

# 1

## Introdução

Presenciamos atualmente um recente reconhecimento internacional dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtorno mental. Tal reconhecimento pode ser verificado através do crescente número de publicações a esse respeito na última década. Destacamos a importante atuação da Organização Mundial de Saúde, que vem exercendo um importante papel de orientação e estímulo ao desenvolvimento de políticas de saúde mental aos seus 192 países membros.

No Brasil, a assistência psiquiátrica tem como marco de transformações na direção da promoção da cidadania do portador de transtorno mental a Declaração de Caracas, em 1990. A partir da assinatura deste documento, o Brasil se compromete a superar o modelo do hospital psiquiátrico e a lutar contra todos os abusos e contra a exclusão das pessoas portadoras de transtorno mental.

No entanto, mesmo após o compromisso assumido pelo Brasil e por outros países, muito pouco ou quase nada foi feito em relação às crianças e aos adolescentes portadores de transtorno mental. Isso pode ser explicado pelo fato de a criança não ter sido considerada, por muito tempo, como tendo a possibilidade de ser louca. A criança apenas era vista como mal educada ou mal criada, ou, no máximo, com dificuldades de aprendizagem. Contudo, essa triste realidade não faz parte apenas da história brasileira.

Infelizmente, em grande parte do mundo, a mesma importância atribuída à saúde física não é dada à saúde mental e aos transtornos mentais, que são normalmente ignorados ou negligenciados. Conseqüentemente, o mundo está adoecendo de uma crescente carga de transtornos mentais e um crescente “desnível de tratamento” (OMS, 2001, p.27). Segundo a OMS, em 2001, havia cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo de transtornos mentais, contudo uma pequena minoria recebia apenas o tratamento mais básico.

“Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias.

Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação” (OMS, 2001, p. 27).

Felizmente, essa realidade tem mudado. Está havendo um importante movimento no mundo para a valorização da saúde mental. No editorial de um Boletim da *World Health Organization*, intitulado “*Mental health in the 21<sup>st</sup> century*”, a médica norueguesa e diretora geral da OMS, Gro Harlem Brundtland (2000), faz uma reflexão a respeito da ênfase que a saúde mental vem ganhando neste último século. Isso tem ocorrido por três razões principais. A primeira seria o aumento da expectativa de vida, considerando-se que o corpo resiste mais do que a mente. A segunda seria que muitas sociedades e comunidades, que habitualmente apoiavam seus membros mais necessitados através dos vínculos familiares e sociais, estão tendo agora muito mais problemas para exercer esse papel. E a terceira razão seria por causa dos efeitos das guerras civis e do caos, assim como das ameaças mais sutis como as mudanças radicais que as famílias e a sociedade têm enfrentado por causa dos avanços tecnológicos, que podem ser levados em consideração para explicar a epidemia de depressão e de outros transtornos mentais.

Os transtornos mentais estão entre as classes de doenças crônicas mais prevalentes em toda a população, além de se encontrarem entre as doenças crônicas mais incapacitantes. Em nível mundial, cinco das dez causas mais importantes de incapacidade são transtornos mentais, tais como depressão grave, esquizofrenia, transtornos bipolares, consumo de álcool e transtornos obsessivos (Brundtland, 2000).

Ao contrário do que há muito pouco tempo se acreditava, os transtornos mentais geralmente aparecem em idades muito mais precoces que outras doenças crônicas. Na maioria dos casos, os transtornos relacionados à ansiedade aparecem durante a adolescência, embora os transtornos de humor e os transtornos relacionados ao abuso de substâncias apareçam em média entre os 20 e 25 anos de idade (Kessler, 2000).

Atualmente os dados epidemiológicos disponíveis sugerem uma prevalência de transtorno mental em crianças e adolescentes no mundo de aproximadamente 20%. Destes 20% reconhece-se que de 4% a 6% das crianças e adolescentes necessitam de intervenção clínica (WHO, 2005a). De acordo com os estudos de Duarte et al (2003) estima-se que a prevalência dos problemas em saúde mental em crianças e adolescentes

na América Latina seja entre 15% e 20% e que são mais freqüentes em meninos do que em meninas, e em crianças mais velhas.

