca o centro de gravidade das práticas psiquiátricas do hospital para a comunidade. Parte dos princípios da Psiquiatria Preventiva contidos na obra de Gerald Caplan e do conceito de História Natural da Doença, de Leavell e Clarck, “que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade e uma evolução ‘anistórica’ das doenças no tempo e no espaço” (AMARANTE, 1995, p. 41).

Neste conceito, para cada momento da evolução da doença corresponde um nível de prevenção; assim se estabelece a prevenção primária (intervenção sobre as condições etiológicas de origem individual e/ou social), prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoces) e terciária (readaptação). Amarrando esse “conjunto de prevenções”, entram os conceitos de luto e de crise (BORGES, 2007; PERES, 1995; BRASIL/MS, 1993 – v. II).

Este enfoque aponta para a necessidade de identificar, na sociedade, as pessoas potencialmente doentes, realizando, via prevenção primária, uma verdadeira malha de captação. Alguns autores se referem aos programas de triagem e/ou procura de suspeitos. A ideia de risco e de população de risco embasa esse marco orientador (LANCETTI, 1989, p. 81).

Na década de 70, surgem no cenário nacional as ideias e experiências ligadas ao movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que orientam, a partir de determinado momento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e embasam a Política de Saúde Mental. Trazem um novo arcabouço de saberes e práticas e constituem um momento de ruptura em relação ao aparato teórico-clínico da psiquiatria. Psiquiatria esta que, ao longo do tempo, transforma a loucura em doença, construindo a forma como a ciência e o senso comum lidam com ela, bem como construindo a forma como o doente se porta diante da sociedade, de sua doença e de si mesmo.

Franco Basaglia, importante representante deste movimento, critica as psiquiatrias reformadas e sua proposta é de ampla desinstitucionalização. Parte da irrecuperabilidade do asilo ou hospital psiquiátrico como modelo assistencial, pois para ele sua função é de exclusão e normatização. Destaca que o manicômio não se limita ao espaço asilar. É uma instituição e, portanto, se constitui do conjunto de sentidos atribuídos a esse espaço; são as interpretações

tanto da ciência quanto do senso comum a respeito da loucura. São também as atribuições dos profissionais e as leis do exercício profissional, a organização de serviços, o reconhecimento civil e/ou penal da loucura e ainda a percepção dos sentidos que não deixam dúvidas sobre a existência desta instituição que nunca teve atuação perspicaz no sentido de produzir saúde (BORGES, 2007, p. 51).

Basaglia mostra ser possível olhar para além da doença e ver a loucura não como um objeto, mas como uma forma de existência que faz sentido exatamente no âmbito das relações sociais. O processo de desinstitucionalização, assim colocado, está relacionado a uma luta simultânea nos níveis científico e político (AMARANTE, 2003; COSTA-ROSA et al., 2003; BORGES, 2007). Assim, o movimento italiano opta por um modelo de reforma mais político e participativo, institui a noção de território e tem como marca o reclame da cidadania do louco, buscando dar à loucura outra resposta social.

2.4 PROSAD: Programa de Saúde do Adolescente

A medicina se ocupa de forma relevante da adolescência, em torno dos anos 70, e as práticas voltadas para a saúde do adolescente assumem papel destacado na clínica médica – fato que traz implicações teóricas e práticas e para a organização dos serviços. A forma como se constrói ou se assume o discurso sobre adolescência tem consequências na prática e influi ou suscita questões na organização dos serviços.

Embora os trabalhos científicos sobre adolescência apontem seu caráter histórico, os textos médicos sobre saúde do adolescente e práticas revelam uniformidade surpreendente. São unânimes as referências a um padrão típico do adolescente, em termos de suas necessidades de saúde e das formas de relação deste com os serviços em geral. A adolescência é traduzida como um estágio do desenvolvimento humano – estágio este que traz em si os mesmos significados específicos, a partir das quais se colocariam necessidades imanentes de saúde que caberia à medicina identificar e satisfazer (AYRES, 1993, p. 140).

Seguindo o mesmo autor, se considerarmos que o conceito de adolescência, para além de designar uma fase do desenvolvimento do indivíduo, expressa uma condição de sociabilidade, uma forma característica de inserção social que determina processos de saúde/doença no qual se deseja intervir no nível coletivo. Os pressupostos e o instrumental epistemológico de que se serve a clínica médica tornam-se inadequados ou insuficientes para as necessidades diversas de produção de conhecimento e intervenção (AYRES, 1993, p. 143).

No Brasil, os primeiros serviços de atenção à saúde integral do adolescente surgem em 1974/75, em dois pólos (São Paulo e Rio de Janeiro) ligados às instituições de ensino superior, universidades ou faculdades de medicina, oferecendo atendimento com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos.

A dimensão dos acontecimentos nacionais guarda estreita sintonia com o contexto de discussão e resoluções tomadas em escala internacional. A atenção integral à saúde dos adolescentes ganha espaço/centralidade como tema para organizações internacionais, como OPAS/OMS, sendo esta uma preocupação anterior ao próprio PROSAD. Saito cita como ilustração deste fato a realização da primeira reunião de expertos em Brasília, em 1977, patrocinada pela OPAS/OMS, sobre adolescência (SAITO, 2001, p. 6).

A Conferência de Alma Ata, em 1978, foi um marco nos debates internacionais acerca das políticas de saúde. Trouxe avanços na construção de consenso entre governos do mundo, quanto à importância das estratégias de expansão dos cuidados primários de saúde a serem conduzidos com a participação do Estado, no sentido de melhoria de alguns indicadores de condições de saúde, principalmente nos países subdesenvolvidos. A saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano que só pode ser alcançado com a participação de setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Contudo, não se pode desconsiderar o apelo que os cuidados primários tiveram em função de seu menor custo e grande eficácia desses cuidados (MATTOS, 2002, p. 80), argumento que, como se verá, será importante na produção de duas leituras distintas sobre a atenção primária. No bojo da discussão da atenção primária proposta em 1978, no mesmo ano foi realizado no Rio de Janeiro o I Seminário Latino-Americano de Atenção ao Adolescente, onde se estabeleceu, em consonância com a OPAS, que a saúde da população adolescente deveria ser priorizada nessa região.

Na década de 80, a situação socioeconômica do país se agrava e grande parte da população brasileira, incluindo os adolescentes, vive em estado de extrema pobreza. Na assistência à saúde, os adolescentes estavam incluídos de forma diluída no Programa de Assistência Materno-Infantil, não se constituindo como foco prioritário, tanto no subprograma de Assistência à Criança, na Saúde do Escolar, quanto no de Assistência à Saúde Materna. Assim, as ações voltadas à saúde do adolescente se dão inicialmente de forma isolada e também por iniciativa não-governamental. Nesse período foram criados vários Comitês Estaduais de Adolescência, vinculados às Sociedades de Pediatria locais. Em 1986, o

Ministério da Saúde resolveu englobar a saúde dos adolescentes entre as funções da assistência primária, por meio da Divisão Materno-Infantil.

No Brasil, a Constituição de 1988 demarca legalmente um novo modelo de atenção à saúde, com a instituição do SUS para o setor público, cujos princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização por níveis de assistência e descentralização do poder com controle social) atravessam os princípios da atenção primária, enfatizando os sistemas locais de saúde e a organização da assistência segundo a realidade epidemiológico-social local (CAMPOS, 2007, p. 30). Especificamente, essa Constituição assegura direitos à criança e aos adolescentes, reafirmando os compromissos firmados na Convenção da ONU.

Como já indicamos, em 1989, a OMS, reunida em Genebra, oficializa a adolescência como programa de saúde, incluindo-a em suas propostas orçamentárias. O discurso que permeia esta questão parte inicialmente do crescimento populacional, incluindo os adolescentes, as mudanças socioeconômicas e desenvolvimento dos países. A OMS traz como proposta principal a formação de recursos humanos como a grande estratégia a ser adotada, para melhorar ou aprimorar a atenção a este grupo populacional dentro e fora das universidades (SAITO, 2001, p. 7).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, reconhecendo que “como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde, sendo dever do Estado possibilitar este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do SUS”. Inclui como uma de suas áreas prioritárias a saúde mental. As Bases Programáticas foram publicadas pela Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, também em 1989 (BRASIL, 1989).

Na prática, a década de 90 é considerada por Viana (2000) como um período de reforma incremental do SUS, ou seja, como passando por um conjunto de modificações no desenho e operação da política; mudanças que, separada ou simultaneamente, afetam o conjunto como um todo, ocorrendo sobretudo nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos/remuneração das ações e no modelo de prestação de serviços (modelo assistencial).

Outros autores destacam mais especificamente, nesse período, a radicalização da descentralização do SUS orientada pela municipalização da saúde, com mudanças na alocação

de recursos financeiros, nas funções dos gestores públicos e também no modelo de atenção, estimulada através da reorganização do nível de atenção básica, através do PACS e PSF – em 1995/96 âmbito nacional (CAMPOS, 2007, p. 30).

O PROSAD, em 1996, oficializa os centros de referência denominados Centros Docente-Assistenciais (CDAs) em saúde do adolescente, através das universidades, com meta de ter pelo menos um CDA em cada estado da Federação até o ano 2000 (COATES, 1999). E as secretarias municipais e estaduais buscam adaptar a proposta do programa às possibilidades regionais e de suas unidades de saúde. Assim, a atenção se desenvolve prioritariamente nos CDAs, nos ambulatórios da rede básica de saúde e nos trabalhos desenvolvidos pela equipe multidisciplinar nas comunidades.

É possível pensar que o PROSAD assuma diferentes formas e matizes, dependendo dos diferentes arranjos e relações entre essas instituições, nas diferentes realidades no Brasil e que esses diferentes arranjos influenciem a estruturação da saúde mental, no programa e na constituição de suas redes.

Ainda nos anos 1990, as agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, acenam com uma agenda de reformas baseada na necessidade de restrição e racionalização dos gastos em saúde, resultando na implementação de medidas de ajuste estrutural afetando o setor (CAMPOS, 2007, p. 30).

O PROSAD se institui caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo, visando a garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais. Essa noção de desajuste/ajuste individuais e sociais parece estar ligada também à noção de comunidade harmônica herdada da sociologia, através dos conceitos de adaptação/desadaptação, que são transpostos para doença/desajuste e saúde/adaptação (LANCETTI, 1989, p. 77).

O programa surge articulado ao nível de atenção primária de saúde, que corresponde ao primeiro contato com a população, ou seja, é uma porta de entrada ao sistema de saúde, implicando um ordenamento territorial regionalizado e uma rede de estabelecimentos e procedimentos de referência que orientam a circulação interna da população no sistema, incentivando sua participação.

Os debates, no nível nacional e internacional, bem como o entendimento e as soluções propostas para a estruturação/organização da atenção primária, nem sempre estão centrados

nas necessidades da população como um todo. Essa discussão é atravessada, por um lado, pela questão de os serviços serem diferenciados para distintos grupos sociais (não toda população), com foco para aqueles em situação menos favorecida; e por outro, isso se dá principalmente por considerações de custos, muitas vezes como forma de reduzir o gasto social com a saúde, através de pacotes mais seletivos de intervenções, bem como redimensionamento da atuação do Estado (TESTA, 1992, p. 162).

Resumidamente, esses debates são cruciais e incluem pelo menos duas leituras/orientações diferentes com implicações fundamentais na estruturação da atenção primária. Entram no debate o tema das relações público/privado e pelo menos dois conceitos sobre atenção primária: um com uma visão mais universalista, voltada para a atenção às doenças mais frequentes numa população; e outro com visão seletiva, voltada para pacotes de ações, baseados em custo eficiência/efetividade como “tecnologias mais apropriadas” para mudança de certos indicadores. No âmbito do debate nacional, a associação do termo *atenção primária* à visão seletiva causou prejuízos no uso do termo, implicando sua não-adoção por alguns grupos.

Para que a atenção primária funcione além das emergências, é essencial como porta de entrada sua articulação ao sistema como um todo. Sua desarticulação implica uma “distorção”, colocando no lugar da proposta de assistência adequada à população um único serviço disponível para uma parcela da população, representando uma restrição de atenção e acesso, ferindo, desta forma, princípios essenciais. Assim, seguindo Testa (1992), estaríamos passando da noção de atenção primária para atenção precária ou primitiva voltada para uma população menos favorecida. Numa acepção de atenção primária como primeiro nível de atenção com capacidade de dar respostas aos problemas mais frequentes, ampliando sua definição e atuação para além de pacotes de ações limitadas, segue as mesmas diretrizes e princípios do sistema como um todo e se apresenta com um modo de assegurar o acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde necessários à promoção e recuperação da saúde, viabilizando o acesso nos outros níveis da rede.

O SUS, nos seus programas de saúde, tem utilizado ao longo do tempo diferentes referenciais para delimitar sua população-alvo e estabelecer um diagnóstico de saúde a partir de técnicas epidemiológicas. Estas têm sido norteadas pela noção de riscos, determinados por diferentes parâmetros, dentre os quais os mais tradicionais são as patologias. Recentemente, também entram grupos populacionais, como as mulheres e as crianças, e condições dinâmicas como a adolescência e o envelhecimento.

Em relação ao Programa do Adolescente, podemos pontuar algumas questões específicas em relação ao uso desta técnica ou enfoque de risco. O Programa do Adolescente se organiza para delimitação da população, através do critério “idade”, mas numa perspectiva geral não se enquadra totalmente no critério de risco/patologia, critério que parece ser insuficiente, a não ser tomado de certa maneira ampliada, incluindo a noção de risco psicossocial. É importante não perder de vista que a adolescência, como fenômeno social, traz questões amplas que vão além do setor saúde – este sendo apenas parte da questão.

A lente colocada ou ampliada para o risco psicossocial, por sua vez, conduz a outras problematizações, pois pode incluir, num certo nível de compreensão, a noção de adolescência como “risco em si”, vulnerável a desvios em relação a um “padrão” (psicossocial) esperado, suscitando intervenção. Num outro nível, pode-se referir à parte da população vulnerável dentro do critério socioeconômico e condições de vida desfavoráveis, como a condição de pobreza. Neste segundo sentido, entra nos debates sobre recursos e saúde, universalidade, acesso, equidade e inclusão/exclusão.

O enfoque de risco é referido e enfatizado, também, no contexto das políticas internacionais de saúde nos “Cuidados Primários de Saúde”, em Alma Ata, e é visto como chave para a obtenção da “saúde para todos no ano 2000”. É percebido como uma forma de obter melhor relação custo-eficácia dos recursos disponíveis e como um instrumento, uma metodologia efetiva de adequar os requerimentos organizacionais e administrativos e o uso ótimo e apropriado de tecnologias às necessidades de saúde da população (PERES, 1995, p. 155).

Peres (1995) destaca ainda o enfoque de risco como o melhor indicador do caráter normativo/prescritivo do PROSAD e discute a questão da dificuldade dessa abordagem em relação à cobertura universal. Especificamente na área da saúde mental, no PROSAD o enfoque de risco é utilizado e o esquema de prevenção em níveis na saúde mental segue os princípios de Psiquiatria Preventiva, de Caplan. No nível primário, são considerados alguns fatores de risco psicossocial ou condições que levam o adolescente a desenvolver um distúrbio mental, nos âmbitos individual, familiar, institucional e comunitário. No nível secundário, que implica ações que conduzem a um tratamento precoce com a finalidade de recuperar a saúde e/ou evitar agravamento, incluem-se: retardo mental, dificuldade escolar, distúrbios de conduta, depressão, risco de suicídio, psicose, farmacodependência, masturbação e homossexualismo (BRASIL/MS, 1993 – v. II).

Ligando esse conjunto de prevenções (algumas absolutamente normatizadoras), aparecem os conceitos de trabalho de luto e crise – este, como o momento que potencialmente conduz à enfermidade e que justifica intervenções diferenciadas conforme a crise (evolutiva ou acidental). A adolescência, como crise evolutiva, remete à noção de vulnerabilidade que justifica uma atenção e possível intervenção (PERES, 1995, p. 64).

O enfoque de risco, visto como recurso epidemiológico da administração de serviços para racionalização da assistência, guarda certa semelhança com os parâmetros estabelecidos *a priori* para a avaliação de saúde mental em relação ao adolescente. Sua utilização e determinação, com caráter normativo e preventivo, caminham na contramão de uma escuta ampliada do sujeito adolescente e na contramão de uma abordagem que leve em conta sua subjetividade, como sujeito implicado (ou não) no que é identificado como risco. A questão não se situa na importância dos dados e indicadores epidemiológicos, pois eles são fundamentais principalmente para a gestão, mas as dificuldades se situam em relação à abordagem da saúde mental feita pelas equipes dos programas quando estas reduzem sua escuta a esses dados, indicadores e parâmetros.

É importante ressaltar que as Normas Programáticas do PROSAD em geral, e na área de saúde mental em particular, se dirigem aos profissionais de saúde da atenção primária, principalmente médicos, para, na abordagem do adolescente, avaliar/detectar os fatores de risco descritos e proceder ao encaminhamento dos casos pertinentes para a saúde mental.

No que diz respeito ao PROSAD do Município do Rio de Janeiro, ressaltamos sua trajetória de certa forma independente, na medida em que o programa foi promulgado pela SMS-RJ em 1986 e implantado desde 1987, antes mesmo de a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde criarem seus respectivos programas. Sua implementação mais sistemática se deu a partir de 1992, com a criação da Gerência do Programa de Saúde do Adolescente. O PROSAD originou-se do Programa de Saúde Escolar, através de portaria, em 1986, assinada pela coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) da Secretaria Municipal, juntando, no programa, a atenção ao escolar e o atendimento de todo adolescente com idade até 18 anos (RUZANY, 2000, p. 30).

A transferência dos profissionais do Programa de Saúde Escolar para o âmbito da saúde se deu em 1972, quando a Divisão de Saúde Escolar da Secretaria de Educação é transferida para o Departamento de Saúde Pública da Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME), à exceção do Setor de Orientação Psicológica, que permanece na educação. Os psicólogos e psiquiatras passaram a integrar, em 1974/76, as equipes multiprofissionais no

município do Rio de Janeiro, através dos Programas Especiais de Medicina Escolar, no que concerne ao atendimento ao aluno com distúrbio de escolaridade e de comportamento, desajustes sociais e familiares, nos pólos e na rede municipal – Decreto “E”, nº 7.477, de 29/10/74 artigo 84 (SILVA, 1991, p. 25).

O Programa na SMS-RJ segue as diretrizes do PROSAD-MS, adaptadas às necessidades identificadas no Rio de Janeiro.

2.5 A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem início no final da década de 70, contemporânea e ligada ao movimento pela reforma sanitária, num contexto do país que exigia a redemocratização e a construção de uma cidadania pautada na participação e universalização dos direitos civis. Nasce junto com fundamentações teóricas e críticas, no campo da psiquiatria, voltada para a questão da resposta social e política que é dada à loucura e aos desviantes sociais, no sentido da institucionalização, isolamento e enclausuramento em instituições psiquiátricas e para o resgate de cidadania.

Para alguns autores, psiquiatria e reforma andam juntas desde o início, em relação à humanização e no sentido terapêutico dado aos hospitais gerais nos quais as loucos se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade. Mas é preciso pontuar uma diferença, no final dos anos 70, quando a noção de reforma ganha uma marca distintiva, uma inflexão, pois a crítica ao asilo deixa de visar ao aperfeiçoamento e a sua humanização, incidindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, nos seus efeitos de normatização e de controle (TENÓRIO, 2001, p. 20).

As ideias de reorganização da saúde pública e da psiquiatria, bem como a ideia de expandir os serviços intermediários no sentido de eliminar os hospitais asilares, cresceram diante do quadro da assistência no país no final dos anos 60. O quadro apresentava o Ministério da Saúde com macro-hospitais destinados à população em desvantagem social e o Ministério da Previdência e Assistência Social destinando o atendimento aos previdenciários, através da compra de serviços da rede privada, além da rede oficial (BORGES, 2007, p. 28). A onda privatista da assistência em saúde no país ancorava seus argumentos na precariedade dos hospitais psiquiátricos da rede pública, bem como na incipiente rede ambulatorial, dando início à chamada “indústria da loucura” e o início da psiquiatria de massa (AMARANTE, 1995, p. 101; RESENDE, 1994, p. 62).

Na década de 70, surgiram propostas e ações conjuntas entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e INPS, esboçando um sistema curativo, constituindo um período de controle e diminuição das internações e de sua duração, bem como diminuição da quantidade de encaminhamentos e de iniciativas de interiorização da saúde e do cuidado psiquiátrico. O Ministério da Saúde publicou um documento, assinado no Chile em 1972, em consonância com o movimento internacional latino-americano, sobre os princípios básicos que deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país. Recomendava a diversificação dos serviços, sua regionalização, condenando o macro-hospital, propondo alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação dos crônicos, visando à “pronta reintegração social do indivíduo” (RESENDE, 1994, p. 65). O INPS publicou, em 1973, um manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica. De fato, neste período a condenação dos asilos ganhava espaço nos órgãos do governo.

As políticas sociais, bem como as políticas de saúde, estiveram presentes na agenda governamental no âmbito federal no pós-74. Nesse período ocorreu uma importante inflexão no encaminhamento das políticas estatais na esfera de atuação socioinstitucional. Até então, as políticas implementadas esforçavam-se por manter o interesse voltado para a área econômico-institucional (FARIA, 1996, p. 4). Entretanto, no governo Geisel assistimos, por um lado, a um amplo investimento na área social, e por outro, à diminuição do poder aquisitivo da população e deslocamento do capital da área produtiva para a financeira (BORGES, 2007, p. 29). Os governos pós-74 assumiram um discurso “social”, criando espaços para políticas racionalizadoras, paralelas e subalternas coexistindo não tão pacificamente com as políticas dominantes de capitalização do setor saúde.

Cabe destacar a Lei nº. 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS-1976) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE-1980) como iniciativas que, embora parciais (inclusive a terceira mais no papel), são passos significativos para a reordenação do setor e sugerem certo potencial de mudança (PAIM, 1986, p.168).

Nesse período, no setor da psiquiatria, com vistas à administração e planejamento dos serviços e ampliação do acesso da população, foram tomadas basicamente duas iniciativas: racionalização/humanização do asilo e criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. Porém, essas iniciativas não tiveram o impacto desejado sobre a qualidade do atendimento nem sobre a mudança da hegemonia asilar. Parecia que a assistência psiquiátrica

saía da agenda prioritária do governo, mas as demandas por reforma ganhavam voz de um grupo cada vez maior de personagens (RESENDE, 1994; BORGES, 2007).

Em 1978, entrou em cena o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que surge com uma série de denúncias sobre a situação de abandono, maltrato e más condições de trabalho dentro de um hospital público no Rio de Janeiro. Após demissões e marcante greve (crise da DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental), o MTSM entrou na arena política erguendo a bandeira da redemocratização do país e da transformação da saúde como via de transformação do Estado (BORGES, 2007, p. 30). Foi o primeiro movimento em saúde com participação popular, alcançando grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos até seu caráter definitivamente antimanicomial. Convencionou-se tomar este movimento como marco da reforma psiquiátrica atual com maior influência da Psiquiatria Democrática Italiana.

Em 1980, o convênio entre MPAS e MS (co-gestão) surgiu como novo modelo de gerenciamento dos hospitais públicos, contrariamente à tendência do Movimento da Reforma Psiquiátrica, visando ao planejamento e avaliação dos hospitais do Ministério da Saúde, no sentido da utilização de sua capacidade total, com vistas à universalização do atendimento e diminuindo as transferências para o setor privado.

A partir do agravamento da crise da Previdência, em 1981, elaborou-se o plano CONASP em 1982 (Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social), que, na versão geral e na assistência psiquiátrica, adotava diretrizes alinhadas com as postulações da OPAS/OMS, visando a descentralização executiva e financeira, regionalização e hierarquização dos serviços, além do fortalecimento da intervenção do Estado (AMARANTE, 1995, p. 75). Para Campos (2000), a proposta seguiu os referenciais da Atenção Primária em Saúde e, no plano para a saúde mental, foi definida a inserção do olhar assistencial sobre o contexto do paciente com fins de reconhecer os episódios determinantes no ciclo natural de saúde/doença, ilustrada no documento “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República”, elaborado em 1985 pela DINSAM (BORGES, 2007, p. 33).

Na década de 80, além das críticas ao modelo privatista e asilar, mudou a direção da DINSAM e ocorrem três processos importantes para a consolidação do Movimento da Reforma atual: a ampliação de atores sociais envolvidos, a reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidado em saúde mental (TENÓRIO, 2001, p. 31-32).

Segundo Tenório (2001), Borges (2007), Amarante (1995) e outros, a inflexão que permitiu ao movimento de Reforma Psiquiátrica abraçar o lema “por uma sociedade sem manicômios” aconteceu em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, tendo como marco anterior importante a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) ocorrida no mesmo ano no Rio de Janeiro. A I Conferência aconteceu num clima de embate com a própria DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Havia ativas resistências ao MTSM, além das colocações da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), entre elas a própria DINSAM, articulada à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). As resistências estavam aparentemente focalizadas na questão da participação popular no evento (AMARANTE, 1995, p. 97).

O relatório da I CNSM destacava a ampliação necessária do conceito de saúde; tratava do modelo assistencial, apontando a necessária reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica” e incluía deliberações sobre política de recursos humanos. No tema da cidadania e doença mental, fazia revisão das legislações vigentes e trazia contribuições no sentido de uma reformulação das legislações específicas, com adendo sobre a questão da criança e do adolescente.

O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru também em 1987, trazia como ponto de inflexão a negação do manicômio com todos os seus pressupostos e impunha a urgência de redescobrir a condição de cidadania do louco. O movimento voltou a se aproximar das entidades de usuários e familiares. Nessa virada, é possível afirmar que a influência da Reforma Psiquiátrica Italiana alcançou a posição de pensamento hegemônico dentro do movimento de Reforma Psiquiátrica, marcando o nascimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Tratava-se de convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura – foi uma ação na cultura (BORGES, 2007; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1995).

Diferentemente da solução racional doença-cura posta pela psiquiatria preventivista, lança-se mão da ideia de modos de existência e existência-sofrimento, exigindo pensar formas de cuidado que não contemplem somente a clínica, mas o resgate da cidadania na invenção da saúde. A construção da saúde mental se transforma num trabalho coletivo e político, negando a noção da saúde ideal e agregando um amplo conjunto de atores, abarcando todos os sujeitos envolvidos na configuração de um dado território (espaço fluido que, além de características geográficas, inclui recursos potenciais para a construção da saúde).

Em relação ao surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na construção de um novo tipo de cuidado em saúde mental, ressaltamos que em 1986 foi criado, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, que buscava funcionar como aparato alternativo intermediário entre o hospital e a comunidade, voltando-se para o acompanhamento de pacientes egressos e se colocando como estratégia de desospitalização. Em 1989, situamos em Santos uma intervenção municipal com fechamento de uma clínica privada (Casa de Saúde Anchieta), com a implantação de uma rede de atenção territorial de caráter substitutivo ao hospital (os Núcleos de Atenção Psicossociais - NAPS), estruturalmente capaz de responder a qualquer demanda psiquiátrico-psicológica com caráter social, tendo a clínica como apenas mais uma dimensão. Utilizava a noção de território que rompia com a lógica hierárquica herdada do modelo da psiquiatria comunitária e dava materialidade à proposta basagliana.

O NAPS se colocava como norteador da dimensão técnico-assistencial do movimento da reforma psiquiátrica e reforçava a exequibilidade do Projeto de Lei nº. 3.657/89, apresentado na Câmara dos Deputados em setembro do mesmo ano pelo Deputado Paulo Delgado, que dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória”.

O projeto tramitou por 12 anos entre Câmara e Senado e foi aprovado com modificações e outras contribuições definitivamente em 2001. Gerou debates e mobilização da sociedade e, antes mesmo de sua aprovação, incluiu atores de dentro e de fora do âmbito político institucional, dentre os quais representantes de usuários e familiares, trabalhadores, representantes da indústria hospitalar e a academia.

O tema da desinstitucionalização, nem sempre entendido da mesma maneira, e sua exequibilidade como projeto entraram, nos anos 90, no cenário de debates nacionais e internacionais sobre os sistemas de saúde e a reestruturação da atenção em saúde mental. No Brasil se torna presente principalmente através da atuação do núcleo da luta antimanicomial e das Conferências Nacionais de Saúde Mental (BORGES, 2007).

Em 1990, no que diz respeito à organização de serviços de saúde e políticas de saúde mental, destacamos no cenário internacional a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), realizada na Venezuela. Esta gerou a Declaração de Caracas, um documento importante dentro dos debates e embates da época sobre reformas e a construção de políticas de saúde

mental, sendo referida como “marco dos processos de Reformas da Assistência em Saúde Mental nas Américas” (BRASIL/MS, 2004, p. 10).

Oferece a proposta dos SILOS como alternativa para organização dos “Programas de Saúde Mental e Psiquiatria” dentro da estratégia da OPAS e da OMS, de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, visando “às necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva”. Os “programas de saúde mental e de psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam as estratégias e modelos de organização da atenção à saúde” (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990) – esta é referência e aparece no Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) em 1992, que trazia como tema a Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial, Direito à Cidadania. Dentre as diretrizes contidas na Carta de Caracas, existem eixos que coincidem com a Reforma Psiquiátrica e propostas não tão coincidentes, como a concepção de território – esta pensada na reforma como possibilidade de construção de cidadania e prestação de cuidados contrária em níveis de atenção. A Carta, através do SILOS, oferece exatamente a construção de um modelo que estipula a atenção em níveis (BORGES, 2007, p. 97).

No cenário nacional, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira orientado pela Psiquiatria Democrática Italiana informa a Política de Saúde Mental, que surge em 1991, quando o Ministério da Saúde cria a Coordenação de Saúde Mental (COSAM) para atuar na construção da política nacional. No mesmo ano, a COSAM e a OPAS patrocinaram um encontro, organizado pela Prefeitura de Santos e pela Cooperação Italiana no Brasil, com envolvimento da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (os três níveis de governo), cujo objetivo era discutir a problemática da Saúde Mental e cidadania no contexto dos Silos e criar um documento de referência para a política a ser adotada no Brasil no cotidiano (KALIL, 1992, p. 15). A Carta de Santos, que resulta desse encontro, estabelece alguns consensos em relação ao desenho do modelo assistencial, reiterando a proposta dos SILOS apresentada pela OPAS e também os pressupostos da política de saúde mental brasileira.

Neste ambiente de discussões e debates sobre propostas (progressistas e conservadoras) de um modelo assistencial, somado às dificuldades de financiamento do modelo vigente, a questão da mudança de modelo assistencial em saúde mental entra na agenda ministerial (BORGES, 2007, p. 98-103). A II CNSM, realizada em 1992, entre outras questões, apontava e detalhava os tipos de serviços que deviam ser criados para substituir a assistência psiquiátrico-hospitalar, ressaltando a necessidade de articulação com os recursos da comunidade, propondo também a integração com outras políticas sociais, definindo seu

alcance preventivo e intersetorial. No seu relatório constam duas portarias do Ministério da Saúde: SNAS nº 189/91 e SNAS nº 224/92.

A primeira foi o instrumento que possibilitou a remuneração de serviços alternativos, adequando-os à tabela de procedimentos, normatizou as internações e especificou rotinas e prazos das AIHs; a segunda continha diretrizes e normas para organização dos serviços e dispositivos gerais orientados para a humanização da assistência e direitos de cidadania dos pacientes internados.

No sentido da viabilização de dispositivos extra-hospitalares com vistas à exequibilidade da desinstitucionalização/desospitalização, contamos, ainda nos anos 90, com duas resoluções importantes, a partir da atuação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica: a Resolução nº 159/95, que aprovava a política proposta pelo Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), embrião do Programa “De Volta para Casa”, implementado em 2003; e a Resolução nº 210/96, que aprovava a determinação de que a SAS estudasse a inclusão, na tabela SIA/SUS, de alternativas às internações, como lares abrigados ou pensões protegidas. De 1992 até 1996, oito estados aprovaram leis de reforma psiquiátrica semelhantes ao PL nº 3657/89 (BORGES, 2007, p. 116). Em 1999 foi promulgada a Lei nº 9.867/99, que criava as Cooperativas Sociais, beneficiando grupos em desvantagem no mercado econômico, e dentro desses grupos a clientela psiquiátrica, guardando alguma semelhança com a experiência italiana.

A III CNSM ocorreu em 2001, e teve como tema “Cuidar, sim; excluir, não”, mesmo lema adotado no Dia Mundial da Saúde pela OPAS/OMS. Tratou dos subtemas financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania. No relatório eram feitas recomendações no sentido da incorporação de clientelas específicas, como expansão das áreas de atuação. Dentre as clientelas específicas, encontram-se as populações rurais, indígenas, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência e grupos de maior vulnerabilidade (moradores de rua, usuários de drogas e internos de hospitais de custódia e manicômio judiciário).

