



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**

EDUARDA DE PAULA MENDONÇA AMARO

**FUNCIONAMENTO DO CAPSi PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM FORTALEZA - CEARÁ NO PÓS-
PANDEMIA: AVANÇOS E DESAFIOS**

FORTALEZA
2023

EDUARDA DE PAULA MENDONÇA AMARO

**FUNCIONAMENTO DO CAPSi PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM FORTALEZA - CEARÁ NO PÓS-
PANDEMIA: AVANÇOS E DESAFIOS**

Projeto apresentado ao Curso de Direito da
Instituição Anhanguera Educacional.
Orientador:

FORTALEZA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A522f Amaro, Eduarda de Paula Mendonça.

Funcionamento do Capsi para crianças e adolescentes em Fortaleza - Ceará no pós-pandemia : avanços e desafios / Eduarda de Paula Mendonça Amaro. – 2023.

54 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Helena Stela Sampaio.

1. Saúde Mental. 2. Políticas Públicas. 3. Centro de Atenção Psicossocial Infantil. 4. Pandemia da Covid-19. 5. Crianças e adolescentes. I. Título.

CDD 320.6

EDUARDA DE PAULA MENDONÇA AMARO

**FUNCIONAMENTO DO CAPSi PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM FORTALEZA - CEARÁ NO PÓS-PANDEMIA: AVANÇOS E
DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Gestão de Políticas Públicas do Departamento de Estudos Interdisciplinares da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Gestão de Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Helena Stela Sampaio (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Antônia Emanuela Oliveira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aprovada em: 06/07/2023

À Deus, a minha mãe Joana e ao meu
irmão Lucas.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Joana, que além de todo o amor que me entrega, sempre fez de tudo para que eu conquistasse os meus objetivos, dedicou todos os esforços para que eu tivesse uma educação de qualidade e me transmite força sempre.

Ao meu irmão Lucas, por tudo o que representa na minha vida e na vida da minha mãe, por sempre acreditar em mim, e por ser o equilíbrio em nosso lar.

Ao meu companheiro de vida Alexander, que durante todo esse tempo de escrita me apoiou e acreditou incansavelmente em minha capacidade.

À Universidade Federal do Ceará, por ter fornecido todo o suporte educacional que eu sempre sonhei em ter, e que carrego comigo para a vida.

À minha orientadora Helena Stela, por ter sido uma professora que me ensinou muito na reta final do curso, e por sempre acreditar que esse trabalho seria concluído desde que a convidei para ser minha orientadora.

Aos professores e à secretária do curso, especialmente ao secretário Samuel Rocha, por sua atenção e prestatividade em toda a minha jornada acadêmica.

Ao meu amigo Marcelo Ramos por me proporcionar o equipamento para que eu conseguisse concluir esse trabalho, e por todo o apoio prestado sempre.

E por fim, aos meus amigos que torceram muito para que esse dia chegasse, e que sempre me apoiaram em minhas decisões.

“Porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens, onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. Como ato de valentia, não pode ser piegas; como ato de libertação, não pode ser pretexto para a manipulação, senão gerador de outros atos de liberdade. A não ser assim, não é amor”
- *Paulo Freire*

RESUMO

Esta monografia, é uma pesquisa acerca dos avanços e desafios do equipamento estratégico Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi do município de Fortaleza - CE como uma política pública de saúde mental. O recorte deste trabalho, se dá no contexto pós-pandemia no que tange ao funcionamento deste equipamento. A pesquisa se organiza como uma pesquisa bibliográfica e documental, acerca do percurso histórico em que se deu a criação das Políticas de Saúde Mental e os Movimentos que originaram o CAPS, além disso descreve o funcionamento do CAPSi presente nas Secretarias Executivas Regionais 2 e 6 da cidade de Fortaleza – Ceará, e analisa as demandas de funcionamento existentes de acordo com o número de CAPSi implementados, tendo em vista a população e o aumento da demanda no contexto pós pandemia. A análise de dados ocorre a partir de um relatório do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente - CEDECA (2021), no que tange ao funcionamento do CAPS de forma qualitativa. Observou-se o número deficitário de CAPSi para a quantidade populacional da cidade de Fortaleza, ademais, o aumento da demanda e da gravidade dos usuários já assistidos pelo equipamento com o cenário pós pandemia, além disso, nota-se a tentativa por parte dos gestores na reorganização orçamentária dessa política no PPA - 2022-2025 para a implantação da Rede Psicossocial. Por fim, é possível visualizar a falta de informações transparentes no que tange ao funcionamento e perspectivas dos CAPSi por parte dos gestores e da Secretaria da Saúde. Tendo em vista o que foi exposto, faz-se necessário o conhecimento por parte da população e aproximação da academia acerca deste tema em forma de controle social.

Palavras-chave: Saúde Mental, Políticas Públicas, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Pandemia da Covid-19, Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

This monograph is a research about the advances and challenges of the strategic equipment Center for Psychosocial Child Care - CAPSi in the city of Fortaleza - CE as a public policy for mental health. The focus of this work takes place in the post-pandemic context regarding the operation of this equipment. The research is organized as a bibliographical and documentary research about the historical path in which the creation of the Mental Health Policies and the Movements that originated the CAPS took place, in addition to describing the functioning of the CAPSi present in the Regional Executive Secretariats 2 and 6 of the city of Fortaleza - Ceará and analyzes the existing operating demands according to the number of CAPSi implemented in view of the population and the increase in demand in the post-pandemic context. Data analysis takes place from a report by the Center for the Defense of Children and Adolescents - CEDECA (2021) regarding the functioning of the CAPS in a qualitative way. There was a deficient number of CAPSi for the population of the city of Fortaleza, in addition, the increase in demand and the severity of users already assisted by the equipment with the post-pandemic scenario, in addition, the attempt by managers to budgetary reorganization of this policy in the PPA - 2022-2025 for the implementation of the Psychosocial Network. Finally, it is possible to visualize the lack of transparent information regarding the functioning and perspectives of the CAPSi by managers and the Health Department. In view of what has been exposed, it is necessary for the population to know and approach the academy on this subject in the form of social control.

Keywords: Mental Health, Public Policies, Child Psychosocial Care Center, covid-19 pandemic, Children and Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial	32
Figura 2 – Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com as regionais e marcado com os CAPSi existentes.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará
CAP	Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
IAPs	Institutos de Aposentadorias
MPCE	Ministério Público do Estado do Ceará
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
REME	Movimento de Renovação Médica
OMS	Organização Mundial da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	13
3. POLÍTICA PÚBLICA.....	14
3.1. Conceitos de políticas públicas.....	14
3.2. Políticas de saúde mental e assistência social no Brasil.....	16
3.3. Política de saúde para crianças e adolescentes.....	19
4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	26
4.1. Movimento antimanicomial.....	26
4.2. Surgimento do centro de atenção psicossocial.....	29
4.3. Funcionamento.....	31
5. CAPS INFANTIL EM FORTALEZA	35
5.1. Funcionamento do capsí.....	36
5.2. Cenário do capsí pós pandemia.....	38
5.3. Análise dos avanços e desafios.....	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem sido um tema com relevância na agenda pública desde a década de 60, quando em 1963 tem-se a III Conferência Nacional de Saúde - que segundo a Fiocruz, conta com o principal objetivo de avaliação no contexto da saúde nacional, assim como a formulação de diretrizes que conduzam as políticas públicas desse setor - envolto em um contexto de movimentações, referentes à reforma sanitária que vinha a se manifestar nos anos seguintes como bem mencionado posteriormente.

Assim, antes da década de 60, acreditava-se que a saúde mental não era um problema público, mas um problema social, que para ser elucidado precisava apenas retirar, de qualquer forma essas pessoas do convívio social, como uma forma de controle social pelo estado, o que nos condenou ao modelo de política arcaico e com violações de direitos, como menciona Tenório (2002).

Apesar da pausa que a ditadura militar trouxe nas discussões referentes aos avanços nas políticas de saúde mental nacional, logo após a redemocratização, com os movimentos sociais, políticos e econômicos existentes têm-se traçado o início do que temos implementado hoje com políticas de saúde mental efetivas, principalmente a partir da existência do movimento sanitário como precursor dos movimentos antimanicomiais e da reforma psiquiátrica brasileira.

Primordialmente, é importante entender como a população de crianças e adolescentes é vista na perspectiva de políticas de saúde mental, mencionado pelo Ministério da Saúde (2005), como uma inclusão tardia na agenda pública, como descreve o capítulo sobre “Políticas de saúde mental para crianças e adolescentes”.

É apenas com a constituição de 88 que é vista como a normatização da cidadania para a população infanto juvenil como a efetiva criação do ECA - Estatuto da Criança e Adolescente - Lei 8.069/90, que assegura o estado como detentor das garantias asseguradas através do estatuto, bem como a promoção e recuperação da saúde.

É a partir do contexto da inserção da Constituição de 88 na sociedade que determina a garantia de direitos e cerca de 20 anos depois, com a promulgação da Lei Federal n.º 10.216, de 6/4/2001, Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica que se institucionaliza mudanças com relação aos direitos das pessoas portadoras de

saúde mental e redefine o modelo assistencial em saúde mental. (Braga e d'Oliveira, 2019) Além de institucionalizar a garantia de políticas públicas que seguissem o modelo estratégico de atenção psicossocial.

Nos anos seguintes, a saúde mental da criança e do adolescente, ganhou ainda mais espaço principalmente com a criação da Portaria n.º 1.608/0421 de 2004, que instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infância e Adolescência, esse espaço de debate resulta na criação de subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população, assim como o CAPSi estudado nesta pesquisa.

O CAPS está inserido na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS que tem suas diretrizes fundamentada nos direitos humanos e a “execução de ações acontece via meios intrasetoriais e intersetoriais, em redes capilarizadas nos territórios.” (BRASIL. Ministério da Saúde) assim, este equipamento surge como uma das alternativas criadas para o que o movimento antimanicomial reivindicava e além disso traz uma assistência estratégica, reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário, como mencionado pelo Ministério da Saúde (2004).