Todas essas informações nos orientam para a relevância de um olhar mais apurado para as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental. Este estudo contempla essa pequena parte da população que durante muito tempo ficou invisível tanto para a sociedade como para as políticas públicas.

Consideramos essas crianças e adolescentes invisíveis devido ao enorme desconhecimento acerca dos mesmos, seja na literatura, seja na vida real. A primeira constatação acerca dessa invisibilidade nos arrebatava quando tentamos simplesmente entender que crianças e que adolescentes são estes. Como descrevê-los? Como reconhecê-los? Onde encontrá-los? Essas são perguntas feitas principalmente em nosso segundo capítulo, mas presentes, ainda que implicitamente, durante todo o percurso de desenvolvimento deste estudo.

Uma segunda constatação, também desenvolvida no segundo capítulo, mas importante de ser lembrada neste momento, é a confusão em torno da diferenciação do que seja um transtorno mental e uma deficiência mental. Em muitas referências bibliográficas estudadas por nós, deparamo-nos com o termo ‘deficiência mental’ sendo utilizado de forma bastante ampla, ou seja, incluindo os diagnósticos de transtorno mental. Já adiantamos que, por isso, muitas vezes, ao longo deste estudo, fazemos referência às crianças e aos adolescentes com deficiência. Dessa forma, é importante enfatizar que, ao mencionarmos as crianças e os adolescentes com deficiência, estamos, também, nos referindo às crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. No entanto, o inverso não ocorre. Tal confusão entre os termos não ocorre apenas na teoria, é percebida com mais clareza na prática.

Sendo assim, considerando toda a lacuna de estudos sobre as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental e toda a urgência de uma atenção especial para essas crianças e adolescentes, tomamo-los como nosso público-alvo neste estudo. Chamamos a atenção para esse pequeno, mas importante, público.

Não temos a pretensão de suprir essa lacuna, mas esforçamo-nos para contribuir com os primeiros debates que começam a surgir neste milênio. Nosso tema é

extremamente atual e novo. O que configura-se um grande desafio, principalmente pela ausência de estudos sérios para fundamentar nossas reflexões.

Desenvolvemos, assim, um estudo sobre crianças e adolescentes que apenas foram diretamente contemplados por uma política muito recentemente, no início deste milênio. No Brasil, a primeira vez que uma política pública refere-se diretamente à criança e ao adolescente portadores de transtorno mental é a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Até então, esse público ficou legalmente invisível. Conseqüentemente, estratégias adaptadas a partir das experiências com adultos ainda são freqüentemente utilizadas de forma inapropriada no tratamento dessas crianças e adolescentes.

Somente agora se reconhece que crianças e adolescentes têm pensamentos e sentimentos de acordo com o seu grau de complexidade mental. Entretanto, em muitas situações, os transtornos mentais ainda são mal compreendidos e o sofrimento associado a tais transtornos nas crianças e nos adolescentes é considerável e piora com o estigma e com a discriminação.

Os transtornos mentais exercem um impacto importante sobre a vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades. As famílias, quando se deparam com o surgimento de um transtorno mental em um de seus membros, precisam proporcionar a este apoio físico e emocional, além de dar conta de encargos que contemplam desde dificuldades econômicas até as reações emocionais às doenças.

A presença de uma pessoa portadora de transtorno mental grave produz grande impacto na vida dos outros membros da família que são sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e o cuidado com eles. Ademais, devem-se considerar os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos.

Quando esse membro portador de transtorno mental é uma criança ou um adolescente, a sobrecarga pode ser ainda maior, pois além dos cuidados referentes aos sintomas, há os cuidados específicos referentes à idade. O desenvolvimento da criança e do adolescente é caracterizado por intrincados processos biológicos, psicoafetivos, cognitivos e sociais que exigem do seu meio ambiente uma série de condições para que tal desenvolvimento possa transcorrer a contento.