Foi publicado pela OPAS/OMS, também em 2001, o Relatório Mundial da Saúde, intitulado “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”. Esse documento trazia dez recomendações para serem adotadas pelos países segundo suas necessidades e recursos, e tratava de cuidados primários em saúde mental, fazendo uso de argumentações voltadas para a redução de custos. Dava um panorama da escassez de programas de saúde mental voltados para crianças e adolescentes. Reforçava a necessidade de uma política sobre drogas e álcool

integrada com a saúde mental, voltando-se para a “prevenção da incapacidade mental infantil” e para a atenção diferenciada a “grupos vulneráveis” com um foco comportamental.

A Coordenação de Saúde Mental, nesse mesmo ano, montou uma equipe de trabalho (grupo de consultores) e estabeleceu um diálogo com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), no sentido da integração das ações de saúde mental no âmbito do Programa da Saúde da Família (PSF). Em 2002, foram publicadas as portarias ministeriais relacionadas aos CAPS, dispositivos extra-hospitalares financiados pelo SUS (GM n^{os} 336/2002 e 626/2002), incluindo o CAPSi, voltado para a população infanto-juvenil. O ano de 2003 foi também o ano dedicado pela OMS à saúde mental das crianças e adolescentes, sendo ainda o ano em que a COSAM aproveitou para constituir o “grupo de trabalho” destinado a analisar e diagnosticar a situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e a propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento na área (BRASIL/MS, 2004).

O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, constituído em 2004, buscava funcionar como espaço de articulação intersetorial e de discussão permanente sobre as políticas para essa área. Tratava-se de uma instância deliberativa com ampla representação das áreas técnicas e departamentos do Ministério da Saúde, além de outros ministérios, órgãos e instituições.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil”, que apresentava as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes no Brasil.

Em 2004, foi elaborado um documento que abrigava a questão da Saúde Mental na Atenção Básica, pela COSAM e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica, intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”. Esse documento tratava da inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e discutia seus princípios norteadores: a desinstitucionalização, a noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade e atenção integral de qualidade e continuada. Abordava também a questão das chamadas situações de risco, as prioridades (transtornos mentais graves, uso de álcool e drogas, violência e exclusão social) e diretrizes em relação ao apoio matricial às equipes de atenção básica, PSF/PACS, formação, acompanhamento e avaliação das equipes. O ponto fraco do documento residia na questão do financiamento para as equipes de matriciamento e para as ações ligadas à formação.

O Ministério da Saúde tem procurado, recentemente, ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços na atenção básica, criando, através da Portaria nº 2.112, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), integrados por profissionais de diferentes áreas que devem atuar em parceria com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2008). Recomenda que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental.

De modo geral, podemos dizer que a influência do modelo de reforma psiquiátrica norte-americana foi forte e determinante na condução política da assistência psiquiátrica brasileira, tendo norteadado sutilmente o movimento pela reforma no país. É num momento de revisão crítica do trabalho e dentro do aparelho estatal que o MRP dá a virada teórico-político-ideológica, quando se instaura a hegemonia do pensamento da Psiquiatria Democrática Italiana, com base em Basaglia, da proposta de desinstitucionalização da loucura e negação do manicômio (BORGES, 2007, p. 36).

Acreditamos que é neste momento de virada, de inflexão do MRP e suas consequências, que começam a aparecer os descompassos na condução das políticas oficiais de saúde e de saúde mental no Brasil, bem como aparecem os descompassos na condução das políticas, especificamente no que diz respeito à saúde mental voltada para a população infanto-juvenil.

A Política de Saúde Mental, apesar de inserida nas discussões e fóruns sobre os sistemas de saúde e a reestruturação do modelo de saúde mental, só se volta para a atenção básica como área de atuação efetiva e tem como proposta a articulação com o PSF no início do milênio. Do mesmo modo, o adolescente só aparece de forma consistente, como objeto da Política de Saúde Mental, no início dos anos 2000. Não é focado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo abordado timidamente ao longo dos anos 1990.

3 OBJETIVOS

Este trabalho visa a compreender as “histórias e as trajetórias das políticas e os “debates” que se travam em torno das questões relativas à adolescência/adolescentes, especialmente em relação a sua assistência à saúde mental, a partir da formulação das políticas de Saúde Integral do Adolescente e de Saúde Mental e seus processos de implementação no período compreendido entre 1989 e 2005.

De modo mais específico, pretende-se identificar e analisar as concepções que embasam as interpretações e compreensões sobre saúde e adolescência e saúde mental que se apresentam no posicionamento ou nas propostas dos atores na formulação das políticas em questão.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa centrada na análise de documentos oficiais e discursos produzidos pelas Políticas de Saúde do Adolescente e Política de Saúde Mental – nesta última, destacando a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Optou-se, também, pela realização de entrevistas com atores selecionados na esfera nacional e no Estado do Rio de Janeiro.

Consideramos que a análise das políticas específicas consideradas na pesquisa pode ser feita de várias maneiras. No entanto, sinalizamos que, neste estudo, adotamos a perspectiva de análise sugerida por Gill Walt, que destaca a importância de as políticas serem analisadas nas dimensões dos atores envolvidos na sua formulação, destacando as concepções que organizam e embasam suas propostas de intervenção, bem como a maneira como os problemas adquirem relevância pública e os contextos privilegiados por essas políticas e seus processos de implementação.

É importante esclarecer que, apesar da ênfase nas questões relativas às concepções das políticas, não desconsideramos as outras dimensões. Na abordagem das políticas, adotamos também a noção de programa como uma dentre as diversas formas nas quais as diretrizes gerais de uma política pública podem se desdobrar. E ainda: “Usualmente, denomina-se programa um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto, orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente.” (MATTOS, 1999, p. 52).

No que diz respeito à análise das entrevistas, a interpretação e busca de sentidos no conjunto de informações coletadas, tomamos como base a análise de conteúdo de Laurence Bardin. A partir da gravação e transcrição das entrevistas, iniciou-se o processo de categorização do material disponível. Nesse processo foi utilizado o Programa LOGOS, um gerenciador de dados textuais (CAMARGO JR, 2000). Este *software* visa a facilitar esse processo, permitindo não só a associação de trechos das entrevistas às categorias, como também a identificação e recuperação posterior de trechos das entrevistas categorizados.

Considerando essa forma de coleta de dados que envolve seres humanos, foram levados em consideração os referenciais da bioética apontados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, em vigor. Ainda atendendo a essa resolução, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), apresentado aos entrevistados.

Para a execução da pesquisa, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

4.1 Pesquisa dos documentos e textos das políticas

A busca de documentos teve início na fase de revisão bibliográfica, realizada para a construção do projeto, procurando mapear a produção documental sobre a formulação de políticas de saúde do adolescente a partir do final dos anos 80, quando surge o PROSAD, assim como documentos relativos à política de saúde mental expedidos pelo Ministério da Saúde – ou seja, documentos normativos, como as portarias, que sinalizam ou expressam, num determinado momento, o “estado da arte”, as aspirações dos movimentos e os resultados dos processos históricos desse fazer político. Nesses documentos, a partir dos anos 90 houve a procura específica de sinais, movimentos, argumentos, propostas, ou seja, a procura de indícios de processos relativos às crianças e adolescentes. Foram levantados também documentos como normas, decretos e resoluções do Conselho Nacional de Saúde e relatórios/recomendações das Conferências Nacionais de Saúde.

Partindo do objetivo de analisar as trajetórias das políticas de saúde do adolescente e saúde mental no que diz respeito à atenção à saúde mental dessa população, levantamos também as propostas de construção ou modificação da Agenda de Saúde para essa população e documentos específicos da política de saúde mental voltados para crianças e adolescentes, nos anos 90 e início do milênio, período que abrange a implementação do PROSAD, a constituição da Coordenação de Saúde Mental e a publicação das diretrizes da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, em 2005. Esses documentos nos proporcionam subsídios para identificar suas concepções sobre saúde, adolescência e saúde mental, bem como sobre o modelo assistencial, ou seja, problemas considerados relevantes contidos no bojo dessas políticas.

Incluímos documentos e produções bibliográficas sobre as normas e construção e implementação do SUS, para melhor compreensão do contexto com o qual os processos das políticas de uma forma ou de outra dialogam. Da mesma forma, analisamos produções bibliográficas sobre a formulação e implementação das políticas em questão. Assim, os documentos foram inicialmente classificados segundo o critério da autoria, como: textos e documentos institucionais, leis e portarias; os textos oficiais de apresentação de ideias ou propostas de políticas, nacionais e internacionais; os textos acadêmicos de investigação e

análise dos temas (dissertações/teses) e outros textos de autores diversos institucionais ou da academia que se inserem, por exemplo, nos relatórios das conferências e eventos importantes que servem de base ou referência para o debate direto das formulações, implementação e mudanças das políticas.

4.2 Atores

Partindo do pressuposto de que a trajetória de uma política pode ser pensada através da análise das características institucionais que incluem o contexto e seus atores, ressaltamos que são eles que, nos seus encontros/desencontros, transformam o contexto em arena, dando vida ao processo político. Assim, eles constituem uma fonte de subsídio importante para os objetivos e a análise em foco nesta dissertação.

A necessidade de realização de conversas informais com informantes-chave foi avaliada ao longo das análises dos documentos, contando com o conhecimento desses sujeitos sobre as políticas, nos âmbitos nacional e local, no intuito de identificar diversos momentos e ajudar a costurar o rol de entrevistados. Foram contatados três informantes-chave, um do PROSAD e dois da Política de Saúde Mental.

O informante-chave do PROSAD participou de todo o processo de formulação da política, participou da elaboração das normas, exerceu cargo de coordenação em unidade local e internacional no período de estudo e continua atuando como profissional no âmbito local. Os informantes-chave da Política de Saúde Mental são dois técnicos que trabalham na coordenação/gestão local: um deles contribuiu enormemente na identificação dos atores locais; o outro atravessou todo o período de formulação da Política Nacional, especificamente na formulação da Política de Saúde Mental de Criança e Adolescente, nos âmbitos nacional e local.

Após as conversas com os informantes-chave, delimitamos uma lista de atores que participaram de modo destacado de cada uma das duas políticas. A escolha dos atores foi guiada por critérios semelhantes (cargo/relevância e momentos cruciais, permanência no cargo) e com diferentes atuações espaço-temporais, o que implicou, por um lado, a elaboração de dois instrumentos semelhantes no que diz respeito ao objetivo principal e, por outro, exigiu a condução de pequenas diferenças, respeitando-se as diferentes atuações. As entrevistas foram realizadas com coordenadores/gestores das políticas nacionais, com ex-gestores envolvidos em momentos cruciais da trajetória das políticas, por seu papel estratégico no

período de estudo e com profissionais envolvidos na construção e implementação das mesmas.

Foram realizadas dez entrevistas, seis na área do adolescente e jovem e quatro na área de saúde mental. Três foram realizadas no Ministério da Saúde e sete em âmbito local, em diferentes instituições no Estado do Rio de Janeiro. Na área do adolescente, optamos por incluir um ex-coordenador da Divisão Materno-Infantil local que atravessou grande parte do período e momentos cruciais da Política de Saúde do Adolescente. Na Política de Saúde Mental, detemo-nos primordialmente no processo e formulação da Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no período em foco, em âmbitos nacional e local. Um dos 11 atores selecionados inicialmente na pesquisa, ocupando hoje cargo na Política de Saúde Mental geral, no âmbito nacional, com participação também importante na formulação da Política Infanto-Juvenil, não pode participar da pesquisa, pois se encontrava no exterior e não houve tempo hábil para realizar a entrevista.

Duas entrevistas foram realizadas com coordenadores/gestores da Política de Adolescente e Jovem (nacional e local). Cinco entrevistas foram realizadas com ex-gestores envolvidos em momentos cruciais da trajetória das políticas, por seu papel estratégico no período de estudo, duas da área de Saúde do Adolescente e Jovem (nacional e local) e três da área de Saúde Mental (um de âmbito nacional e duas do âmbito local). Foram entrevistados, ainda, três profissionais envolvidos na construção e implementação das políticas, dois da área de Saúde do Adolescente e Jovem (nacional e local) e uma da área de Saúde Mental local.

4.3 Estruturação das entrevistas

O processo de entrevista dos atores selecionados foi conduzido de forma semi-estruturada, a partir de um roteiro de questões relevantes para a pesquisa elaborado *a priori*. Entretanto, as perguntas durante a entrevista foram sendo formuladas no processo de interação com o entrevistado com certo grau de liberdade frente ao roteiro prévio, conforme a pertinência ao contexto específico da entrevista, sem perder o eixo central. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, para posterior categorização.

Foram organizados três blocos de questões para orientar a entrevista: o primeiro bloco teve por objetivo conhecer o entrevistado, sua experiência profissional anterior, formação e sua trajetória; data de chegada ao cargo e tempo de permanência; sua percepção sobre as condições que possibilitaram sua ocupação do cargo, incluindo seu posicionamento, no

sentido do que o levou a aceitar o cargo e suas expectativas. Quando pertinente, procuramos identificar a data e período da saída e sua visão sobre o processo.

O segundo bloco trata da percepção do ator entrevistado sobre a história no período de tempo em que esteve no cargo. Inclui a percepção sobre a localização da política no contexto geral e seu processo. Assim, contemplamos seu conhecimento sobre os grupos e instituições de interesse, bem como dos interlocutores, com seus objetivos e propostas. Procuramos seu olhar sobre as preocupações mais relevantes na época e a localização do adolescente nelas; a percepção sobre o que contribuiu para que o adolescente surgisse como objeto da política ou como campo de atuação, com o objetivo, também, de trazer à tona suas concepções sobre adolescência. Especificamente, indagamos sobre o papel/importância do Estatuto da Criança e do Adolescente no processo da política. Procuramos, neste bloco, também identificar os documentos que constituíam as principais referências da política, naquele momento e atualmente, trazendo o conhecimento e possíveis indícios de mudanças na trajetória da política. Partindo de um eixo importante para o presente trabalho, procuramos sua visão sobre o papel e articulação da rede básica de atenção à saúde, no que se refere à assistência e prevenção dos chamados distúrbios psiquiátricos menores na população em estudo.

No terceiro bloco, chamado de “desafios e propostas para o futuro”, procuramos identificar a visão do ator sobre os desafios e as implicações que a adolescência traz como campo de atuação na Política de Saúde Mental e, igualmente, quais os desafios e as implicações que a saúde mental traz para a Política de Saúde do Adolescente. Com o objetivo de contemplar o conhecimento e localizar mudanças na trajetória das políticas, também introduzimos a percepção sobre a articulação entre as áreas (em qualquer situação de espaço e tempo do entrevistado), ou seja, entre a Coordenação de Saúde Mental e o Programa de Saúde do Adolescente na época (se possível) e no momento atual. Neste bloco, também, pedimos ao ator entrevistado, no intuito de obter uma visão crítica, um balanço de sua coordenação/gestão, incluindo em qualquer situação quais seriam suas propostas para o futuro.

4.4 Categorização das entrevistas

A análise começou com uma leitura flutuante das entrevistas, após a qual se iniciou o processo de categorização a partir do próprio texto. As categorias foram sendo construídas a partir do material, embora tivéssemos alguns eixos que gostaríamos de buscar previamente,

levando-se em conta os propósitos do estudo. Para facilitar esse processo utilizamos, como referido acima, um gerenciador de dados, o Programa LOGOS.

Inicialmente, trabalhamos as entrevistas construindo textos com o número total de categorias que apareceram. Assim, surgiram as categorias: ator; estruturação das políticas; estratégias de implementação; articulação intersetorial e interinstitucional; ações e prevenção; dificuldades; facilidades; mudanças das políticas; área frágil; adolescência; adolescente problema e atenção básica e saúde mental. Posteriormente, numa releitura, juntamos algumas categorias e formamos blocos, visando a maior articulação, sentido e clareza. Assim, surgem os blocos: ator, políticas e concepções, tendo no horizonte os objetivos do trabalho e da pesquisa, voltados principalmente para as trajetórias das políticas e as concepções. A categoria ator permanece fornecendo subsídios para a compreensão dos processos, trazendo a marcação dos momentos, contando a história da tomada de posição dos atores, a escolha de argumentos e seus envolvimento não-neutros. Os atores foram numerados aleatoriamente, no sentido de não serem identificados diretamente na análise, mas de permitir, quando necessário, a recuperação do registro de sua fala. No bloco das políticas são articuladas as categorias: estruturação, estratégias de implementação, articulação inter e interinstitucional; dificuldades, facilidades e ações e prevenções e mudanças nas políticas. O bloco concepções comporta as categorias: área frágil, adolescência, adolescente problema, atenção básica e saúde mental. No processo de análise dos blocos, algumas categorias, como dificuldades, facilidades e articulações inter e interinstitucionais foram rearticuladas às outras, ou seja, foram incorporadas a outras categorias dentro do bloco. E algumas categorias são analisadas em conjunto, como adolescência e adolescente problema e atenção básica e saúde mental, atendendo à busca de sentido e aos objetivos do trabalho.

5 RESULTADOS

5.1 Análise dos documentos

Na busca e classificação inicial de textos e documentos, foi possível perceber que o objeto do projeto – a saúde mental do adolescente e as políticas públicas ou a interseção proposta, do “entre” as políticas abordando a saúde mental do adolescente – não é o campo mais explorado da literatura produzida sobre essa população. Predominam os trabalhos sobre saúde do adolescente, focando temas como: crescimento e desenvolvimento, nutrição, gravidez, DSTs, álcool e drogas, violência, direitos e cidadania, adolescentes em conflito com a lei, participação juvenil, bem como políticas sociais. Na saúde mental de uma forma geral, na literatura especializada aparecem alguns quadros psiquiátricos, ressaltando frequentemente a importância do diagnóstico diferencial, e alguns textos sobre medicina de adolescentes ou adolescência abordam, nestas temáticas, os comportamentos de risco, suicídio e distúrbios alimentares.

É recente a possibilidade de se falar em Política de Saúde Mental e muito mais recente falar em Política Nacional de Saúde Mental voltada para crianças e adolescentes. Somente a partir de 2001 surgem alguns textos sobre saúde mental infanto-juvenil, e em 2005 foram publicadas as bases, as diretrizes da política de saúde mental voltadas para essa população.

5.2 Análise dos documentos das políticas

5.2.1 *PROSAD*

Ao mesmo tempo em que, olhando os documentos oficiais, é possível reconhecer os atores formuladores do PROSAD na cena política, entre eles os profissionais de saúde – predominantemente médicos, pertencentes a vários estados do país, ligados à Sociedade de Pediatria ou aos Comitês de Adolescência estaduais, bem como à Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA). Psiquiatras pertencentes às diversas Sociedades de Psiquiatria nos seus estados, profissionais ligados a outras sociedades médicas, representantes das Secretarias Estaduais, do Ministério da Saúde, das universidades e da OPAS – é possível reconhecer também a grande ausência de sujeitos adolescentes em nome dos quais aqueles se colocam (PERES, 1995, p.103).

As universidades, num determinado momento, aparecem como os principais atores na implantação do PROSAD no nível nacional, estadual e municipal (PERES, 1995, p. 103). Como atores importantes na formulação e difusão do PROSAD, destacamos que existem interesses e características (das universidades) convergentes e não tão convergentes (diferentes mandatos) em relação aos órgãos do governo que implantam a política na rede estadual e municipal, fatos que possivelmente apontam diferenças, dentro do PROSAD, entre os Centros Docentes Assistenciais (CDAs) e os programas implantados na rede.

Em relação a concepções sobre adolescência/adolescente que embasam as intervenções, além de sua importância demográfica aparece o critério cronológico voltado para jovens de 10 a 19 anos, com ênfase na consideração prioritária do critério somático: as mudanças morfológicas e fisiológicas que constituem a puberdade. Isto se dá apesar de a expressão “transição biopsicossocial” ser repetidamente utilizada para caracterizar essa fase do ser humano (GROSSMAN, 1997).

Aparece a construção de um padrão típico de adolescente, caracterizado na expressão contida na parte voltada para o desenvolvimento psicológico do adolescente, a chamada síndrome da adolescência normal. Ou seja, apesar das manifestações culturalmente diferentes, existem princípios biopsicológicos fundamentais que dão aos fenômenos características universais (BRASIL, 1989, v. 1, p. 37). Assim, torna-se fundamental conhecer os aspectos do desenvolvimento normal e patológico para identificação do adolescente de alto risco, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças, detecção e tratamento das psicopatologias (BRASIL, 1989, p. 17).

Em relação ao sistema de saúde, a hierarquização implica um modelo de intervenção apresentado como alternativa ao alto custo dos hospitais sugerido pela OPAS/OMS. Somada à ênfase da política na atenção primária, no que diz respeito à saúde mental, constitui um modelo de reforma que investe no campo extra-hospitalar visando à desinstitucionalização, entendida como medida de desospitalização. No campo da saúde mental, o enquadre teórico que aparentemente informa o PROSAD é a Psiquiatria Comunitária e Preventiva, ancorada nos Princípios da Psiquiatria Preventiva (CAPLAN, 1980), que utiliza a noção de níveis de prevenção em saúde mental. Traz como objeto a promoção da saúde mental e a proposta de intervenção na comunidade. Esse conceito parece evocar a noção de comunidade harmônica ligada à noção herdada da sociologia adaptação/desadaptação, transposto para desajuste-doença e adaptação-saúde. Assim, o conceito de doença surge ligado à noção de desvio, desajuste ou falta de saúde.

Com a implantação/implementação do PROSAD, a atenção especializada que se voltava para crianças e adolescentes na escola, com vistas a evitar que as doenças infecto-contagiosas se propagassem, e posteriormente para lidar com problemas de déficit de aprendizado e desnutrição, se amplia, abrindo o leque de problemas na medida em que a população do programa não se restringe mais ao escolar.

Um dos problemas destacados nos documentos traz uma ligação estreita entre a noção de adolescência e a de desvio em relação à norma social. Assim, o problema se situa na exteriorização dos impulsos instintivos, através de condutas nem sempre consideradas dentro dos limites socialmente aceitos, ou seja, consideradas antissociais. Ressaltamos que há uma priorização do comportamento. Dentro dessa mesma linha de argumentação e observação, a ideia de risco e de população de risco constitui aparentemente a base da prática de identificação de pessoas, na sociedade, potencialmente doentes, realizada via prevenção primária, através de, entre outras formas, entrevistas e observação na sala de espera como malha de captação.

A capacitação de profissionais e de adolescentes multiplicadores constitui proposta importante dentro do PROSAD. Ressaltamos a parceria das universidades e as Secretarias Estaduais e Municipais em projetos de formação de recursos humanos nos anos 1990.

Outra proposta importante que destacamos é a criação de uma rede intersetorial e interinstitucional, possivelmente fruto dos problemas amplos abordados, implicando outros setores, incluindo o Ministério da Educação e do Desporto; o Ministério do Trabalho; o Ministério da Justiça (COFEM, CONANDA); o Ministério da Previdência Social; o Programa Comunidade Solidária; organizações não-governamentais; organismos internacionais (OMS/OPAS, UNICEF, FNUAP e outros); sociedades científicas e universidades.

5.2.2 Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

A Política de Saúde Mental geral tem na sua bagagem, na sua base, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que se instituíram atravessados por diversas lutas e disputas, constituindo arenas com a participação de toda a sociedade. Conta com um grande leque de movimentos/entidades, com destaque para o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) a partir de 1978, acrescido pelo Movimento da Luta Antimanicomial e entidades representantes dos usuários, familiares e trabalhadores.

Os atores que podemos apontar na formulação da política emergem marcados ou surgem, ao longo do tempo, desses movimentos, principalmente da Reforma Psiquiátrica, sustentando na sua implementação, apesar de alguns pontos de encontros e desencontros, uma linha, uma coerência na construção da Política Saúde Mental.

Em relação à Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, o processo guarda grande semelhança, mas é preciso sinalizar algumas distinções. Se por um lado as bases são as mesmas, ou seja, a bagagem é comum, constituindo pontos de convergência importantes nas concepções e posições éticas (ou seja, na direção da política), por outro não percebemos a mesma participação nem mobilização social, nem mesmo identificamos entidades ou representações com reivindicações amplas e organizadas. Quando olhamos o documento da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil (2005), aparecem algumas distinções. Os atores que apontamos na formulação são marcados pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica, e constituem um grupo relativamente pequeno situado no lugar da gestão. Independentemente do campo de atuação inicial dos atores (clínica, ensino, pesquisa, militância da reforma), mas com certo destaque da clínica, em algum momento eles se voltam para a questão da criança e do adolescente. É importante ressaltar que os acontecimentos na esfera federal, como a formulação e publicação da política voltada para essa população, guardam forte ligação com os movimentos, pesquisas e estratégias de gestão realizadas e instituídas no que diz respeito à criança e ao adolescente e a saúde mental na esfera estadual, no Estado do Rio de Janeiro no final dos anos 90 e no início do milênio. Inclusive, alguns atores são os mesmos.

No que diz respeito às concepções contidas nos documentos sobre adolescência/adolescente, acrescentam-se muitos conceitos importantes que vêm de vários campos do saber, mas que formam um corpo teórico que auxilia a política, sobretudo no que diz respeito à proposta ampla de desinstitucionalização, introduzindo mudanças cruciais implicadas na criação de outro lugar social para a loucura, tais como: cuidado, sujeito, subjetividade, existência e sofrimento, entre outros. Contrariamente à psiquiatria, que originariamente era baseada num conjunto de saberes e práticas que transformava a loucura em doença, construindo a forma como a ciência e o senso comum lidavam com ela e, conseqüentemente, construindo a forma como o doente se portava diante da sociedade e de si mesmo, é preciso ter um olhar para além da doença que permita ver a loucura como um modo de existência que faz sentido exatamente no âmbito das relações sociais. “Na complexidade dessa forma de existência, duas considerações merecem atenção: primeiro, que o sujeito é

mais que um doente; segundo, que ele é doente.” (BORGES, 2007, p. 58). Assim, a noção de cuidado em saúde mental traz a necessidade de lidar com essas duas verdades.

A desinstitucionalização pensada como um processo de desconstrução e reinvenção de valores implica, por um lado, uma luta no nível científico e político; por outro, implica que o tratamento ao doente mental não pode estar restrito a um estabelecimento, mas precisa permear a praça pública. Assim, o modelo assistencial aparece composto por dispositivos distintos: assistenciais e não-assistenciais, atravessado por novas concepções sobre encaminhamentos, rede e território. Nesse modelo os encaminhamentos, quando necessário, assumem uma transformação em relação ao modelo anterior; eles precisam ser implicados, ou seja, quem encaminha se inclui e se responsabiliza pelo direcionamento da demanda, marcando um diferencial em relação ao modelo de referências e contrarreferências, onde o papel assume relevância. As noções de rede e território aparecem como uma forma de conceber o cuidado; assim, são tomados como recursos potenciais para a construção da saúde, o que marca um diferencial da acepção empírica e positivista do conjunto concreto de serviços.

No que se refere aos problemas abordados, assumem a centralidade as institucionalizações, de forma geral, ganhando visibilidade principalmente no século XX. As ações dirigidas à criança e ao adolescente ficaram restritas às instituições de ordem privada e/ou filantrópica, com base no ideário de proteção, surgindo como únicas opções de atenção e acompanhamento, em detrimento da tomada de responsabilidade do Estado.

Parece que o modelo que se oficializa, neste quadro, é atravessado pela noção de deficiência; portanto, a criança a ser assistida englobava a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinquente) (BRASIL/MS, 2005). A proposta central é a efetiva substituição do modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária.

Outras propostas incluem a criação de uma rede de cuidados ampla, pautada na intersectorialidade e na corresponsabilidade. Para tal, como estratégia principal de gestão, foi instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil em 2004, consolidando as redes de serviços. E houve a criação e implantação de CAPSi, dispositivos extra-hospitalares voltados para essa população no novo milênio.

6 DANDO VOZ AOS ATORES

Passamos a apresentar a análise do material obtido nas entrevistas. Como dissemos anteriormente, as entrevistas foram categorizadas. Optamos por analisar separadamente as entrevistas dos atores envolvidos em cada uma das políticas analisadas. Na apresentação que se segue preservamos essa distinção. No material relativo a cada uma das políticas, optamos por subdividir a apresentação segundo dois grandes blocos que estruturaram a entrevista: o bloco da política e o bloco das concepções. Em cada bloco apresentamos o material através de um conjunto de subtemas oriundos do processo de categorização.

6.1 PROSAD

6.1.1 Bloco Políticas

Estruturamos a análise a partir dos seguintes subtemas: antecedentes; PROSAD; estruturação e implementação do PROSAD; PROSAD e o SUS; o profissional de saúde mental e a equipe multiprofissional na atenção básica; ações/prevenção e o novo milênio.

Antecedentes

A sensação que se tem a partir das entrevistas é que antes de 1989, quando surge o PROSAD, não havia nada estruturado em termos de atenção/assistência ao adolescente, em nenhuma instância de governo, contrariamente ao que ocorria com a atenção à criança.

Em 78 eu fui nomeada diretora do Hospital Municipal [...] Não havia nada de atenção ao adolescente, era aquela coisa que terminava aos 12 anos. (Ator 1)

Quando eu cheguei lá que eu vi assim um deserto [...]. (Ator 1)

Aqui em Brasília não existia um trabalho com adolescentes, estou falando de 82. (Ator 2)

No entanto, a assistência ao adolescente ocorria em ambulatórios das universidades, como programas de saúde integral do adolescente, desde a década de 70, realizados por alguns pediatras, clínicos e ginecologistas; e ocorria de forma muito incipiente em instituições de saúde da rede, dependendo da vontade, engajamento de alguns profissionais na gestão e do

voluntariado de outros na prática. Como ilustração, alguns entrevistados falaram de suas próprias experiências:

[...] comecei a procurar alguém que quisesse fazer adolescente [...] era ginecologista infanto-puberal, durante dois anos fez de graça [ambulatório no município]. (Ator 1)

Tinha reuniões de psicólogos, com médicos e tudo para discutir essas questões [adolescentes]. Nós fomos o primeiro grupo que entrou nos Centros de Saúde, já profissionais, mas em situação, vamos dizer de estágio [início anos 80] (Ator 2).

Alguns trabalhos com adolescentes e articulações entre instituições existiam e eram desenvolvidos de forma experimental.

A questão do adolescente teve um trabalho experimental no Centro de Saúde, um dos trabalhos pioneiros com algum contato com o NESA, principalmente com gravidez na adolescência, em 84/85. Houve alguns grupos com adolescentes. (Ator 5)

A assistência ao adolescente na saúde ocorria, até 1986, diluída dentro da Divisão Materno-Infantil, no Programa da Criança no Subprograma Saúde do Escolar e no Programa da Mulher, quando a adolescente engravidava. Na pesquisa em geral, tudo leva a crer que o adolescente não constitui o foco principal das ações em nenhum dos programas e as principais preocupações se dirigem principalmente para a criança e a mulher, por questões epidemiológicas.

[...] O adolescente não estava dentro deste PAISMCA embora estivesse o “a” por ali a preocupação maior era com a criança recém-nascida, mortalidade infantil que era muito alta [...]. (Ator 4)

[...] a saúde da mulher não queria, não gostou muito dessa proposta de incluir a mulher adolescente no Programa de Saúde da Mulher e o Programa da Criança não estava se preocupando com o adolescente [...]. (Ator 4)

Esta posição guarda relação com o que ocorria nos movimentos e preocupações dos organismos internacionais, que focavam como temas centrais: crescimento e desenvolvimento, mortalidade infantil, desnutrição e mulher (focando a mulher adolescente na saúde reprodutiva e mortalidade).

[...] a OPAS, na época, estava muito mais preocupada com a criança [...]. (Ator 4)

É importante ressaltar que a OPAS aparece, no material da pesquisa, como um ator importante que, contando com assessores nacionais e internacionais, apresenta também ao Ministério uma proposta de Política de Adolescente gerada por profissionais do PAISMC, incluindo aí a experiência, já em andamento, da Política de Costa Rica e a experiência do NESA/UERJ no Projeto da Kellogg, estruturando o cuidado ao adolescente nos três níveis de atenção à saúde. Na publicação das Normas do PROSAD, em 1993, aparecem como formuladores profissionais de diferentes estados do país e também representantes da OPAS.