O CAPS Infância e Adolescência é um dos quatro tipos de CAPS existentes, destinado ao público de crianças e adolescentes com transtornos mentais, abrangendo a população de 4 a 17 anos. O Brasil possui cerca de 285 CAPSi e destes 11 estão no Estado do Ceará, sendo o terceiro estado na região Nordeste com o maior número de CAPS, levando em consideração a população. Dos 11 CAPSi estabelecidos no estado do Ceará, 2 deles estão na capital Fortaleza, de acordo com os dados identificados na rede de Atenção Psicossocial em 2022¹

Portanto, pensando nos primeiros semestres no curso de Gestão de Políticas Públicas, a pesquisa tem como campo de estudos a saúde mental por incumbência de a pesquisadora ter proximidade com o movimento antimanicomial e ter participado de uma pesquisa científica no que tange o CAPS geral da cidade de Fortaleza localizado no bairro do Rodolfo Teófilo, desde então há essa proximidade e anseio de fazer o tema se fazer conhecido na academia e de forma específica no CAPS Infantil que possui poucos equipamentos no município.

¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>

Sobretudo é importante identificar a falta de equipamentos, pois, Fortaleza é um município com uma população estimada em 2021 através do IBGE de 2.703.39. E fazendo um cálculo de 1 caps para 100 mil habitantes, definido como indicador principal da saúde mental no “Pacto pela Vida em 2007”, em Fortaleza deveria existir cerca de 27 CAPS, e o município no cenário atual possui apenas 15 equipamentos no geral. Desses 27 necessários, utilizando a porcentagem 38%² de CAPS infantil, há uma necessidade de 10 equipamentos de CAPSi no município.

Constatou-se portanto, que há um número de unidades insuficientes para a demanda populacional, gerando uma demanda alta para ser atendida apenas nos dois equipamentos existentes (CEDECA, 2021) assim demonstrado durante a pesquisa, por meio do monitoramento do CEDECA - Centro de Defesa da Criança e do Adolescente, entidade que tem como missão a defesa dos direitos de crianças e adolescente, especialmente quando violados por ação ou omissão do poder público, visando o exercício integral e universal dos direitos humanos.

Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar os avanços e desafios no funcionamento do CAPS Infantil de Fortaleza - CE, fazendo um recorte histórico no período pós pandemia, como seu objetivo geral. E quanto aos objetivos específicos, o primeiro objetivo consiste em evidenciar a trajetória do surgimento das políticas de saúde mental no Brasil, fazendo um recorte no público infante juvenil, o segundo busca identificar os movimentos que deram origem ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS como política pública, o terceiro objetivo se enquadra em descrever o funcionamento dos dois CAPSi da cidade de Fortaleza; e por fim, no último objetivo, avaliar o respectivo funcionamento do CAPSi em Fortaleza no período pós-pandemia.

Dessa forma, na primeira parte do trabalho têm-se a definição de política pública e um percurso histórico de como surgiu as políticas de saúde mental no Brasil, desde a questão da assistência social antes da ditadura e com a normatização do sistema único de saúde; prontamente a pesquisa dispõe da exposição dos movimentos que deram origem aos CAPS nos estados brasileiros.

² E de acordo com o Ministério da saúde, é necessário ter um CAPSi por 70 mil habitantes, a porcentagem de CAPSi dentro dos totais de CAPS necessários da cidade de Fortaleza é cerca de 38% Portanto, 38% do total necessário na cidade que é cerca de 27 CAPS. Deveriam existir cerca de 10 CAPS infantis no município, número divulgado pelo CEDECA, 2021.

Em seguida é feito um estudo da quantidade CAPSi, e como funciona este equipamento no município de Fortaleza; fazendo por fim um recorte histórico no contexto pós pandemia e quais os avanços e desafios do funcionamento de acordo com a demanda, o número de profissionais e a infraestrutura.

Quanto à metodologia utilizada, se trata de uma pesquisa qualitativa com recortes históricos no movimento antimanicomial. Quanto aos objetivos utiliza como abordagem a pesquisa exploratória e descritiva, em que descreve o histórico das políticas de saúde mental infanto juvenil, fazendo uma busca bibliográfica dos movimentos sociais ligados à Reforma Psiquiátrica e uma busca documental de como o equipamento do CAPSi funciona a partir da crescente demanda da pandemia.

Ademais, foram utilizados dados da Prefeitura de Fortaleza e do CEDECA, que foram instrumentos para definir os avanços e desafios encontrados na política pública estudada, no recorte histórico utilizado. Além disso, através da pesquisa documental foi possível identificar notícias através dos principais veículos de comunicação regional, como o Diário do Nordeste e O Povo.

2. PERCURSOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa, busca uma análise do funcionamento de uma política que está integrada na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no caso o equipamento do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi na cidade de Fortaleza através de uma revisão bibliográfica do percurso histórico da política pública de saúde mental, e de que forma ela adentra na agenda pública, trazendo autores importantes para o tema como Amarante (1995), Bravo (200), Baptista (2007), Pitta (2011) entre outros.

Além disso, revisita documentos do Ministério da Saúde e Leis Federais que corroboram no desenho do Movimento Antimanicomial e como ele influenciou na implementação do CAPS na perspectiva de uma política nacional. E por fim analisa os avanços e desafios do funcionamento do CAPSi no pós pandemia do COVID-19, de acordo com dados de um relatório de monitoramento da saúde mental de crianças e adolescentes fornecido pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará - CEDECA, além de dados da Prefeitura Municipal de Fortaleza através de reportagens.

Dessa forma, quanto a abordagem utilizada, se trata de uma pesquisa qualitativa que segundo Minayo (2009):

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões referentes a um conjunto de fenômenos humanos entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009, p. 21)

Portanto, revisitando cada capítulo da pesquisa, têm-se muito como foco da investigação questões subjetivas de qualidade no funcionamento, aumento da demanda e de que forma isso interfere no atendimento e questões mais ligadas à realidade vivida e de geração de hipóteses.

Além disso, de acordo com os objetivos da pesquisa tem-se uma pesquisa delineada através da pesquisa exploratória que segundo GIL (2008), visa garantir maior familiaridade com o problema tendo como objetivo deixar aquele problema mais compreensível ademais construindo hipóteses acerca do assunto estudado. Ainda segundo os objetivos é também uma pesquisa descritiva que como menciona GIL (2008) que têm como objetivo primordial a descrição das características de

determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. A presente pesquisa descreve o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial com os tipos de profissionais existentes, o espaço utilizado e as atividades executadas.

Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa exploratória e descritiva, no que tange aos procedimentos técnicos, aproxima-se de uma pesquisa bibliográfica, pois que praticamente trabalham lado a lado, com a diferença no que diz respeito à fonte em que aquela informação foi retirada.

Considera-se que ambas são desenvolvidas, segundo GIL (2008), com base em material já elaborado de acordo com o objetivo descrito na pesquisa, como dito anteriormente foram analisados documentos durante toda a pesquisa, compêndios legais, com algumas espécies normativas, bem como documentos de relatos da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Livro o Monitoramento de Saúde Mental do CEDECA em 2021, o livro “Loucos pela Vida de Amarante”, reportagens e notícias relacionadas ao equipamento de saúde mental, entre outros.

3. POLÍTICA PÚBLICA

O presente capítulo tem como principal objetivo traçar alguns conceitos de política pública, de acordo com autores importantes, como são Secchi (2010) e Howllet (2013), além de trazer as perspectivas estatocêntrica e multicêntrica, pois, considerando o objeto estudado referente a uma política pública no âmbito da saúde mental, é importante que os conceitos de política pública e problema público sejam estabelecidos. Além disso, esse capítulo traz de que forma se deu o surgimento das políticas de saúde mental no Brasil, fazendo um resgate. É importante considerar nesta pesquisa o modelo multicêntrico estabelecido por Secchi (2010) que se caracteriza de acordo com o objetivo da política.

3.1. Conceito de Política Pública

Sabe-se que existem diversos conceitos e autores que perpassam o âmbito da política pública, sendo assim, conforme Secchi (2010, p.1) pontua que há duas formas de entender a palavra “política” de acordo com suas conotações. A primeira no sentido de “poder” sobre a sociedade, e a outra no sentido de “deliberação, ação” assim, o

autor afirma que política pública está relacionada à segunda forma de entender política, pois, trata-se de um processo de escolhas e poder de ação acerca de determinado problema público.

Considerando as profusas definições, há uma definição originada por Howlett (2013) advinda dos estudos elaborados por Jenkins (1978) que conceitua política pública como:

um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou um grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance desses atores” (JENKINS, 1978 apud HOWLETT, 2013, p. 8).

Tem-se, portanto, algumas concepções quanto ao agente responsável por essas deliberações, como pontua Secchi (2010), há autores que consideram uma perspectiva estadocêntrica que levanta o estado como principal agente e autores que consideram uma perspectiva multicêntrica que considera outros agentes além do estado, como organizações privadas, não-governamentais.

Na abordagem estatista podemos considerar, segundo Secchi (2010, p. 2):

as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais. Segundo esta concepção, o que determina se uma política é ou não “pública “é a personalidade jurídica do formulador. Em outras palavras, é política pública somente quando emanada de ator estatal (HECLO, 1972; DYE, 1972; MENY E THOENIG, 1991; HOWLETT E RAMESH, 2003).

Nesse sentido, Rua (2009) estabelece que se houver uma ação por parte da sociedade em se tratar de um problema público, há uma ação privada de interesse público. Portanto, de acordo com Secchi (2010) a abordagem estatista pondera que atores não ligados ao estado podem sim interferir no processo de formulação de uma política ou identificação de um problema público, mas que não cabe a esses atores liderar o processo.

Contudo, no que se refere a abordagem multicêntrica o ponto principal não está em quem formula a política, mas a origem do problema. Secchi (2010, p. 2) pontua que a abordagem multicêntrica considera:

“organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (policy networks), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas (DROR, 1971; KOOIMAN, 1993; RHODES, 1997; REGONINI, 2001).

Assim, o autor considera que o eixo conceitual de política pública, é a decisão centralizada na perspectiva de um problema público. Dessa forma, no que se refere à problema público, podemos considerar a definição de Secchi (2010), ao mencionar Sjoblom (1984), quando caracteriza problema público como a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível.