Por isso, a presença da família é mais do que importante. A família desempenha um papel essencial, juntamente com a comunidade, no crescimento e na formação dos indivíduos. Desta maneira, focamos, neste estudo, o direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental. Optamos por esse recorte por reconhecer a fragilidade da garantia desse direito a essas crianças e adolescentes, pois apesar do direito à convivência familiar e comunitária ter sido estabelecido há 20 anos, pela Constituição de 1988, as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental ainda representam um desafio para as políticas públicas.

### **Nossa Metodologia**

Nossa proposta é, através deste estudo, verificar os avanços das políticas públicas no que diz respeito a promoção do direito à convivência familiar e comunitária às crianças e aos adolescentes portadores de transtorno mental. Para desenvolver este assunto elegemos as políticas de Assistência Social e de Saúde Mental como as principais responsáveis pela promoção do direito à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente portadores de transtorno mental.

Primeiramente, elegemos a Política de Saúde Mental, por ser a que toca mais diretamente a criança e o adolescente portadores de transtorno mental, por sua responsabilidade em oferecer tratamento e cuidado a essa criança e a esse adolescente e suas famílias. Ademais, a Saúde Mental Infantil e Juvenil vêm traçando princípios de acordo com os direitos da criança e do adolescente, incluindo a diretriz de se considerar, primeiro e antes de qualquer outra coisa, que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos.

Em seguida, elegemos a Política de Assistência Social porque esta é a responsável pela provisão dos mínimos sociais e pela garantia do atendimento às necessidades básicas, dentre as quais, a proteção social, ou seja, a garantia de direitos e de condições de vida dignas. Dentre as seguranças que a proteção social deve garantir destaca-se a convivência familiar e comunitária.

Seguindo essa lógica, avançamos nas discussões em torno dos avanços das Políticas de Saúde Mental e Assistência Social na direção da promoção do direito à

convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente portadores de transtorno mental. Mais especificamente, focamos nas diretrizes para o CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil – e para o CRAS – Centro de Referência de Assistência Social<sup>1</sup>.

Esses dois serviços foram escolhidos por que a nossa proposta de estudo visa às crianças e aos adolescentes portadores de transtorno mental que moram com suas famílias. Desejamos estudar as dificuldades dessas famílias no que tange a criação de seus filhos portadores de transtorno mental e as atuações do CRAS e do CAPSi para a promoção do direito à convivência familiar e comunitária dessas crianças.

A escolha pelas crianças e adolescentes que moram com suas famílias se deu a partir de uma hipótese de que é mais viável garantir o direito à convivência familiar e comunitária enquanto a criança e/ou o adolescente ainda está no convívio com sua família.

Sendo assim, justificamos a escolha pelo CAPSi, no setor de Saúde Mental, por ser um serviço ambulatorial de atenção diária para crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, nosso público-alvo, e pelo CRAS por ser, no setor da Assistência Social, um serviço que trabalhe com a proteção social básica, ou seja, que atenda casos que ainda não tenham tido seus direitos violados.

Pretendemos identificar os avanços realizados pelas Políticas, principalmente de Saúde Mental e Assistência Social e os esforços dos serviços públicos na prática de suas políticas no que diz respeito ao direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Para identificarmos os avanços realizados pelas políticas, principalmente de Saúde Mental e Assistência Social, recorreremos a uma revisão bibliográfica acerca do assunto, buscando, principalmente, autores contemporâneos e publicações recentes, sem esquecer a importância de todo o percurso histórico dessas políticas.

Com o intuito de ilustrar a teoria e até mesmo contrastá-la com a prática, realizamos entrevistas com atores do campo da Saúde Mental e da Assistência Social. Tais entrevistas, consideradas exploratórias, têm, essencialmente, o objetivo de discussão

---

<sup>1</sup> Caracterizamos mais aprofundadamente o que é um CAPSi e um CRAS nos capítulos 6 e 5, respectivamente.

sobre a realidade da arena do campo estudado, de agregar a experiência do campo vivo e complementar o discurso das políticas. Fundamentalmente, desejamos, com essas entrevistas, valorizar o campo real de atuação dos profissionais que lidam mais diretamente com o nosso público alvo.