Um representante importante da OPAS, na época, tentou então organizar uma equipe de pessoas que estivesse circulando/lidando com a saúde do adolescente através do Programa da Criança. E aí foi incluindo a questão do adolescente, nesta ocasião ele já chamou um grupo para ser assessor do trabalho que ele queria desenvolver. (Ator 4)

[...] havia assim, um grupo suprapartidário que eram assessores a partir da OPAS. A OPAS se entusiasmou de fazer, de escrever um projeto, então nós escrevemos um projeto [...] a OPAS não estava sozinha, e acho que trouxe também outras instituições internacionais para trabalhar este projeto. (Ator 4)

A OPAS, na época, me pagou o que eu perderia no consultório. (Ator 2)

Em 1986, o Ministério inclui a atenção ao adolescente nas ações da Atenção Básica. Alguns municípios, como foi o caso do Rio de Janeiro, já haviam instituído um Programa de Adolescente, antes mesmo do Ministério da Saúde e do estado, ampliando a população atendida na rede e incluindo, além do escolar, todo adolescente até 18 anos.

PROSAD

A partir de 1989 nasce o Programa Nacional (Programa Saúde do Adolescente - PROSAD), com sua expressão institucional e orçamentária dentro da Coordenação Materno-Infantil do Ministério. A Política assume a forma de programa, ou seja, uma dentre as diversas formas nas quais as diretrizes gerais de uma política pública pode se desdobrar. Assim, refere-se claramente a um grupo de pessoas (equipe do programa) que dispõe de um conjunto de recursos orçamentários e certo grau de autonomia para conduzir ações. Surge dentro da lógica de organização e de concepção das ações governamentais tradicionais na saúde pública, num momento de profundas mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro, quando a Reforma Sanitária se consolida na Constituição de 1988, trazendo no seu bojo não só a saúde como direito de todos e dever do Estado e a visão do adolescente como sujeito de direitos, como também instituindo um modelo com princípios e diretrizes.

Segundo Schwartzman e Reis (2004), a medicina preventiva foi durante muito tempo área de responsabilidade do Ministério da Saúde (na origem junto com o da Educação) e os órgãos da Previdência Social se responsabilizavam pelo atendimento ambulatorial e hospitalar. As políticas de saúde, hoje concentradas em um ministério específico, vão desde as campanhas de vacinação e de comportamentos preventivos contra o fumo e a Aids ao atendimento hospitalar, incluindo o trabalho preventivo e atendimento dos postos de saúde.

Apesar de essas transformações do sistema no caminhar do modelo se traduzirem num arcabouço jurídico normativo, persistem questões relacionadas à organização e forma de estruturação das relações entre as instâncias no setor saúde no país. Uma das persistências que aparece é a organização das ações no nível central por programas. Por exemplo, ao se construir um programa do adolescente independente, por um lado se reconhece a necessidade de aumentar a centralidade das questões do adolescente na agenda do governo. Por outro, o programa passa a ser ele mesmo uma forma de luta pela maior centralidade do adolescente nessa agenda.

A luta em defesa do adolescente na agenda da saúde parece ter tido vários desafios, um dos quais pode ser localizado na concepção do senso comum, trazida de forma geral também na pesquisa, nas falas dos profissionais, de que o adolescente não adocece, não aparece ou não comparece aos serviços de saúde, portanto, não é alvo de atenção ou cuidado da saúde e das políticas.

Como a gente não tinha essa população sendo atendida, tudo o que se dizia era mais ou menos empírico: o adolescente não é atendido na rede de saúde, ah! Porque ele não adocece muito, é uma fase que não adocece. (Ator 1)

Curioso esse argumento do senso comum. Ele ecoa uma ideia muito difundida na saúde, que imagina que as prioridades em saúde deveriam derivar da magnitude dos problemas de saúde. Em outros termos, as doenças mais frequentes deveriam ser prioritárias. Nesse contexto, o que representa, por exemplo, defender um programa de adolescente, voltado para aquele que não adocece, com base na magnitude epidemiológica? De forma simplificada, esse instrumental procura organizar serviços e responder às necessidades, aos agravos que mais aparecem numa determinada população e território. Dito de outra forma, o interesse e a importância se voltam para os agravos que mais se apresentam para uma dada população. Neste foco o adolescente, que não adocece, não aparece em termos de consideração e importância.

Um modelo muito forte ainda da saúde como só ausência de doença, o adolescente não adocece, é saudável, não é isso? Então por que vou cuidar dele, não é isso? A lógica do sistema de saúde é toda muito ainda [...]. (Ator 3)

Segundo Ayres (1993, p. 169),

a adolescência é uma condição que faz intercessão, mas não se restringe aos limites do corpo, e suas necessidades de saúde também extrapolam categorias identificáveis nele, expressando-se relativamente pouco em termos de agravos orgânicos. [...] Será necessário trabalhar com os indicadores a partir de outra ótica, mais voltada para apreender as características sociais da adolescência do que as definidas no plano biológico [...].

Essa colocação de Ayres levaria a um esforço de defender o programa através da crítica direta ao primado da magnitude, como levaria à busca de argumentos mais voltados a uma compreensão mais ampla da saúde nesse momento da vida. Contudo, essa possível linha de argumentação não aparece com tanta clareza nos entrevistados. Ao contrário, talvez pela imagem de que o PROSAD deveria ter como eixo norteador a epidemiologia, eles não negam a relevância da magnitude. Desse modo, vislumbram seu trabalho no PROSAD como uma luta muito grande, e parecem construir estratégias de lutas que poderiam ser descritas como abrir ou aproveitar trilhas-alvo.

É preciso lutar muito para ele estar na agenda porque ele não adocece, então, por que vou cuidar dele? Isso começa desde a área da criança, você vê nitidamente, acabou, fez cinco anos, tomou a última vacina da Sabin, e esse menino começa a não ir mais à Unidade de Saúde, não tem asma, não tem doença crônica, não tem nada, ele some do serviço, então vai voltar numa DST, numa gravidez. (Ator 3)

O Ministério atual tem alguns projetos, algumas políticas, né? O Pacto pela Vida que tem algumas metas, a gente não conseguiu incluir meta específica para o adolescente, que foi quando eu entrei, em fevereiro ou março, a gente pactuou com os municípios, com as regiões, as regionais, realmente a gente não conseguiu botar nenhuma meta; tem o Plano Estadual acontecendo, tem o Pacto Mais Saúde que a gente sabe que o Pacto mais Saúde também não tem nada específico para adolescente; o adolescente, ele entra no PSE, no Programa Saúde da Escola, e a gente vai pela adolescente: gravidez de alto risco, a gente vai pega o adolescente, a gente vai pegando, vai entrando, mas não tem nada específico, certo, para o adolescente [...]. (Ator 6)

Quando aparece a trilha que pode ser traçada como uma nova percepção, no sentido de sua superação, o adolescente pode ser pensado como o “presente ausente”, ou seja, a ausência como fato percebido, que tem efeitos, que pode ser indagada na saúde, principalmente quando

se constata seu aparecimento, posteriormente, em termos de DST e gravidez – esta muitas vezes colocada como indesejada pela adolescente. Dito de outra forma, seria a indagação a respeito de uma parcela da população que não comparece, que faz parte, dentro da concepção, do ciclo de vida e que certamente tem suas especificidades/necessidades que precisam ser conhecidas e que possivelmente sugerem, aos serviços ou ao modelo, outras formas de atuação ou respostas.

As falas anteriores indicam uma estratégia que busca que o programa se aproprie (ou seja, vá “pegando”) algumas brechas ou trilhas de maior visibilidade (como a gravidez na adolescência). Outra questão que aparece gerando uma tensão no interior do setor é o alto índice de mortalidade e de violência (causas externas) entre adolescentes. Aqui os entrevistados parecem concordar com a tese de que os indicadores epidemiológicos traduzem necessidades que devem ser levadas em consideração e que exigem a formulação de respostas.

[...] eu achava que o adolescente ficava muito a descoberto, a criança, ela é vulnerável, mas ela era mais protegida, enquanto que o adolescente, quando ele ganha asas, para sair para a rua, para se expor, a gente via isso claramente nos dados de mortalidade, quando você lê os dados de mortalidade é impressionante, você vê assim, na medida em que a criança vai ganhando autonomia, do ponto de vista de seu desenvolvimento, vai aumentando a mortalidade dos adolescentes, principalmente os meninos; como problema muito grave [...], eu tinha clareza que o programa era importante sim, mas que era muito difícil, a gente, reverter esta mortalidade que continua acontecendo com os adolescentes com essa, [...] com o Programa, que era um programa social muito maior, muito mais [...] do que o próprio Programa. (Ator 5)

Mas note-se que aqui, ao invés de ir “pegando”, trilhando a questão, o que se reconhece é a insuficiência do programa em dar resposta a tais desafios. Surge, assim, a ideia de que as ações voltadas para a população adolescente deveriam ser mais intersetoriais, ressaltando-se que a saúde não dá conta, e destacando-se as dificuldades de integrar as ações inter e intrassetoriais.

As propostas, PROSAD, o que fosse, eram todas insuficientes, insuficientes para dar conta do grande problema da mortalidade (adolescente), [...] era um absurdo, o que acontecia e acontece em termos de mortalidade. (Ator 5)

Por outro lado, alguns atores na pesquisa apontam um trabalho, uma indagação a ser feita pela própria saúde, no seu interior, dentro de sua responsabilização, antes mesmo de se

falar na intersectorialidade das ações que se torna absolutamente necessária frente aos diferentes arranjos, faces dessa mortalidade e violência na sociedade, visando a seu conhecimento e tentativa de amenização/superação.

[...] a principal causa de morbimortalidade: causa externa, né? É a causa externa do adolescente, o adolescente não fica doente, fica mas, é mais difícil, né? A mortalidade dele é realmente mais por causa externa; e aí o que a gente vai fazer? A gente tem que começar a trabalhar a política de prevenção e promoção das causas externas, dos acidentes, da violência [...].
(Ator 6)

[...] a gente precisa ganhar isso com o adolescente, mostrar porque está morrendo, o que a gente pode fazer, o que pode acontecer, acho que agora isso acaba ganhando uma visibilidade melhor, aí você acaba separando [especificidade], né? Acho que [...].(Ator 6)

Esse questionamento “de dentro” do setor saúde permite perceber alguns desafios e impasses frequentes, que aparecem nas colocações encontradas na pesquisa, que contribuem para a permanência de uma situação ou modelo cujo enfrentamento, indagação, caminha no sentido de um maior entendimento da questão, da ampliação do instrumental e de ações de promoção de saúde voltadas para a mudança desejada.

Eu só sentia que a gente podia chamar a atenção para o problema, chamar a atenção, dizer: olha! Gente o problema é aqui. O resto vamos fazer o quê? Oferecer um bom pré-natal, já que ela esta grávida? Vamos atender o moleque baleado, tentar ajudar a tirar uma bala que ficou no braço do garoto? E ele fica preocupado porque em qualquer emprego, em qualquer coisa essa bala, alojada no braço dele, vai ser uma denúncia da sua atividade, e como você vai mandar um garoto desse para o serviço de saúde tirar essa bala? Então os contatos são com os problemas [...] os problemas menores.
(Ator 5)

Na argumentação do trecho acima, questões importantes são colocadas: se por um lado concordamos com a posição de que não cabe à saúde resolver algumas questões sozinha, por outro parece que parte do sentimento de impotência frente aos problemas apresentados se coloca na maneira de focar a questão, na não-valorização do que cabe ao setor saúde especificamente fazer, e fazer bem.

Colocar como problemas menores as ações como um bom pré-natal, atender e retirar a bala do moleque baleado é deslocar, é perder de vista um lugar que é o de atender às necessidades importantes da população e perceber que é desse lugar e dessas ações que se institui a possibilidade da intersectorialidade, ampliando assim a visão dos arranjos da violência, da gravidez e da mortalidade que ocorrem no social. É a partir daí que se criam as

condições para o desenvolvimento de outras ações, outros enfrentamentos diante de necessidades diversas da população.

De qualquer forma, as falas dão pistas de um grave problema de formulação do PROSAD: se adolescentes não adoecem, se somem dos serviços para retornar, elas grávidas e eles mortos pela violência, as respostas aos problemas de saúde de maior magnitude exigem a intersectorialidade. Mas essa intersectorialidade parecia inalcançável.

Embora todo o mundo quisesse, ficasse muito [...] mas a gente via a dificuldade de implantação (PROSAD), [...] principalmente pela intersectorialidade, pela dificuldade intersectorial e intrasectorial, porque era muito “caixinha”, “caixinha”, era difícil você integrar. (Ator 2)

A fala nos remete à ideia do arranjo do programa como uma “caixinha”. A ideia de programa, como forma de organização da resposta governamental, envolve uma luta que é ao mesmo tempo pela maior centralidade do tema em questão na agenda de governo, e pelo maior volume de recursos especificamente destinados para esse tema. Formam-se assim o que os entrevistados designam por “caixinhas” para falar de um fechamento sobre si mesmo do programa. Ora, é muito difícil integrar e articular ações conjuntas com outras “caixinhas”, com as quais simultaneamente se disputa. Com efeito, o arranjo em programas parece produzir uma fragmentação das políticas, o que se expressa tanto no nível federal como também tende a ser reproduzida nos outros níveis de governo.

O PROSAD produziu documentos importantes, no final das décadas de 80 e 90, dentro da lógica do programa, como as bases programáticas e as normas dirigidas aos profissionais da atenção básica, que explicitam as propostas, as áreas prioritárias, os objetivos específicos e indicam um conjunto de ações concretas a serem implementadas, justificando as opções técnicas de intervenção. Dirigiu ações para o perfil de adoecimento da população adolescente, dentro de uma estrutura hierarquizada por níveis de gravidade, inclusive a saúde mental, destacando atividades de educação e saúde e cuidados de atenção básica para uma parcela dessa população mais vulnerável.

Esta produção normativa construída no âmbito do programa no Governo Federal deveria se expressar na prática nos serviços de saúde, possivelmente sob a gestão de outros níveis de governo. Algumas falas dos entrevistados indicam certa preocupação dos formuladores com a reprodução das “caixinhas” nos outros níveis de governo:

Tinha certa dúvida em relação à questão de você estar implantando mais um programa-caixinha fechada. Havia a preocupação com a capacitação e com o

trabalhar as questões da adolescência, mas não obrigatoriamente que tivesse equipe exclusiva. Essa foi a linha adotada, contrária às expectativas de alguns municípios. Os maiores sentiam necessidade de ter programas, equipe exclusiva, poderiam ter, mas para os menores era muito difícil. (Ator 5)

Aqui reaparece a ideia do programa como uma “caixinha”, mas que busca de algum modo não se fechar, ao não tornar obrigatória a construção de equipes voltadas especificamente para o adolescente. Contudo, o tom não é propriamente de ruptura com a ideia de “caixinha”, mas de não exigir sua reprodução. Não se afirma exatamente que equipes especializadas sejam ruins. O que se faz é abrir-se para uma qualificação dos profissionais em questões sobre o adolescente, sem necessariamente criar um corpo de profissionais específicos (pelo menos nos municípios menores).

Estruturação e implementação do PROSAD

Uma das entrevistadas nos relatou que, como estratégia de estruturação do PROSAD, a Coordenação de Adolescente do Ministério da Saúde buscou, num primeiro momento, reunir um conjunto de pessoas que trabalhava de algum modo com questões relativas ao adolescente, realizando um Colegiado Nacional.

Posteriormente, para a implementação, foram realizadas pela Coordenação do PROSAD 110 viagens aos estados. A coordenadora era recebida pelos secretários de Saúde e autoridades locais. Quando havia a assinatura ou promessa de assinatura de portaria, estabelecia-se o Pólo Piloto. Neste processo houve uma diversidade de origens, pois os pólos foram criados em diferentes instituições e serviços de universidades ou de outros serviços públicos de saúde. Assim, características próprias dispararam o processo de implantação dos projetos-piloto. Para dar conta da diversidade dos serviços, em certo momento foi elaborada uma matriz com critérios básicos para atenção ao adolescente e sua avaliação, com o intuito de conferir certa unidade ao programa.

Montamos uma matriz onde alguns critérios eram necessários para fazer a atenção ao adolescente, desde ter tabelas de crescimento e desenvolvimento até haver profissional capacitados, a balança para uma pesagem adequada, enfim, critérios muito básicos. (Ator 4)

Desta forma, o PROSAD se oficializa nas Secretarias de Estado pelo país. De 1989 até 1994, 17 dos 23 estados oficializaram seus programas. Ou seja, um total de 74% das

secretarias. Alguns dos pólos irradiadores criados num primeiro momento nos estados se tornam mais tarde Centros Docente-Assistenciais (CDAs), cuja expansão se deu em 1996. Tais centros foram pensados para a capacitação de profissionais e promotores de saúde, sendo também referência para problemas mais complexos da população adolescente.

Também através da instituição de um colegiado, o Programa, junto com a OPAS, desenvolveu em Brasília, em 1991, uma metodologia para trabalhar e desenvolver atividades com adolescentes, no intuito de formar futuros multiplicadores. Esta metodologia incluía informação considerada necessária e uma parte voltada para o trabalho da autoestima dessa população. Havia a intenção de, no decorrer do processo, institucionalizar movimentos de adolescentes no país.

O Ministério chamou para uma discussão maior porque a OPAS quis fazer os adolescentes promotores de saúde em 1991 [...]. Nós trabalhamos toda a metodologia [...] para trabalhar com os adolescentes. (Ator 2)

Capacitar adolescentes como multiplicadores como estratégia de ampliação das ações do programa e assim ampliar a participação ou expressão social da população adolescente constituíam metas do PROSAD, embora este não tenha contado com essa população na formulação da política.

O PROSAD e o SUS

O processo de instituição do SUS, segundo o material da pesquisa, parece ter produzido muitos questionamentos relativos às mudanças no Ministério da Saúde.

O PROSAD veio numa época, né? Agora a gente esta numa outra bem diferente. (Ator 2)

Mudaram as regras todas. (Ator 2)

Entre as mudanças, aparentemente crescem no âmbito do Ministério as críticas ao modelo de programas, como o arranjo predominante para as respostas governamentais.

De 94 a 95, 96 houve muita mudança assim de nomes. Nem lembro: SASAD, um monte de nomes, foram mudando, por causa da estrutura, das discussões do Ministério, é Serviço de Assistência, não é Coordenação, mas é Serviço de Assistência, não é mais um Programa, porque aí começam as discussões do SUS, né? Da Reforma Sanitária e tudo, então o Programa já não estava mais cabendo, então o que poderia ser? (Ator 2)

As mudanças institucionais têm repercussões diretas sobre os modos de se utilizar os recursos orçamentários, a partir de meados dos anos 1990 (95/96). Entretanto, alguns dos entrevistados manifestam certa nostalgia do arranjo anterior do programa:

[Nos primeiros anos da década de 90] nunca me foi negada uma passagem, uma verba para evento, nada, nada, mas o Brasil era outro [...] você bolava mil eventos, você juntava 500 adolescentes para fazer um encontro com adolescentes, tinha verba, eram verbas orçamentárias, verbas do governo. (Ator 1)

[Hoje] não existe verba para os programas, existem verbas para as ações que os programas apresentam para o ministério [...]. Muitas vezes, aquilo que te cabe é tirado por umas necessidades; rubricas que são suas e que passam a privilegiar outras ações, isto faz parte, o remanejamento. (Ator 1).

[...] Bota orçamento na mão dessas equipes [do Programa]. Elas vão conseguir fazer mais coisas. [o recurso hoje]. Vai para um todo, é muito diluído, você pede e não sabe se vai ter ou não vai ter, a questão orçamentária [...] acho que atrapalha bastante. (Ator 5)

Para outros, como já indicamos, a permanência dessa lógica dos programas, sobretudo por parte dos coordenadores e gestores, dificulta as ações políticas mais transversais e intersetoriais e constitui um caminhar na contramão da descentralização, autonomia da gestão e necessidade de pactuação das ações.

As tensões aparecem de modo particularmente agudo com as mudanças administrativas em 2003, e para alguns, no caso do Programa de Adolescente, a situação implica perdas em termos de estrutura organizacional, perda de certa autonomia e de repasse de recursos orçamentários e financeiros. Com as mudanças, aparecem diferenças entre as gerências em termos de recurso sinalizando novas prioridades da política no Ministério.

Houve várias mudanças administrativas, né? Da área, antes era programa, depois a lógica do Ministério mudou [...] passaram a ser ações, né? E nessas mudanças estruturais a gente perde um pouco, a gente ganha por um lado, mas perde e às vezes perde coisas essenciais que é a estrutura organizacional, então [...] quando foi criada, a nova [...]. Esse Departamento, e que foi em 2003, com a entrada do Humberto Costa, ele vem um Departamento com uma Diretoria com seis gerências que seriam as Gerências da Saúde da Mulher, da Criança, [...] que são as que têm DAS 4, saúde mental, criança, mulher, idoso [...]. Essas gerências tinham (DAS); as outras DAS foram utilizados pelo diretor para alguma assessoria, alguma coisa assim. (Ator 3).

Nesse momento parece que há uma coexistência de modelos: se por um lado há o reconhecimento das mudanças e de um novo caminhar, por outro aparecem nitidamente as resistências, ligadas à noção de perdas e às vezes também aparece certo saudosismo. Ao lado disso, havia claro reconhecimento da difusão de uma cultura ligada ao arranjo por programas. Uma das entrevistadas, referindo-se ao que pode constatar em uma reunião de coordenadores da área de Adolescentes e Jovens, no final de 2008, afirma:

Isso [a lógica de Programa] ainda é muito forte, ainda é uma coisa muito presente, né? Nas nossas coordenações, a gente acabou de fazer um encontro de coordenadores, agora isso é muito forte, ainda essa visão de programa e não como ação, uma coisa mais intersetorial, transversal e tudo, né? (Ator 3)

É importante lembrar ainda que a década de 90 também é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. E que esses acontecimentos ocorrem num contexto marcado pelas propostas de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado. Nesse contexto, inovações institucionais são implantadas e cria-se um campo de tensão entre os objetivos macroeconômicos de estabilização e as propostas sociais de reformas.

O fato é que o PROSAD se desloca para a atenção básica. Algumas falas dos entrevistados sinalizam dificuldades na operacionalização, na incorporação do PROSAD nas mudanças ocorridas na Atenção Básica em meados dos anos 90.

A operacionalização [do PROSAD] passou para a atenção básica, porta de entrada, incorporar na atenção básica, né? Isso está muito claro na nossa [nova] política; isso muda esse paradigma, então [...] em que pese que nós temos ainda, como eu falei no início, a visão de programa, visão [...] algumas coordenações [...]. (Ator 3)

As inflexões exigiram um reposicionamento frente às ideias dos centros de referência.

Aquela estratégia [dos Centros Docente-Assistenciais] não teve uma repercussão como se esperava, né? Não teve [...]. Nós viemos com a mudança, municipalização o SUS, Atenção Básica. (Ator 2)

Aparecem resistências em relação à mudança do modelo no que se refere à organização dos serviços e na lógica de trabalho dos profissionais.

O pessoal só sabia trabalhar no modelo inicial, que foi o modelo dos centros de referência, isso não tem jeito, entendeu? (Ator 2)

O pessoal do Estado não entendia essa visão do SUS, da Atenção Básica,

entendeu? Eles não entendiam, eles entendiam ainda Centro de Referência.
(Ator 2)

No entanto, uma questão crucial aparece como sinalizador de um entendimento de mudança:

Nós ainda temos que aprender como desenvolver na Atenção Básica, ações básicas de saúde; a gente sabe, agora nós precisamos é [...] desenvolver isso junto com a atenção básica. (Ator 2)

Parece que o problema não se situa num saber sobre atenção primária ou atenção básica traduzido no saber e prática de ações básicas de saúde, até mesmo porque o PROSAD surge na Atenção Primária. A questão se situa em operar dentro de outro modelo de organização que não o das “caixinhas” mais fechadas do programa, que se desenharam na perspectiva da criação de Centros de Referência Especializados voltados para a assistência do adolescente. A ênfase na atenção básica exigia outro modo de operar, em outra lógica de trabalho, mais articulada.

Uma coisa que nós pensamos e discutimos com a UNICEF e tentamos incluir no PSF foi o Trabalho com adolescentes. Principalmente com os ACS, foi no início de 94/95. (Ator 2)

Para alguns atores, o que existia era um descompasso entre concepção do Programa e sua operacionalização.

O PROSAD tinha uma concepção de que deveria ter serviços, o que acontece é que ele não escreve isso, mas na hora de operacionalizar ele veio com a estrutura de ter um centro de referência com profissionais especializados, essa coisa toda. (Ator 3)

Assim, a contradição é apontada, no material da pesquisa, no que diz respeito à operacionalização do PROSAD, possivelmente frente às mudanças ocorridas na Atenção Básica em relação aos Centros Docente-Assistenciais (CDAs) ligadas aos movimentos decorrentes da implementação do SUS.

Se por um lado existe a concepção, ou a noção de que as ações e serviços se realizem, se integrem dentro das unidades básicas de saúde (porta de entrada), contrariamente, na operacionalização do programa aparecem os Centros de Referência com profissionais especializados. No entanto, parece que simultaneamente havia um lugar de destaque, um

reconhecimento do trabalho que se realizava nesses Centros de Referência, e a questão se coloca possivelmente na porta de entrada, a noção de equidade ligada à questão do acesso da população em geral, com focalização, nesse momento, da parcela mais vulnerável.

Você podia contar os Centros de Referências que tinham, aliás excelentes, mas que não davam conta do que havia aqui. (Ator 2)

Há uma pressão para a mudança, ou seja, de concepção, de reestruturação dos Centros, no sentido de maior sintonia com as mudanças importantes que ocorriam na Atenção Básica, entre elas o Programa de Saúde da Família.

[Atenção Básica] não tem referência, você tem referências secundárias, mas não têm primárias, que era onde a gente trabalhava mais. (Ator 2)

[Alguns centros de referência] continuam, porém, mais integrados à rede e vão naturalmente se incorporando a atenção básica, né? Vão se reestruturando, outros permanecem ainda, porque depende muito do gestor também, mas a maioria, no Brasil, hoje, a concepção de nossos coordenadores, [...] já está introjetado, é na Atenção Básica; é ali, onde o adolescente está, que nós temos a oportunidade e tal. (Ator 3)

Para alguns atores, esses centros também sustentam, de certa forma, a noção da necessidade de especialização no atendimento e no trabalho com adolescentes, em contraposição à ideia de uma integração de ações nas unidades básicas que levem em consideração a especificidade dessa população.

A questão do Centro de Referência é uma coisa muito forte, da especialização, né? (Ator 2)

Assim, surge um descompasso, em termos da concepção, na atenção ao adolescente. A lógica de porta de entrada do sistema na Atenção Básica parece se basear na especificidade e não-especialização da atenção, como sugere a polêmica em relação aos Centros de Referência. Esta colocação nós aproxima também da discussão, presente na época, entre inclusão e exclusão, ou seja, privilégio e o acesso universal a bens e serviços.

Aqueles centros de atenção mais integral ao adolescente que davam, que tinham apoio, acho que tinham poucos, poucos lugares né? Que davam além da assistência [...], por equipe multiprofissional tinha todo um trabalho de orientação, de educação em saúde e de orientação profissional também, neste ponto os adolescentes portadores de patologia, por exemplo, como conseguiam ser atendidos no NESA, eu achava que eles eram privilegiados, mas os adolescentes que têm distúrbios menores, esses não. (Ator 5)

Ocorre a coexistência de modelos e, portanto, as contradições estão postas com reflexos na nova organização, na implantação de novas estratégias institucionais – enfim, na gestão da Política de Adolescente. Assim:

Existia o PROSAD, mas era dentro do PAISMCA. Isso mudou. Era um programa, hoje ele é uma gerência. De um programa para uma gerência. (Ator 6)

[No Estado do RJ] organizar a Gerência da Saúde da Criança e do Adolescente, que ela não tinha sido organizada nesta perspectiva da Atenção Básica. De gerência separada da saúde da mulher, que elas estavam juntas antigamente. (Ator 6)

Aparece com mais nitidez, a partir dessas mudanças, a instauração de uma arena de lutas e disputas, uma verdadeira batalha por um espaço de assistência próprio do adolescente, pelo reconhecimento da especificidade, sobretudo através da aprovação de metas separadas, nas pactuações das políticas.

Ainda que junto da criança, acho que a tendência da saúde do adolescente é separar da saúde da criança. Não que trabalhem de maneiras diferentes, mas que existam projetos e pactuações diferentes, hoje nós conseguimos pela primeira vez, aqui, no Estado do Rio, no Plano Estadual de Saúde, incluir na área da saúde da adolescência quatro metas, o que nunca foi incluído, as metas que estavam incluídas em relação à saúde do adolescente e crianças era tudo num bloco só; mulher, criança e adolescente era mortalidade infantil, mortalidade materna, aleitamento, tudo num bloco só, hoje, não nós temos quatro metas específicas para adolescentes, a gente está começando a ganhar mesmo espaço, a batalhar pela assistência do adolescente, a mostrar a importância, acho que isso que faz um diferencial. (Ator 6)

A necessidade de tamanha carga de força (batalha) não se dá exatamente na medida da resistência, no medo de perda com a mudança? Ainda com base possivelmente na noção do senso comum de que o adolescente não adoce, logo não aparece nos serviços de saúde nem nas metas das políticas? Ressalta-se assim a dificuldade da inserção do adolescente na atenção, quando a lógica do modelo tem como base a magnitude epidemiológica?

Como efeito também produzido pelas mudanças, parece que se somam à noção do “não adoce” a representação e o sentimento do adolescente como diluído, portanto invisível, dentro da promoção de saúde, que precisa de luta, de estratégias e esforço para ser contemplado na pactuação das ações, agora num plano mais horizontal e transversal em relação às outras políticas.

Ontem mesmo nós acabamos o Seminário Nacional de Mais Juventude na

Saúde para discutir como que nós vamos, como nós pactuamos com os Estados as ações que vão inserir os adolescentes no Mais Saúde, que é o nosso Pacto da Saúde; no Mais Saúde e no Pacto pela Vida porque ele (adolescente) não está colocado, mas como tem promoção de saúde, ele está colocado, se a gente sabe que tem mortalidade materna, e nós sabemos pela última PNDS que o número de adolescentes e jovens que estão morrendo é maior que as adultas, então temos que ver a especificidade desse grupo etário, nessas ações, no Planejamento familiar, nos Direitos Sexuais e Reprodutivos, né?(Ator 2)

Ainda dentro do subtema PROSAD e SUS, chamou-nos atenção no material da pesquisa uma fala na qual o princípio da integralidade aparece como um operador da mudança política, dentro ou a partir das equipes, guiado por certos princípios, podendo assim pensar e articular um novo modelo com o PSF.

Eu acho que o futuro do Programa Saúde do Adolescente é buscar mais a questão da integralidade. Trabalhar esse programa, principalmente junto ao Programa da Família, integrando a família dentro desse contexto da vida do adolescente, enquanto essa questão não começar a ser observada de uma forma mais globalizada, mais dentro de cada um, eu acho que o programa vai ficar muito do tipo: tem caderneta de adolescência? Mediu? Pesou? Levou ? Fez a vacina? E o próprio adolescente fica longe disso. (Ator 4)

O profissional de saúde mental e equipe multiprofissional na Atenção Básica

No que diz respeito à saúde mental no PROSAD, aparece uma questão que atravessa quase todas as falas dos atores na pesquisa, a saber: apesar de a Saúde Mental se constituir como área prioritária, e apesar do peso que tem na política a noção de equipe multiprofissional no desenvolvimento do programa em geral, pensa-se numa equipe mínima, na qual o profissional de saúde mental não era incluído; ele entra como referência na rede.

Na rede básica, [...] então o profissional de saúde mental não chegou a ter um lugar numa equipe multidisciplinar. (Ator 4)

Há um discurso contraditório. Por um lado, existe o reconhecimento da necessidade do trabalho do profissional de saúde mental, inclusive na transmissão/ensino, sobre a inclusão da dimensão da subjetividade na avaliação, atenção ao adolescente; por outro, é colocada a falta de técnicos na rede. A sugestão da interface ou encaminhamento muitas vezes implica pouca participação nas equipes e perpetua o modelo de atenção mais voltado para uma abordagem das questões biológicas e sociais.

Havia o respeito à necessidade de se trabalhar a saúde mental, mas sempre se falava na falta de numerário técnico nos serviços. (Ator 4)

Ainda é um mito muito grande ter um profissional de saúde mental como sendo um profissional que não necessitaria estar presente; então, eu acho que ainda está muito longe do sistema de saúde entender suas limitações [...]. (Ator 4)

Como consequência, na avaliação de serviços, quando os problemas apontados em relação à saúde mental, inclusive na clínica, não são solucionados nas unidades nem na rede – ou seja, nos encaminhamentos –, isso afeta negativamente a resolubilidade geral e a qualificação do serviço frente às demandas dessa população.