Portanto, podemos considerar que a política pública está imersa no contexto do problema público em que se tem uma conjuntura que é considerada inadequada sob determinada expectativa no anseio de uma situação melhor. Nesse sentido, pode-se entender que a política pública pesquisada neste trabalho tem como objetivo responder ao problema público da saúde mental no nosso país.

3.2. Políticas de saúde assistência social no Brasil

Partindo do ponto que traçar uma linha histórica das políticas de saúde no Brasil, é delinear uma linha temporal na história do país para além do contexto de Estado-Nação, como afirma Baptista (2007), as primeiras ações referentes à saúde pública se deram ainda em 1808 no período colonial com a vinda da família real, pois, a população era acometida por doenças chamadas tropicais, que eram desconhecidas pelos médicos da Europa, como a febre amarela, a malária. Dessa forma, com um objetivo econômico de manutenção de uma mão de obra saudável para realizar as atividades econômicas e a produção de riqueza, o estado formulou algumas ações de saúde pública.

É importante citar como uma dessas ações, a chegada de mais profissionais da saúde, iniciando assim um programa de institucionalização da esfera de saúde no país e regulamentação das práticas médicas profissionais, que até então eram exercidas por alguns grupos de cultura própria e conhecimentos específicos no que se refere a doença, assim como: os barbeiros ou práticos, os chamados curandeiros, assim como os jesuíta. Dessa forma, houve a criação da primeira faculdade de medicina em 1808 na Bahia em Salvador, que tinha como objetivo a institucionalização dos profissionais de saúde seguindo os parâmetros europeu.

Assim, essas primeiras condutas adquiridas no que tange a regulamentação dos profissionais teve como um dos principais efeitos, a formação de hospitais públicos que atendessem doenças que podiam ser vistas como doenças graves e que se fazia necessário o controle por parte do estado, entre essas doenças da época,

estavam os transtornos mentais como menciona Baptista (2007) É nesse contexto, que é criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital D. Pedro II - localizado no Rio de Janeiro.

Observa-se, portanto, que em se tratar de saúde, no século XIX o objetivo principal era a saúde da cidade em si, os trabalhadores eram só a consequência das medidas tomadas. Bravos (2000), afirma que, segundo Braga e Paula (1985. Pp. 41-42), a saúde no Brasil manifesta-se como questão social no centro da economia capitalista cafeeira advinda do surgimento do trabalho assalariado. É cabível relembrar a reforma Carlos Chagas de 1923 institucionalizada pelo Decreto nº. 15.003, de 15 de setembro de 1921 em que amplia a cooperação do governo nacional com os estados por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. Logo após a crise de 1929³, na década de 30, há algumas mudanças na sociedade brasileira, estritamente ligadas ao processo de industrialização redefinição do papel do Estado. Além disso, com a reivindicação dos trabalhadores se inicia o aparecimento de políticas sociais nacionais.

Dessa forma, com o surgimento de políticas sociais após a reivindicação dos trabalhadores, sucedeu uma política de saúde realizada nesse período que foi Decreto nº. 15.003, de 15 de setembro de 1921 organizada em duas categorias: saúde pública e medicina previdenciária. Esse Plano Nacional de Saúde se potencializou entre 1945-1950, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que nasceu durante a 2ª Guerra Mundial, em ajuste com órgãos do governo americano e patrocínio da Fundação Rockefeller, como afirma Bravo (2000).

O Plano Salte⁴ apesar de ter colocado a saúde como um dos seus principais propósitos, prevendo investimento de 4 anos a partir de 1949, não foi implementado. Durante a ditadura, que teve seu início em 1964, houve um declínio no que tange às

³ A crise, também conhecida como “A Grande Depressão”, foi a maior de toda a história dos Estados Unidos. Como nesta época, diversos países do mundo mantinham relações comerciais com os EUA, a crise acabou se espalhando por quase todos os continentes. A crise de 1929 afetou também o Brasil. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/crise-de-1929>

⁴ Plano SALTE é o nome de um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia (exatamente o significado da sigla "SALTE"). Na área da saúde, o Plano Salte pretendia, abrangendo a Campanha Nacional de Saúde, elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural. Disponível em: <https://www.infoescola.com/história-do-brasil/plano-salte/>

políticas de saúde nacional, ainda assim foi o período em que ocorreu o advento das primeiras manifestações do movimento antimanicomial.

Desta forma, é possível pontuar que apenas na década de 80 com a democratização política - apesar da crise econômica - a sociedade brasileira viveu momentos de mudança nos debates que tinham como pauta principal a saúde, pois existiu a participação de novos sujeitos como: profissionais de saúde e suas entidades que defendiam temas mais gerais, como o fortalecimento do setor público e a importância do movimento sanitário.

O que acaba contribuindo para um amplo debate no qual tem-se à frente o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) que levou suas demandas para o centro de debates em torno da Democracia e da Saúde, ampliando ainda mais o olhar da sociedade para esses temas. Bravo (2000) menciona as principais propostas desses atores:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000. p.9).

Além disso, a autora cita um fato marcante que ocorreu para a institucionalização da Saúde no Brasil: foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, e que levou para o centro do debate temas como:

- I. A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;
- II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- III. Financiamento setorial.

Essa Conferência pode ser citada como um marco nas políticas de saúde, pois a partir dela os debates não ocorrem mais de forma setorial, pensando em um Sistema Único de Saúde e em uma Reforma Sanitária.

Logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde sucede o processo constituinte que leva à promulgação da Constituição de 1988 que representa muito mais do que o fim do autoritarismo que caracterizou a Ditadura Militar, mas como Bravo (2000) afirma “a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”.

3.3 Política de Saúde Mental e assistência social no Brasil

É de suma importância fazer um levantamento histórico do contexto social em que se estava inserida a política de saúde mental no Brasil, a partir de cada marco que nos remete até os dias atuais. Dessa forma, faz-se importante antes de tudo entender a de que forma a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualifica os transtornos mentais, por tanto entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo (OPAS/OMS, 2018).

Assim, uma parte da sociedade que possuía esses transtornos até o final da década de 70 era identificada como indivíduos que possuíam moléstia mental. De tal forma que se houvesse comprometimento da ordem pública ou da segurança das pessoas, poderiam ser recolhidos a um estabelecimento de alienados como mencionado pelo Decreto nº 1.132 de 1903, como exemplo destes estabelecimentos tinham-se os *asylos* públicos ou particulares, que violavam constantemente os direitos humanos, assim como reafirma Tenório (2002), quando cita a quantidade elevada de óbitos dos *asylos* - hospitais psiquiátricos da época.

Nota-se que desde então há um interesse em retirar de qualquer forma essas pessoas do convívio social, como uma forma de controle social pelo estado o que nos direciona a um modelo de política de saúde mental arcaico e com violações de direitos; assim, com a trajetória da criação do Decreto nº. 1.132, em 1903, sucedeu no Rio de Janeiro a criação do primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, aliado ao Decreto nº. 14.831 de 25 de maio de 1921⁵ que se refere ao regulamento deste Manicômio Judiciário.

Em consequência disso, como afirma Lima (2019) a criação deste formato de manicômio tem como base teorias que medeiam crime e loucura. Considerando o contexto de industrialização que o país estava inserido tem-se como um importante marco, o Decreto Legislativo nº. 4.682/1923, popularmente conhecido como a Lei Eloy Chaves que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP, o que identifica “avanços” na assistência social de trabalhadores. Avanços esses caracterizados não

⁵Legislação Informatizada - Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921 - Publicação Original descrevendo a regulamentação do Decreto. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>>

por um bem-estar social, mas principalmente por vincular o benefício da saúde à produtividade trabalhista, pois as CAPs eram de cunho privado vinculada às empresas, o estado apenas fazia a fiscalização.

Nesse mesmo ano, o decreto nº. 4.778 de 27 de dezembro, considera de utilidade pública a *Liga Brasileira de Higiene Mental* tendo a sua sede no Rio de Janeiro, fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel⁶ em que tinha como objetivo principal o avanço e desenvolvimento na assistência aos doentes mentais, tendo como base a modernização dos atendimentos psiquiátricos segundo Seixas; Mota e Zilberman (2009).

Atribuindo sequência ao progresso de assistência social da época, em 1930 no governo Vargas há importantes marcos que podem ser citados na construção da política de saúde mental. São criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAP como mais uma reforma no modelo de proteção social do país, assim a saúde pública tinha uma divisão que se baseava em saúde pública, de caráter preventivo e conduzida através de campanhas; de outro, a assistência médica, de caráter curativo, conduzida através da ação da previdência social como menciona CABRAL e DAROSCI (2019); os IAPs vinculados ao Estado com cooperação de lideranças sindicais.

Dessa forma, em se tratando de regulamentação sobre a saúde mental, pode-se citar o importante Decreto nº. 24.559 de 03 de julho de 1934 que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”.

Dez anos depois pode-se citar o Decreto nº. 17.185 de 1944 que aprova o regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o que nos leva a entender esses decretos como um início do que se pode chamar de institucionalização de cunho nacional no que tange à assistência pública psiquiátrica, abrangendo os cuidados com a saúde.

Sob uma perspectiva de avanços no âmbito dos decretos citados no que tange à saúde nacional, é importante ressaltar que até o final da década de 1950 os Institutos de Aposentadorias (IAPs) não abrangiam a assistência psiquiátrica. Assim, é de se

⁶para entender quem foi Gustavo Riedel e a sua importância para a Política de Saúde Mental no Brasil, um pouco de sua biografia disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-riedel.php>

observar que ainda havia questões básicas para serem discutidas e ações deveriam ser tomadas com relação à agenda pública de saúde mental.

Em 1963 tem-se a III Conferência Nacional de Saúde - que segundo a Fio Cruz⁷ (2022) conta com o principal objetivo de avaliação no contexto da saúde nacional assim como a formulação de diretrizes que conduzam as políticas públicas desse setor - e nesse contexto da conferência houve algumas movimentações em se tratar da reforma sanitária que vinha a se manifestar nos anos seguintes.