Assim, após a delimitação do tema e do problema norteador deste estudo, optamos por selecionar uma região do município do Rio de Janeiro para focar nossa atenção e utilizá-la para ilustrar a teoria estudada. Elegemos os bairros incluídos na região da AP 4 e da 7<sup>a</sup> CAS do município do Rio de Janeiro.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro divide o município em cinco áreas de planejamento, podendo estas ter subdivisões. A área escolhida por nós para a realização deste estudo é chamada de AP 4 e abrange as regiões de Jacarepaguá (incluindo Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca e Vila Valqueire), Barra da Tijuca (incluindo Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes e Grumari) e Cidade de Deus.

A Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro divide o município em 10 Coordenadorias de Assistência Social. A Coordenadoria escolhida por nós para a realização deste estudo é a 7<sup>a</sup> CAS. Esta abrange os mesmos bairros da AP 4.

A escolha pela AP 4 e pela 7<sup>a</sup> CAS se deu por alguns motivos: primeiro pela facilidade de acesso por nós, considerando sua localização geográfica; segundo por coincidir os bairros abrangidos pela divisão da Saúde e da Assistência Social, fato que não ocorre em todas as regiões.

A região escolhida abrange bairros bastante distintos. Jacarepaguá é um bairro de classe média da zona oeste do Rio de Janeiro, localizado na Baixada de Jacarepaguá. A Barra da Tijuca é um bairro de classe média alta, vizinho ao bairro de Jacarepaguá. É um bairro relativamente novo, classificada como de alto desenvolvimento humano, um dos maiores do estado do Rio de Janeiro.

Essa região escolhida tem características importantes no que diz respeito ao nosso estudo. Historicamente, Jacarepaguá era uma grande área ocupada por fazendas. No início do século XVIII, mais precisamente em 1924, foi instalada na área de um dos mais antigos engenhos de cana de açúcar de Jacarepaguá– conhecido inicialmente como

Engenho de Nossa Senhora dos Remédios e, depois, como Engenho Novo de Jacarepaguá– a Colônia de Psicopatas-Jacarepaguá, posteriormente designada Colônia Juliano Moreira, que de acordo com alguns psiquiatras como o doutor Rodrigues Caldas, era o local apropriado para a organização de um grande hospital-agrícola (Venâncio, 2007).

Durante muitos anos, a Colônia Juliano Moreira foi uma referência nacional em atenção à saúde mental. Na década de 1960 chegou a abrigar cerca de 5 mil pessoas. Foi administrada pelo Governo Federal até 1996, quando foi municipalizada de acordo com os preceitos do SUS e passou a se chamar Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira<sup>2</sup>.

Atualmente, o IMASJM abriga cerca de 600 pacientes, com uma idade média de 66 anos. A maioria desses pacientes é portadora de transtorno mental grave e viveu boa parte de suas vidas em hospitais psiquiátricos. A média de tempo de internação é de 40 anos. Os pacientes com maior autonomia mudam-se para as Residências Terapêuticas<sup>3</sup> que abrigam cerca de 60 pessoas.

O IMASJM também abriga, nas suas dependências, os Lares de Acolhimento, que são casas resultantes das reformas havidas nos antigos pavilhões do Instituto, dois CAPS– um destinado ao atendimento de adultos e outro ao atendimento de crianças e adolescentes–, um Centro de Reabilitação e Integração Social (Cris) e o Museu Bispo do Rosário. Há cerca de 160 servidores trabalhando no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

Ademais, ao longo deste estudo, constatamos que os bairros contemplados pela AP 4 e 7<sup>a</sup> CAS concentram uma grande parte do número de vagas em abrigos de atendimento exclusivo para crianças e adolescentes com deficiência. A pesquisa “Do confinamento ao acolhimento” identificou 13 unidades de abrigo no estado do Rio de Janeiro que atendem exclusivamente a população com deficiência. Dessas 13 unidades, 6 localizam-se no município do Rio de Janeiro e, curiosamente, 3 dessas últimas localizam-

---

<sup>2</sup> Informações coletadas no site <http://www.saude.rio.rj.gov.br>, em 30 de maio de 2008.