[...] o atendimento ia precarizando; ficando menos qualificado. Então, uma equipe que você tenha, por exemplo, um médico, assistente social, um enfermeiro e um psicólogo você sem dúvida vai proporcionar, vai permitir que aconteça um atendimento mais resolutivo do que um que só conta com o médico e um enfermeiro, e assim vai. (Ator 4)

[...] [as interfaces] burocratizam um pouco o trabalho. (Ator 4)

O risco de burocratização do trabalho em saúde mental se situa menos na sua condição de referência e mais na pouca participação, proximidade com as equipes, na dificuldade de se estabelecer uma rede implicada.

Uma questão importante a se ressaltar é que a inserção do profissional de saúde mental na equipe do programa diferia conforme as instituições que compunham o PROSAD. Assim, surgem pelo menos duas realidades: a rede da atenção básica e os Centros Docente-Assistenciais (CDAs), estes últimos contando com profissionais de saúde mental nas suas equipes; e a rede básica com poucos profissionais (originários do Programa Saúde Escolar).

A partir dessa colocação surge no material da pesquisa uma concepção importante que permeia o modelo de intervenção para alguns gestores no PROSAD, que até extrapola a questão da saúde mental, relevante para análise e entendimento dos nós que podem surgir no decorrer da mudança do modelo, quando falamos sobretudo de gestão, horizontalidade, autonomia e participação.

Foge da governabilidade do PROSAD, não é ao Programa Saúde do Adolescente que cabe contratar psicólogos ou psiquiatras para a rede pública e eles não são contratados. (Ator 1)

O PROSAD, ele não é executor. (Ator 1)

Destacamos que, na prática, no material das entrevistas, quando surge a discussão da equipe e a inclusão do profissional de saúde mental, aparece com muita clareza a concepção forte de que no Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) existe uma separação entre quem formula a política, as normas, diretrizes e elabora materiais e quem executa a política, ou seja, a ação. Nesta visão, o ministério nem as secretarias estaduais são executores de ações de saúde; o município é o executor. Podemos pensar essa colocação como um analisador/disparador, ou seja, pensar suas consequências e implicações além do tema focado, de uma forma ampla no acontecer da política.

O Ministério da Saúde, assim como as Secretarias Estaduais, não são executoras de ações de saúde, são formuladores de política, são formuladores de normas, de diretrizes e eu diria até, isso há quem discorde, elaboradores de material, tudo isso; agora quem executa a ação é o município. (Ator 1)

Algumas ações do PROSAD

Diante da noção de separação, na qual os âmbitos federal e estadual se colocam mais do lado da formulação do que da ação e colocam os municípios como executores das ações formuladas, cabe questionar as consequências ou implicações dessa forma de articulação e a relação entre as instâncias no processo político na própria implementação do SUS, tanto no sentido da reprodução ou inovação que se faz possível na política, quanto no que acontece diante das diferentes realidades dos municípios (grandes e pequenos). Cabe lançar um olhar também sobre quais ações aparecem destacadas no material das entrevistas.

Embora se possa falar de forma geral numa Política Pública de Saúde do Adolescente, e inclusive imaginar pólos diferenciados de formulação e execução, num olhar mais próximo a Política Pública de Saúde do Adolescente é composta de políticas específicas elaboradas por repartições do governo, podendo ser examinada quanto ao seu impacto ou seus desdobramentos.

Pode-se estudar o PROSAD elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que de certa forma se antecipou ao formulado pelo Ministério da Saúde e pelos estados. Nenhuma dessas diferentes políticas pode ser analisada de modo isolado, abstraindo-se do contexto abrangente dos diferentes processos de formulação que ocorrem simultaneamente nas diversas instâncias e instituições governamentais. Assim, no Estado do

Rio de Janeiro, no processo de estruturação do PROSAD ocorriam discussões interinstitucionais, intersetoriais, os chamados comitês interinstitucionais, sujeitos a dúvidas e críticas por parte de alguns atores, sobre seu poder e interesse político de criar uma instância de proteção ao adolescente. Exemplificando com outro processo, o Distrito Federal tentou criar vários centros em vários locais – ou seja, vários centros na atenção básica, pensando no acesso – que pudessem trabalhar a questão do adolescente. E, assim, o PROSAD foi implantado nas regionais de Brasília.

No material da pesquisa aparecem como ações principais do PROSAD as atividades de assistência e prevenção, com destaque para o crescimento e desenvolvimento, bem como a realização de um bom pré-natal e um planejamento familiar mais qualificado, com algo mais que informação.

Fizemos "n" cursos de sensibilização de 40 horas e de capacitação com convênio na USP, na Escola de Saúde Pública. (Ator 1)

Percebemos outro eixo forte representado pela capacitação de recursos humanos, principalmente dos profissionais locais, municipais. As ações de capacitações de recursos humanos ocorriam inicialmente em instituições-chave, como a ENSP/FIOCRUZ, universidades (UERJ, USP), na articulação entre universidades e secretarias estaduais e municipais, e também na articulação com o MEC e a OPAS.

Os clínicos não se sentiam à vontade, os pediatras também não se sentiam à vontade, e também a pediatria do HUPE não quis se envolver com esta ideia de trabalho com adolescente, na época.. (Ator 4)

Ninguém, nem naquela época, achava que poderia trabalhar adolescentes sem ter uma especialização, entendeu? (Ator 2)

Muitos profissionais não atendiam adolescentes (pediatras, clínicos). Havia a crença, inclusive por parte dos profissionais, na necessidade de ser capacitado – aliás, muito capacitado – sobretudo em relação às questões legais trazidas pelo Estatuto da Criança e Adolescente (não claras). Aparece, na prática, certa resistência nesse atendimento, que certamente influi na hora de operar dentro dos serviços.

O pediatra hoje é obrigado a atender de 0 até 18 anos; [...] já tem algum tempo, e ainda hoje a gente encontra resistências, mas são facilmente quebradas. (Ator 1)

A noção ativa da problematização aparece destacada no material analisado como um tema da capacitação importante e como um caminho ou meio que permite uma abertura para considerar o problema, suas características locais, e não somente cumprir a definição da política elaborada pelo Ministério da Saúde.

Surge recentemente, como uma ação da política, a elaboração de indicadores de avaliação de serviços que lidam com violência sexual. As atividades educativas com adolescente têm destaque onde o trabalho sobre a questão do direito se coloca, e a elaboração e publicação de normas e diretrizes e materiais educativos já citadas anteriormente orientam profissionais e a população sobre a atenção à saúde do adolescente.

Existe a noção de que é preciso trabalhar com a prevenção e promoção da saúde como um fim de peso, ou seja, como meta. A atividade preventiva, como as ações de educação e saúde e de promoção, são vistas no seu papel de evitar doenças e de permitir sua detecção precoce. Da mesma forma, aparece na pesquisa a noção de que trabalhar as famílias sobre adolescência, focando o relacionamento, evita situações mais sérias.

No novo milênio

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

A partir de 2005, aparece no material das entrevistas a reestruturação da política que surge no decorrer das mudanças do sistema, assumindo forma distinta do programa, marcando essa diferença na chamada lógica das ações e da pactuação que implica, entre outras coisas, reconhecimento da capacidade de gestão dos representantes da instância estadual e municipal. Essa nova política se estrutura, em grande parte, com os mesmos gestores, através de um processo diferente. Assim, a política formulada passa pelo Conselho Nacional de Saúde, onde é aprovada em 2005 e vai para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para ser pactuada junto aos secretários estaduais e municipais. Num primeiro momento, não se consegue a pactuação em 2007, sendo necessário haver modificações na proposta, novas negociações e uma nova apresentação na CIT, para pactuação e consequente operacionalização.

Hoje, a área do Adolescente é a área que representa o Ministério em todos esses fóruns, no Conselho da Criança, [...] quantidade de Conselho, Câmara que a gente participa, a gente representa o Ministério no Conselho da Juventude, no Conselho da Criança e Adolescente, na Comissão. (Ator 3)

Sua formulação é orientada por três eixos, dois deles ligados a temas importantes que também eram contemplados no PROSAD – “Crescimento e Desenvolvimento” e “Saúde Sexual e Reprodutiva” – e traz inovações, como o foco em violência sexual como seu terceiro eixo. A nova política lida com outros temas considerados relevantes de uma forma transversal (questão de gênero, igualdade, participação juvenil e fortalecimento das meninas), articulando com outros setores, outras políticas.

A política reestruturada conta como algumas de suas ações: o desenvolvimento de projetos, sobretudo em parceria com a Secretaria de Direitos humanos e a Saúde Mental, sobre a atenção ao adolescente em medidas socioeducativas, que permitiu à área de Adolescente mudar sua expressão institucional dentro do Ministério. Como ações de destaque, ocorrem pactuações com os estados em relação às ações de inserção dos adolescentes, o lançamento da Caderneta de Saúde do Adolescente (2005-2008) e a produção de materiais educativos para adolescentes e profissionais ressaltando questões legais, ou seja, relativas ao campo do Direito.

6.1.2 Bloco Concepções

Análise com base no material obtido das entrevistas, incluindo as categorias: adolescência-adolescente problema, área frágil saúde mental e atenção básica.

Adolescência e adolescente problema no PROSAD

Nas Bases Programáticas do PROSAD, encontramos como concepção principal a importância demográfica dessa população, que é estimada em 23,4% da população do país em 1989. Junto vem a noção do direito à saúde e o dever do Estado de possibilitar acesso a esse grupo populacional.

A essa colocação podemos acrescentar o conceito de adolescência, contido no material da pesquisa, que pode ser analisado e ilustrado tomando-se inicialmente como base os três critérios levantados por Grossman (1995), enriquecido de outras discussões e ponderações contempladas nas entrevistas.

[...] a OMS fala em 10 a 19 anos, o Estatuto de 12 aos 18. O Estatuto traz a obrigatoriedade do atendimento até 18 anos, isto foi fundamental. Constituiu um respaldo legal. (Ator 1)

A única faixa etária que a legislação brasileira colocou limites, até 18 anos você não pode dirigir, você não pode beber até 16 anos, você não é capaz para assinar documentos para comprar uma casa [...] isso gera uma confusão porque as pessoas acham que ele [adolescente] não é capaz para ter sua vida sexual, acham que ele não é capaz para discernir, então as pessoas vão confundindo tudo [...]. (Ator 3)

O primeiro critério é o cronológico, ou seja, delimitação em faixas etárias precisas. Assim, o PROSAD está voltado para jovens de ambos os sexos, situados entre 10 e 19 anos de idade, na segunda década da vida, articulado diretamente às transformações somáticas que contemplam a totalidade dos adolescentes, a puberdade.

Para Ayres (1993), a importância assumida por esse recorte testemunha a não-assunção do caráter histórico e social da adolescência. Pois como recorte, numa determinada perspectiva, não é expressivo da multiplicidade de aspectos que essas dimensões podem imprimir ao objeto, aspectos esses não necessariamente subordinados à idade dos indivíduos. Essas dimensões (histórica e social) são consideradas centrais no sentido das determinações do processo saúde/doença.

Parece que existem coincidências e variações no recorte cronológico no âmbito da definição de adolescência. O recorte se dá tanto no campo da saúde quanto no do direito, com efeitos na assistência e determinações legais no que diz respeito a direitos e deveres dessa população.

A questão no campo do direito se apresenta de forma paradoxal, pois ao contemplar o adolescente na legislação em termos de faixa etária, por um lado confere à adolescência um estatuto de sujeito de direitos e respaldo para sua assistência em saúde; por outro, o direito em geral se dá com várias delimitações – ou seja, variando ao longo do tempo e gerando confusões. Desta forma, o entendimento oscila associando direitos/capacidades e limites/incapacidades de maneira não clara.

Eu era tiete da Síndrome da Adolescência Normal, eu acho que para você ensinar é fácil, as pessoas entendem e aquilo cai igual uma luva, você começa a colocar todo mundo ali dentro e não é assim. Hoje em dia a gente já não trabalha mais com essa visão. (Ator 2)

A gente não usa mais essa história da síndrome normal, síndrome. Se a gente trabalha com que cada adolescente é um adolescente, cada um vai ter a sua, então, botar isso em quadradinho, ajuda a fragmentar, ajuda a ver o adolescente como o sujeito que tem uma fase de “aborrecente” mesmo; aquela história vai passar, ou seja, acaba colocando que essa história do que vai passar é tão perigoso, né? Porque você deixa de valorizar aquilo que ele [...] aquele momento presente, então, o momento presente a gente não pode

perder a oportunidade né? (Ator 3).

O segundo critério se refere à construção de um padrão típico de adolescente. Na discussão sobre saúde, serviços e práticas destinadas aos adolescentes, surge frequentemente a referência a um padrão típico do adolescente que apresentaria uma uniformidade nas suas condições de vida, existência (*status*), que por sua vez demandaria intervenções passíveis de normatização. Parte-se de um padrão médio, característico do adolescente "normal", com a classificação em normal ou patológico, dependendo da menor ou maior proximidade a este padrão. Isto fica claro na expressão utilizada em relação ao desenvolvimento psicológico do adolescente – Síndrome da Adolescência Normal –, que traduz a existência de modalidades de conduta e comportamento, essencialmente as mesmas para a totalidade dos adolescentes.

Você pegava um modelo e enfiava todos os adolescentes, e isso não dava para você trazer [...] não dava para você trabalhar adolescência, no Brasil. (Ator 2)

São adolescentes, o adolescente não é um só, são vários, a princípio quando a gente fala de adolescente a gente precisa saber de que adolescente a gente está falando, de que lugar a gente está falando, isso é muito importante para a gente, numa política, porque senão a gente acaba botando tudo numa forminha, é tudo igual. (Ator 3)

Para alguns, esta abordagem, através de um padrão, constitui uma forma de olhar limitada que dificulta apreender o adolescente na sua diversidade, ou seja, dificulta apreender a complexidade psicossocial. O padrão, na medida em que generaliza, totaliza, uniformiza-os por exemplo, em "aborrecentes". Também o sentido singular e existencial se perde na generalização do "vai passar".

A concepção do adolescente estava ligada a esses pontos específicos: crescimento e desenvolvimento; a questão da saúde reprodutiva; a mulher adolescente na questão reprodutiva, o menino adolescente não tem muito espaço, mas também ele não chega no serviço de saúde, não existe assim aquela preocupação. (Ator 4)

[...] o adolescente era visto como um momento da vida importante de formação do cidadão, de formação [...] Depois entraram muito nessa coisa do desenvolvimento físico, era muito da transição de deixar de ser criança para ser adulto do ponto de vista físico, do ponto de vista mental, como ainda um ser em formação. Depois eles vieram com todo aquele material lá [...] dos caracteres de desenvolvimento; além da curva da criança passou a integrar a curva do crescimento e desenvolvimento do adolescente; a de crescimento, a de Tanner; agora ficou muito no físico, né? (Ator 5)

E o terceiro critério diz respeito à incorporação, nos documentos e na prática, de outros ramos do conhecimento além do biológico, porém com subordinação destes à dimensão somática. Apesar da expressão “transição biopsicosocial” repetidamente utilizada para caracterizar essa fase evolutiva do ser humano, é em torno do caráter biológico que se organiza a apreensão das demais dimensões. Os indicadores de saúde são também desenhados a partir de uma ótica biológica, para o diagnóstico dos problemas e das principais necessidades de saúde do adolescente, tais como as medidas antropométricas, o estado nutricional, a morbidade e a mortalidade nessa faixa etária.

É importante ressaltar que no material da pesquisa aparece que, em relação àquele (menino/adolescente) que não chega ao serviço, também não existe uma preocupação, possivelmente da unidade de saúde – não comparece, logo não entra no rol de necessidades dos adolescentes, na ótica biológica. Existe outra lógica? Parece que essa colocação aponta um limite na organização, no modelo em relação a essa população.

Noções e concepções relevantes, inclusive aparentemente contraditórias, surgem no material sobre adolescência/adolescente, que constitui em grande parte o cerne das discussões e produz efeitos teóricos e práticos no campo de nosso estudo.

Ele não adoce, por isso ele não é visto, acho que isso é um dos grandes motivos porque ele não está na agenda do SUS, é preciso lutar muito para ele estar na agenda porque ele não adoce, então, porque vou cuidar dele ? [...] (Ator 3)

[...] ele já foi pensado exatamente por ser uma população estratégica: [...] uma população que precisava ser incorporada ao SUS, uma população que tinha questões importantes da saúde que precisavam ser tocadas, precisava ter uma especificidade para essa população e que precisava ter inclusive a participação dessa população [...] (Ator 3)

Temos lado a lado duas colocações, do mesmo ator, uma na qual aparece a noção de que o adolescente não adoce, portanto é difícil entrar na agenda do SUS, e outra com uma população que tinha importantes questões de saúde e que especificidades precisavam ser levadas em conta na incorporação ao SUS. Cabe questionar: o que isso quer dizer? É prioritariamente o peso da questão demográfica? O que isso diz ou traduz em termos de sua incorporação ao SUS? Que questões de saúde não estavam sendo tocadas?

Desde o início no PROSAD, ele [adolescente] é pensado de uma maneira positiva, de uma maneira entendendo que é uma população que tem um processo de desenvolvimento, de amadurecimento, que precisa ter cuidadores. Então, acho que o mais importante é como sujeito de direitos, ou seja, aquele que precisa que as políticas públicas de fato interfiram e

impactem na sua vida, e com essa percepção da participação deles [...]. (Ator 3)

Fase de vida entre margens móveis; de um lado a dependência infantil e do outro a independência do adulto. (Ator 1)

Como sujeito de direito, aparece a noção do adolescente como aquele que precisa que as políticas públicas interfiram na sua vida, mas a forma como isso se dá o torna uma população que, por estar num processo de desenvolvimento e amadurecimento, precisa de cuidadores. Isso levanta a tensa questão da relação entre direito e proteção. Ambas as colocações, que se referem às políticas públicas, tanto no enquadre de sujeito de direito, quanto de população que precisa ser incorporada ao SUS, clamam pela participação dessa população.

Adolescente era terra de ninguém. (Ator 1)

Parece que algumas noções atravessam todo o material da pesquisa, como as noções de especificidade/especialidade no cuidado do adolescente. Por um lado, diz respeito a especificidades atribuídas a essa população que levam a alguns questionamentos: que especificidades são essas? O que faz ou traz a diferença? Por outro, diz respeito ao sistema, às ações programáticas e principalmente aos profissionais que precisam ter ou criar especificidades no sistema para lidar com essa população, o que também leva a alguns questionamentos: o que se precisa de específico para fazer frente ao cuidado dessa população? O que se coloca como diferença? É terra de quem?

Parece também que esses movimentos ou questionamentos, que seriam comuns a estruturação, organização do cuidado para qualquer grupo populacional, em algum momento cristalizam a noção do “ser-problema”. E as especificidades dessa faixa da população aparecem como problemas em si, quanto se constituem como um “ser problema”, “ser estranho” para determinada organização do sistema. Neste sentido, aparecem muitas vezes as solicitações, por parte dos profissionais, de capacitação para assistência e cuidado de crianças e adolescentes, e também as recusas de atendimento sob alegação da necessidade de especialização.

É um indivíduo que está num momento, né? De desenvolvimento de sua vida, né? E que a saúde não pode [...] traz para a gente assim a integração com outras políticas, né? A assistência, a família, traz outros personagens que são fundamentais para esse adolescente, né? Retomar sua vida seu caminho, enfim [...] ou nem chegar lá também. (Ator 3)

O adolescente, para mim, é muito [...], é o campo que a gente [da saúde] não da conta de fato, pode dar conta quando surge de fato um distúrbio, uma morbidade, de uma doença, quanto mais evidente, a doença mais [...], é diagnosticável você faz alguma coisa, então você entra no campo da medicina mesmo né? Agora, enquanto saúde [...] eu acho que a questão da educação, ela é fundamental, e ela não está dando conta. A não ser para as classes [...]. (Ator 5)

Outra noção importante é a de que o adolescente traz questões, necessidades para a saúde que não se restringem à área da saúde (no sentido restrito de tratar doenças); aparentemente são questões que vão além dessa concepção, exigindo a articulação com outros setores. Mas parece que, em primeiro lugar, há necessidade de a saúde conhecer melhor essa população, as demandas que se apresentam. Há também, possivelmente, a necessidade de ampliar a noção de saúde, pensar na prevenção de agravos e promoção de saúde e num segundo momento estabelecer a interlocução necessária com outros setores, outras políticas.

Adolescente problema no PROSAD

[...] a gente sabe que é uma fase tão complicada. (Ator 6)

A gente sempre achou, desde antes de Cristo, que o adolescente era uma pessoa rebelde, que não acatava ordens, e essa aparente desarmonia com seu meio social, desde aquela ocasião. (Ator 1)

Preocupação com os meninos “entre aspas” que não se adaptavam à família, criavam problemas. [...]. (Ator 1)

As primeiras noções no material surgem baseadas no senso comum. Há uma tentativa de naturalização do conceito de adolescência ligado a problema, através das expressões: “desde antes de Cristo”, “a gente sabe”. Assim, temos a adolescência como fase complicada, a adolescência em si mesma como sinônimo de problema, um ser-problema, como um possível “desviante”, ou seja, sempre em aparente desarmonia com seu meio social.

A gente só lembra que adolescente é adolescente quando ela esta grávida ou com doença sexualmente transmissível, aí o mundo lembra que existe adolescente, fora isso, ele está bem, obrigada, não precisa de atendimento. (Ator 6)

A questão da gravidez que é, era, e sempre foi a grande preocupação nos Estados [...]. (Ator 2).

A prática sexual do adolescente constitui um tema de preocupação, principalmente no que diz respeito à gravidez na adolescência. De um modo geral, a gravidez nesta fase é percebida como problema pela área da saúde, constituindo para alguns profissionais um risco biológico e, para outros, um risco mais social e psicológico. Quando a gravidez é chamada por alguns de precoce, remete à gravidez na adolescência, à noção de um desvio em relação a um padrão social ideal. E, inserida nessa temática, aparecem aliadas a essa questão as doenças sexualmente transmissíveis.

Visão do adolescente problemático, daí nossa visão histórica da doença, a gente vê a doença, então o adolescente aparece como doença, se não tiver doença, ele vai levando. Aí ele não aparece na mental, na bucal, nem na ginecologia, nem em lugar nenhum. (Ator 6)

Esta colocação tanto aponta para a base do modelo de saúde, que está mais centrado na doença, tomando a saúde como sua ausência, quanto destaca a prática decorrente desse modelo, mais voltada para a assistência médica. Neste enquadre, o adolescente só é visto quando tem uma demanda de saúde, uma doença. Caso contrário ele não é visto, não é levado em conta, ou seja, não é percebido.

[...] tinha também um outro viés que era saúde do escolar [...]. (Ator 2)

O PROSAD tem sua origem no Programa de Saúde do Escolar e mantém, por algum tempo, seu interesse voltado para a atenção a essa população “escolar”, no sentido da prevenção e promoção da saúde, com um olhar especial na dificuldade de aprendizado.

Eram apontados quando apresentavam algum comportamento socialmente não aceitável. (Ator 1)

Parece que, de uma maneira geral, os adolescentes são mais percebidos enquanto desvios de um padrão.

A juventude começou a ser muito pautada com as questões da violência, isso a mídia, aí começaram as discussões o sistema de mortalidade mostrando a questão, acho que isso juntou [...]. A violência começou aí a incomodar [...]. (Ator 2)

Adolescente começou a aparecer quando ele começou a infracionar, quando a delinquência começou a aumentar. (Ator 1)

O adolescente [...] os dados de mortalidade são impressionantes [...] vai aumentando a mortalidade dos adolescentes, principalmente os meninos; como problema muito grave, muito sério. (Ator 5)

Não só enquanto desvio de um padrão de saúde/doença (morbidade), mas desvios em relação a comportamentos, principalmente os aqueles considerados antissociais. A partir de certo momento, tanto os atos de violência traduzidos em altos índices de mortalidade, sobretudo atingindo da parcela masculina, quanto outros atos infracionais ganham dimensão maior.

[...] a exploração sexual comercial [...]. Violência doméstica e acidentes a partir da década de 80/90 [...]. (Ator 1)

Sexualidade dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. (Ator 2)

Alguns fatos relevantes, como exploração sexual de crianças e adolescentes, acidentes e a violência doméstica, entre outros, por muitos anos silenciados, ganham visibilidade nesse momento, muitas vezes por força da ação de movimentos sociais nacionais e internacionais, com apoio da mídia. Eles forçam o olhar da sociedade em geral e da saúde em particular, provocando questionamentos sobre seus significantes e as possibilidades de intervenção no sentido de mudanças. Entram assim na pauta das políticas públicas setoriais.

[...] A droga, naquela ocasião, era mais restrita aos meninos em situação de risco, aos meninos que cometeram atos infracional, aos meninos que de alguma forma eram de alguns grupos chamados de risco. Hoje a droga está em todas as classes sociais, não depende mais de pobreza [...]. (Ator1)

[...] o álcool um problema muito sério nos adolescentes, acho que realmente tem que ser discutido de outra forma, né? Que não sei como, né? Qual é a mágica, mas a gente tem que abordar, porque também não vai ter mais álcool? Como a gente vai comemorar? [...]. (Ator 6)

Outro eixo intimamente ligado ao anterior, que também ganha vulto na sociedade, não se restringindo, como se pensava inicialmente, a certos grupos específicos de risco, é a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas. Parece que atualmente assume lugar de destaque na pauta dos problemas a serem levados em conta na sociedade e nas políticas públicas, em relação à população adolescente.

Destacamos ainda que, na pesquisa, somente de forma branda aparece a preocupação com o primeiro emprego, ou seja, a inserção dos jovens na sociedade através da abertura de vagas no mercado de trabalho.

PROSAD - Fragilidade nas políticas

Na pesquisa, em relação ao PROSAD, de um modo geral aparece a noção da área de Adolescente como uma área mais frágil dentro da Divisão Materno-Infantil do Ministério. Esta noção de fragilidade se fundamenta ao longo da pesquisa através de diferentes argumentos.

A área de adolescência sempre foi uma coisa mais frágil [...] na Materno-Infantil, área da mulher muito forte, área da criança que sempre foi também um foco maior, maior mortalidade, as próprias políticas dos organismos internacionais priorizaram e também aqui até pela questão epidemiológica, na época. (Ator 2)

[...] A saúde da mulher não queria, não gostou muito dessa proposta de incluir a mulher adolescente no Programa de Saúde da Mulher e o Programa da Criança não estava se preocupando com o adolescente; havia então o PAISMCA, que era o programa de atenção integral da criança; o PAISM era da mulher, mas o adolescente não estava dentro deste PAISMCA embora estivesse o "a" por ali a preocupação maior era com a criança recém-nascida, mortalidade infantil que era muito alta [...]. Então havia até certa resistência na questão da saúde do adolescente; eu sentia assim por conta do Ministério da Saúde. (Ator 4)

A fragilidade está fundamentada primeiramente numa visão da questão epidemiológica, baseada no fato de que a morbimortalidade infantil e materna era maior que a do adolescente. Esses indicadores se constituíam como foco de interesse e preocupação e, portanto, faziam parte das prioridades dos organismos internacionais que se voltavam para essas questões.

É preciso um esforço para superar a limitação de um modelo baseado exclusivamente na magnitude epidemiológica (morbidade/mortalidade) e dirigir um olhar para a população adolescente, que, como parte do ciclo de vida de uma população, precisa ser conhecida para a construção de indicadores e ações de saúde mais próximas de suas necessidades de cuidado. Mesmo incluído como programa, o adolescente, dentro da Divisão Materno-Infantil, não é percebido como prioridade, sendo considerado como faixa da população que não adocece, relativamente não morre e, conseqüentemente, não comparece aos serviços. Mas é interessante ressaltar que, ao longo dos anos, os índices de mortalidade por causas externas ligadas à violência vêm crescendo significativamente nesta população.

Área mais frágil porque sempre essa transversalidade que a gente tem na política, isso sempre dificulta um pouco, as pessoas entenderem a importância do adolescente, porque você não trabalha sozinho, você tem que trabalhar com a Atenção Básica, trabalhar com área da Mulher, com todas as Áreas você tem que trabalhar, né? Porque você não vai fazer aquilo tudo

sozinho, porque nós não somos Programa mesmo e hoje a gente tem um trabalho horizontal. (Ator 2)

Como argumento da fragilidade da área, aparece na pesquisa a questão da transversalidade, ou seja, a organização do trabalho mais horizontal, articulada a outras áreas dentro da saúde. No nível das ações básicas, se o critério orientador do sistema for a atribuição de importância, baseado na frequência dos agravos, o adolescente dentro dessa lógica num determinado momento perde, não é contemplado. Cabe perguntar: que outros critérios poderiam orientar as ações de assistência e cuidado a uma faixa da população que some e posteriormente aparece com demandas significativas nas unidades de saúde?

Também no nível da própria concepção de programa, com seus parâmetros de expressão institucional (equipe e orçamento), parece que algo se perde, pois partindo de uma visão mais vertical, a transversalidade das ações é percebida como fragilidade, perda de poder.

Em termos de recursos o Programa sempre teve um pouco menos [...]. E nem sempre tinha coordenação no Estado e às vezes a coordenação era exercida para as três áreas por uma pessoa só [...]. No Estado às vezes tem [coordenação própria] ou às vezes é uma pessoa para tudo, mas sempre tem; no município é que geralmente é uma pessoa para tudo. (Ator 2)

Nessa lógica (programa) parece que, para sua própria legitimação, andam lado a lado a disputa pela maior centralidade ou importância do problema público em pauta e a disputa por recursos entre os diversos setores governamentais encarregados dos programas.

Nos Estados, nós tínhamos Coordenações, mas nem sempre em todos. Até 1994 não tinha sido ainda implantado no Acre e no Amapá.. (Ator 2)

Nos Estados não era nem separado [o Programa de Adolescente], veja bem, era separado, mas era Materno-Infantil, nós éramos um pedacinho, criança e a mulher. (Ator 2)

Mesmo instituído como programa nacional oficializado em quase todo o país, dentro da Divisão Materno-Infantil, o PROSAD aparece discursivamente num “sem lugar”, diluído, como se perpetuasse uma situação que existia na assistência ao adolescente antes do Programa Nacional, nos anos 80 – percebe-se, assim, como um pedacinho da criança e da mulher.

A fragilidade provinha da inconstância, “rarefação” na gestão, que de certa forma estava ligada à mudança da visão do Ministério da Saúde com a reforma do SUS. Diria que muito ligado também às prioridades do

Ministério [...] Assim, vem um depois vem outro, depois vem outro, depois vem outro e o Ministério também modificando as suas visões para [...] que o SUS realmente [...] desse certo, vamos dizer assim. (Ator 2)

Adolescente [no Ministério] não tinha DAS-4, ou seja, sempre numa informalidade; [...] eram consultores, [...] então isso não conseguia fixar porque o técnico vem, é convidado. Um consultor às vezes vem de longe e o Ministério não dá a menor condição, porque como consultor não tem direito a moradia, ele não tem nada, então ele não tem nenhum benefício [...] chegou uma hora que eles tinham que optar: ou eu volto para o meu lugar de origem, porque isso aqui não vai muito caminhar, né? Eu não vou ter muito [...] tinha uma limitação concreta, então ela [área] ficou muito fragilizada, a estrutura fragilizou a área, fragilizou porque acaba entrando a prioridade das políticas Materno-Infantil, Saúde Mental, né? Que estão dentro das prioridades do Ministério. (Ator 3)

Segundo diversos trechos da pesquisa, em termos de recursos para a área de Adolescente, até recentemente estes eram menores, inclusive os DAS, quando existiam. Tal fato conferia à área um caráter informal e, em muitos casos e por muito tempo, gerava a falta ou inconstância de coordenação/gestão, principalmente no âmbito federal.

Um dos fatores que contribuíram para essa situação é a nova estrutura, que surge como consequência da implementação do SUS, que fragiliza a área, pois muda o modelo, a estrutura e também as prioridades dentro da Materno-Infantil e do Ministério.

Olha! É difícil falar um pouco isso porque a área ficou muito tempo é [...] com uma ausência de coordenação, [...] então [...] uma técnica de muitos anos aqui, ela administrava as demandas que chegavam aqui de pareceres, o Estado que queria fazer uma capacitação, coisas muito pontuais, não tinha uma direção, não tinha uma né? [...]. Isso foi se fragilizando, né? Durante os anos... (Ator 3)

Não se tinha uma política reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS. (Ator 2)

Surge ainda como argumentação, sustentando a fragilidade da área de Adolescente, a questão de não ter uma política clara, já que o PROSAD era uma portaria. Essa fala remete possivelmente à estruturação da própria política, à lógica de programa, num momento de implantação do SUS, que traz mudanças nos processos, na lógica de gestão e nas prioridades, o que necessariamente gera descompassos e incompatibilidades, traduzidos nas falas como pouca clareza, poucos recursos.