Como é sabido, logo no ano seguinte em 64 deu início ao contexto político de Golpe Militar que acabou por frear qualquer movimentação discutida na Conferência Nacional de Saúde trazida anteriormente. As medidas tomadas nesse período - o autoritarismo, redução de gastos em políticas sociais - como bem mencionado por Silva, Barros S, Oliveira MA (2002) centralizou o poder político no governo federal, deixando os municípios com o poder de autogestão reduzida, tornando-os assim dependentes do apoio político ao “governo” vigente.

Como bem afirma Barros S. (1996) nos dez primeiros anos de ditadura, pode-se citar a questão da privatização como uma reforma institucional, em que se tinha uma alta produção de procedimentos no setor privado, que favoreceu de forma difusa a empresa médico-industrial, na área da psiquiatria essa “corrente” converteu-se no que seria chamado de “indústria da loucura” (Cerqueira 1984) em que tinham como a principal objetivo no âmbito empresarial o lucro advindo do sofrimento mental e os índices altos de internações.

Nesse contexto é possível afirmar que boa parte de todo o recurso financeiro da psiquiatria era atribuído às internações em clínicas privadas designados através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com altos índices de internações consideradas desnecessárias (Pitta, 2011).

Dessarte, pode-se entender que esse movimento chamado por Cerqueira (1984) de “indústria da loucura” em que tinha como objetivo a internação em massa e a superlotação de leitos da área psiquiátrica, temos a reafirmação do modelo hospitalocêntrico que se distanciava cada vez mais da implantação de programas de

⁷Disponível na Cobertura das Conferências Livres no site do Conselho Nacional de Saúde: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2344-3-conferencia-nacional-de-saude-1963>

assistência psiquiátrica correlacionando as políticas públicas como centro da agenda pública.

Assim, na década de 70 o contexto em que se encontravam os hospitais públicos - superlotados, na situação de abandono - e os particulares - funcionando também de forma precária tendo como principal objetivo o lucro - despertou uma conjuntura de críticas ao modelo presente relatado por Paulin e Turato (2004) como privatista/asilar excludente, essas críticas deram início ao Movimento pela Reforma Sanitária - MRF já mencionado anteriormente, que visava não só tornar a saúde um bem público mas a redemocratização do país que vivia no contexto político de autoritarismo.

No que tange a saúde, o MRF levantou mudanças sociais, jurídicas e institucionais que sucedeu na proposta do Sistema Único de Saúde - SUS discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde como descreve o relatório do Ministério da Saúde (1986). Foi nesse contexto em que se tem a origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira - PB que surgiu a partir das críticas sobre as práticas violentas e excludentes dos hospitais psiquiátricos que acabaram avançando para o posicionamento ético-político essencialmente antimanicomial (Tenório, 2002) como citado posteriormente.

De acordo com essa conjuntura, em 1978 jovens psiquiatras da cidade do Rio de Janeiro denunciaram de forma pública os cenários de tratamentos desumanos que os hospitais psiquiátricos ofertavam e logo depois, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) desencadearam uma greve que resultou na demissão de 260 profissionais que trabalhavam na instituição e na divulgação das condições de trabalho que eles enfrentavam e na realidade de violência que os pacientes eram submetidos nos manicômios. (Silva, Barros S, Oliveira, 2002.

Como mencionado posteriormente foi nesse contexto que se criou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM criado em 1978, no mesmo ano teve início o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ambos com a participação de importantes nomes na Reforma Psiquiátrica Internacional e fortalecendo o cenário do Movimento nacional.

Cabe pontuar, portanto, a importância da Reforma Sanitária para a Reforma da Psiquiatria brasileira, principalmente no âmbito da correlação entre política, economia e saúde. E foi no bojo da criação da Constituição de 1988 e do Sistema Único de Saúde - SUS em 1990 agindo em concomitante com as intensas críticas ao modelo

manicomial que segundo Pitta (2011) se deu início às mudanças no modelo atenção em saúde mental através da realocação da estrutura hospitalocêntrica por serviços múltiplos, abertos e territoriais, com o objetivo agora de incluir os sujeitos em sofrimento mental no contexto de comunidade.

Além disso, a Lei Federal n.º 10.216, de 6/4/2001, Lei Paulo Delgado, estabelece e institucionaliza mudanças com relação à proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, portanto foi apenas a partir de 2001 que foram criadas condições legítimas para a criação de políticas públicas para essas pessoas (Braga e d'Oliveira, 2019).

3.4 Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes

É importante partir do pressuposto de que a partir da década de 20, como mencionado no capítulo anterior, há o crescimento de instituições psiquiátricas no Brasil. Essas instituições acabam agindo em conformidade com um trabalho educativo das crianças da época. Como afirma o Ministério da Saúde (2005):

A instituição psiquiátrica busca legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapolando os limites do asilo clássico, construindo um saber psiquiátrico preventivo ao qual se vincula o surgimento da psiquiatria infantil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.25)

Assim, pode-se entender que há uma forma de agir preventiva das instituições e que estão sempre relacionadas às práticas de "higiene mental" que surgiu no âmbito da Liga Brasileira de Higiene Mental. A Clínica Eufrenia, criada a partir da competência da Liga, que foi tida como uma das primeiras instituições a atender crianças de até 12 anos e que propõe prevenir doenças nervosas da infância - como mencionado no documento do Ministério da Saúde⁸ - e reabilitar comportamentos vistos como anormais no psíquico da juventude.

Diante do que foi exposto até esse ponto do trabalho, em que se tem de forma contextualizada o caminho seguido até a consolidação da Política Nacional de Saúde

⁸ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>

Mental, faz-se entender uma inclusão tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda pública. Como menciona o Ministério da Saúde (2005):

As ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 7)

Assim, contextualizando o que foi dito anteriormente, no que tange o contexto jurídico, esse cenário era sancionado a partir do Código de Menores de 1927, conhecido como Código Mello Mattos, que foi substituído pelo Código de Menores em 1979. Em ambos se entende um modelo muito mais de “isolamento” e “abandono” de crianças e adolescentes considerados desviantes ou que vivem em situação de vulnerabilidade social, como bem menciona Braga e d’Oliveira (2019). E foi nessa conjuntura exposta que o Ministério da Saúde reafirma:

que passaram ‘silenciosas’, mas não isentas de suas consequências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. p. 8)

Portanto, diante do contexto de redemocratização social e política que foi mencionado em outros pontos deste presente trabalho, é possível entender a Constituição de 88 como efetiva propulsora da cidadania das crianças e adolescentes, afirmando a condição de sujeitos de direitos que sucedeu na promulgação da Lei n.º8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

A partir disso, o Estado é responsável, juntamente com a família, pela concretização de direitos e das garantias asseguradas no ECA e na Constituição, como a garantia de proteção integral das crianças e adolescentes, pertencimento a um território, construção de vínculos familiares e sociais afetivos, educação em escolas, promoção e recuperação da saúde etc.

Dessarte, o olhar sob o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes em paralelo com a promulgação do ECA e a implementação da Política Nacional de Saúde Mental pleiteia uma reestruturação da atenção à saúde mental de crianças e

adolescentes. Pode-se citar dessa forma que a partir desse cenário tem-se o desenho do Sistema Único de Saúde que segundo o Ministério da Saúde (2005, p.9): “tem como responsabilidade principal promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária”.

Como dito anteriormente, no que tange aos avanços estabelecidos de forma institucional e especializado para a população com transtornos mentais, podemos entender esses avanços apenas a partir de 2001 com a Lei Federal nº10.216/01.

Já no campo da saúde mental para crianças e adolescentes de forma específica, os avanços só passam a se materializar na III Conferência Nacional de Saúde Mental quando tem-se essa temática priorizada na reforma psiquiátrica, como mencionado pelo Ministério da Saúde em 2002 em que enfatizam na conferência a execução obrigatória de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil na agenda públicas de saúde mental, levando em consideração as diretrizes do processo da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do ECA.

Além do que foi pré-estabelecido na III Conferência Nacional em 2001, pode-se considerar também como marco fundamental a Portaria nº 336/02 que institucionaliza os planos de financiamento para a construção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS assim como o CAPSi que é específico para a população infantojuvenil, o que demonstra então uma ampliação da rede atenção psicossocial, mencionado por Braga e d'Oliveira (2019).

No ano seguinte à referida portaria, portanto em 2003, é importante destacar outra normativa, a Portaria GM/MS nº 1.946/03, que em conjunto com as discussões levantadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, fomentou a criação de um grupo de trabalho que tem como objetivo principal garantir que o Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental exerça um papel de inter-relação entre os sujeitos e a política pública institucionalizada, de modo que haja um trabalho em conjunto das políticas públicas das demais esferas.

Por conseguinte, em 2004 é publicada a Portaria nº 1.608/0421 do Ministério da Saúde, que cria o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que tem como órgão coordenador o Ministério da Saúde no âmbito da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Nesse Fórum há dezenas de representantes de políticas das demais esferas como: educação, justiça, saúde, assistência social, direitos humanos, saúde mental.

Tendo assim como propósito “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população”.⁹

Define-se assim o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto juvenil como um importante agente na formulação e implementação de políticas intersetoriais voltadas para essa população, tendo em vista uma forma de acolhimento universal, o direcionamento implicado, a construção de uma rede efetiva, visando a intersectorialidade na ação do cuidado como mencionado por Braga e d’Oliveira (2019) e com o olhar atento “à singularidade de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro”¹⁰.

4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Diante da trajetória que foi exposta com os conceitos de política pública adotados nesta pesquisa e com os marcos da política de saúde mental no Brasil, este capítulo visa aprofundar ainda mais nos movimentos que aconteceram para ser estabelecida a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e tudo o que precisou acontecer para determinar o formato de cuidado que temos nos dias atuais. Assim, no item seguinte é mencionado o surgimento e a importância do Movimento Antimanicomial para que houvesse a criação de uma política plural e humanizada no que tange a saúde mental hodierna.

4.1 Reforma Psiquiátrica no âmbito do Movimento Antimanicomial

Para entender de que forma surgiu a política pública de saúde mental estudada nessa pesquisa, é necessário voltar alguns pontos e entender de que forma houve essa mudança no que tange o olhar público para a saúde mental. Dessa forma, pode-se considerar como um ponto de origem o Movimento Antimanicomial, detalhado no livro *Loucos pela Vida* (AMARANTE, 1995) como um movimento social que nasceu

⁹ Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: MS; 2014.

¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: MS; 2014.

na conjuntura do regime militar onde aparece as primeiras manifestações no setor da saúde.

AMARANTE et al. (1995) pondera que existem três momentos que definem a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, em um primeiro momento, nomeia a trajetória alternativa em que surgem os movimentos sociais em oposição à ditadura militar, nesse âmbito surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM); já nos anos 80 ele nomeia a segunda trajetória de sanitarista em que agora os movimentos passam a ser incorporados por atores do Estado e de uma grande parte dos profissionais ligados à Reforma Sanitária; a terceira trajetória ele nomeia de desinstitucionalização que será descrito posteriormente neste capítulo como o instante em que se inicia um novo desenho de saúde mental no país.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), como mencionado anteriormente surge no final da década de 70 - com a eclosão do movimento sanitário - dentro de dois principais espaços de discussão que foram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME).

Assim, esse Movimento surge como uma forma de denúncia ao governo militar no que tange o sistema nacional de assistência psiquiátrica que atuava com corrupção, trabalhadores que operavam com salários baixos em uma jornada de muitas horas além de utilizarem de violências e tortura como o uso de eletrochoques.

Dessa forma, o MTSM dá início a uma greve dos profissionais da que durou 8 meses durante o ano de 1978. Esse contexto de greve atraiu a atenção da imprensa e de outras entidades, o que levou essa pauta para a sociedade. Assim, como afirma Amarante (1995, p. 52), integrante do movimento à época, a origem do MTSM tinha como finalidade:

(...) Constitui-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995, p. 52)

Tornou-se, portanto, um momento importante para propagação de denúncias da forma de atuação dos modelos de hospitais psiquiátricos e da violência produzida pelos manicômios na época.

Nesse mesmo ano ocorreu dois eventos científicos que potencializaram ainda mais o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, como pontuado

previamente: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual os integrantes do movimento tinham como objetivo uma articulação nacional; e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que marca a vinda ao Brasil de nomes importantes no que tange a reforma psiquiátrica, entre eles: Franco Basaglia¹¹, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman.

No ano seguinte, em 1979 em São Paulo, ocorreu o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em que a pauta girou em torno de uma aproximação com outros movimentos sociais, pois a situação da saúde mental está intrinsecamente ligada ao contexto político da época. E em Belo Horizonte - MG ocorre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria aliado ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM em que se tem discussões com pautas na realização de trabalhos mais “alternativos” na assistência psiquiátrica, como afirma Amarante (1995).

O ano de 1987 foi um ano importante também pela produção de dois eventos importantes para o movimento: a I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu no Rio de Janeiro e teve como um dos temas importantes, a Reforma Sanitária e posicionar a saúde mental como uma questão de saúde pública; o outro evento foi o II Congresso Nacional do MTSM, conhecido como Congresso de Bauru de 1987 que contou com a presença de associações de usuários e seus familiares como pode-se mencionar a associação “Loucos pela Vida” de São Paulo em que adotam o lema “Por uma sociedade sem Manicômio”.

O lema “por uma sociedade sem manicômios” simboliza um objetivo principal de superação à cultura manicomial existente, como afirma Lopes (2003). Portanto, vê-se a estruturação de um movimento mais plural, em que não detém apenas de trabalhadores da área da saúde, mas agora se unem a eles, as famílias dos usuários que também lutam por essa conversão de padrões nas políticas psiquiátricas,

¹¹ Um importante nome para a luta antimanicomial e influenciou no avanço desse movimento. Em algumas de suas vindas ao Brasil, Basaglia visitou hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, mais precisamente na cidade de Barbacena-MG que ficou conhecida como “cidade dos loucos” e denunciou os hospitais à imprensa brasileira, onde contrasta os hospitais aos campos de concentração nazista. Foi em Barbacena que ocorreu uma das maiores tragédias da saúde mental do nosso país, no hospital Colônia que ficou conhecido como “o Holocausto brasileiro”. Disponível em: Amarante P, coordenadores. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995

formando assim uma crítica ainda mais forte ao modelo hospitalocêntrico. Produzindo dessa forma, a criação do Movimento da Luta Antimanicomial, estabelecendo assim o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Como afirma Ribeiro (2004) a questão principal não é a melhoria dos serviços existentes como os hospitais psiquiátricos, que são regados de duras críticas ao sistema que exercem, mas inovar com a formulação e implementação de um novo sistema, um novo método de cuidado com equipamentos abertos e de maneira comunitária que desate do modelo sanitarista. É a partir desse contexto que surge na agenda de saúde mental equipamentos capazes de substituir o modelo hospitalocêntrico, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

4.2. Surgimento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

No mesmo ano do Congresso de Bauru, em 1987, tem-se a criação do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, o denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira. Esse equipamento colocava como objetivo evitar internações e oferecer um atendimento pautado no acolhimento e de forma intensiva como descreve Ribeiro (2004).

A motivação para a criação desse CAPS teve como base as experiências realizadas no exterior de acordo com alguns fundamentos da Psiquiatria democrática italiana e das comunidades terapêuticas¹², além do exemplo dos centros de atenção psicossocial da Nicarágua.

Um ano depois tem-se a criação da Constituição de 88 que além de assegurar direitos sociais perdidos com a política do período da Ditadura, surge com a efetividade do Sistema Único de Saúde - SUS “formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde”. (BRASIL, 2005)

Dois anos após o início do primeiro CAPS, em 1989 há uma intervenção da Secretaria Municipal da Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico - Casa de Saúde Anchieta - que teve relevância nacional e demonstra uma possível “construção

¹² Um pouco mais sobre como surgiu e quais os princípios das Comunidades Terapêuticas: <<https://revistadependenciaquimica.com.br/comunidades-terapeuticas-conheca-a-sua-historia-no-mundo-e-no-brasil/>>

de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico”. (BRASIL, 2005) que era até então um anseio da agenda de saúde mental.

No mesmo ano em Santos, tem-se a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, funcionando como uma residência por 24 horas para aqueles que não pertenciam mais aos hospitais psiquiátricos.

O que aconteceu em Santos, valida o início de um processo que a Reforma Psiquiátrica introduziu na agenda brasileira. No mesmo ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) dá entrada no Congresso Nacional ao Projeto de Lei - PL 3657/1989 que tem como proposta a extinção progressiva dos manicômios do país e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e que 12 anos depois seria sancionada e se tornaria a Lei Federal nº 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica¹³ como já citada anteriormente.

Dando importância a sanção da Lei Federal nº10.216/2001 apenas 12 anos após a formulação do Projeto de Lei, é necessário falar dos movimentos que ocorreram durante esse período. No ano de 1992, os movimentos sociais pautados na PL do deputado Paulo Delgado, aprovaram em alguns estados do país leis que determinavam a transição dos leitos psiquiátricos em uma rede integrada de atenção social, como menciona o Ministério da Saúde (2005).

Citando assim como um exemplo o Estado do Ceará que tem a criação do seu primeiro CAPS em 1991 na cidade de Iguatu e em 1993 tem-se a Resolução nº 13 aprovada pela Câmara Municipal de Iguatu que determina a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos e no artigo 149 desta Resolução prevê como responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, o planejamento necessário para a implementação do equipamento dos CAPS e o seu tratamento adequado.

Com o exemplo do que acontecia no interior do Ceará, podemos entender a importância da década de 90 para o cenário do desenvolvimento da política pública dos CAPS. Dessa forma em 1992, a partir da Declaração de Caracas¹⁴ e da II

¹³ Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

¹⁴ Declaração de Caracas tinha como principal objetivo “impulsionar o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com condições de saúde mental e reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde” Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/eventos/simposio-regional-30o-aniversario-da-declaracao-caracas#:~:text=Em%20novembro%20de%201990%2C%20na,mental%20e%20reestruturar%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o>>

Conferência Nacional de Saúde Mental se iniciam as primeiras normas federais no âmbito da execução de serviços de atenção diária com base nos primeiros CAPS e a fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Tem-se, portanto, a partir da Portaria GM nº 224/92, a criação dos CAPS, mas que são regulamentados atualmente pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, assim como citado pelo Ministério da Saúde (2004); mas, apesar disso, como menciona o Ministério da Saúde (2005), essas normas não estabeleciam uma linha específica de financiamento para estes equipamentos e não previam meios com objetivo de uma redução de leitos dos hospitais psiquiátricos.

Assim, com dados trazidos no Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em 2005, ao final desse período da década de 90 o Brasil ainda mantinha cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental outorgados aos hospitais psiquiátricos.

Como mencionado anteriormente, a sanção da Lei Federal nº 10.216/2001 - a Lei da Reforma Psiquiátrica cria o contexto de uma efetiva sustentação, pautada agora em regulamentos específicos de financiamentos criado pelo Ministério da Saúde e fiscalização visando a redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos. Tem-se também a normatização e a efetividade das políticas que oferecem os serviços de saúde mental para os usuários portadores de transtornos mentais, como os CAPS.

4.3. Funcionamento do CAPS

Diante de tudo o que foi exposto referente ao surgimento do CAPS e aos primeiros CAPS criados no Brasil, afinal o que é esse equipamento? É importante partir do pressuposto de que o CAPS tem uma relevância estratégica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como citado pelo Ministério da Saúde (2005) pois é apenas a partir do seu surgimento que se cria uma tangível possibilidade de um sistema que possa substituir os Hospitais Psiquiátricos.

O CAPS está inserido na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS que tem suas diretrizes fundamentada nos direitos humanos e a “execução de ações acontece via meios intrasetoriais e intersetoriais, em redes capilarizadas nos territórios.” (BRASIL. Ministério da Saúde, ano?)

Além do CAPS, a Rede de Atenção psicossocial conta com outros equipamentos como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios

multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia atenção integral.