[...] Tínhamos, depois do PROSAD que foi uma Portaria, [...] uma agenda nacional publicada, discutida, mas sem Portaria; aí não tinha uma política escrita, entendeu? Tinha ações, a gente discutia, tinha todos os instrumentos

de gestão que a gente tinha que fazer, mas não tinha uma política reconhecida, nem pelo Conselho Nacional de Saúde, na época. (Ator 2)

Com o a assinatura da Portaria [da questão socioeducativa, em 2004] a gente sai de uma situação bastante fragilizada da área. Sai desse momento que diria era um momento de ausência. (Ator 3)

Parece que, postas em conjunto, essas colocações tratam do que é necessário para sustentar e desenvolver uma política a partir dos anos 90. Remetem, por um lado, para certa importância da assinatura de uma portaria formulada, que pode ter efeitos; mas por outro, remetem para um “além disso”, um algo mais.

A participação popular, ao lado da descentralização das ações e políticas e da integralidade da assistência, a partir da Constituição de 1988, passa a ser considerada fundamental para a construção de um modelo público de saúde. A partir daí, o Conselho Nacional de Saúde se constitui como um dos instrumentos do controle social, através do qual acontece a participação de diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e definição de políticas públicas de saúde.

Algo se estrutura, nesses anos, regido por uma lógica de relação entre as instâncias, diferente da noção que aparece inicialmente na pesquisa, segundo a qual uma instância formula e outra operacionaliza ou implementa as ações do programa. Criam-se instrumentos, fóruns de participação nos diferentes níveis de governo, para avaliação/aprovação das políticas e para pactuação, de onde se originam as deliberações e operacionalizações das políticas. Num segundo momento, nas entrevistas, essa mudança de lógica, esse processo aparece na reformulação da Política de Adolescente em 2005 (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens). A política foi aprovada no CNS em 2007 e retorna para a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite em 2009.

Saúde Mental e Atenção Básica: a perspectiva dos que atuaram na saúde do adolescente

Apesar de a saúde mental constituir, segundo os documentos do PROSAD (Bases Programáticas e Normas), uma de suas áreas prioritárias para alguns atores entrevistados, o foco ficou no crescimento e desenvolvimento e a saúde reprodutiva, a ponto de alguns nem se recordarem da presença daquela área nas Bases Programáticas.

Eu não sabia [que a saúde mental era área prioritária no PROSAD] os documentos que eu vi do PROSAD, da época, falam do Crescimento e

Desenvolvimento, da Saúde Sexual Reprodutiva, eu realmente não sabia dessa história lá, lá atrás eu tenho aqueles documentos [...] Uma das áreas prioritárias naqueles três livrinhos. Eu fiquei muito com Crescimento e Desenvolvimento, Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva, tinha lá também questões com família, não sei, agora eu já não me lembro mais. [...]. (Ator 3)

De fato, em 2005, na reformulação de uma Política para a Área de Adolescente, a saúde mental já não aparece como área prioritária.¹ É claro que tal reformulação pode ter contribuído para certo esquecimento da presença da saúde mental nas formulações iniciais, mas tal esquecimento ou desconhecimento só seriam possíveis caso houvesse alguma fragilidade na constituição da Saúde Mental na agenda do PROSAD. Como fala um dos entrevistados:

A Saúde Mental nunca conseguiu um espaço muito relevante dentro do Programa Saúde do Adolescente por falta de pessoas no cargo de chefia [...] tivemos até um psicólogo [que ficou pouco tempo], outras pessoas assim querendo levar mais saúde mental para o Programa, mas como os parceiros todos pertenciam a outras categorias profissionais a questão da saúde mental não ficou muito forte no Programa. (Ator 4)

A julgar pelos relatos que obtivemos na pesquisa, a saúde mental entrou na agenda do PROSAD no momento de sua formulação pela atuação de profissionais que eram consultores, que integravam a equipe de elaboração, que percebiam e ficavam inconformados com o forte peso, ou seja, a centralidade que o crescimento e desenvolvimento e a saúde da mulher adolescente assumiam na agenda. A essa altura havia um direcionamento da agenda à saúde reprodutiva, muito em função da importância da Aids. Esses consultores queriam e se empenhavam para que a saúde mental tivesse destaque. Contudo, se tal posição deixou marcas nos documentos oficiais, ela não parece ter se sustentado no programa, até mesmo pelo perfil das pessoas que estavam dirigindo o programa.

Na OPAS, na área de Adolescente, a saúde mental também não tinha relevância maior, até porque existia, na própria instituição, um setor independente de saúde mental com o qual o Programa Saúde do Adolescente mantinha interfaces. Ao que parece, essa interface contribuiu para configurar a tênue presença da saúde mental no PROSAD, de modo que alguns entrevistados reconheciam a presença do tema e até mesmo identificavam traços da abordagem predominante.

¹ A reformulação manteve o crescimento e desenvolvimento e a saúde sexual e reprodutiva como eixos básicos, acrescentando a violência como seu terceiro eixo.

A proposição inicial estava [...] bem na saúde mental clássica, [...] Da questão do adolescente que está na escola, da questão das relações familiares, que é algo importante. Tinha aquelas questões [...] de dificuldade de aprendizagem, hiperatividade, [...] e tinham, lógico, as questões da doença mental, mas era muito acima do que se podia fazer na época. (Ator 2)

Portanto, na análise da pesquisa em geral, percebemos que há um reconhecimento da saúde mental nos documentos do programa, inclusive suas concepções são qualificadas como clássicas, amplas e relevantes. Mas parece que essas direções, concepções, não contavam com a sustentação e a implicação dos profissionais.

A ação lá [a saúde mental na Atenção Básica] ela vai ser muito preventiva, se ela for feita [...] dentro dos parâmetros da Atenção Básica, das ações que têm que ser feitas [...]. Promoção de saúde [...] articulações comunitárias, redes, agora tem as redes, se nós pensarmos nisso nas redes territoriais, onde você [...] visualiza [...] as vulnerabilidades, mas você vê também as potencialidades, a gente vai começar a trabalhar isso; agora. (Ator 2)

Note-se que nesta fala o trabalho na Atenção Básica envolve o desenvolvimento, além da assistência, de atividades de prevenção de agravos e promoção de saúde nas comunidades.

Nas Normas Técnicas de 93, a gente vê muito ali a Saúde Mental como um todo, mas muito além do que os serviços, na época podiam fazer, principalmente quando você pensa nessa relação de articulação da Atenção Básica com a médica. (Ator 2)

As Normas vieram também colocando em relevo a questão das dificuldades com a escola, [...] mas elas estavam além do que as pessoas podiam fazer. (Ator 2)

Destaca-se que aqui se fala numa dificuldade de articulação médica com a Atenção Básica, como se aquela noção mais ampliada de atenção básica estivesse dissociada da atuação dos profissionais médicos. Por sua vez, insinua-se aqui o que foi recorrente no material das entrevistas, que aquela proposta da saúde mental, que envolvia atuação para além dos serviços de saúde propriamente ditos, estava além do que se podia fazer. Possivelmente isso diz respeito ao modelo estabelecido, ou seja, a uma determinada organização de trabalho, que não dá conta, neste momento, de algumas propostas e demandas.

As duas falas permitem também um estranhamento: nelas se fala em normas como algo completamente distinto das práticas. Isso imediatamente chama a atenção: essas normas parecem surgir sem uma discussão dos (nos) serviços e sem a inclusão dos profissionais nas propostas, como um processo externo. Em outros termos, a formulação das normas não parece

levar em conta as questões da sua aplicação. Ou seja, as condições concretas que há para implementá-las. Aqui a concepção geral parece ser a da eterna dissociação entre a formulação e a implementação; a norma é um ideal inalcançável, portanto, elas são irrealizáveis.

Num contexto no qual a agenda parece irrealizável, podemos compreender que se operem algumas reduções temáticas:

O álcool e outras drogas, ele virou a saúde mental, quando você falava a saúde mental ninguém pensava [...] nas outras situações de saúde mental, pensava em álcool e drogas. A violência também entrava, mas o pessoal achava que tinha que trabalhar mais com álcool e drogas. (Ator 2)

[...] além da droga; estava na época muito voltada, não via outra coisa, era um pouco assim [...] como se não existisse a questão da saúde mental [...]. (Ator 5)

Note-se que a questão do álcool e outras drogas passa a ser considerada a saúde mental na prática, no programa, num nítido recorte ou focalização do campo. Dito de outra forma, a configuração muda. Não só muda o que é considerado problema público central, mas também, conseqüentemente, a política que surge como resposta.

É interessante notar que essa focalização na questão do álcool e da droga não significou necessariamente o afastamento de uma visão mais ampliada das relações sociais que subjazem tais problemas. Veja-se, por exemplo, estas duas falas.

Infração e a "drogadição" foram colocados como problema de saúde mental, mas acho que não são problemas da saúde mental, são problemas sociais que a gente está vivendo. O que se está oferecendo para os jovens? Qual opção que eles têm? Hoje a questão da facilitação, o acesso [...]. (Ator 5)

Violência, o pessoal acha que é só saúde mental. Álcool e drogas é saúde mental, as pessoas, quando pensam na questão do álcool e drogas, elas não pensam [...]. Mandam para o psicólogo, para o psiquiatra. Não veem que aquilo ali tem outras situações que você pode trabalhar independentemente, mas que é importante que tenha [...] a saúde mental olhando essa questão, mas não sempre à frente, depende do pedaço que você está trabalhando; se você tem uma dependência, mas se é uma experimentação, aí é diferente. Depende do tipo de uso, mas eu acho que a gente precisa ainda clarear mais essas questões com [...] os profissionais. Que às vezes é meio confuso, às vezes é uma coisa de vida. (Ator 2)

A última fala apresenta uma curiosa concepção da saúde mental: aqui ela não designa um conjunto de problemas a serem enfrentados (os problemas já são o uso do álcool e de drogas ilícitas); aqui a saúde mental parece designar as práticas específicas de psicólogos e psiquiatras, ou seja, um olhar especializado.

O argumento insinua que existem possibilidades de outras formas de trabalhar as questões do consumo do álcool e das drogas independentemente do olhar especializado da saúde mental (sem negar a importância desse olhar especializado). Contudo, essa concepção de saúde mental como a prática de psicólogos e psiquiatras traz em si limites para um desenho mais abrangente das ações voltadas para a saúde mental na atenção básica.

Outro aspecto importante na última fala é que ela indica uma associação entre o uso de álcool e droga e a questão da violência. Tal associação talvez possa ser compreendida pelo peso relativamente importante que a questão do menor infrator vai adquirir no PROSAD.

A questão da saúde mental estava muito centrada na prevenção do uso de drogas e a questão do menor infrator, totalmente presente, com a criação desses centros de atendimento aos menores infratores como locais que pudessem ser de proteção e desenvolvimento desses meninos que viviam um risco de vida muito alto; a mortalidade era alguma coisa assim espantosa [...] era uma questão sim bastante preocupante para a qual a gente não tinha muita saída, a gente podia fazer trabalho educativo, orientar, mas se você não tivesse um equipamento social que desse conta da proteção ao adolescente, eu achava que o adolescente ficava muito descoberto. (Ator 5)

Parece também que, de alguma forma, esse processo se relaciona com um movimento mais amplo de mudança e transformação que ocorre nos primeiros anos do milênio (2003), no Ministério da Saúde, quando a área de Saúde do Adolescente e do Jovem, que se encontrava fragilizada, estabeleceu uma nova parceria com a Secretaria de Direitos Humanos. Naquela época, esta secretaria era responsável pela Política do Adolescente em Conflito com a Lei, o que impulsionou o Plano Nacional para o Adolescente em Conflito com a Lei, de 2000. Assim, foi elaborada e assinada a Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004 (atualizada em 2008), e junto se estabeleceu todo um processo de mobilização nacional. A área de Saúde do Adolescente e Jovem sai desse processo com uma nova direção, uma política voltada para adolescentes em conflito com a lei, com recursos financeiros e com coordenação nacional.

É importante ressaltar que é a partir da assinatura dessa portaria, de um lado, e a partir também da criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Criança e Adolescente da área de Saúde Mental, de outro, que a articulação entre as áreas de Adolescente e Jovem e de Saúde Mental passa a se expressar em algumas ações e projetos na esfera federal. Ou seja, aparentemente produziu-se uma intercessão entre as duas áreas, no que diz respeito às temáticas de uso de álcool, drogadição e dos menores infratores.

No entanto, os elementos que apresentamos anteriormente sugerem que, no que diz respeito à saúde mental, a focalização no tema do uso de álcool e das drogas tenha sido menos motivada pela magnitude desses problemas frente à frequência de outras situações, e mais por certa transcendência desses problemas – ou seja, que o problema tenha tomado uma expressão maior por sua dramaticidade, assumindo significado importante no imaginário social e cultural.

Apesar do foco nesses temas, uma das pessoas entrevistadas abordou uma série de questões sobre as formas de dar respostas na atenção básica a outros problemas de saúde mental. Contudo, o tom aqui é mais o de explorar desafios e identificar dispositivos que possam superá-los do que falar de iniciativas concretas que foram tomadas. Vejamos algumas dessas falas.

Chega uma criança, vamos dizer, é [...] que a mãe diz: eu estou trazendo porque esta fazendo xixi na cama, ele está agressivo, ele está isso, ele está aquilo, [...] e as pessoas não sabem. Ah! Está com muita dificuldade na escola, às vezes até a escola manda, né? Está com muita dificuldade e fica assim uma coisa meio no ar, e você não sabe o que fazer com esse menino na Atenção Básica.. (Ator 2)

Um dos grandes desafios que a doença mental traz é: como você trabalhar com essa pessoa na Atenção Básica? [...] Como [...] ver que aquela é uma pessoa doente que realmente vai precisar de toda atenção integral, a integralidade da atenção, mas que também na Atenção Básica você vai ter que dar um olhar para ele lá na casa, saber como está, o seu meio ambiente se está sendo receptivo ou não, porque muitas vezes você sabe que a gente tem agravamentos pela não-receptividade, não entendimento do que está acontecendo; eu acho que a saúde mental, se bem trabalhada, vai nos mostrar muitas situações em que você pode fazer prevenção e que às vezes a gente não faz. (Ator 2)

Destaca-se na fala acima que os problemas de saúde mental aparecem para as equipes de Atenção Básica, que têm grandes dificuldades no manuseio dessas situações. Mas aqui o reconhecimento de uma grande dificuldade para abordar os pacientes com doença mental (e note-se que este é o termo empregado aqui) é acompanhado do reconhecimento de um potencial significativo ainda não explorado na Atenção Básica. De um lado, o reconhecimento de que a Atenção Básica tem a capacidade de apreender e compreender o contexto específico do modo de viver das pessoas com problemas de saúde mental. De outro, imagina-se uma forma de trabalhar a Saúde Mental na Atenção Básica que teria inclusive o potencial de produzir a prevenção de certas situações.

Parece que o que vai se desenhando aqui é a perspectiva de articulação entre a saúde

mental, a questão do adolescente na Atenção Básica, de modo mais específico no PSF. Mas essa possibilidade está centrada numa aposta:

A ideia do matriciamento e dos NASF enriquecendo o PSF vem com uma expectativa e uma noção de ajuda na atenção ao adolescente. (Ator 2)

Nesta aposta, os profissionais da saúde mental (psicólogos e psiquiatras) poderiam contribuir, através do matriciamento, para superar algumas das dificuldades dos profissionais da Equipe da Saúde da Família (ESF).

Acho que fica difícil essa coisa de diagnóstico. E aí a importância do NASF para ajudar no matriciamento, ajudar num momento de definições, de discussões, de esclarecimentos na comunidade, eu penso assim [...] Isso é algo que eu acho que ainda é difícil de ser [...] que a gente precisa trabalhar muito, ainda, entendeu? E os CAPS vão nos ajudar também muito porque eles vão fazer esses diagnósticos mais apurados, né? Junto com os outros hospitais mais especializados. (Ator 2)

O apoio matricial é percebido como ajuda especializada ao profissional na atenção ao adolescente, como troca e possibilidade de capacitação, inclusive da população. Mas dessa forma imagina-se outra possibilidade de práticas na saúde mental para os adolescentes:

Porque muita gente, e isso é real, não está acostumada a pensar saúde mental. Então o psicólogo, o pessoal da saúde mental dos NASF, vai dar esse recorte, mostrar que se pode trabalhar na Atenção Básica com saúde mental que não é só internação, nem o CAPS, porque tem um momento lá na Atenção Básica que você está fazendo saúde mental sem ser psicólogo, você não precisa ser psicólogo ou psiquiatra para trabalhar a saúde mental. No sentido amplo de saúde. (Ator 2)

Note-se que nessa fala a saúde mental não é mais a prática de psicólogos e psiquiatras, nem é algo restrito aos espaços da internação ou do CAPS. Ao contrário, ancorado na abordagem mais ampla da saúde tão cara ao PROSAD, concebe-se a possibilidade de um trabalho em saúde mental fortemente ancorado na própria Atenção Básica. Contudo, seguem existindo dúvidas:

[...] Onde nós vamos trabalhar com adolescentes que não têm doença mental, mas que têm algum transtorno de conduta, onde você vai trabalhar? Só pode ser no CAPS, Onde? Porque lá na Atenção Básica, né? [...]. (Ator 2).

[...] Vai ter que ser trabalhada essa família, vai ter que ter talvez [...] Não sei [...] Isso ainda não se pensou como vai ser, mas pelo menos a família [...] uma casa protegida até que eles possam ser incluídos, que eles possam também desenvolver os projetos de vida deles. (Ator 2)

E mais especificamente em relação aos menores que cometeram atos infracionais de cunho sexual:

[Jovens autores de ato infracional sexual] [...] nós sabemos que eles têm que ser trabalhados, todo mundo sabe disso, se você não trabalha essa pessoa, ela repete o comportamento, a gente sabe disso. Eles estão no socioeducativo, então eles são os seguros dos seguros [caso contrário são mortos]. (Ator 2)

A dúvida aqui se refere, em primeiro lugar, a alguns problemas de saúde mental que não os dos adolescentes considerados com problemas graves. Aparentemente, o entrevistado percebe aqui uma lacuna, certo limbo para o qual não tem respostas. Mas as respostas precisam ser encontradas, pois as famílias precisam ser trabalhadas, inclusive respostas para aqueles que não contam com uma referência familiar.

Destacamos estas falas, pois elas indicam exatamente o hiato e também certa esperança de uma maior aproximação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, que aumente a capacidade de oferecer cuidado integral para os adolescentes com problemas graves, com problemas não tão graves assim, e trabalhar no âmbito da prevenção. Contudo, o tom das falas aqui é mais sobre um futuro sonhado do que sobre a realidade no âmbito do PROSAD.

[...] isso aí eu acho que é para uns dois anos, se eu ainda estiver aqui, né? Eu espero ainda ver isso [...] que tipo de trabalho que a Atenção Básica pode fazer, entendeu? (Ator 2)

6.2 Política de Saúde Mental

6.2.1 Bloco Políticas

Analisou-se este bloco com base no material obtido nas entrevistas, incluindo as categorias estruturação, estratégias de implementação, ações/prevenção e mudanças das políticas. Acompanhando as falas dos atores, dividimos nos seguintes subtemas: antecedentes, política de saúde mental, política de saúde mental infanto-juvenil, desenvolvimento da política de saúde mental infanto-juvenil e ações/ prevenção.

Antecedentes

Falar de Política de Saúde Mental é uma possibilidade recente e surge como um fruto que tem suas raízes no movimento social, no processo que chamamos de reforma psiquiátrica. O ano de 1991, quando foi criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental, encarregada de formular a Política Nacional, estava mergulhado num momento de mudanças estratégicas e estruturais do sistema de saúde em geral, especificamente dentro do Ministério da Saúde, no que diz respeito à saúde mental. A Coordenação surge com o SUS, que refaz toda a assistência à saúde.

Na época, no Ministério da Saúde trabalhava-se ainda com a Campanha Nacional de Saúde Mental instituída em 1966, subordinada à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que se estruturava num modelo de programa verticalizado que trabalhava através de campanhas e contava principalmente com estruturas hospitalares. No início dos anos 90, visando à integração programática do SUS, as campanhas são unificadas com as unidades advindas do INAMPS, alguns hospitais e ambulatórios que funcionavam numa lógica da assistência a contribuintes previdenciários. Em 1991 foi extinta a DINSAM e na mesma época foram suspensas as execuções orçamentárias das campanhas. Assim, quando o SUS é implantado, logo o Ministério da Saúde se reconfigura e monta uma Coordenação Nacional de Saúde Mental com caráter nacional – ou seja, que abrange todos os serviços prestados pelo SUS sob comando único, independentemente do tipo de serviço e clientela, surgindo orientada pelo acesso universal e igualitário para todos.

A forma que a política assume, de intervenção ou resposta aos problemas públicos colocados na agenda, sofre uma inflexão e não é mais a de programa. A forma de gestão, a lógica de pactuar, a relação das instâncias, a Comissão Intergestores Tripartite é herdeira do SUS.

É importante ressaltar que na época, como fator fortalecedor das mudanças, estava em tramitação no Senado o PL nº 3.657/89, projeto que propunha a reorganização do modelo assistencial em saúde mental. A diretriz inicial da política teve como base a precariedade da assistência psiquiátrica, a necessidade de propostas de mudanças e a adoção dos princípios da Declaração de Caracas. Sua diretriz pode ser percebida com três eixos de ação: o hospital como principal meio de tratamento deve ser superado; enquanto existir, deve-se prestar a tratamento e pessoas com problemas mentais devem ter seus direitos ampliado (BORGES, 2007, p. 101).

Nos anos 1990, a Coordenação de Saúde Mental organiza um Colegiado de Coordenadores Estaduais, buscando a integração entre as instâncias. Há a procura de formulação e implementação de políticas baseadas em pactuações, numa visão mais horizontal das relações intragovernamentais. Criam-se também, nesse período, instrumentos (portarias) que possibilitam a remuneração de serviços alternativos ao hospital, no sentido de reversão do modelo hospitalocêntrico, iniciando-se assim a conformação de um modelo assistencial de base comunitária, ação esta que progride simultaneamente à desospitalização.

No início do milênio, a área de Saúde Mental no Ministério era pequena e tinha praticamente o coordenador e dois assessores. Tem início uma fase de reestruturação da área, abrindo espaço dentro do próprio departamento. Foi aprovada a Lei nº 10.216, em abril de 2001, fortalecendo não só a área, como dando um marco legal. Tal aprovação constituiu fator estruturante das propostas e permitiu negociar espaço no orçamento, espaço financeiro, espaço de reconhecimento.

Nesse período também a Política de Saúde Mental conta com alguns elementos ou fatores que são percebidos como facilitadores que impulsionam seu caminhar. Por exemplo, atores sociais capazes de aliar informações técnicas a interesses políticos ligados à reforma psiquiátrica na arena decisória.

[...] ele vai para Brasília porque o problema dos hospitais era um problema homérico, ele vai para Brasília porque ele é um dos primeiros atores da reforma, ele vai para Brasília por “n” razões; agora, quando ele vai, ele também leva a experiência nossa aqui do Estado [...]. (Ator 8)

Na esfera federal, assume como Coordenador Nacional um ator social cuja formação, trajetória, alinhamento político especificamente com o movimento da reforma psiquiátrica, possibilitaram o fortalecimento da política:

nós tivemos o privilégio de ter um secretário de Saúde, à época [...] psiquiatra totalmente identificado e envolvido com a política de saúde mental [...], e foi assim que a gente caminhou muito, nessa época, [...] foi possível durante um bom tempo sustentar o eixo e a direção da política pública no geral. (Ator 9)

No Estado do Rio de Janeiro, também assume a coordenação estadual um ator cuja formação, alinhamento político e trajetória permitiram durante um bom tempo sustentar o eixo e a direção da política pública no geral. Outro elemento facilitador foi ter documentos nacionais, nas esferas federal e estadual e internacionais, como a Declaração de Caracas:

Olha! Aí a gente tem aí [...] dois mapas importantes, um conjunto de documentos e felizmente jurídicos e normativos, do próprio Ministério da Saúde, né? [...] Da esfera federal porque não é só do Ministério da Saúde, você tem a Lei 10.216, [...] tinha ali todos os documentos internacionais, por exemplo, que é muito importante, que faz muita diferença em épocas de ingovernabilidade, a Declaração de Caracas [...] É uma coisa você dizer eu acho, outra coisa é você dizer o Ministério acha e outra coisa é você dizer a América Latina acha, o Brasil foi signatário desse documento, [...] um conjunto de proposições, instrumentos jurídicos normativos, [...], em curso no SUS, todos eles foram nossos principais balizadores e com base neles, nós construímos uma série de outros documentos para fortalecer a agenda do Estado, aí você tem o Plano Estadual de Saúde Mental, vários instrumentos normativos da Assessoria de Saúde Mental, a própria Conferência Estadual de Saúde Mental [...]. Aí tem os relatórios de gestão, os consolidados [...]. Vários relatórios de gestão consolidados, os indicadores. (Ator 9)

Aparece claramente no material da pesquisa, que até o início do milênio não havia um movimento consistente de inclusão da criança e do adolescente no campo da Saúde Mental. A reforma psiquiátrica, o movimento inicial, não tomou conhecimento do problema da criança e do adolescente. A assistência a essa população ocorria, no final dos anos 80 e 90, sobretudo nas instituições voltadas para a questão da deficiência – algumas eram instituições filantrópicas e outras instituições ligadas ao campo da Assistência Social. Na saúde ocorria nas unidades da rede básica, ou seja, nos ambulatórios em geral, nos Programas de Saúde do Adolescente e principalmente nos ambulatórios das universidades, que nos seus Programas de Saúde do Adolescente contavam com profissionais de saúde mental.

Antes não tinha saúde mental para crianças e adolescentes. Ficavam com a deficiência e com o adolescente. (Ator 8)

A Constituição de 1988, que reconhece a Convenção da ONU sobre os direitos da criança, provoca uma mudança no olhar, e a criança e o adolescente aparecem a partir desse momento como sujeitos de direito, impulsionando a criação e mudanças nas políticas. Assim, no final dos anos 80 surge o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e no início dos anos 90 surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O mundo todo padece da ausência de política de saúde mental para criança e os grandes movimentos que vêm sendo feitos, mais recentemente, eles são filhos do século XXI, recentemente. (Ator 8)

A Convenção de Direitos da Criança, realizada pela ONU em 1989, tem lugar importante no sentido de impulsionar mudanças nos países, trazendo a criança como um

sujeito que tem direitos e também como um sujeito peculiar em desenvolvimento que precisa ter ações de proteção. Essa nova criança, que a Convenção espalhou pelos ares do mundo, vem produzindo algumas marolas. Hoje apenas 14 países no mundo todo têm alguma ação específica de saúde mental para criança e adolescentes, todas dentro da política de saúde mental geral, semelhante ao que ocorre aqui no Brasil.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, constituiu um marco significativo porque, além de fortalecer a área dentro do próprio ministério, possibilitou ampliar a equipe, por conta da sua preparação, e trouxe a recomendação de se estabelecer política e diretrizes específicas para a população infanto-juvenil. Ou seja, o campo da criança e adolescente só surge para a Política de Saúde Mental, concretamente, no início do milênio.

Política de Saúde Mental

A diretriz principal da Política de Saúde Mental sempre foi reverter a lógica da assistência, da atenção. Mudar a lógica que implicava o fato de a rede pública gastar quase o recurso todo nas internações psiquiátricas de péssima qualidade em hospitais.

Inicialmente, a urgência da Política de Saúde Mental era ter uma oferta de serviço substitutivo a internação hospitalar; a partir daí, surge e passa a caminhar junto a questão da infância e adolescência. Era uma questão que não tinha um destaque tão grande em função dessa urgência da criação da rede substitutiva. Assim, à medida que a urgência caminhava, com a ampliação de serviços, inclusão do usuário em residências e o desenrolar do programa de volta para casa, abria-se espaço pensar e trabalhar a questão da especificidade da infância e juventude dentro do Ministério.

Fui tendo então, uma noção maior de como o atendimento a criança e adolescente na saúde mental do SUS era [...] muito solitário, como não havia uma diretriz política da própria saúde mental para o programa, para a assistência de criança e adolescente [...]. (Ator 8)

Apesar de a reforma psiquiátrica passar muitos anos sem jamais perceber que a questão da criança e do adolescente existia, alguns profissionais, sobretudo aqueles que trabalhavam diretamente na ponta em distintas instituições de forma solitária, tinham um pouco a percepção do problema, e era ali que a criança e o adolescente tomavam forma e começavam a fazer sentido para a saúde mental.

Eu tenho dez milhões de histórias na minha cabeça de menino que foi encontrado trancado dentro de casa, amarrado, acorrentado, ninguém nem sabia da existência deles, nem APAE, nem Pestalozzi, nem serviço de saúde mental, nem internação psiquiátrica, nem ninguém. (Ator 8)

Os casos mais graves ou estavam amarrados dentro de casa ou estavam nas Febems, nas Funabens porque tinham cometido algum ato infracional, faziam atos considerados “antissociais” e iam parar no sistema, hoje chamado de medidas socioeducativas, antigamente, da área da Assistência Social.

No final dos anos 90, o processo de discussão e formulação de uma política voltada para criança e adolescente com participação ampla de profissionais e setores foi levada adiante por decisão de alguns atores sociais ligados à gestão. Num primeiro momento, as ações se voltaram para estudos e diagnósticos da situação da saúde mental em alguns estados, como o Rio de Janeiro, o que gerou, como estratégia de gestão, a criação de espaços coletivos voltados para discussões e deliberações de questões ligadas a essa população.

Aí a gente construiu um estudo muito específico para ver como o Estado do Rio de Janeiro atendia crianças com problemas mentais e que tipo de coisas o serviço de saúde mental fazia e [...] acabou construindo um diagnóstico situacional, [...] a situação era esdrúxula, insequente para enfrentar o problema a gente [...] decidiu que faria [...] uma estratégia de gestão específica, [...] Fórum Interinstitucional de Atendimento de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do Estado do Rio de Janeiro, né? (Ator 8)

A estratégia foi a seguinte: ninguém fala de criança e adolescente, então vamos começar a falar só disso pra ver se isso muda alguma coisa, para ver se as pessoas se antenam. [...] (Ator 8)

Parece que o destaque dado à criança e ao adolescente dentro da Política de Saúde Mental geral ocorre por uma necessidade estratégica, de enfrentamento de uma situação de assistência percebida como desastrosa e diante de um silenciamento da situação – ou seja, ocorre no sentido tornar visível o invisível e não necessariamente porque fosse algo especializado.

Quando eu falo: preciso focar uma política, para esse determinado segmento é certa estratégia de você fazer... torná-los visíveis para pensar ações estratégicas para um segmento que é específico, ele não precisa ser respondido por meio de uma especialidade, mas ele é específico. Você fala: há algo aqui. (Ator 9)

Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

Quando você marca, por que você não fala para a saúde mental como um todo? [...] Você tem essas marcações; eu entendo que é uma forma de você fazer valer o princípio da equidade que é: dar aos diferentes acesso pelo menos na mesma proposição. (Ator 9)

Por que a Política fez a opção por pensar crianças autistas e psicóticas num determinado momento? Por questão da equidade, porque mal ou bem prevalentemente há um número menor, mas [...] o grau de desfiliação e de vulnerabilidade, as consequências são muito maiores naquela clientela ali. (Ator 9)

A Política de Saúde Mental de Criança e Adolescente surge, então, tendo como diretriz principal a priorização de uma parcela da população de crianças e adolescentes, representada pelos autistas e psicóticos. Esta opção parece não estar sustentada pela argumentação da magnitude epidemiológica (prevalência), mas se dá pelas consequências e possivelmente pelas situações que esses transtornos trazem para o cenário público e que são valoradas ética e moralmente como negativas, como desvantagens, desigualdades e vulnerabilidades desnecessárias, injustas e indesejáveis por uma comunidade, sugerindo intervenção através de política setorial.

Para Viana (2003, p. 61):

no primeiro momento, pode-se dizer que a inclusão da equidade ocorreu no plano da formulação das políticas e programas [de saúde], na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Posteriormente, em sua fase de execução, a equidade passou a ser um dos princípios norteadores da política, seja no aspecto do acesso e utilização do sistema, seja na alocação de recursos financeiros.

Ressaltamos que as noções de equidade e de justiça social estão ligadas, estão nas discussões do momento e são articuladas no sentido de igualdade no alcance de objetivos finais, o que implica o reconhecimento de fatores determinantes das diferenças existentes na sociedade, relativas a aspectos biológicos, sociais e político-organizacionais (SENNÁ, 2002, p. 206).

Na NOB SUS 01/1996, o termo “equânime” aparece como “com justa igualdade”. (SCOREL, 2009, p. 17). A argumentação colocada sobre o princípio da equidade pode ter também como base a noção que aparece na XI CNS, de que a rede de serviços deve atentar

para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as ações às necessidades de cada parcela da população.

A questão-chave se localiza na perspectiva de que resultados equitativos pressupõem redistribuições desiguais de recursos. Desigualdade nos recursos como ajustes efetuados em função dos fatores determinantes das desigualdades existentes (SENNÁ, 2002, p. 206). É importante ressaltar, também, que para alguns autores as noções de equidade e igualdade andam juntas, sendo que a equidade introduz a diferença na noção de igualdade sem perdê-la de vista.

Um desafio importante que aparece nesta questão é a possibilidade de compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais. Esse debate atravessou, em meados dos anos 90, as reformas setoriais, incluindo a própria organização da Atenção Básica no Brasil, entre a predominância de políticas universais ou políticas focais, seletivas (cestas “mínimas”) orientadas pela eficiência de ações e recursos.

Outra questão ligada intimamente a esta discussão diz respeito à relação entre equidade e acesso. A focalização da política, numa parcela da população, pode assumir um sentido de ação afirmativa voltada para a ampliação do acesso a bens e serviços que respondam às necessidades de saúde. No entanto, isso não deixa de ser uma forma de seleção, que, segundo Borges (2007, p. 178), quando fala dos CAPS, pode ser acentuada diante da pouca oferta de atenção em saúde mental na Atenção Básica, podendo gerar desassistência dos pacientes que, como dito anteriormente, constituem uma parcela maior e não se encaixam num determinado perfil.

Esse acesso também pode ser entendido de diferentes maneiras: como possibilidade de utilização dos serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com “iguais necessidades de saúde”, mantendo as desigualdades prévias à entrada no sistema (equidade horizontal), ou como dar um tratamento desigual para indivíduos com necessidades distintas – equidade vertical (NUNES et al., 2001, p. 17). Parece, assim, que a Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nasce tanto como resposta às necessidades de uma população carente de assistência e de uma diretriz pública em saúde mental, quanto política equânime – ou seja, que reconhece diferenças em relação às necessidades, pois pretende responder ou diminuir o impacto da desigualdade social de parcela dessa população considerada mais necessitada ou vulnerável.

A III CNSM foi decisiva para a implantação dessa base nacional de discussão (sobre criança e adolescente) (Ator 8).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foi um acontecimento muito importante, porque além de fortalecer a área dentro do próprio Ministério, marcando a continuidade da política que vinha se desenvolvendo, criando e participando de espaços coletivos e de pactuação, também deu possibilidade de ampliar a equipe, por conta da sua preparação. Ela traz a recomendação de se estabelecer uma política, diretrizes para a população específica de criança e adolescente. Ou seja, a produção de uma política de saúde mental voltada para crianças e adolescente só surge concretamente no início do milênio.

A questão de criança especificamente, isso segue adiante por decisão de alguns atores desse processo incluído depois o fato de que esses atores não podem ser sozinhos, senão isso vira uma ditadura. (Ator 8)

[...] então era uma coisa assim: eu era a típica chata que qualquer reunião, a pauta era [...] a criança tinha que entrar, na reunião de Colegiado a criança tinha que entrar, a gente tinha que pensar numa atividade, como pensar a atenção, como incluir nos outros serviços, como trabalhar questões polemicas, tipo autismo, tipo internação, então a gente na verdade a todo instante, em cada oportunidade você ia [...] (Ator 7)

Essa colocação sinaliza uma diferença em relação ao que aconteceu na origem, na base da Política de Saúde Mental, que contava com a reforma psiquiátrica como movimento social, que inicialmente congregava uma diversidade de profissionais, incluindo representantes do movimento sanitário, com amplas reivindicações e denúncias que posteriormente se somam às falas dos usuários e seus familiares, pressionando, através da mídia nacional e internacional, por mudanças na saúde e no país.

Na verdade, o que faz surgir essa população como campo de atuação é o interesse dos profissionais, não a vocalização dessa população ou de parcela da sociedade civil organizada. Portanto, tem muito do pessoal (da crença e importância) de quem está tocando as demandas, e estas são enormes e as urgências ainda maiores. Assim, o movimento ou o destaque foram protagonizados por quem estava na gestão, o que torna esse fato estranho dentro do movimento da saúde mental, mas apesar disso levanta outros questionamentos que minimamente tornam visível os invisíveis. A questão crucial está em trazer à tona no coletivo e conseguir “causar” um movimento maior e diversificado, para além da equipe gestora, incluindo outros atores sociais.

Fazendo uma marcação, dizendo que você está pensando um conjunto de ações específicas para aquele segmento da saúde mental ali, você está dizendo que tem uma prioridade ali, você faz, você torna visível os

invisíveis, e aí você constrói um monte de dados, de indicadores políticos, clínicos, organizacionais que te dê visibilidade a essa clientela, as suas ações. Política a gente faz porque estabelece prioridades. (Ator 9)

Parece ser necessário um grande esforço para tornar visível a criança e o adolescente como sujeitos de necessidades em saúde mental, necessidades tomadas como questão pública – ou seja, parece que se mantidos diluídos na população geral, tendem a ficar à margem das políticas.

Enquanto o mundo não entender, a cultura não entender que algumas crianças são loucas, guardada aí a loucura como enigma de uma criança, e não como uma coisa pejorativa, [...] essas crianças podem sempre ficar no valão da deficiência sempre ficarem desassistidas, sempre fazerem carreira para chegar ao hospício, que não existirá mais, mas que eu não sei o que vai acontecer [...]. (Ator 8)

Havia um silêncio e uma invisibilidade em relação a essa população na saúde em geral, e na saúde mental em particular, com suas raízes na cultura. Parece que não é sem custo, sem esforço que se associa loucura à criança e ao adolescente.

[...] a gente não podia montar uma política que ao mesmo tempo enfrentasse problema grave, problema médio, problema comum, problema de exercício laico, a gente mirou um ponto e investiu, agora está mirando outro e investindo, isso não muda permanece, eles são cumulativos. (Ator 8)

Aparece na pesquisa a noção de que o fazer da política em geral implica certo recorte da realidade, uma intencionalidade. A essa ideia se associa a noção de movimento permanente e necessário de avaliação e revisão. Este movimento se dá muitas vezes entre a formulação e a implementação da política; ideia essa contrária ao congelamento ou engessamento da formulação de uma política frente a sua implementação, ou seja, frente ao contato dos e nos serviços na sociedade. Assim, dentro desse ponto de vista há um movimento constante, onde implementar também implica formular, rompendo com a ideia dessas posições como etapas estanques.

Quando você começa a criar serviços, ir para a rede, conhecer a rede, conhecer a necessidade, a realidade e as necessidades da realidade que você quer intervir você não começa a olhar os dados que eram só abstrações numéricas, eles viram pessoas, histórias de vida, então rapidamente começam aparecer: Cadê as crianças? Cadê as crianças? Onde estão as crianças autistas e psicóticas? O que acontece nessa área? Isso é um tema, isso vira um tema, começa ganhar visibilidade, as demandas. (Ator 9)

Se por um lado a criança e o adolescente são percebidos como particularidades dentro da Política de Saúde Mental, ou seja, já estão na sua conta, por outro, em determinado momento eles são destacados dentro dessa política geral. Parece que a política voltada para a criança e o adolescente surge no processo de implementação, quando a Política de Saúde Mental geral formulada entra em contato com os serviços, com as situações nos territórios, trazendo questionamentos para a prática e pesquisa dos profissionais.

Ou seja, foi preciso ir para a rede, conhecer a realidade e as necessidades para que surgissem os questionamentos sobre as crianças e adolescentes, incluindo-se aí os casos graves. Foi necessário também ter alguém dentro da Coordenação que tocasse a política de criança e adolescente. Dentro da mesma linha de argumentação, destacamos que no momento da formulação da política, assumiu-se como diretriz primeira dar acesso àqueles que têm imensa fragilidade. Assim foram considerados, inicialmente, os psicóticos e autistas; mas a reflexão mais ampla sobre fragilidade como questão psicossocial só surge e avança quando se olha os serviços em funcionamento e começam a aparecer, por exemplo, situações e distúrbios psiquiátricos menores tão graves quanto as fragilidades consideradas nos casos ou diagnósticos pensados anteriormente.

Colocando ainda de outra forma, operar os princípios do SUS traz para a cena a discussão do acesso, da equidade e a discussão da gravidade – esta última, no amadurecimento do processo se amplia, não se restringindo a um critério único, exclusivamente diagnóstico-centrado, e passa a ser discutida, principalmente na saúde mental, pela precariedade dos laços sociais.

As bases normativas a gente muda a hora que achar necessário, princípio a gente não vai mudar nunca, é ético; a norma tem que responder ao princípio e as prioridades, se ela para de responder ela é alterada, a gente tinha a Portaria 224, passou para 336, é uma norma muda, não tem nenhum problema mudar. (Ator 8)

Esta reflexão só é possível a partir de uma ruptura, uma mudança na concepção da política. É passar a ter a visão da política como via de mão dupla, em contraposição à posição rígida de quem formula e quem executa a ação separadamente. Assim, quem formula influi na ação e quem opera a ação influi e participa na formulação da política.

Para a própria sociedade de modo geral, para a saúde de modo geral, para a saúde mental de modo geral, a criança, o que preocupava é se ela ia bem à escola, se ela se desenvolvia e se ela tinha tomado vacina, etc. Preocupações

superlegítimas, a subjetividade de uma criança era absolutamente denegada, de modo geral. (Ator 8)

Parece que há um descompasso entre o que se apresenta como preocupação para a sociedade em relação à saúde da criança e do adolescente, com sua correspondente tentativa de resposta (programa) e as preocupações dos formuladores da Política de Saúde Mental em relação a essa população. Hoje existe o reconhecimento da legitimidade das diferentes preocupações e da necessidade de diálogo que as aproxime.

Um bando de meninos trancados em casa, gradeado acorrentado, porque não tinha assistência, o serviço de saúde mental atendendo somente dificuldades de aprendizagem, distúrbios de comportamento. (Ator 8)

Ainda vejo serviços que não atendem [autismo] ou não atendem o quanto poderiam atender, então é ainda muito focado e essa articulação no sentido de estar compondo [...] com outros serviços, inclusive, [...] não públicos, digamos da rede; essa discussão precisa ser feita junto com a APAE, Pestalozzi, com os CAPS, com serviços filantrópicos também, acho que essa é uma questão que precisa ser discutida. (Ator 7)

Essas falas, na pesquisa, recolocam a importante exigência de trazer para dentro dos serviços de saúde e da saúde mental, especificamente, a discussão ampla sobre as diferentes preocupações, diferentes focos e práticas. É preciso uma reflexão mais densa sobre o que embasa e orienta a prática e um olhar para as consequências e implicações. Isso, por outro lado, exige também reconhecer o trabalho que é feito em outras instituições, inclusive as filantrópicas e particulares, e travar um diálogo sobre o que é da área da saúde, da educação e da reabilitação e a partir de uma diretriz estabelecer, num espaço coletivo, a composição possível nesse quadro.

Esse diálogo com a educação é muito sério, acho que é fundamental quando se trata de criança e adolescente, porque é [...] se houver uma brecha, né? É muito mais fácil encaminhar para um Programa de Saúde, começar a medicalizar, tratar, enfim [...] rotular aquele sujeito como um doente mental e aí as pessoas vão se desimplicando, né? Do trabalho e da atenção, desse cuidado mais ampliado. (Ator 10)

Parece que se descortina tanto um modelo amplo instituído, tradicional e excludente, estabelecido na sociedade, quanto alguns de seus alicerces, elementos e noções que contribuem para sua manutenção – ou seja, que reforçam alguns tipos de respostas, que constituem importantes dificuldades ou entraves às mudanças pretendidas. As colocações apontam para certa complementaridade entre os setores (demandas/respostas) que precisa, no

sentido do novo, ser rompida, quebrada, exigindo assim que as estratégias políticas e as ações visando a alguma eficácia sejam pensadas de forma intra e intersetorial.

Ela [política] diz: há doido no mundo os doidos têm que viver no mundo, a loucura é o limite da condição humana e ela é própria da experiência humana, então ser criança, velho, adulto, adolescente não importa, pode ser louco, e se for louco precisa poder coexistir no mundo, a gente não trata só dos loucos. (Ator 8)

A política, ela fala de ações mais universais, mas ela precisa dialogar com o particular, com o singular; esse é o paradoxo que a gente tem que sustentar, e aí tem que conversar nos vários espaços de gestão [...] então é uma rede de conversação que se coloca em movimento para operar essa política. (Ator 9)

Outra questão importante levantada na pesquisa diz respeito à especificidade dentro da política e à questão da separação dos serviços de criança e de adolescente. Surge a argumentação de que a política estabelece uma diretriz ética, geral, sempre fala de ações universais, gerando um paradoxo na medida em que precisa dar conta também do particular – por exemplo, das especificidades de certos grupos populacionais inseridos. Um campo de tensão se estabelece, os destaques se tornam necessários, mas sem perder o eixo de que a política é uma só. Trilhando esse caminho, existe a noção de que não se precisa de política separada de serviços para crianças e outros para adolescentes, movimento percebido como destaque desnecessário, com risco de produção de fragmentações dentro da política, tendo como base que quanto mais a política se guiar pelo princípio ético, menos se precisa dessa separação que, em certo sentido, burocratiza.

Eu acho que aqueles mal-entendidos [em relação a criança e adolescente contidos no trabalho apresentado na IIICNSM, em 2001], eles [...] ajudam a gente pensar em porque a saúde mental demorou tanto, mas eles me ajudam também a pensar porque o mundo demorou tanto, porque com criança e adolescente tudo demora tanto, entendeu? Por que eu acho aqueles mal-entendidos têm vigência da cultura. (Ator 8)

A percepção de equívocos e a análise de mal-entendidos que muitas vezes envolvem a assistência e o cuidado de crianças e adolescentes numa sociedade, dentro de uma certa lógica, dizem menos da posição de apontar falhas e muito mais de se constituir numa trilha, um caminho que permita aproximação dos alicerces, dos fundamentos sociais, culturais, ou seja, de forças poderosas que instituem as bases estabelecidas. Esse caminho permite reconhecer como sinalizadores os pontos a partir dos quais as resistências às mudanças aparecem. Só assim, a partir dessa análise compartilhada, talvez se possa caminhar no sentido de novos caminhos – portanto, de novas respostas.

Desenvolvimento da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil

[...] Ele [Fórum] abre, a demanda chove porque tinha uma demanda reprimida sobre essas questões, atenção de crianças, então tinha um vazio muito grande, a gente fala disso assim [...] esse vazio histórico, é real e ainda hoje é assim. (Ator 7)

Para levar adiante a Política de Saúde Mental, foram feitas alianças, encontram-se parceiros. No nível nacional, houve a proposta de compor um grupo de trabalho intersetorial e interinstitucional, junto com a Saúde, com diferentes representações e instituições não-governamentais para pensar essa tensão, ou seja, a população infanto-juvenil. Mais adiante, compôs-se um Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, criado em 2004 como um instrumento importante de gestão. Assim, o fórum entra para a pauta da área e do governo; aproxima políticas públicas e estrutura uma rede efetiva que preste conta das reais necessidades dessa população.

A ideia de dois encontros anuais que pudessem ser discutidos temas relevantes, temas que trouxessem questões importantes tanto para a estruturação, fortalecimento de uma política intersetorial, com foco na atenção [...] o foco é sempre a saúde mental infanto-juvenil. (Ator 7)

O primeiro fórum tratou da desinstitucionalização, clareando as diretrizes da atenção à saúde mental infanto-juvenil em serviços.

Eu acho que essa ideia do matriciamento é uma ideia muito interessante, você não tem como manter um profissional de saúde mental em cada equipe ou em cada grupo de profissionais que trabalham. [...] Não necessariamente que estejam conformados na Saúde da Família. (Ator 7)

Nessa época surge também a ideia do apoio matricial em saúde mental como estratégia em relação à Atenção Básica, e como possibilidade do trabalho e articulação junto ao Programa Saúde da Família.

Em relação ao Estado do Rio de Janeiro:

[Em 1999] encontrou o trabalho da Saúde Mental absolutamente destruído, inconsequente, burocratizado, sem direção, sem operar a política pública, apenas respondendo [...] a sala era um "negocinho" lá qualquer [...] foi montar uma equipe mínima de trabalho [...]. (Ator 8)

Era inadiável a tarefa de ocupar o Estado como espaço de gestão para monitoramento, formulação e proposição de política. Ativar esse processo de

construção coletiva da política pública de Saúde Mental do Estado, criar e deixar ali um conjunto de instrumentos de gestão, mínimos, para que a direção não mudasse independente de quem ocupasse o cargo. (Ator 9)

Em 1999/2000, a Coordenação de Saúde Mental montou uma equipe que mapeou todo o Estado do Rio de Janeiro em termos de saúde mental geral e construiu um estudo específico sobre atendimento de crianças e adolescentes com problemas mentais, construindo um diagnóstico situacional que trouxe à tona uma situação difícil para enfrentar o problema dimensionado.

Que essas direções fossem pactuadas publicamente "consensadas" com vários coletivos. (Ator 9)

A direção da gestão no Estado do Rio de Janeiro, neste período, foi fortalecer a rede de atenção, apostando na construção de espaços coletivos, criando e obtendo recursos financeiros para implantação dos serviços extra-hospitalares, transferindo AIH para ambulatórios ou CAPS.

Fiquei à frente de três ou quatro intervenções em grandes asilos. (Ator 8)

Em Carmo [intervenção] houve realmente essa reorientação, porque o dinheiro ficou no município. Fechou o hospital, mas o Estado fez toda uma negociação com a gestão municipal de estar assumindo esse projeto, as residências e tal [...]. (Ator 10)

Alguns assuntos, como rede de atenção, recursos financeiros para serviços e intervenção em instituições constituíam a pauta das discussões com os secretários de Saúde municipais, no sentido não só de investir na direção de ampliar a rede de atenção extra-hospitalar, como reduzir o número de leitos e de internações. A direção da política foi reforçar o papel principal dos CAPS (independentemente de ser "i" ou "ad", 1, 2, 3) de articulação com a rede, construindo e potencializando a rede no território.

Tinham seis CAPS em funcionamento no Estado, a maioria aqui, no interior não tinha nada, não tinha rede de serviços, não tinha controle social, não tinham programas, crianças e adolescentes as pessoas não sabiam [...], se você começava a olhar nessas ações programáticas crianças e adolescentes não se sabia onde estavam, álcool e drogas nada, era tudo a ser feito; a minha principal preocupação foi construir o Programa e pensar quais eram os indicadores políticos, clínicos e organizacionais que iam sustentar essas direções, então a gente ocupou um grande tempo fazendo diagnóstico. (Ator 9)

Pedi minha transferência para o município de Barra do Piraí, [...] resolvi ir

para lá montar o Programa Municipal de Saúde Mental, eu e mais três pessoas. (Ator 10)

Parece que a instalação dos CAPS, dispositivos extra-hospitalares na rede, se orienta de forma desigual no Estado, no sentido dos municípios maiores e capital. Parece também que a rede voltada para criança e adolescente era desarticulada ou inexistente. No início do milênio, os municípios arcaram com o custo maior da implantação da rede extra-hospitalar. Montou-se também a regulação das internações, o que levou os municípios a instituírem e controlarem suas portas de entrada. E, simultaneamente, implantaram-se outros dispositivos, como CAPSad e residências terapêuticas.

[...] na região do Médio Paraíba já vinha acontecendo um movimento interessante, principalmente puxado por Resende, Volta Redonda, de um Fórum Regional de Saúde Mental, dos Coordenadores de Saúde Mental, então eu passei a fazer parte desse Fórum Regional e aí nesse Fórum a gente discutia várias propostas para aquela região, tentando montar uma rede, discutindo as dificuldades e o potencial daquela região [...] e fazendo a ponte aqui com a Secretaria do estado. (Ator 10)

Ocorrem algumas tentativas no sentido de criar uma rede regionalizada, levantando as potências e as dificuldades. Dados foram levantados, programas e espaços foram construídos, e estabeleceram-se como ações principais: o programa de desinstitucionalização; as crianças e adolescentes; o álcool e outras drogas; e o programa de formação permanente.

Em relação à criança e adolescente criou-se, neste período, como estratégia de gestão específica no Estado do Rio de Janeiro, o Fórum Mensal de Saúde Mental Infanto-Juvenil (anterior ao nacional). Foram feitas reuniões com atores importantes soltos nos serviços, trabalhadores da rede, familiares, outras instituições e setores historicamente envolvidos com a assistência ou desassistência dessa população. O fórum constitui estratégia de gestão fundamental para a sustentação da política.

O CAPSi não é o centro da rede, não há centro nessa rede, o CAPSi tem um mandato específico, então como ele pode atender muito pouca gente e o problema é muito maior, ele é um detonador, ele é um primeiro motor, ele é uma alavanca aí para que aquele território se reorganize, reordene para tratar dos graves, com o CAPSi, e mais, reordene também aqueles transtornos que a gente chama de mais comuns, mais frequentes, não menos graves, mas mais frequentes que precisam de assistência, que vão demandar articulação com escolas [...] na NASF, Atenção Básica, ambulatório, e tem outras coisas que não vão se tratar em lugar nenhum que a própria comunidade trata, trata no sentido da promoção da saúde. (Ator 8)

Uma discussão importante se refere aos dispositivos extra-hospitalares voltados para a criança e o adolescente, seu papel, critérios de implantação e expansão. O CAPSi na política, como o CAPS, constitui um dispositivo articulador, uma alavanca no território. Se por um lado existem critérios para sua implantação, por outro se faz necessário pensar a inserção do trabalho com crianças e adolescentes em municípios onde não há CAPSi (municípios pequenos). Assim, possivelmente entra em cena a atuação de profissionais de outros serviços, incluindo CAPS, nas questões peculiares de assistência e cuidado a essa população.

É interessante lembrar que uma peculiaridade marca o CAPSi, que não aparece nos outros CAPS, pois entre as atividades a serem desenvolvidas se inclui “desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça” (GM nº 336/02). O anexo da GM nº 1.947/03 define o CAPSi como “um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos” (BRASIL, 2004, p. 207).

[...] porque o buraco, eu diria, é muito mais complexo, é muito mais delicado, porque não adianta você ter uma carta de intenções, a carta de intenção está claramente colocada, é preciso ter rede, é preciso que as redes conversem, mas rede, você só faz rede, [...] rede não se faz no papel, rede se faz com preenchimento de relação, preenchimento de relação, no nosso caso, é produção de cuidado, então é um pouco fazer um mergulho de como é que essas equipes estão produzindo. (Ator 9)

[...] eu acho que hoje o maior problema da reforma, tudo que faz com criança e especificamente adolescente é [...] com quem se conta de verdade para operar essa política, as pessoas concordam com a ideia da política, acham ela brilhante, mas na hora de operar, operam na contramão da política, reduzem uma criança a seu sintoma, não querem saber das suas necessidades maiores, não articulam na comunidade, não [...] usam só o CID-10 para fazer diagnóstico, e [...] não fazem isso por maldade, fazem também por muito despreparo, essa é a grande pergunta que eu tenho feito: Qual é o caminho? (Ator 8)

Para que efetivamente a proposição, o entendimento das mudanças vire ato, vire produção de cuidado, é necessário um mergulho muito detalhado no que as equipes andam fazendo, como elas operam a política pública, como operam a sua clínica, a gestão do cuidado no seu cotidiano.

Quando tratavam de criança e adolescente muitos psiquiatras diziam que não, que não medicavam, que não tinham especialização para atender criança e adolescente, né? Que tem uma especificidade, com certeza tem; agora também não dá para dizer que não atendem e ponto final, e esse adolescente ou criança ficar sem um atendimento adequado, uma avaliação adequada, uma medicação ajustada adequadamente. (Ator 10)

Aqui se faz presente, se faz necessário o trabalho com gestores e a formação, a capacitação dos profissionais, bem como supervisões institucionais. Na atenção de criança e adolescente aparecem especificidades, mas que não precisam ser respondidas necessariamente com especializações.

As pessoas não querem mais pensar, então às vezes tem problemas que você encontra equipes de saúde mental que elas lidam muito melhor com autista do que com menino que é um "azougue" todo [...] que não fica em lugar nenhum, não fica em abrigo, não fica no conselho tutelar, não fica na família, não fica nem na rua, vive itinerante sem fim, ele destrói, arrebenta todas as tentativas de trabalho, fala muito bem é muito esperto, inteligente e a gente não sabe o que fazer com ele, perdeu a mão dessa clínica também. (Ator 8)

[...] O fato de nomear um serviço como CAPSi está muito distante de dizer que ele está produzindo um cuidado inclusivo, um cuidado ético, responsável, né? E NASF aí a gente pode colocar tudo junto, por exemplo [...]. (Ator 9)

Parece que antes de qualquer coisa, de qualquer tipologia de serviço, do olhar para fora, é preciso criar um espaço de questionamento dentro da área, dentro das equipes, sobre a reforma, o sentido das mudanças que se quer implementar, perguntar-se inclusive sobre a clínica que se quer; qual é a aposta? E o que embasa eticamente o tratamento, o cuidado, antes mesmo de se falar da necessária intersectorialidade das discussões e ações.

Ações / prevenção

Coerentemente com a diretriz principal da Política de Saúde Mental geral, as ações, além daquelas voltadas para a capacitação de profissionais e serviços, estão focadas na desinstitucionalização, fechamento, intervenção dos hospitais psiquiátricos, retirada de pacientes crônicos de longa permanência dessas instituições, implantação de dispositivos extra-hospitalares, articulação com hospitais gerais, bem como no fortalecimento da discussão com os municípios e a criação e participação em Fóruns Regionais da Atenção Básica.

Em relação à criança e adolescente, além da capacitação e supervisão de profissionais e equipe dos CAPSis, grande parte das ações na política se dirige para a articulação interinstitucional e intersectorial – ou seja, criação da rede, implantação e expansão de dispositivos, criação dos fóruns locais, municipais e o estabelecimento de leitos, quando necessário, no hospital geral para crianças e adolescentes.

No que diz respeito à noção de ação ligada à prevenção, a discussão que se estabelece traz um diferencial em relação ao PROSAD:

Eu de fato tenho muito incômodo com essa palavra (prevenção), incômodo, eu não tenho mais uma rejeição. (Ator 9)

A noção de prevenção está relacionada à noção de tratamento – o que é muito diferente da noção de evitar doenças. Assim, todo tratamento tem um cunho preventivo porque reduz dano, o dano de não tratar que é muito maior.

[...] Quando a gente fala em prevenção, a gente tem muita resistência, assim em algumas situações por conta desse histórico, digamos assim, dessa herança do tempo do higienismo, aquela coisa de que a gente vai fazer prevenção e com isso ter regras prontas. Acho que [...] é importante você trabalhar sim com a questão da orientação, da identificação de profissionais, outros profissionais que não sejam da área. Por exemplo, clínicos, enfermeiros que estejam em serviços outros de saúde, que não são serviços especializados, digamos assim, em saúde mental, e que de alguma forma podem estar ajudando, já num primeiro momento, numa primeira chegada nas questões. (Ator 7)

Não tem como dissociar, acho que internacionalmente também, essa discussão da prevenção com o discurso muito intervencionista, normativo, prescritivo do que é certo, do que é errado, do que você tem que fazer e que para mim não vai ao encontro, vai de encontro à sustentação ética da clínica que, por exemplo, eu opero, que o sujeito tem responsabilidade, seja ele o que for, eu acho que um trabalho com autista é achar [...] olhar onde ninguém está vendo, eu aposto que pode ter um sujeito. Como é que eu converso com essa estratégia da prevenção? (Ator 9)

Aparece na argumentação que as resistências, e mesmo as antipatias em relação à noção de prevenção, surgem pelo modo como as pessoas tomaram a discussão da prevenção em seus processos de trabalho. As estratégias adotadas ao longo da história acabaram sendo muito prescritivas, normativas e de pouco impacto. Destacadamente, fala-se do medo da medicalização e de se psicologizar tudo.

[...] uma questão pouco discutida que precisa de mais discussão é a questão da primeira infância, os primeiros anos de vida, essa relação desde mãe, bebê, eu acho que essas são questões que é preciso trazer e discutir. (Ator 7)

Simultaneamente, aparece a relação mãe-bebê nos primeiros anos de vida, quando a questão do cuidado e da intervenção como diagnóstico precoce é importante.

Se eu tiver que trabalhar [com a categoria prevenção], eu vou trabalhar sustentando um estranhamento, pensando assim: Como eu posso pensar

estratégias de prevenção sem que elas sejam prescritivas e normativas. (Ator 9)

Experiências: no Ceará, toda a experiência do Lancetti em São Paulo, também, que traz uma questão [...] dessa coisa de você estar circulando, de você estar [...] ser um grande orelhão, uma grande escuta, de você estar pensando alternativas locais, com a comunidade, não necessariamente só estar pegando, identificando e encaminhando. (Ator 7)

Existe um trabalho de elaboração, um questionamento diferente sobre a noção de prevenção, que parece enriquecer o campo da saúde mental, trazendo uma posição “precavida” “avisada” em relação a prescrição e normas. Traz uma elaboração no sentido “mais analítico” muito longe da noção de “evitação” de algo, pois, contrariamente, trata de exposição, da aproximação em relação à comunidade com uma escuta ampliada como meio de pensar alternativas locais, em conjunto, frente ao que acontece.

6.2.2 Bloco Concepções

Apresenta-se aqui a análise do Bloco Concepções com base no material das entrevistas, incluindo-se as categorias: adolescência e adolescente problema, área frágil, atenção básica e saúde mental.

Adolescência e adolescente problema

O princípio que orienta a política é o mesmo. Se tiver bons princípios o resto é subsequente. (Ator 8)

A concepção do adolescente enquanto destaque na Política de Saúde Mental está ligada à noção de sujeito. Esse conceito, que atravessa a Política de Saúde Mental geral, ganha relevo quando se dirige à população de crianças e adolescentes, que por muito tempo foi deixada à margem do movimento da reforma. Não se desconsidera a possibilidade, sinalizada por alguns autores, de o termo em questão gerar ambiguidades e, portanto, diversas interpretações – aparece na literatura, tanto num sentido de “sujeição”, de “subordinado a”, quanto em outro sentido, até oposto, pressupondo a soberania do ator, “causa”, “motivo” ou “pessoa que é motivada por algo”. Ressaltamos, no material da pesquisa, dois sentidos que nos parecem relevantes no que diz respeito à reforma psiquiátrica que informa a política e a

clínica decorrente dela: o sujeito, nesta pesquisa, está ligado à noção de subjetividade, subjetivação da existência e à noção de direito, cidadania. Assim, o adolescente precisa, antes de tudo, ser percebido como sujeito nas diferentes formas de subjetivar sua existência, incluindo a loucura como uma das formas de subjetivação e também como sujeito de direito – ou seja, com direito de voz e escuta, cuidado e tratamento. A noção de sujeito de direito tem como base importante a Constituição de 1988, que reconhece que, para o desenvolvimento pleno e saudável de suas potencialidades, o Estado precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos para essa população e sua família.

O primeiro sentido do termo “sujeito” destacado neste estudo tem como base uma oposição às formulações cartesianas do século XVII e iluministas do século XVIII, que estabeleciam uma hegemonia da razão na constituição do sujeito e estabeleciam uma vinculação entre cidadania e razão, trazendo embutida a ideia de um padrão único de subjetividade normal em relação à qual a loucura, como doença, seria um desvio. Para alguns autores, a partir das contribuições de Freud, podemos falar em razão na loucura e apostar na existência ou positividade do sujeito nos sintomas e especificamente nas manifestações da loucura, chamadas de “desrazão”.

A colocação de que toda criança e todo adolescente é um sujeito parece que tem como um de seus efeitos chamá-los de certa forma para o cenário; é torná-los responsáveis, capazes de responder por sua demanda, sofrimento e sintoma. Essa visão também está intimamente relacionada à noção de singularidade, pois a demanda, o sofrimento e o sintoma, neste enquadre, assumem o sentido de arranjo singular, o que torna, por sua vez, impensável o exercício do cuidado de forma homogênea, maciça e indiferenciada. Esta visão também está longe e é incompatível com o estabelecimento de um padrão em relação ao qual o adolescente se perceba em diferentes graus de desvio.

Coerentemente com essas colocações, surge no texto da política que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores) passam a ser ouvidas ou percebidas como demandas dos que a formulam, e não da criança ou do jovem em questão. Parece que o que está em jogo é dar-lhes voz e escuta próprias, o que neste estudo ressalta a dificuldade histórica dessa população para formular sua própria demanda.