O equipamento com relevância estratégica estudado nesta pesquisa tem como diretrizes dentro do RAPS: o cuidado, o atendimento integral e a singularidade, como mencionado o site do Ministério da Saúde, na imagem a seguir:

Figura 1 - Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Adaptação pela pesquisadora. (2023)

Portanto, o Centro de Atenção Psicossocial é um equipamento do SUS que tem como objetivo:

(...) oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

É notória a diferença entre o atendimento dos antigos equipamentos voltados à saúde mental - hospitais psiquiátricos - do CAPS, esta precisa de outras políticas sociais para exercer o seu objetivo principal que é a reinserção dos usuários na sociedade e não mais a sua exclusão como visto em capítulos anteriores.

No que tange a sua estrutura física, o CAPS necessita de um espaço particular e apto para atender a sua demanda que de acordo com o Ministério da Saúde (2004) devem possuir no mínimo a estrutura física descrita a seguir:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Com relação ao atendimento dos usuários, no CAPS devem ser atendidas pessoas que possuem intensos sofrimentos psíquicos, além de transtornos advindos de substâncias como o álcool e outras drogas e crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais. Os usuários podem chegar de forma direta no equipamento e podem ser encaminhados através do Programa de Saúde da Família ou por outro serviço de saúde.

De acordo com o que foi exposto no documento do Ministério da Saúde em 2004, o CAPS deve oferecer um ambiente terapêutico e acolhedor visando o acolhimento necessário para pessoas que estejam em situação de crises, para cumprir com seu objetivo de não internação de pacientes com transtornos psíquicos graves. Esse equipamento psicossocial possui vários tipos de atividades terapêuticas,

sendo elas de forma singular, em grupo ou com seus familiares, como descrito nos pontos a seguir extraídos do documento do Ministério da Saúde¹⁵:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

De acordo com os dados da RAPS em 2022, o Brasil conta com 2.836 (dois mil, oitocentos e trinta e seis) CAPS habilitados entre os 1.910 (um bilhão, duzentos e setenta e quatro milhões, duzentos e setenta mil e trezentos e vinte e oito reais) investidos nos municípios do país e o Distrito Federal o que totaliza um total de R\$ 1.274.270.328,00 (um bilhão, duzentos e setenta e quatro milhões, duzentos e setenta mil e trezentos e vinte e oito reais) de investimento de custeio anual para essa modalidade.

¹⁵ Disponível em < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>

Diante dos dados expostos acima e para se iniciar o capítulo seguinte, é importante identificar e descrever os CAPS quanto ao tipo, existem 4 de acordo com o Ministério da Saúde, são eles: CAPS I e II utilizado por adultos para o atendimento diário durante 5 dias da semanas, usuários com transtornos severos e persistentes; CAPS III utilizado também por adultos para o atendimento por 34 horas durante 7 dias na semana; CAPSi destino ao público de crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPSad, destinado aos usuários de álcool e outras drogas com atendimento também diário, possuindo assim leitos com o objetivo de tratamento de desintoxicação. Além dessa classificação por tipo, tem a subclassificação que relaciona a questão do número de habitantes.

5. CAPS INFANTIL EM FORTALEZA

Consoante o capítulo anterior que descreve de que forma funciona a política de saúde mental, no âmbito do equipamento estratégico do RAPS, no caso os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, identifica-se que um dos tipos do CAPS é o CAPSi que atende o público infante juvenil e surge como uma política específica para essa população; assim, de acordo com a descrição do Ministério da Saúde, o CAPSi atende o público de crianças e adolescentes portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos os que ficam impossibilitados de estabelecer laços sociais por conta de suas condições psíquicas.

Em concordância com os dados identificados na Rede de Atenção Psicossocial em 2022, o Brasil possui cerca de 285 CAPSi e destes 11 estão no Estado do Ceará; dos 11 CAPSi estabelecidos no Estado do Ceará, 2 deles estão na capital Fortaleza. O capítulo aqui exposto busca descrever de que forma esse equipamento funciona na cidade de Fortaleza, além de estabelecer os avanços e desafios desse equipamento levando em consideração o cenário pós pandemia do COVID-19¹⁶.

¹⁶A COVID-19 e seu percurso histórico até a OMS identificá-la como uma pandemia. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>

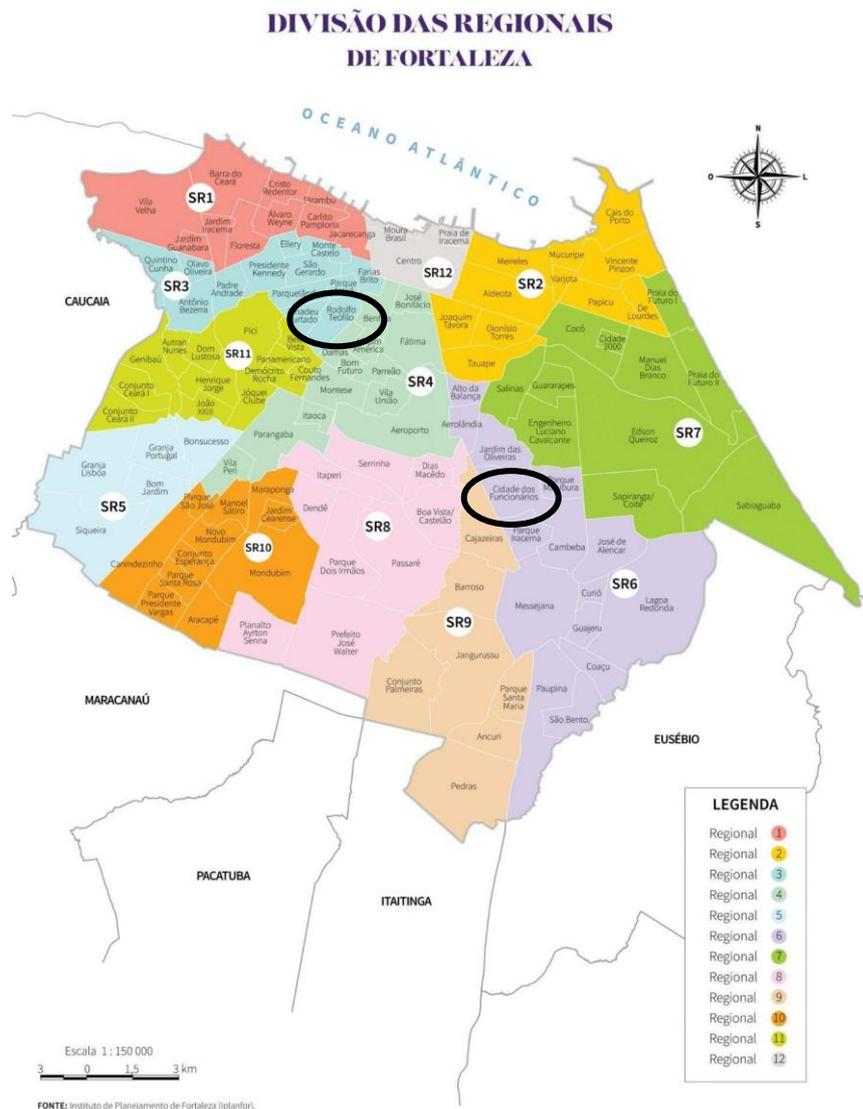
5.1. Funcionamento do CAPSi - CAPS Infantil

O capítulo anterior se desenvolveu acerca do funcionamento do CAPS geral, portanto o CAPS Infantil, conta com as mesmas atividades exercidas, como o atendimento individual, grupal, familiar, oficinas terapêuticas e atividades que estimulem a inserção social como mencionado anteriormente. O que muda basicamente é o público que ele atende que se estende dos 4 aos 17 anos com demandas relacionadas à saúde mental e dos 4 aos 15 anos com questões relacionadas ao uso excessivo de álcool e outras drogas.

O primeiro CAPS Infantil da cidade de Fortaleza só foi efetivado no ano de 2006, como descreve Pessoa e Gondim (2023). Desde então tem-se apenas dois Centros de Atenção Psicossocial para atender a demanda existente na cidade, atualmente com a nova configuração de 12 regionais existentes, só possui CAPS para a população infantojuvenil em 2 regionais, nas Regionais 3 e 6, como demonstrado na imagem abaixo do mapa do município de Fortaleza¹⁷:

¹⁷ <https://www.anuariodoceara.com.br/mapa-de-fortaleza/>

Figura 2 - Mapa da cidade de Fortaleza de acordo com as regionais e marcado com os CAPSi existentes.



Fonte: Instituto de Planejamento de Fortaleza - Inplanfor e editado pela pesquisadora para demonstrar em qual bairro e a respectiva regional que está inserido o CAPSi no município. (2021)

Há 2 equipamentos existentes da cidade de Fortaleza como mostrado no mapa, um deles na Regional 3 no bairro Rodolfo Teófilo que é o Centro de Atenção Psicossocial Estudante Nogueira Jucá em uma equipe com 20 profissionais; e outro na Regional 6 no bairro da Cidade dos Funcionários, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil Maria Ildeuza Verçosa - CAPSi com mais 15 profissionais.

O atendimento do CAPSi age em concomitância com a integração da família no tratamento, principalmente por se tratar de crianças e adolescentes, pois como

menciona o Ministério da Saúde (2004) nota-se uma dificuldade de melhora em se tratar desse público isoladamente.

Assim, o tratamento utilizado deve contar com objetivos múltiplos em conjunto com as políticas intersetoriais, levando assim em consideração relações afetivas e familiares, a educação, a assistência, a moradia, gerando dessa forma uma melhoria no quadro clínico das crianças e adolescentes.

A equipe formada no CAPSi trabalha de forma intersetorial e conta com médico clínico e psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social entre outros que podem auxiliar no acompanhamento dos usuários e de suas famílias, como menciona a Prefeitura de Fortaleza. Segundo Ministério da Saúde é necessário ter 1 CAPSi para 70 mil habitantes, considerando que o principal indicador usado para mensurar a quantidade de CAPS em sua totalidade é de 1 CAPS por 100 mil habitantes, considerando esses dados, a porcentagem de CAPSi na cidade de Fortaleza, corresponde a 38% do total de CAPS.

5.2. Cenário do CAPS infantil 2020-2023

De acordo com o relatório “A Situação Mundial da Infância 2021: Saúde Mental” publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em parceria com o instituto Gallup em 2021, uma em cada sete crianças e jovens dos 10 aos 19 anos são diagnosticados com transtornos mentais no mundo, no Brasil esse intervalo diminui de uma em cada seis crianças e jovens dos 10 aos 19 anos.