[...] a certeza de que isso não era uma invenção; vamos inventar uma forma de atender criança e adolescente pela saúde mental, mas é um direito das crianças, enfim, dos adolescentes [...]. (Ator 10)

A visão da criança e do adolescente, como sujeitos de direito, traz uma mudança no sentido de que eles não eram vistos, não eram percebidos pelo ângulo da saúde mental, no que diz respeito ao transtorno mental, ou seja, a loucura. Não tinham esse lugar.

Havia uma cegueira em relação à criança e o adolescente. (Ator 8)

A figura da criança com problema que tem no texto do Estatuto é de uma criança deficiente e não de uma criança transtornada, isso faz toda a diferença, o Estatuto não tem noção de que há uma criança transtornada, essa criança não existe no Estatuto, então estou dizendo o seguinte: essa criança está fora até do direito. (Ator 8)

Parece que a percepção estava ligada a outras noções; portanto, o olhar e a assistência possivelmente as remetiam a outros campos. As noções mais frequentes sobre a criança e adolescente giravam em torno de um vir a ser, um ser aprendiz, ser deficiente, ser desviante e transgressor, que implicam outros campos ligados a educação, justiça e assistência social. Na pesquisa surge, muito claramente, que cabe hoje à saúde mental, por dever ético, desfazer alguns equívocos, inclusive no campo do direito, dentre os equívocos de insistir que uma criança transtornada não é uma criança deficiente necessariamente.

Adolescente está perdido, no meio dessa história, não é nem criança, nem adulto. (Ator 10)

A idade entra em pauta pela peculiaridade não como carro-chefe. (Ator 8)

Na política de saúde mental, parece que faixa etária não constitui um bom marcador ou marcador principal: quando aparece referendo a população adolescente, ela se apresenta de forma ampla, sempre é colocada como infanto-juvenil. Em muitos documentos e eventos internacionais, a referência é dada para a criança, entendida ou percebida na faixa etária até 18 anos. Ou seja, o termo “criança” inclui o adolescente até certa faixa de idade. A faixa etária aparece como peculiaridade.

[...] no sistema de saúde ainda existe muito isso: Quem atende esse adolescente? Quem é realmente que precisa olhar para esse adolescente? Qual espaço que esse adolescente tem, né? (Ator 10)

[...] Como a gente consegue trabalhar essa complexidade? (Ator 10)

Parece que, diante da questão “quem dá conta disso?”, algo de específico se coloca, bem como algo da dificuldade de responder a essa especificidade da demanda. Parece que algo precisa ser definido no setor saúde e saúde mental, em particular no sentido de dar conta

do cuidado a essa parcela da população. Parece que algo não se encaixa entre organização/oferta do cuidado e a demanda/necessidades. Surge o termo “complexidade” e cabe perguntar: de que se trata? Também não fica claro ou fica para uma posterior definição qual a especificidade dessa população, vista como infanto-juvenil.

O adolescente é aquele que traz mais essa necessidade da gente trocar experiência nesse campo [...]. (Ator 10)

[...] acho que não dá para a Saúde Mental querer dar conta desse adolescente sozinha então, se não conseguir realmente pensar nessa saúde integral e aí pensando na questão da sexualidade, na questão das drogas, na questão da escola, da família, né? Eu acho que a gente vai ter o tempo todo, aí, uma série de frustrações, né? De não conseguir realmente oferecer um trabalho mais adequado [...]. (Ator 10)

Segundo o material da pesquisa, o adolescente é aquele que traz para a saúde mental demandas mais amplas, pressionando o campo no sentido da articulação com outros setores e políticas na procura de respostas mais eficazes. A saúde mental não dá conta sozinha. Parece que existe uma tensão intrasetorial em relação ao cuidado dessa população que precisa ser levada em conta, discutida – ou seja, dentro da própria saúde mental, no sentido de definir a direção, definir funções e posições e, a partir daí, levar em conta uma tensão que demanda uma discussão, um diálogo também mais amplo, intersetorial.

Adolescente problema

De 99 para cá, pela saúde mental e de modo geral acho que não havia nenhuma preocupação, no campo como um todo em relação à criança e ao adolescente. (Ator 8)

A preocupação era de alguns de nós em relação à criança estar totalmente desassistida. Assim, nem o setor de saúde mental, nem o setor saúde em geral, nem o setor educação, nem o setor da assistência social tinham ideia da gravidade de você deixar uma criança com problema de transtorno mental sem assistência, eu acho que não se concebia a ideia de que uma criança pudesse ficar louca, era muito estranha para a própria saúde mental. (Ator 8)

Temos como principal preocupação da Política de Saúde Mental as crianças e adolescentes psicóticas ou autistas que estavam desassistidas; não havia demanda ou reivindicação organizada em relação a essa população no que diz respeito ao campo da saúde e da saúde mental em particular.

[...] se um desavisado disser: não tem criança institucionalizada, claro! Se você olhar a saúde, se olhar para os outros equipamentos sociais, estava tudo institucionalizado nos abrigos como está até hoje, né? (Ator 9)

Considerar o transtorno mental, na população de criança e adolescente, parecia ser difícil para a sociedade, para a saúde em geral e para a saúde mental em particular. As crianças e os adolescentes com transtornos mentais, após um olhar mais apurado, se encontravam institucionalizados em outros equipamentos sociais, ficando de certa forma fora do campo de visão da saúde – ou seja, elas não estavam nos Programas Municipais de Saúde, não havia uma responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Para a própria sociedade de modo geral, para a saúde de modo geral, para a saúde mental de modo geral, criança, o que preocupava é se ela ia bem à escola, se ela se desenvolvia e se ela tinha tomado vacina, etc. Preocupações superlegítimas; a subjetividade de uma criança era absolutamente denegada, de modo geral. (Ator 8)

Uma questão importante, ligada às anteriores, diz respeito à forma como se constrói um problema para uma sociedade determinada. Por um lado, parece que a visão da criança e do adolescente se dava em relação a certos comportamentos e parâmetros socialmente estabelecidos, e era em relação a eles que a noção de problema e de resposta se construía. Por outro, também parece que a questão da subjetividade desses sujeitos (criança e adolescente) não se colocava como questão. Algumas indagações e estranhamentos geram um novo campo, introduzindo novos questionamentos, inclusive sobre a subjetividade dessa parcela da população, fato que permite aparecer o descompasso, a tensão em relação à noção de problema para uns e para outros no caso estudado, inicialmente, entre a sociedade e os profissionais/formuladores da Política de Saúde Mental. São noções legítimas que possivelmente, quando colocadas para dialogar, tornam o campo da saúde e cuidado mais amplo para essa população.

Surge também, no material da pesquisa, o questionamento em relação à internação de adolescentes no sistema de saúde de uma forma geral. Onde? Na pediatria ou enfermaria geral? Quem se encarrega dele? Aponta-se a necessidade de discussão sobre o lugar dessa população e a especificidade dessa atenção e capacitação de profissionais. Hoje se acrescenta também a preocupação em relação à internação de adolescentes com transtornos mentais nos hospitais gerais, visando sempre a sua curta duração e inclusão.

[...] uma questão que está atravessando o país inteiro, e é devastadora, que é

a droga, aqui entre nós, o crack, devastadora, nunca vi uma coisa assim [...].
(Ator 8)

[...] os principais problemas dos adolescentes [...] que entre tantos: violência,
[...] Eu acho que o mais devastador deles se a gente for pensar
epidemiologicamente é o uso do crack agora, né? (Ator 9)

[...] a gravidade, a dramaticidade dos casos, a gestão da morte e a fragilidade
[...] A violência aparece atravessada por todos os tipos de precariedade,
vulnerabilidades. (Ator 9)

Como se vê nessas falas e na pesquisa como um todo, em termos dos problemas que concernem à população de crianças e adolescentes, vem como destaque a questão do álcool e outras drogas, aliada à violência. A droga é um campo, uma política muito recente para a saúde mental; antes estava no campo da justiça, era totalmente criminalizada, e virou problema de saúde pública no século XXI.

Destacamos que, possivelmente dentro dessa fala, em termos epidemiológicos, mais que o indicador magnitude, ressaltam-se a transcendência do problema, seus sentidos e a dramaticidade para a sociedade, no que diz respeito ao uso e abuso de drogas apontados nessa população. A assistência e o cuidado passam também pela necessária discussão da vulnerabilidade e acesso em conjunto com toda a rede. Mas é interessante observar alguns problemas referidos como de grande magnitude epidemiológica, que aparecem no material da pesquisa: os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e suas consequências, no que concerne à população de criança e adolescente.

Tudo vira TDAH com efeitos complicados em relação a isso, tem desfiliação, saída na escola, epidemiologicamente com maior prevalência do que as crianças autistas e psicóticas. (Ator 9)

A cada momento, digamos assim, é um novo diagnóstico que surge, é um transtorno [...] tudo é hiperatividade, tudo é transtorno de comportamento, entendeu? E isso associando a alguma medicação, você muito mais medicalizando do que vendo alternativas de acompanhamento, então eu acho que essa é uma questão que precisa ser mais discutida, acho que esse é um desafio importante aqui também para trazer para a pauta. (Ator 7)

As colocações trazem à tona um ponto crucial, a medicalização dos problemas, levantando vários questionamentos que não só remetem à interrogação do recorte – ou seja, o próprio foco da política –, o qual deixa fora de seu ângulo de visão e, portanto, de prioridades, um número grande de casos e problemas que se apresentam nessa população. Destacam também a questão da abordagem, que, quando feita no foco apenas da doença, de alguma forma acaba determinando o viés de acesso ao sistema e a construção de respostas restritas

para essa população. O desafio se coloca numa mudança de posição, que implica, além da capacitação de profissionais, a criação de fóruns de discussão com outros setores da sociedade (“um fazer a rede falar”), no sentido de ampliar a compreensão e construir alternativas outras de acompanhamento e tratamento dessa população.

Política de Saúde Mental/Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil - Fragilidade na Política

Ele vai para Brasília porque o problema dos hospitais era um problema homérico, ele vai [...] é um dos primeiros atores da reforma, ele [...] leva a experiência nossa aqui [...] com criança é claro! Mas não foi isso que determinou, de jeito algum a ida dele, entendeu? (Ator 8)

A base da capital (Cidade do Rio de Janeiro) ainda são os hospitais, a capital tem pouquíssimos CAPS, tem três CAPSi porque o CAPSi da UFRJ o gestor municipal não reconhece, tem um CAPSad ou dois, tem nada para sete milhões de habitantes. (Ator 8)

A noção de fragilidade, em relação à questão da criança e do adolescente, também aparece na Política de Saúde Mental de outra forma, mais ligada à ideia de “secundarização”, relacionada à própria prioridade da política, que eram a mudança do modelo de assistência, a desinstitucionalização e os recursos financeiros para a implantação de dispositivos extra-hospitalares. A população-foco era prioritariamente formada por adultos, que constituíam o grande número de hospitalizados.

Discussão de uma política para criança e adolescente, vem depois até porque em termos numéricos e quantitativos assim, não só do número de atendimentos, mas do recurso investido, recurso financeiro, é de uma ordem bem menor, é [...]. Então acho que essa discussão da criança e adolescente vem à luz bem depois, do que começou com a discussão do adulto. (Ator 10)

As crianças e adolescentes não apareciam como população significativa nos hospitais psiquiátricos; eles se encontravam em outros espaços, outros dispositivos, geralmente à margem da área da saúde e, portanto, da Saúde Mental. Muitos se encontravam institucionalizados em dispositivos para menores infratores, instituições filantrópicas ou abrigos para deficientes, ligados geralmente à Política da Assistência Social.

[...] A maioria dos estados brasileiros ainda não tem na Coordenação Estadual de Saúde Mental, nenhuma ação para criança e adolescente é tudo muito incipiente ainda. [...] A coisa vem vindo, mas não pense você que é o Estado do Rio de Janeiro e os outros, o Estado do Rio de Janeiro é ímpar,

agora Minas colocou pelo Estado, uma ação para criança, mas a gente tem 27 estados. (Ator 8)

A política só se volta para (ou destaca) a criança e o adolescente no início do milênio. A III Conferência Nacional de Saúde Mental traz como uma de suas recomendações o estabelecimento de uma política ou diretrizes específicas para a população infanto-juvenil. Ou seja, a Política de Saúde Mental da Criança e Adolescente vem como destaque dentro da Política de Saúde Mental geral e só aparece recentemente.

[...] não tinha denúncia de nada, não tinha estranheza de nada, não tinha reclamação de parte alguma, o cenário de atendimento a criança e do adolescente era um caos, e ninguém, simplesmente ninguém de uma forma mais organizada, é claro! Clamava por mudança, foi muito estranho isso, para nós, para mim, particularmente, era muito estranho. (Ator 8)

A fragilidade da política também se coloca num silêncio, numa falta de voz dessa população, numa falta de reivindicação da sociedade como um todo, incluindo os profissionais em geral e da saúde em particular. Se a política pública vem como resposta a um problema colocado como tal no cenário público, neste caso, quem apresenta o problema? Quem reivindica? Quem denuncia?

[...] isso segue adiante por decisão de alguns atores desse processo incluído depois o fato de que esses atores não podem ser sozinhos, se não isso vira uma ditadura, né? (Ator 8)

Esta é uma questão central que se coloca para a política da criança e do adolescente: Se por um lado alguém tinha que começar, no caso foi a própria equipe de gestores/formuladores que foi a campo, pesquisar, indagar e traçar um diagnóstico da situação. Por outro, fica a indagação: como é que se inicia um processo que depois se torna coletivo e não próprio restrito, “de cima para baixo”, que possa circular?

[...] nenhum país do mundo tem política de saúde mental separada, autônoma só para criança [...]. (Ator 8)

É possível que também tenha contribuído para a manutenção de certo silêncio e para a noção de fragilidade o fato de que nenhum país do mundo tem política de saúde mental separada, autônoma só para crianças e adolescentes. Apenas 14 países têm, dentro da saúde mental geral, ações ou programas específicos voltados para essa população, à semelhança do

que ocorre no modelo brasileiro.

O Programa da Criança e do Adolescente, nem sei se o do adolescente existia, existia o Programa da Criança, na época que eu fiz isso tudo. (Ator 8)

Nas entrevistas, os atores da Saúde Mental assinalam que existem especificidades, de uma forma geral, que precisam ser levadas em consideração na assistência e no cuidado desta população. No entanto, não há uma marcação de diferenças entre eles (criança/adolescente) em relação à posição que ocupam ou em relação às preocupações na política. É firmada, na pesquisa, uma posição contrária à separação da política em relação a serviços (para criança e outro para adolescente) no sentido de que poderia burocratizar, fragmentar, como também correr o risco de perder de vista o princípio ético que orienta a política, ou perder de vista que a política é uma só; e também correr o risco de responder às especificidades com especializações. Mas, apesar disso tudo, destacamos uma fala que traz um diferencial, uma maior dificuldade de percepção, maior dificuldade de incluir no campo de visão o adolescente, mesmo que isso não implique ferir princípios, defender a separação de serviços ou a especialização como resposta à demanda.

Saúde Mental e Atenção Básica

No início dos anos 2000, além da atenção à criança e ao adolescente, a questão da articulação com a Atenção Básica e a atenção aos usuários álcool e outras drogas passam a constituir campos de atuação da Política de Saúde Mental. Algumas parcerias importantes se estabelecem, de acordo com as prioridades do Ministério da Saúde, com o campo do Direito. Destacamos, dentro dessas parcerias, a realizada entre a Coordenação Nacional e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, em relação a incentivos para ações de saúde em geral e de saúde mental em particular, na Atenção Básica, média e alta complexidades, voltados tanto para prevenção e tratamento dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento (hospitais de custódia e psiquiátrico) quanto do uso de álcool e outras drogas. Nessa população, podemos destacar os adolescentes em conflito com a lei, ou que cumprem medidas socioeducativas.

O campo está olhando isso (questão da droga) meio estatelado, não sabe o que fazer direito, tudo o que tem se tentado não tem sido tão consequente assim, e tem se tentado. Tem uma coisa a se pensar aí com os adolescentes, de uma forma geral, que é como operar aí essas coisas que vão desde [...]

que precisam de tratamento ser inserido no tratamento, mas essa questão da promoção de saúde mental nas comunidades [...]. (Ator 8)

A partir dessa interface, da Coordenação Nacional com o campo do Direito, que inclui os adolescentes em medidas socioeducativas, estabeleceu-se também uma parceria direta com a Coordenação da Saúde do Adolescente e Jovem no Ministério. Temos assim incluídos nesta parceria a Coordenação Nacional de Saúde Mental, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e a Coordenação de Saúde do Adolescente e Jovem, voltados para pensar a questão da saúde na rede como um todo, focando a atenção básica e o cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

A articulação entre Política de Saúde Mental e Atenção Básica, além de uma nova organização de dispositivos extra-hospitalares e clientela, traz também de forma marcante a necessidade de um trabalho junto à cultura, ou seja, na dimensão sociocultural, principalmente em relação a três noções essenciais à Política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente: uma questão é que as crianças e adolescentes também podem ser loucos; outra está voltada para o dever ético da Saúde Mental, de insistir que uma criança transtornada não é uma criança deficiente necessariamente. E, por último, a questão da não-existência de transtorno menor. É preciso se perguntar: menor para quem? Certamente será menor apenas para aquele que está falando.

6.3 Saúde mental e atenção básica: uma breve visão das duas políticas

A Política de Saúde Mental, além do eixo da desinstitucionalização, está implicada na profunda mudança do modelo hospitalocêntrico, e para tal cria e implanta os dispositivos CAPS/CAPSi/CAPSad, de base comunitária, que têm como um de seus papéis operar a transformação do modelo, ser referência local, reorganizar a clientela na rede e realizar encaminhamentos. Propõe também estratégias com equipes volantes multidisciplinares para atendimento de emergência e internação domiciliar (BORGES, 2007). Isto é impensável, na atualidade, sem a articulação com a Atenção Básica.

O Programa de Saúde do Adolescente e Jovem hoje discute a articulação com a Política de Saúde Mental, voltada para crianças e adolescentes, incluindo nesses dispositivos as dificuldades da assistência, as barreiras e os critérios ligados, principalmente ao acesso nos municípios. Alguns questionamentos aproximam as políticas em foco, ou seja, aparecem nas

duas políticas, e em alguns pontos percebemos alguma articulação, como o trabalho voltado para usuários de álcool e outras drogas, a inclusão, no campo de visão das políticas, dos adolescentes em conflito com a lei e o reconhecimento da importância da articulação com o Programa Saúde da Família (PSF). Outros questionamentos e formas de operar a política – como não poderia deixar de ser, em função de seus enquadres teóricos – apresentam diferenças importantes de visão e ação. E ainda, alguns questionamentos hoje se somam; assim os campos se tornam mais permeáveis às diferentes questões dessa população.

As duas políticas tomam para si, no campo da saúde mental, a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, e reconhecem a necessidade de que o adolescente se implique nesta discussão. Traçam caminhos diferentes: por um lado, o Programa de Adolescente e Jovem trabalha no enquadre da prevenção e, a partir daí, discute a redução de danos, relações em geral incluindo gênero e violência; por outro, a Política de Saúde Mental de Criança e Adolescentes abre um espaço maior para a assistência, levando o conceito e a discussão sobre redução de danos para além da prevenção, implanta dispositivos de base comunitária e abre alguns espaços coletivos intersetoriais e interinstitucionais, como os fóruns específicos (Criança e Adolescente e Álcool e Outras Drogas). Trazemos como ilustração, a seguir, algumas falas da pesquisa.

Atores da PSM

Eu acho que é decisiva a articulação com a Saúde da Família, decisivo para formação, para intervenção a tempo de algumas situações, é decisivo para detecção precoce, não no sentido de prevenção, mas no sentido de detectar a tempo a necessidade de tratamento para fazer a articulação que for necessária, e decisivo para que a Saúde da Família se prepare para ser propositiva em termos de intervenção, que não vão precisar ir para a rede especializada de Saúde Mental; ela vai ter a capacidade de operar; é decisivo para uma porção de coisas; sem a Saúde da Família a gente não vai andar um passo; agora, não é isso tudo para ela, é sem ela não, mas não é só com ela, entendeu? (Ator 8)

Acho que a inclusão das questões de saúde mental na Atenção Básica é fundamental exatamente, nos programas de PSF; isso já é feito em muitos locais. O próprio agente comunitário que chega numa casa e que identifica alguém, de repente, que está ou com depressão, ou simplesmente com um problema, simplesmente não, mas com um problema ligado a álcool e drogas, ou algum outro transtorno que possa dar alguma acolhida inicial que de repente possa até [...]. A simples escuta é muitas vezes, é o que é necessário, naquele momento, ou que tenha conhecimento do que existe no seu território que ele possa até estar lançando mão de outros profissionais de outros serviços, acho que essa rede, esses links que são necessários, acho que são fundamentais assim [...]. (Ator 7)

Ator do PROSAD

Eu acho que o futuro do Programa de Saúde do Adolescente é buscar mais a questão da integralidade. Trabalhar esse programa, principalmente junto ao Programa [de Saúde] da Família, integrando a família dentro desse contexto da vida do adolescente, enquanto essa questão não começar a ser observada de forma mais globalizada, mais dentro de cada um, eu acho que o programa vai ficar muito do tipo: tem caderneta de adolescência? Mediu? Pesou? Levou? Fez a vacina? E o próprio adolescente fica longe disso. (Ator 4)

Ambas hoje reconhecem a importância do Programa da Saúde da Família (PSF) e procuram meios de articulação. As colocações fazem referência às mudanças do modelo decorrentes da implantação do SUS e dialogam e se posicionam em relação a suas diretrizes e princípios, no sentido da construção respostas possíveis e mais eficazes em relação a essa população.

Um objetivo principal de colocar os ambulatórios de saúde mental dentro das unidades básicas era começar a fazer essa articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, principalmente com a equipe do Programa da Saúde da Família. (Ator 10)

Neste sentido, a estratégia de colocar os ambulatórios e ações tanto de saúde do adolescente quanto da saúde mental nas unidades básicas corre no sentido de fazer acontecer a articulação entre Saúde Mental e a equipe do PSF. É importante ressaltar, também na análise, que a articulação entre saúde mental e rede básica traz, historicamente, o temor dos riscos de uma atenção primária precária reducionista, posta numa lógica burocrática e hierarquizada. Para alguns autores, no campo da saúde mental isso poderia representar uma aproximação à psiquiatria preventivo-comunitária. Mas hoje já existe uma discussão sobre esse ideário e uma aposta nas potencialidades do PSF em superá-lo, no sentido de uma transformação do processo de trabalho que implica uma reflexão profunda sobre a clínica e o cuidado. Segundo Romanholi, “a potência de transformação estaria menos no fato de tratar-se de serviços de atenção básica e mais na mudança dos processos de trabalho que o PSF tensiona e provoca” (apud BORGES, 2007, p. 218).

O que a gente começa a olhar no PSF? Não basta você ter incentivo financeiro, política pública definida se você não muda os processos de trabalho das equipes [...] Não basta você propor Programas de Saúde da Família que eles por si só, eles não vão operar o milagre da integralidade do cuidado, quem faz isso é a clínica, é o cuidado de cada um, então se eu coloco pessoas lá que não dialogam com o SUS, que são burocráticas, que

têm uma iniciativa privada no campo público, vão produzir tudo aquilo que não se esperava. (Ator 9)

Existe, no material da pesquisa, a preocupação dos coordenadores e gestores das políticas com a capacitação dos profissionais da Atenção Básica em geral, destacando especificamente os que vão trabalhar nos NASF, encarregados do matriciamento ou apoio matricial. Este é visto como estratégia importante que pode ajudar os profissionais da rede básica, inclusive nos municípios pequenos, na atenção à população em geral e na articulação saúde mental-atenção básica em particular (via Pólos de Educação Permanente).

O apoio matricial visa a dar suporte através do compartilhamento que se produz em forma de corresponsabilidade pelos casos, podendo ser efetivada através de discussões de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou mesmo em atendimentos conjuntos. Exclui, gradativamente, a lógica do encaminhamento, pois tem como objetivo aumentar a capacidade clínica e resolutiva dos problemas de saúde e saúde mental pela equipe local.

De forma geral, parece que o que fundamenta a capacitação e movimenta a estratégia de apoio matricial nas políticas em foco, mesmo com ênfases diferentes, é a noção de que as pessoas precisam ter a oportunidade de sair de hospitais ou de instituições outras, e poderem vivenciar outras oportunidades tanto de ser atendido num serviço de base comunitária ou tenham a perspectiva de ir para residências, ou que tenham a perspectiva de se inserir no Programa de Volta para Casa.

Como diferença crucial, temos a noção ou o olhar sobre quem é o adolescente para a política pública, e é a partir daí, como decorrência, que aparecem diferenças em relação à intervenção. Existem diferenças, por exemplo, em relação à noção de prevenção e tratamento. A Política de Saúde Mental não tem como carro-chefe a prevenção, mas o tratamento. Quando se refere à prevenção, traz uma concepção diferente de “evitação”, mais voltada para um “lidar com” – assim, todo tratamento implica de certa forma uma prevenção em relação ao problema maior que implicaria o não-tratar. A essa colocação se somam outras distinções sobre a noção de loucura (doença ou existência), desinstitucionalização (dispositivos alternativos, substitutivos) e organização do sistema (hierarquização, territórios), entre outras.

[...] mas a rede de um modo geral, no meu ponto de vista, ainda está totalmente desarticulada, né? (Ator 10)

[...] acho que esta articulação entre os serviços é fundamental, a gente sente muita dificuldade acho que [...] a questão de álcool e drogas e os CAPSIs,

[...] é uma questão que a gente [...] tem muita, não sei se é resistência à palavra, mas [...]. (Ator 7)

[...] um dos problemas é a faixa etária, quer dizer uma incompreensão dos CAPS, CAPSi se não é criança não pode ir para o CAPSi, ou o CAPS que não tem faixa etária, então não pode atender adolescente, então o próprio serviço dificulta, cria barreiras, e não está escrito isso em lugar nenhum, [...] um dos grandes problemas que nós temos na saúde mental é o acesso do adolescente, não existe serviço para adolescente que tem problema com álcool e drogas [...]. (Ator 3)

[...] CAPSi e CAPSad? [...] eu acho que precisa ter uma ponte, uma aproximação, uma sustentação, assim dos dois lados, eu acho que é uma coisa recíproca [...]. (Ator 7)

Para alguns atores, a rede de referência e contra-referências está muito longe de existir de forma eficaz; quando se dribla a burocracia, consegue-se bom atendimento. Parece que, apesar do reconhecimento da importância da articulação, existem muitas barreiras em todos os setores, intra e intersetores.

A gente tem uma parceria (com a área de Adolescente) que ficou mais fortalecida, até porque era uma questão extremamente complexa (adolescentes em conflito com a lei) [...]. Eu consigo visualizar maior aproximação a partir desse trabalho, até porque a Coordenação de Saúde Mental começou a discutir mais profundamente o tema a partir praticamente depois da III Conferência, [...] que começou a trazer para a sua pauta também, então antes disso nem tinha tanta, [...] digamos assim, como não focava na questão da saúde mental de crianças e adolescentes, acaba que também não se estabeleciam tantas parcerias, uma vez [...] uma demanda aqui, uma vez ali, isoladas, à medida que você traz para a pauta esse tema, você automaticamente busca os parceiros. A partir, eu acho de 2003, enfim [...] que aí começaram a ter [...] Porque aí começaram também a [...] surgir projetos mais concretos, ações para se responder. (Ator 7)

Na esfera nacional parece existir, atualmente, uma boa e respeitosa parceria da área de Adolescente e Jovem com a Saúde Mental, construída a partir da Política do Adolescente em Conflito com a Lei (Portaria Interministerial GM nº 1.426, de 14 de julho de 2004). É recente também a participação da área do Adolescente e Jovem no Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil, coordenado pela área de Saúde Mental. O início se deu com a questão do conflito com a lei, depois álcool e drogas, e autismo.

[...] a saúde do adolescente ainda continua muito marginal [...] a Saúde Mental não chama, mas depois lembra. Não vejo uma integração entre essas Áreas acho que a integração tem que aumentar [...] Mas hoje a gente já se fala [...] .temos um grupo técnico que trabalha com os meninos privados [...] em conflito com a lei, aí trabalham todas as Áreas Técnicas [...] inicialmente era carro-hefe da DST/AIDS e DEGASES [...] hoje há maior participação.

(Ator 6)

Em relação ao Estado do Rio de Janeiro, surge uma colocação na pesquisa de certa forma contraditória. Assim, num determinado momento, a Gerência Saúde Mental trabalha direto com a de Adolescente, mas o mesmo ator também diz em seguida que não vê, que acha que não existe ainda uma relação entre a área de Adolescente com os CAPS, CAPSad e CAPSi ou com os NASF. Sugere que o trabalho conjunto é restrito, limitado à questão dos adolescentes em conflito com a lei. Aparece então a necessidade de se ampliar a articulação, considerando-se também outros pontos, visando, por exemplo, ao acesso e à assistência da população adolescente.

O trabalho de Saúde Mental no município não pode se esgotar num CAPS. São importantíssimos os ambulatorios de Saúde Mental, eles têm papel importante, precisam ser renovados. Precisa toda uma discussão de qual seria sua função, inclusive para esses distúrbios, vamos colocar menores, não dá para achar que CAPS vai resolver tudo sozinho, eu realmente avalio que principalmente nos municípios grandes. (Ator 10)

A gente reconhece que há ações, e aí elas podem ser laicas, porque elas são muito melhores do que quando elas são especializadas, as ações laicas feitas com agenciamento da Atenção Básica etc. [...] nas comunidades, oficinas, sei lá, rodas de capoeira, bibliotecas que levantam a autoestima desse povo, que dão um lugar diferenciado para eles, balé na comunidade, não sei quê; eu já vi várias dessas experiências que têm um efeito na saúde mental decisivo porque dão outra condição de pertencimento para aquelas pessoas, dão outra autoestima, destacam [...]. Isso é prevenção? Para mim isso é o máximo da prevenção de transtorno comum, se é que eu posso chamar isso rigorosamente de prevenção, mas são ações que têm uma promoção de saúde mental importantíssima. (Ator 8)

Destacamos algumas colocações importantes sobre as ligações, ou as articulações que se fazem necessárias, no que diz respeito à assistência e cuidado de determinada população. Não só a articulação entre CAPS e ambulatorios parece crucial e decisiva, no sentido de tratar os chamados transtornos menores, mas também a articulação com outras ações que foram chamadas “laicas”, que neste estudo consideramos como ações leigas ou não-especializadas, agenciadas pela Atenção Básica que precisam ser reconhecidas. Essas articulações apontam caminhos para um trabalho de saúde mental amplo, na Atenção Básica, orientado pela noção de integralidade.

A gente da saúde mental, eu pelo menos, estou mais atenta em relação às ações nas comunidades. (Ator 8)

[...] Eu acho que isto não é um tratamento *stricto sensu*, mas é um tratamento

lato sensu, para não ficar usando o nome à toa, em vão eu diria que têm ações que são de tratamento, e que têm ações que a saúde mental precisa agenciar, promover reconhecer, autenticar às vezes só de promoção de saúde mental, e que isso é importantíssimo. Isso não muda o mandato do CAPSi, o mandato do CAPSi é o mesmo. (Ator 8)

[...] isso também é um debate para a saúde mental, não é uma ação dela específica, mas é uma ação que indiretamente vai ter muito a ver com ela. (Ator 8)

Hoje, dentro das articulações da rede, acrescenta-se o reconhecimento das ações de promoção de saúde mental na comunidade. E a questão se amplia quando se introduz o questionamento sobre como a Saúde Mental pode entrar no debate mais geral contribuindo para formular na agenda uma proposta social e de oportunidades para crianças e adolescentes mais de acordo com suas necessidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

Neste estudo abordamos duas políticas públicas específicas que lidam com a saúde mental do adolescente, no período entre 1989/2005, o PROSAD e a Política de Saúde Mental, buscando, através de suas trajetórias no contexto do SUS, compreender como a saúde mental se constrói e se apresenta entre as duas políticas.

Gostaríamos de retomar alguns pontos trabalhados e que consideramos importantes, na medida de sua contribuição para que a saúde mental do adolescente se localize, em parte, num hiato, num “entre” as duas políticas estudadas. Uma questão que gostaríamos de destacar diz respeito à ideia, no primeiro momento, da saúde mental como área prioritária no PROSAD.

A saúde mental do adolescente surge inicialmente, nos documentos oficiais, como área prioritária no PROSAD, e parece que isso ocorreu por influência de consultores na sua formulação, mas sem que os gestores-chave, na implementação do programa, assumissem de fato esse ponto em sua agenda. Parece que esses consultores entraram nas lutas e disputas da formulação e se empenharam para que a saúde mental tivesse destaque. Contudo, se tal posição deixou marcas nos documentos oficiais, reconhecidas por atores na pesquisa como contendo concepções clássicas, amplas e relevantes, esta posição parece não ter se sustentado no programa, aparentemente porque essas direções e concepções não contavam com a sustentação e a implicação dos profissionais. Assim, a proposta inicial da saúde mental passa por transformações, na prática, ao longo do período.

Em parte tal situação é atribuída à formação e inserção dos gestores em áreas e grupos da saúde influentes, na origem da própria política, localizados de forma geral na Divisão Materno-Infantil, ou seja, originários do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), onde os adolescentes eram atendidos no Subprograma Saúde Escolar ou Saúde do Escolar e no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), direcionando à agenda para os eixos de crescimento e desenvolvimento e saúde sexual e reprodutiva.

Parece que contribuiu também para esta situação o fato de que são áreas de expressão nos debates que se travam nos fóruns nacionais e internacionais nesse período, movidos principalmente pela questão da morbimortalidade materno-infantil, pela questão da pobreza e a desigualdade entre os países, o que traz para o centro das discussões os modelos de desenvolvimento, saúde e o papel do Estado. A este cenário podemos acrescentar, na agenda, as preocupações relativas à epidemia de Aids, determinando também seu direcionamento para

a saúde sexual e reprodutiva.

É importante ressaltar que a esse quadro se acrescenta o próprio PROSAD, com seu modelo de intervenção que se depara com as inovações no sistema de saúde, com a implantação do SUS, o que especificamente sugere novos arranjos e prioridades. As mudanças atravessam a atenção primária, trazendo questionamentos para a própria lógica do programa, com reflexos sobre a seguinte questão central: como a saúde mental se insere nos cuidados primários de saúde, ou seja, o trabalho na atenção básica, incluindo na sua organização serviços como inovação, agentes comunitários e desenvolvimento de ações de atenção, prevenção e promoção de saúde dos adolescentes, junto à comunidade? Deparamo-nos com a questão do significado de saúde mental de adolescentes na atenção básica nesse momento?

Neste delineamento, o adolescente, objeto da saúde mental para o PROSAD, inclui todo adolescente recebido no serviço de saúde dentro de uma faixa etária e os adolescentes da comunidade. Na pesquisa, tomamos conhecimento das dificuldades, em diversos níveis, de articulação do trabalho com a atenção básica. Aparece, num primeiro momento, a dificuldade de articulação médica com a atenção básica, como se aquela noção mais ampliada de atenção estivesse dissociada da atuação dos profissionais médicos. Num segundo momento surge, de forma recorrente, que a proposta de saúde mental inicialmente formulada, que envolvia atuação para além dos serviços de saúde propriamente ditos, estava além do que se podia fazer, talvez apontando a questão do modelo estabelecido. Ou seja, uma determinada organização de trabalho, que naquele momento não dava conta de algumas propostas e demandas.

Destacamos que, se discursivamente existe o reconhecimento do trabalho do profissional de saúde mental, isto não se traduz na prática dos serviços; o que aparece é a falta de técnicos na rede e a sugestão da interface, muitas vezes implicando pouca participação das equipes, perpetuando o modelo de atenção mais voltado para as questões biológicas e sociais. Contrariamente à situação de falta dos profissionais de saúde mental nas unidades da rede básica, o PROSAD contava com esta categoria profissional nos Centros Docente-Assistenciais geralmente ligados às universidades. Esses centros foram instituídos mais para a capacitação de profissionais e jovens multiplicadores, bem como referência para assistência aos casos mais graves.

É neste contexto, no qual a agenda parece irrealizável, que ocorrem mudanças na proposta inicial de saúde mental, aparecendo na pesquisa que o álcool e outras drogas passam

a ser considerados, na prática, a saúde mental no programa num certo recorte ou focalização do campo. Esta questão aparece associada à temática da violência, associação que, além dos indicadores, pode ser compreendida talvez pelo peso relativamente importante que a questão do adolescente infrator, ou em conflito com a lei, vai adquirir no PROSAD no novo milênio.

Nesse momento, em 2003, parece que ocorre uma mudança no contexto do Ministério da Saúde, a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem estabelece uma parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, responsável na época pela Política do Adolescente em Conflito com a Lei. Nessa parceria se inclui a área de Saúde Mental, e é assinada a Portaria Interministerial nº 1.426/2004.

É a partir da assinatura dessa portaria, de um lado, e a partir também da criação, no mesmo ano, do Fórum Nacional de Saúde Mental da Criança e do Adolescente, pela área de Saúde Mental, de outro, que ocorre aparentemente uma articulação entre as áreas de Adolescente e Jovem e de Saúde Mental na esfera federal. Surge uma aproximação entre as políticas, o que só foi possível no começo do milênio, a partir da III CNSM, quando criança e adolescente se tornam campo de atuação da Política de Saúde Mental. A aproximação acontece através do desenvolvimento de algumas ações e projetos específicos voltados para adolescentes em conflito com a lei, e também no que diz respeito ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Outra questão a ser considerada diz respeito a como a criança e o adolescente se tornam campo de atuação da Política de Saúde Mental. A política de saúde mental tem suas raízes no movimento social, na reforma psiquiátrica. E quando o SUS se implanta – diferentemente da Política de Saúde do Adolescente, que assume a forma de programa –, logo o Ministério da Saúde se reconfigura em relação ao modelo inicial da Saúde Mental e monta uma Coordenação Nacional para a formulação da política. Essa política rompe com a lógica de programa e campanha, inserindo-se na lógica de gestão, de pactuação, a nova relação das instâncias, a criação e participação nas Comissões Intergestores que são heranças do SUS. A Política de Saúde mental, também diante do processo mais amplo de mudanças do setor saúde, se depara com desafios como municipalização, normas e o modelo hierarquizado do sistema.

A reforma psiquiátrica, como movimento base da política, não tomou conhecimento do problema da criança e do adolescente. Até o início do milênio, não havia um movimento consistente de inclusão da criança e do adolescente no campo da Saúde Mental. Sua assistência ficava, possivelmente, a cargo da Saúde do Adolescente e instituições voltadas

para a questão das deficiências.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, trouxe a recomendação e as diretrizes específicas para a Política Infanto-Juvenil. O processo de discussão e formulação de uma política voltada para crianças e adolescentes foi levado adiante por decisão de alguns atores sociais ligados à gestão naquele momento. Tal fato marca um diferencial em relação à Política de Saúde Mental geral, que tem suas raízes num amplo movimento social. E marca também a dificuldade de vocalização dessa população.

A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil constitui um destaque da política geral, destaque estratégico que ocorre por necessidade de enfrentamento de uma situação de assistência, percebida como desastrosa, dos portadores de transtornos graves diante do silenciamento dessa situação. Portanto, a política é formulada no sentido de tornar visível o invisível. Ela surge a partir do processo de implementação da Política de Saúde Mental geral, ou seja, em contato com serviços e territórios. E entra como prioridade na Agenda da Saúde Mental em 2002, quando são criados os “CAPSi”, dispositivos extra-hospitalares voltados para essa população.

Diferentemente do PROSAD, as preocupações e as ações estão voltadas para a construção de um novo lugar social para a loucura; estão centradas no contexto dos governos estaduais, que incluem grande parte dos hospitais psiquiátricos, estando voltadas para o processo de desinstitucionalização/desospitalização dos pacientes portadores de transtornos mentais graves e sua reinserção na comunidade. Portanto, o adolescente objeto da Política de Saúde Mental é, inicial e distintamente, o adolescente hospitalizado nas instituições psiquiátricas, e quando surge a política voltada para a criança e o adolescente, a diretriz principal, a priorização, se dirige a uma parcela da população de crianças e adolescentes representada pelos autistas e psicóticos – ou seja, portadores de graves e persistentes transtornos mentais.

A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil nasce, por um lado, chamando a atenção para as necessidades de uma população carente de assistência e de uma diretriz pública em saúde mental, mas por outro, surge como política equânime – ou seja, que reconhece diferenças em relação às necessidades, pois pretende responder ou diminuir o impacto da desigualdade social de parcela desta população considerada mais necessitada ou vulnerável. Possivelmente, tem como desafio a ser enfrentado: compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais.

Destacamos, como decorrência dos percursos acima descritos, que existem concepções distintas sobre os processos e relações entre formulação e implementação nas políticas. A Política de Saúde Mental voltada para a criança e o adolescente surge a partir da implementação da política geral. Ou seja, é a partir da ida aos serviços e no contato com os territórios que as questões sobre essa população se colocam como problema público. Assim, o processo de implementação, através das indagações e tensões, gera movimentos que afetam a construção da política, ou mesmo cria outra, e desta forma também formula. Neste sentido, não se percebe um corte entre formulação e implementação, mas uma “mão dupla” no caminho de construção da política.

Para além da concepção que isto implica, talvez o fato de os formuladores hoje estarem na posição de coordenadores e gestores contribua para esse movimento e acompanhamento. Em contrapartida, no PROSAD a situação se apresenta diferente, pois parece que remete à clássica separação entre quem formula e quem implementa, contribuindo para tanto o fato de que aparentemente os consultores não participavam da gestão, não se colocando como facilitadores das mudanças ou no refazer das políticas. Assim, a formulação das normas, no que diz respeito à saúde mental do adolescente, não parece levar em conta as questões de sua aplicação – ou seja, as condições concretas que existem para implementá-las. Elas parecem surgir sem uma discussão dos (nos) serviços e sem a inclusão dos profissionais nas propostas, como um processo externo.

Outro ponto importante se localiza na organização das práticas e dos serviços. Surge um hiato importante quando se percebe que, no nível da organização dos serviços de saúde mental voltados para crianças e adolescentes, as ações de saúde estão dirigidas prioritariamente para as dificuldades de aprendizagem e de comportamento, e os casos de adolescentes com graves transtornos mentais permanecem sem acesso ao sistema ou com acesso restrito, voltado quase que exclusivamente para a medicação nos serviços.

Surge curiosamente, atravessando as trajetórias das políticas, a noção de fragilidade das políticas no que diz respeito a crianças e adolescentes de forma geral. Essa noção se apresenta tanto na Política de Saúde do Adolescente quanto na de Saúde Mental, mas se refere, no desenvolvimento e análise, a questões distintas, trazendo para a pauta, por um lado, a sobreposição de modelos com reflexos na compreensão e intervenção do PROSAD; por outro, está referida à noção de “secundarização” da política de criança e adolescente no contexto geral da Política de Saúde Mental.

Destacamos, resumidamente, que as duas políticas públicas específicas identificadas

no trabalho entre 1989 e 2005, que lidam com a saúde mental do adolescente, recortam diferentemente seu objeto, instituindo práticas orientadas por referenciais diversos e em momentos também diferentes. Isso não quer dizer que não se encontrem, mas o encontro ou parceria acontece em determinado momento, em ações e projetos específicos.

Algumas concepções em relação à adolescência ganham relevo na medida em que embasam as políticas e suas ações. De modo geral, parece que na dinâmica complexa da sociedade atual a adolescência é apreendida em discursos ambivalentes, onde o jogo se dá entre direitos e proteção, e entre o novo e a manutenção. Se, por um lado, parece que a adolescência enfrenta alguma dificuldade para ser percebida e conhecida, na saúde em geral e na saúde mental em particular, por outro ela é apresentada como uma fase ou estado de vulnerabilidade, perigo ou desvantagem. Assim, são tomados como “sujeitos de direitos que precisam de cuidadores”, “não adoecem” e “tem importantes questões de saúde que precisam ser incluídos no SUS”.

Da mesma forma, isso se repete em diferentes discursos das políticas públicas de saúde, onde “eles estão incluídos, embora não citados ou priorizados” em relação principalmente aos “adolescentes em geral” e os que sofrem dos chamados “transtornos menores”, que representam parcela significativa da população. Contrariamente, aparecem nos discursos uma exigência, um esforço e uma luta grande para a “real inclusão” e visibilidade dos adolescentes nas políticas públicas. Isso pode sugerir que, para uma parcela importante da população, se há inclusão, esta se dá de maneira frouxa, diluída ou apenas formal.

Utilizando como referência o modelo de Kingdon apresentado em 1995, no que diz respeito à constituição da agenda e sua mudança, tecemos algumas considerações tomando como base o material de uma das entrevistas da pesquisa. Diante da indagação sobre o momento específico em que se abre “a janela de oportunidades”, as questões são levadas a sério pelo governo, no sentido da entrada da criança e do adolescente na agenda da Política de Saúde Mental. Aparece fortemente marcado na fala do entrevistado que “a janela não se abre, ela é aberta [...] a gente que pinta na parede, abre buraco e faz, é a gente que abre a janela” (Ator 8).

Destaca-se, assim, a importância de um dos três componentes incluídos nos processos ou fluxos considerados importantes para se conceber a política, segundo esse autor. Assim, o componente “ator” aparece ressaltado, ou seja, os participantes ou grupos de interesses, que confluem em determinado momento. Isso nos instigou a, como num exercício, olhar em direção aos outros dois componentes em relação às duas políticas. Parece que o componente

“concepção do problema” surge em tempos diferentes para as políticas e, em ambas, a concepção sobre a saúde mental do adolescente aparece de forma parcial, ou seja, não de forma geral e ampla. Mesmo no encontro que se faz possível mais tarde entre as políticas, elas não perdem essa característica da especificidade do problema.

Em relação ao componente que diz respeito às alternativas e critérios diferentes de soluções, percebemos uma assimetria entre as políticas. Assim, no PROSAD não conseguimos identificar claramente quais eram, na época, as alternativas em jogo e as soluções em relação à saúde mental para a população adolescente na atenção básica, tanto na formulação inicial considerada ampla, quanto de focalização da saúde mental nas questões de álcool, drogas e violência, além da assistência e atividades educativas.

Na Política de Saúde Mental para a Criança e o Adolescente, parece que as alternativas e as soluções seguem o fluxo das lutas, disputas e soluções que ocorriam na política em geral que instituiu o CAPS como dispositivo extra-hospitalar. Assim se incluem, através da Portaria nº 336, em 2002, os CAPSi, com mandato semelhante ao CAPS, o que de alguma forma antecede, ou induz, a política voltada para essa população.

Destacamos noções voltadas para a saúde mental que consideramos fundamentais relativas a clínica, prevenção de agravos e promoção de saúde, bem como localizamos alguns impasses e debates que se travam em torno dessas concepções, que implicam visões diferentes sobre tratamento e cuidado voltado para a população adolescente, sobretudo nos desafios a serem enfrentados na articulação entre saúde mental e atenção básica. Os marcos orientadores das reformas em saúde mental que informam as políticas, mesmo visando a desinstitucionalização e desospitalização, são distintos, e, como vimos, assumem modelos de intervenção diversos, cada um trazendo no seu bojo seus desafios em relação à saúde mental do adolescente.

Cabe ressaltar que, na origem, a noção de prevenção para o PROSAD aparecia baseada na noção de “evitação” ou prevenção de agravos, implicando ações de prevenção em diferentes níveis na atenção básica. E as normas, por sua vez, orientavam a clínica e os encaminhamentos com base em graus de desvios em relação a um padrão estabelecido de normalidade. Em contrapartida, para a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil a noção de prevenção, quando aparece, está ligada a tratamento. Assim, neste enquadre, todo tratamento tem cunho preventivo, porque reduz dano, ou seja, previne o dano de não tratar, que é considerado muito maior. Destaca-se também a relação mãe-bebê no sentido de cuidado, intervenção e diagnóstico precoce. Desta forma, suas ações estão voltadas prioritariamente

para a clínica e esta, por sua vez, opera com noções como existência – sofrimento e sujeito diferentes e distantes da noção de desvio.

Percebemos hoje movimentos de mudanças em ambas as políticas: no PROSAD, em relação a uma clínica ampliada ancorada em outras bases, na atenção básica. Existe uma reflexão sobre problemas, concepções e práticas no sentido da ampliação da capacidade de oferecer o cuidado integral para os adolescentes com problemas graves, com problemas não tão graves assim, e de trabalhar no âmbito da prevenção e promoção de saúde, intersetorialmente. Em relação à Política de Saúde Mental, o movimento de mudança se coloca não só num “além” da clínica proposta, mas também no reconhecimento de ações de prevenção e promoção de saúde na atenção básica ou agenciadas por esta.

Uma reflexão mais ampla sobre a fragilidade como questão psicossocial surge e avança quando se olham os serviços em funcionamento e assim começam a aparecer, por exemplo, situações e distúrbios psiquiátricos menores tão graves quanto as fragilidades consideradas inicialmente pela política. Hoje a discussão sobre o acesso inclui a discussão sobre gravidade, não se restringindo mais o acesso a um critério único centrado no diagnóstico, mas passando também pela precariedade dos laços sociais.

No que diz respeito às ligações ou articulações, estas incluem não só a articulação entre CAPS e ambulatórios, que parece crucial e decisiva no sentido de acolher os chamados transtornos menores, mas também a articulação com outras ações laicas, agenciadas pela atenção básica. Parece que essas articulações apontam caminhos para um trabalho de saúde mental mais amplo, na atenção básica, orientado pela noção de integralidade.

Enfim, a questão central que se coloca é que na perspectiva de responder ao conjunto das necessidades de cuidado relativas à saúde mental dos adolescentes brasileiros, possivelmente a maioria das situações, em termos de recorte, não se situa ou se coloca nem numa nem noutra, mas num “entre” as duas políticas.

Lançar um olhar para o “entre” as duas políticas públicas específicas no que diz respeito à saúde mental do adolescente é dirigir o olhar para o “entre” dos recortes, ou seja, o “entre” do que é considerado problema público para o qual as políticas surgem como respostas. É também dirigir o olhar para além das fronteiras estabelecidas em algum momento da história. É poder perceber que as franjas constituem um entorno, um campo que é construído e, no que diz respeito à saúde mental dos adolescentes, de certa forma fica fora das políticas públicas.

Alguns movimentos são percebidos em ambas as políticas no sentido de ampliar as articulações intersetoriais e a ligação entre saúde mental e atenção básica no que diz respeito à população adolescente. Um dos desafios parece ser pensar, em conjunto, estratégias de prevenção sem que elas sejam prescritivas e normativas. Esta perspectiva vai se desenhando de modo mais específico na articulação com o PSF. Mas essa possibilidade está centrada em apostas no arranjo organizacional Apoio Matricial e nos NASF, possibilidades muito recentes para as políticas. O tom que aparece nas colocações muitas vezes diz mais de um futuro sonhado do que sobre a realidade vivida.

Se é verdade que a realidade é mais complexa do que estes recortes que as políticas operam, também é verdade que ela, a realidade, sempre escapa. É nesse movimento constante que nos cabe aprofundar o saber, criar meios para lidar eticamente com as diferentes formas, matizes, sons e situações que essa realidade, também construída, assume, principalmente quando se trata de necessidades de cuidado de uma população.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed, 1981.
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- _____. Asilos, alienados e alienistas. In: _____. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- _____. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. 1.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 314p. (Coleção loucura. Civilização).
- AMARANTE, Paulo (Coord). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136p.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente e Cérebro*, São Paulo, v. 164, p. 30-35, set. 2006.
- _____. Sobre as pesquisas, suas consequências e interesses. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 362-363, mar-abr 2009.
- ALVES, Domingos, S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.
- ARIÉS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 46 p.
- ASSIS, Simone G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, mar./abr. 2009.
- AYRES, José R. C. M. Adolescência e Saúde Coletiva: aspectos epidemiológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Denise D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- BARTOLE, Monique C. S. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BEZERRA JUNIOR, B. Cidadania e Loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JUNIOR, B; AMARANTE, P.D. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BORGES, Camila Furlanetti. *Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à reforma psiquiátrica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRANCO, Viviane M. C. *Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Declaração de Caracas. In: *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5ª ed. Brasília, DF, 2004. p 11-13.(Série E. Legislação de saúde)

_____. _____. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Brasília, DF, 1993. 3 v.

_____. _____. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria GM nº 1.455, de 31 de julho de 2003. *Define incentivos financeiros para CAPS e CAPSi*. Brasília, DF, 2003.

_____. Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003. Cria grupo de trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (GM nº 1.608/04) e analisar o diagnóstico da situação de atendimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2003.

_____. Portaria GM nº 1.947, de 10 de outubro de 2003. Aprova plano de estratégico para a expansão de 70 CAPSi em municípios estratégicos até dezembro/2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 outubro de 2003.

_____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Estabelece as modalidades dos CAPS e CAPSi*. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* de 20/ 02/2002. Poder Executivo nº34. Seção I, p 22-3. Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria Interministerial GM nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* de 15/ 07/2004. Rep. D. O. U., 16/ 07/ 2004. Brasília, DF, 2004.

_____. Portaria nº 224/92. Estabelece diretrizes e regulamenta atividades no atendimento hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 30 de Janeiro. Seção I, p 1168-1170*. Brasília, DF, 1992.

_____. Portaria nº 2.112, de 3 de março de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 04 de março de 2008, p. 38-39.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Resolução CNS nº210 de 05 de dezembro de 1996. Determina que a SAS “proceda aos estudos necessários para a inclusão de alternativas de atendimento, tais como pensões protegidas [...] na tabela do SIA/SUS”. Brasília, 1996. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 27 de Janeiro de 1997, nº18*. Acesso: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm, em 25/06/2009.

_____. Resolução CNS nº 159/95 de 06/07/95. D.O.U. 17/7/95 Aprova o Plano de Apoio à Desospitalização (PAD). Brasília, DF, 1995.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente*, v. I, II. III. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008. Revoga a portaria SAS/MS nº 340, de 15 de julho de 2004. Seção I, p.81. Aprova normas da PNAISARI. Brasília, DF, 2008.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira*. Construindo uma agenda nacional. Brasília, DF, 1999.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. *Proposta de política de saúde mental da nova república*, jul. 1985.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. *Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. *Programa saúde do adolescente: bases programáticas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 189/91. Regulamenta grupos de procedimentos de internação e AIH. *Diário Oficial de 11 de dezembro. Seção I. p. 28495-28496*. Brasília, DF, 1991.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1.,1988, Brasília, DF. *Relatório final...* Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília, DF. *Cadernos de textos...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. *Cuidar, sim. excluir, não:* efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social: relatório final... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. Apresentando logotipos: um gerenciador de dados textuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 286-287, 2000.

CAMPOS, Estela Marcia S. *A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda a sua operacionalização*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, Florianita C. B. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CANNON, Lucimar R. C.; BOTTINI, Branca A. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, DF: CNPD. 1998.

Cannon, Lucimar Rodrigues Coser. et al. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. 22p.

CAPLAN, Gerald. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CECILIO, Luiz C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p.469-478, set. 1997.

COATES, Verónica. História brasileira da medicina do adolescente: comemorando 10 anos da ASBRA. *Adolesc. Latinoam.*, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p.260-265, dez. 1999.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

COUTO, Maria Cristina V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. *Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DELGADO, Pedro G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SCOREL, Sarah. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>> Acesso em: jan. 2009.

FARIA, Tatiana W. de. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (Consultoria Projeto: Nordeste II, partes I, II e III).

FIGUEIREDO, Mariana D.; CAMPOS, Rosana O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.129-138, fev. 2009.

GONÇALVES, Ricardo B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

GROSSMAN, Eloisa. *O médico de adolescentes e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1995.

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria H. C. A. As bases conceituais dos documentos oficiais de atenção à saúde do adolescente. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 1-11, 1997.

IMPAGLIAZZO, Sandra P. *O sofrimento psíquico para além da loucura: construindo uma nova agenda na formulação das políticas de saúde mental*. 2005. 212f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Políticas sociais acompanhamento e análise*, Brasília, DF, 2008. n. 15.

KALIL, Maria Eunice X. (Org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

KINGDON, John W. *Agendas, alternatives, and public policies* 2 ed. New York: Harper Collins College, 1995.

KUSCHNIR, Maria Cristina C. *Adolescentes: sujeitos do risco, indivíduos com medo, as concepções de saúde/doença, de risco e de ser adolescente*. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1996.

LANCETTI, Antonio. *Prevenção, preservação e progresso em saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 1989. (Saúde e Loucura, 1).

LUZ, Madel T. Relações entre o adolescente e a sociedade atual: institucionalização, violência e disciplina. In: _____. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

MACHADO, Felipe R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A. de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

MATTA, Gustavo C. *A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*. 2005. 226f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MATTOS, Ruben A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2007.

_____. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

_____. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV-Aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R; GALVÃO, J.; BESSA, M. S (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA: Ed.34, 1999. 395 p.

MERHY, Emerson E. Brasil pós-64: Financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luiz C. O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

NEMES, Maria Inês B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.

NUNES, André et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. 1 ed. Brasília: OPAS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genéve, Suíça: OMS, 2001. 171p.

PAIM, Jairnilson S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 167-183, abr./jun. 1986.

PEREIRA, Nadia N. *Novas políticas na área de saúde mental da infância e adolescência: práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial*. 2003. 227f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PERES, Fumika. *Adolescência: em busca dos sujeitos sociais*. 1995. 333f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil, São Paulo, 1995.

PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JUNIOR, Kenneth. R. Modelos de atenção à saúde: demanda inventada ou oferta renovada?: algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101-119, 2000.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

REVISTA ADOLESCENTE LATINOAMERICANO ASBRA/SASIA. v. 1, n. 4, Porto Alegre, 1999.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JUNIOR, B; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

RUZANY, Maria Helena. *Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro*. 2000. 114f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SAITO, Maria I. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, M. I.; SILVA, L.E.V. (Org.). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001.

SAITO, Maria I.; LIMA, M. C. S. Unidade de Adolescentes. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*, São Paulo: Atheneu, 2001. p. 13.

SAMPAIO, Juliana; ARAUJO JUNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, set. 2006.

SANTOS, Maria Thereza C. *A reforma psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 90: as tramas da política*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SCHMID, Patricia. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil no Rio de Janeiro e os casos graves. In: TÂNIA, F. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlacs entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon; REIS, Elisa P. Pobreza e exclusão social: aspectos sócio-políticos. In: _____. *As causas da pobreza*. V. 1. Rio de Janeiro: FGV, 2004. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/exclusion.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2007.

SENNA, Mônica de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro; v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, Carlos S. *O fracasso do(a) escola(r): questão de ótica; rompendo o ciclo fechado de educação e saúde com a anamnese*. 1991. Tese (Mestre em Medicina Pediatria) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1991.

SILVA JUNIOR, Aluísio G. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluísio; MERHY, Emerson E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

SPINK, Mary J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2004.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist.Cienc.Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro; v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.

TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *O processo de construção do modelo: catálogo projeto prisma região sudeste*. Rio de Janeiro: PROGRAF/DINFO/UERJ, 1999.

VECCHIA, Marcelo D.; MARTINS, Sueli T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; v. 14, n. 1, p. 183-193, jan./fev. 2009.

_____. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu; v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009.

VIANA, Ana Luiza D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, Ana M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Enfoques metodológicos em políticas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

VIANA, Ana Luiza D.; DAL POZ, Mario R. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. *Reformas em Educación y Salud em América Latina*. Santiago de Chile: CIDE/ILADES, 1999. PAREI AQUI

VIANA, Ana Luiza D; FAUSTO, Márcia C. R.; LIMA, Luciana D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WALT, Gill. *Health Policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books, 1998.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA - ÁREA DO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE

1. Objetivo de conhecer o entrevistado

- Qual a sua experiência profissional anterior ao cargo? Sua formação, sua trajetória até aqui
- Quando chegou ao cargo?
- O que o (a) levou a aceitar o cargo de coordenação?
- Em sua opinião, por que você foi convidado? Qual era a demanda?
- Qual era sua expectativa?
- Qual foi o maior diferencial em relação ao período anterior?
- Qual foi o tempo de permanência no cargo? Por que saiu? Como foi a saída?

2. Sua percepção da história/ Concepções

- Você conseguiria recontar, de uma forma geral, a história desse período, espaço de tempo em que você esteve (está) no cargo?
- E a história do Programa Saúde do Adolescente dentro do Ministério?
Como era (é) a relação da área com toda a estrutura do Ministério?
- Outros atores, ou seja, instâncias e instituições, atuaram (atuam) junto ao Programa? Com quem dialoga?
- Quais questões ou preocupações eram (são), nesta época, mais relevantes?
- Pode localizar nessas preocupações questões relativas à saúde mental? Quais?
- Em sua opinião a área da saúde mental permanece, ao longo deste período, como uma área prioritária dentro do Programa? Houve mudanças ?
- O que norteou ou influenciou para que a saúde mental surgisse como área prioritária no PROSAD?
- Em sua opinião, quais foram as principais concepções sobre a adolescência que nortearam o PROSAD? Permanecem?
- Em sua opinião a noção da síndrome do adolescente normal é um orientador da clínica e da saúde mental nos cuidados básicos de saúde?
- Qual foi o papel ou a influência, no desenvolvimento do Programa, do Estatuto da Criança e do Adolescente?
- Quais são os documentos que constituíam as principais referências da política, naquele momento?
- A população infanto juvenil surge como campo de atuação da Política de Saúde Mental especificamente no início do milênio. O que muda?

- Como percebe a articulação do Programa de Adolescente com os CAPsi, CAPSad, NAFS e Rede Básica de Atenção a Saúde, no que se refere a assistência dos adolescentes e prevenção dos distúrbios em geral e dos chamados distúrbios psiquiátricos menores, em particular?

3. Desafios e propostas para o futuro

- Em sua opinião quais são as implicações/desafios que a saúde mental traz no campo de atuação do Programa de Saúde do Adolescente? Para a Coordenação? E na relação com os Estados e Municípios?

- Como percebe a relação Programa Saúde do Adolescente, hoje Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem e a Coordenação de Saúde Mental?

- Qual o balanço de sua gestão? Proposta/ o que foi e o que não foi implementado / localização das principais dificuldades

- O que inseriria como proposta para o futuro?

ROTEIRO DE ENTREVISTA - ÁREA DA SAÚDE MENTAL

1. Objetivo de conhecer o entrevistado

- Qual a sua experiência profissional anterior ao cargo? Sua formação, sua trajetória até aqui

- Quando chegou ao cargo?

- O que o (a) levou a aceitar o cargo de coordenação?

- Em sua opinião, por que você foi convidado? Qual era a demanda?

- Qual era sua expectativa?

- Qual foi o tempo de permanência no cargo? Por que saiu? Como foi a saída?

2. Sua percepção da história

- Você conseguiria recontar a história desse período, espaço de tempo em que você esteve (esta) no cargo?

- E a história da saúde mental dentro do Ministério? A relação da área com a estrutura?

- Quais questões ou preocupações eram (são) mais relevantes nesta época ?

- Pode localizar nessas preocupações questões relativas à adolescência ou adolescentes? Quais? Quando surgem?

- O que contribuiu ou influenciou para que a população adolescente surgisse como campo de atuação da Política de Saúde Mental? Como nasceu a ideia?

- No seu entender por que a política surge como infanto-juvenil?

- Como se deu esse processo? Quem exerceu influência? Pessoas internas e externas ao Ministério inseriram propostas? Existiam diferentes, opiniões, propostas de atuação? Quais?

- Qual foi o papel ou a influência, nesse processo do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Outros atores, ou seja, instâncias e instituições, atuaram (atuam) junto à área técnica em relação a esse campo? Com quem dialoga?
- Quais são os documentos que constituíam as principais referências da política, naquele momento?
- Como percebe a articulação CAPsi, CAPSad, NAFS e Rede Básica de Atenção a Saúde, no que se refere a assistência e prevenção dos chamados distúrbios psiquiátricos menores?

3. Desafios e propostas para o futuro

- Em sua opinião quais são as implicações/desafios que a adolescência traz como campo de atuação da política de saúde mental? Para a Coordenação? Como campo diferenciado? E na relação com os Estados e Municípios?
- Como percebe a relação da Coordenação com o Programa Saúde do Adolescente, Hoje, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem?
- Qual o balanço de sua gestão? Propostas/ o que foi ou não foi implementado e localização das principais dificuldades
- O que inseriria como proposta para o futuro?

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada “A Saúde Mental do Adolescente entre as Políticas Públicas: Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) e Política de Saúde Mental” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Dulce Maria Fausto de Castro a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 9322-6485 ou e-mail : dmfcastro@globocom.com.

A entrevista faz parte do conjunto de instrumentos utilizados na elaboração de dissertação para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais consiste em analisar duas políticas públicas específicas no que diz respeito à saúde mental do adolescente, a partir da formulação do Programa Saúde do Adolescente e da Política de Saúde Mental e seus processos de implementação no período de 1989 e 2005.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração consistirá em conceder uma entrevista à responsável pela pesquisa. A entrevista será orientada por um roteiro semi-estruturado, aberto e individualizado. Concordei com a gravação da entrevista para transcrição posterior e processamento do material, podendo ser interrompida, por mim (a gravação) a qualquer momento durante a sua realização. O acesso e a análise do material obtido serão de uso exclusivo da pesquisadora e seu orientador..

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____