Dessa forma, tendo em vista a pandemia do COVID-19 com aumento dos casos no Brasil no início de 2020, que pode ser considerada como uma crise global, gerou impacto não só que se refere ao número de mortes, infecções e crise econômica, mas para além disso, agravou o sofrimento psíquico e mental da população de acordo com Neumann (2021).

As medidas de isolamento e a interrupção nos estudos do público infante juvenil nesse período tiveram efeitos consideráveis na saúde mental, como descreve o CEDECA (2021) além do aumento do número de casos, houve também a intensificação da gravidade dos casos já em acompanhamento de acordo com pesquisas realizadas nos equipamentos do município de Fortaleza.

Portanto, de acordo com alguns dados descritos pelo CEDECA (2021) mostraram que no cenário dos três primeiros meses de *lockdown* - maio, junho e julho

- em 2020 teve uma redução no número de atendimentos quando mensura com dados do mesmo período em 2019, a redução foi de aproximadamente 5 mil atendimentos, muito por conta do receio de continuar o tratamento com as medidas de saúde tomadas em todo o mundo, havendo assim um abandono do tratamento.

É a partir desse contexto que em 2021 nos primeiros meses - de janeiro a abril - houve um aumento significativo com relação a 2019, confirmando a questão de que o isolamento social trazido com o período pandêmico intensificou a procura com relação ao atendimento do público infantojuvenil.

Mas, partindo do ponto de que Fortaleza é um município com uma população de aproximadamente 2.703.391 e fazendo um cálculo de acordo com 100 mil habitantes para o CAPS em sua totalidade e de 1 CAPSI para 70 mil habitantes como mencionado anteriormente, era pra existir cerca de 10 equipamentos de CAPSi no município, constatou-se, portanto, que há um número de unidade insuficiente para a demanda populacional, gerando uma demanda alta para ser atendida apenas nos dois equipamentos existentes. (CEDECA, 2021) Pois, com a quantidade atual de CAPSi há apenas uma cobertura de 20% do necessário para a demanda populacional da cidade.

De acordo com relatos em 2020 nas redes sociais do Sindicato dos Trabalhadores no Serviço de Saúde Fortaleza - SINTSAF, eles receberam denúncias de falta de estrutura, número insuficiente de profissionais e abandono por parte da gestão do CAPS Infantil Estudante Nogueira Jucá - Regional III.

Em fevereiro de 2020 - bem próximo de se iniciar a pandemia, o SINTSAF fez uma visita para relatar as denúncias, a estrutura estava com móveis bem velhos, alguns equipamentos quebrados e a quantidade reduzida de profissionais, assim como relatado nas redes sociais do SINTSAF (2020).

No ano de 2021, no período de pandemia, o jornal O POVO (2021) publica uma notícia¹⁸ sobre as denúncias dos profissionais e usuários do CAPS em geral que relatam carência de profissionais para a alta demanda existente e a falta de infraestrutura para realizar os atendimentos. Além disso, um dos membros do Fórum

¹⁸Notícia de 2021 disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2021/09/17/caps-de-fortaleza-nao-suprem-demanda-denunciam-profissionais-e-pacientes.html>

Cearense da Luta Antimanicomial e vice-presidente do conselho local dos Caps, argumenta ainda que a seleção pública dos profissionais, método de contratação temporária adotado pela Prefeitura de Fortaleza, prejudica a criação de um vínculo com os pacientes.

De acordo com uma Matéria do Diário do Nordeste (2021) e com os dados estabelecidos em estudos do CEDECA (2021), Fortaleza tem 8 CAPSi a menos do que o ideal, a situação se agravou com a pandemia listando assim, transtornos de ansiedade, insônia, ideação suicida, automutilação e depressão como os mais frequentes entre crianças e adolescentes atendidos pelos CAPS em Fortaleza, antes e durante a pandemia, segundo a assessora técnica do CEDECA.

Além disso, na mesma matéria do Diário do Nordeste, a psicóloga Ana Cristina Melo relata ao jornal que as populações que vivem nas periferias da cidade são afetadas pela deficiência dos CAPSi, pois os dois CAPSi existentes na cidade são mais distantes de grande parte da periferia.

A partir de um levantamento feito, de acordo com o Anuário do Ceará em 2021 as maiores concentrações situam-se nos bairros de mais baixa renda em um “cinturão” que vem do Noroeste ao Centro-Sul da Cidade, os bairros Barra do Ceará, Vila Velha, Mondubim, Granja Lisboa e o Passaré estão no topo de bairros mais populosos, constatou-se portanto que dos 10 bairros mais populosos de Fortaleza segundo o Anuário (2021) apenas o 10º bairro que é Messejana, localizado na Regional 6 possui CAPSi na sua regional.

Dessa forma, levando em consideração as 12 Secretarias Regionais de acordo com a nova atualização em 2021, a Regional 6 em que um dos equipamentos está inserido, é apenas o 5º lugar em regionais mais populosas da cidade e a regional 3 que abrange o segundo equipamento, é o 7º lugar na posição de secretarias regionais mais populosas.

5.3. Análise dos avanços e desafios

Dessa forma, levando como base os dados disponibilizados pelo CEDECA no Relatório de 2021, a partir de uma análise do Projeto de Lei Plurianual 2022-2025 - PPA a Prefeitura de Fortaleza reduziu 80,71% do orçamento destinado à ação de Implantação da Rede Psicossocial, como descrito no Relatório:

“passando dos anteriores R\$ 31,1 milhões para R \$6 milhões, um corte de R 25,1 milhões para os próximos quatro anos e com previsão de implantação de apenas 3 equipamentos. Cabe ressaltar que não foram implantados os sete equipamentos que estavam previsto no PPA de 2018 a 2021”. CEDECA (2021).

Apesar desse corte do orçamento, em conformidade com a denúncia ao SINTSAF por conta da estrutura e da falta de profissionais do CAPSi da Regional III, o CAPS Infantil do Rodolfo Teófilo, em novembro de 2022, teve sua requalificação em uma nova sede com espaço possuindo quase o dobro do espaço da localização anterior, com salas ampliadas de 8 para 12, ainda conta com espaço de convivência amplo, refeitório, farmácia e Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) em obra promovida pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza (2022) “o novo equipamento conta com equipe de saúde multiprofissional, composta por 25 profissionais de diversas especialidades, como médico clínico e psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, entre outros, que auxiliam o acompanhamento dos usuários”. Durante a reinauguração é possível identificar nas falas dos gestores a possibilidade de ampliação na rede, mas até a presente pesquisa não foi identificado de forma pública as tentativas ou a implementação desta respectiva ampliação.

Em novembro de 2022, no mesmo mês da reinauguração do equipamento na Regional III, por meio de uma audiência pública, a Secretária Municipal de Saúde - SMS sugeriu a substituição de dois CAPS Álcool e Drogas (AD) de atendimento 24 horas nas regionais 1 e 5 para a criação de novos CAPS: um Infantil na Regional I e um Geral e Infantil na Regional V, o que já seria uma melhoria na alta demanda, na demora no atendimento e na inclusão das crianças e adolescentes com vulnerabilidade social que vivem nas regiões periféricas da cidade. O CAPS da Regional 5 teria um prazo de 6 meses para ser entregue, de acordo com o Ministério Público Estadual.

O Ministério Público do Ceará - MPCE por meio da 137ª Promotoria de Justiça de Fortaleza, de Defesa da Saúde Pública encaminhou uma recomendação para que a SMS providencie até o final de junho de 2023 o funcionamento do CAPS na Regional 5, a partir da necessidade da ampliação de atendimento ao público infantojuvenil na

Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, o prazo de 6 meses estabelecido na audiência pública de 2022 não foi atendido, e por esse ato, ampliado.

De acordo com o cálculo feito referente a quantidade CAPS existentes para 100 mil habitantes, em Fortaleza a necessidade era de 27 CAPS, possuindo apenas 15 CAPS em funcionamento, o que já nota um número deficitário de apenas 62,5% de cobertura e ainda assim a SMS sugeriu a substituição de dois CAPS AD existentes que atendem a população de Álcool e Outras Drogas para CAPSi.

Então fica a reflexão de qual o critério utilizado na substituição de um equipamento vinculado a um público específico em detrimento de outro, essa questão ficou em aberto por falta de transparência do MPCE e da SMS pois não há pesquisas que indiquem como essa decisão foi tomada e quais seriam as resistências e demandas criadas.

Além disso, utilizar como sugestão a Regional 5 para a respectiva substituição do equipamento do CAPS AD para o efetivo funcionamento de um CAPS Infantil é uma questão a ser investigada, pois através de um levantamento feito e de um ranking criado pela pesquisadora das regionais mais populosas da cidade de acordo com dados do site da prefeitura, a Regional 5 é o 8º lugar em regionais mais populosas, apesar de ser mais acessível aos bairros periféricos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetiva-se analisar o funcionamento do CAPSi da cidade de Fortaleza - CE na perspectiva dos seus avanços e desafios no contexto pós pandemia, para identificar as demandas existentes no que tange um equipamento da Rede de Atenção Psicossocial e sua efetiva implantação no município de Fortaleza, de acordo com o que foi identificado nos decretos e normatizações do Ministério da Saúde.

Para atingir esse objetivo principal, delineou-se quatro objetivos específicos. O primeiro evidencia a trajetória do surgimento das Políticas de Saúde Mental no Brasil, identificando que a partir de alguns autores como Baptista (2007) que primeiras ações no que tange à saúde pública se deram ainda em 1808 no período colonial com a vinda da família real, a partir das doenças chamadas tropicais, o decreto nº. 14.831 de 25 de maio de 1921 que se refere ao regulamento do primeiro Manicômio Judiciário; além disso identifica o percurso histórico que evidencia essa trajetória, como o Plano Nacional de Saúde (1945-1950), o Plano Salte e a Constituição de 88 com surgimento do SUS.

Identificou-se dois Movimentos que deram origem ao CAPS, podendo citar no decorrer do trabalho, o MTSM, o Movimento Antimanicomial e o Movimento pela Reforma Psiquiátrica que deram origem ao que se tem hoje como Rede de Atenção Psicossocial que tem como política estratégica o CAPS.

O funcionamento do CAPSi foi descrito de forma a caracterizá-lo no cenário do município de Fortaleza. Por meio de dados no site do Ministério da Saúde e de um documento do CEDECA (2021) foi possível compreender de que forma o CAPSi deve funcionar, de acordo com as atividades terapêuticas exercidas, os profissionais que fazem parte do equipamento e as especificidades da infraestrutura, e as dificuldades práticas de concretização desse deve-se.

Verificou-se a existência de dois CAPSi na cidade, um na Secretaria Executiva Regional 3 de Fortaleza e o outro na Secretaria Regional 6 na Cidade dos Funcionários, ambos os equipamentos funcionando em regionais que não estão nem entre as quatro mais populosas do município, identificando assim uma má alocação territorial do equipamento infante juvenil. Permitiu concluir-se que é um funcionamento deficitário pela demanda de atendimentos existentes na cidade para a quantidade de equipamentos existentes e levando em consideração a localização dos CAPSi.

Por fim, o último objetivo visa analisar os avanços e desafios fazendo um recorte temporal no período pós pandemia do equipamento. A partir da análise documental e bibliográfica feita na pesquisa, pode-se afirmar que para pontuar os avanços é importante trazer a questão da inclusão do público infantojuvenil na agenda da saúde mental - apesar que de ter sido implementado de forma tardia como visto - um dos avanços é a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto juvenil criado em 2004, como um espaço de articulação intersetorial de discussão permanente sobre as políticas para crianças e adolescentes. Pode ser visto como um avanço a requalificação da antiga sede do CAPSi na Regional 3, que teve a mudança de espaço, a ampliação no número de profissionais e a reestruturação no equipamento pós pandemia.

Já os desafios, fica necessário reafirmar a quantidade insuficiente de CAPSi na cidade de Fortaleza, além disso é possível identificar como a principal objeção a questão orçamentária que sofreu um drástico corte no PPA 2022-2025 reduzindo cerca de 80,71% no orçamento destinado à ação de Implantação da Rede Psicossocial.

Identifica-se também a falta de transparência por parte da prefeitura na análise da sugestão da Secretária Municipal de Saúde para com a substituição de dois equipamentos CAPS AD para transformá-los em infantil, tendo em vista que o município possui um número abaixo do ideal de CAPS no geral, além de falta de transparência no formato de funcionamento estratégico dos dois CAPSi, como a quantidade atendimentos, a demora, as atividades que existem dentro do equipamento e a própria publicização desses dados .

Além disso, de acordo com a densidade populacional das regionais que possuem os 10 bairros mais populosos segundo o Anuário do Ceará (2021) apenas em uma delas que é a Regional 6 com o 10º bairro mais populoso - a Messejana, possui um dos CAPSi que funcionam no município.

Diante do cálculo da necessidade de 10 CAPSi na cidade, pelo menos das 12 regionais, identifica-se que 10 delas demandariam do equipamento em seu território como um critério de escolha a questão das regionais mais populosas estão elas em

ordem das mais populosas, regional 1, regional 2, regional 11, regional 8, regional 6¹⁹, regional 10, regional 3²⁰, regional 5, regional 4 e regional 9. Obtendo assim a demanda necessária para a quantidade da população e obtendo sempre um equipamento presente no território daquela respectiva regional.

Por fim, através da pesquisa pode-se identificar o aumento de casos com a pandemia da COVID-19, juntamente com o agravamento dos casos já atendimentos pelos dois equipamentos, como mencionado pelo CEDECA (2021), se antes da pandemia o número de CAPSi se manteve e já era insuficiente, é de se refletir com o aumento da demanda no período pós pandemia, como o funcionamento passou a demorar ainda mais e como se implementar essa política pública.

Apesar de ter tido uma reestruturação no equipamento da Regional 3 no final de 2022, pode-se observar a insuficiência para suprir a demanda da cidade, que precisa de medidas na efetividade e na implementação de novas unidades, além de uma atenção por parte da prefeitura na formulação estratégica desse quadro, identificando através de um levantamento simplificado, quais seriam as regionais mais populosas e fazer a devida implementação do CAPSi neste ambiente.

Ademais é importante mencionar a questão dos CAPSis estarem em regionais que não condizem com o número de habitantes da cidade de acordo com a demanda por 100 mil habitantes considerada. Acaba se tornando um fato não estratégico para questões relativas ao atendimento e devido acompanhamento.

A pesquisa visa chamar atenção para os questionamentos aqui trazidos, com o objetivo de tornar conhecido no meio acadêmico o Movimento Antimanicomial, a fim de, sugerir a criação de um grupo de estudos que disponham-se sobre a questão da saúde mental como tema principal, por parte do curso de Gestão de Políticas Públicas para uma possível fiscalização, e cobranças dos equipamentos existentes por parte dos futuros gestores públicos formados e inseridos no campo de públicas; pois, como pesquisadora identifica-se uma dificuldade em adentrar mais afundo nos CAPS por algumas limitações da gestão dos equipamentos.

Dessa forma, na pesquisa contata-se que há um número deficitário de CAPS Infantil na cidade de Fortaleza principalmente em se tratar do aumento da gravidade

¹⁹ Equipamento do CAPSi já existente

²⁰ Equipamento do CAPSi já existente

e do número de casos no período pós pandemia. E até o presente momento não foram implementados novos equipamentos. Além de constatar-se através de uma pesquisa na densidade populacional das regionais, que os dois CAPSi existentes não estão em regionais estratégicas para a demanda populacional.

Para finalizar observa-se que desse modo ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para o efetivo funcionamento da política pública de saúde mental infante juvenil.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADMIN. **Comunidades terapêuticas**: Conheça a sua história no mundo e no Brasil! Disponível em: <https://revistadependenciaquimica.com.br/comunidades-terapeuticas-conheca-a-sua-historia-no-mundo-e-no-brasil/>. Acesso em: 28 nov. 2022

AMARANTE P, coordenadores. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995

ANUÁRIO DO CEARÁ FORTALEZA. **Fundação Demócrito Rocha**, 2022-2023. Disponível em: <https://www.anuariodoceara.com.br/expediente-2/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; MOURA, Ana Lucia (Org.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARROS S. **O louco a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem sub judice. São Paulo. [doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

BRAGA, C. P., & D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes**: percurso histórico e caminhos de participação. (2019). *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 401–410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.3058201>. Acesso em 09 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental Brasília**, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília; 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf. Acesso em 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Caminhos para uma política de saúde mental infante juvenil**. Brasília: MS; 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**: Com dados para a análise da rede em grandes cidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas . **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRAVO, M. I. de S. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, **2000**.

CÂMARA MUNICIPAL DE IGUATU. **Resolução nº 013, de 09.11.1993, p. 2**. Disponível em: <https://camaraiquatu.ce.gov.br/>. Acesso em 02 dez. 2022.

CEDECA, CEARÁ. **E não está tudo bem é sobre isso**. [s]: s.n.]. Disponível em: <https://cedecaceara.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Monitoramento-Saude-Mental-CEDECA-Ceara.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2022.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

DN. Diário do Nordeste. **Fortaleza tem 8 CAPS infantis a menos do que o ideal, alerta Cedeca**; consulta demora até 3 meses - Metro. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/fortaleza-tem-8-caps-infantis-a-menos-do-que-o-ideal-alerta-cedeca-consulta-demora-ate-3-meses-1.3164164>.

Acesso em 16 de outubro de 2022.

FIOCRUZ. Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOWLETT, Michael; RAMESH, Mishra; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas—uma abordagem integral**. São Paulo: Campus, 2013.

LOPES, I. C. A Contribuição Paulistana à Reforma em Saúde Mental Brasileira. In: FERNANDES, M. I. A; VICENTIM, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. **Tecendo a rede: trajetórias de saúde mental em São Paulo 1989-1996**. 2. ed. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.

MEC. Ministério da Educação e Cultura. **Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf. Acesso em 13 julho de 2022.

MINAYO, M. C. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2009.

MPCE. **Expede recomendação para Secretaria de Saúde de Fortaleza providenciar efetivo funcionamento do CAPS Infantil da Regional V.** Ministério Público do Estado do Ceará, Fortaleza, 22 de junho de 2023. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/2023/06/mpce-expede-recomendacao-para-secretaria-de-saude-de-fortaleza-providenciar-efetivo-funcionamento-do-caps-infantil-da-regional-v/>. Acesso em: 02 out. 2022.

NEUMANN, Marcelo Moreira. **"Notas sobre a pandemia da Covid-19 e seus impactos na saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil."** *Revista do CEAM* 7.2 (2021): 151-162. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam>. Acesso em: 03 out. 2022.

PITTA, Ana M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011

_____. **Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 43, n. 12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648

PLANALTO. (Constituição 1988) - **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 de abril de 2022.

_____. **Lei Federal 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em 14 de outubro de 2022.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Lei Decreto nº Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930->

[1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html](https://www.gov.br/legis/pt-br/legisacao/decretos/1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html). Acesso em: 10 mai. 2023.

POVO, O. **Caps de Fortaleza não suprem demanda, denunciam profissionais e pacientes.** Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2021/09/17/caps-de-fortaleza-nao-suprem-demanda-denunciam-profissionais-e-pacientes.html>. em: 12 jun. 2023.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Prefeito José Sarto entrega nova sede do caps infantil no Rodolfo Teófilo.** Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeito-jose-sarto-entrega-nova-sede-do-caps-infantil-no-rodolfo-teofilo>. Acesso em: 27 mai. 2023.

SAMPAIO, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil.** *Trabalho, Educação E Saúde*, 19, e00313145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SAPS. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (sus).** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: Conceitos, Esquemas de Análises, Casos Concretos.** São Paulo: Cengage Learning, 2010

SEIXAS, AAA; MOTA, A; ZILBREMANN, ML. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** *Rev Psiquiatr RS*. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em 17 de abril de 2023.

SILVA, ATMC; BARROS, S; OLIVEIRA, MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto.** *Rev. esc. enferm. USP*

vol.36 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em 07 de maio de 2021.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 24, n. 3, p. 92–99, set. 2004.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceitos. História, Ciências Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.