<sup>3</sup> “São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.” (Ministério da Saúde, 2004c, p.7).

se no bairro de Jacarepaguá, apresentando 28,6% do total de vagas de todo o estado (Rizzini, 2008).

Somando-se a esse número, há ainda uma unidade de abrigo exclusiva para o atendimento de crianças e adolescentes com deficiência, recentemente inaugurada, que não foi contemplada pela pesquisa citada acima. Essa unidade de abrigo a qual nos referimos é supervisionada por um dos CRAS pesquisados neste estudo. Logo, verificamos que, somente na região estudada, existem 4 unidades de abrigo para crianças e adolescentes com deficiência, as quais, conforme já explicitado anteriormente, incluem, também, as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental.

Essa é uma constatação que nos remete a diversas perguntas. A principal identificada por nós é: por que essa área concentra quase um terço de todas as crianças e adolescentes com deficiência abrigados em todo o estado do Rio de Janeiro? Essa é uma reflexão que não faz parte do escopo idealizado para este estudo especificamente e, infelizmente, não será respondida por nós. Contudo, deixamos a reflexão como uma sugestão para outro estudo.

Enfim, na região abrangida pela AP 4 e 7<sup>a</sup> CAS, identificamos um CAPSi e quatro CRAS. Planejamos a realização de uma entrevista semi-estruturada em cada um desses serviços, especificamente com a coordenadora do CAPSi e com a diretora de cada CRAS.

As entrevistas foram feitas a partir de um roteiro pré-definido por nós. Esse roteiro difere bastante de um questionário, pois foi criado como um instrumento a fim de orientar uma conversa com as pessoas entrevistadas facilitando o aprofundamento dos assuntos a serem abordados. As entrevistas partiram de um roteiro inicial; no entanto, a evolução das mesmas ocorreu de acordo com a fala de cada entrevistado. Ademais, as observações e a escuta em cada entrevista exerceu um importante papel de ajustamento para cada ‘conversa’.

Ao final de cada entrevista, solicitamos a indicação de um exemplo de um caso de alguma criança ou adolescente portador de transtorno mental em que a família recorreu ao serviço para buscar ajuda devido às suas dificuldades relacionadas ao seu filho portador de transtorno mental. Apenas no CAPSi encontramos situações como essa e, assim, solicitamos uma entrevista com os técnicos envolvidos com os casos, no intuito de

realizar uma breve ilustração de tais. Nomeamos os casos relatados de ‘casos ilustrativos’.

Um dos aspectos mais complexos de nosso percurso metodológico foi a dificuldade encontrada para a realização dessas entrevistas. Encontramos barreiras significativas, que foram contornadas, na medida do possível, mas que tomaram um tempo muito maior do que o previsto, prejudicando de alguma forma o aprofundamento desejado das discussões a serem realizadas.

Experenciemos uma diferença expressiva entre o contato realizado com a Saúde Mental e a Assistência Social na tentativa de marcar as entrevistas. Primeiro, entramos em contato com a coordenadora do CAPSi. Prontamente fomos atendidos em nosso pedido e já no primeiro contato marcamos dia e hora para a entrevista. Realizamos a entrevista alcançando os objetivos desejados e, ainda, marcamos uma segunda entrevista com duas técnicas, que igualmente nos receberam muito bem.

Infelizmente as portas da Assistência Social não foram tão facilmente abertas. Deparamo-nos com uma enorme exigência burocrática. Precisamos preparar determinados documentos para entrar formalmente com um pedido de autorização para a realização das entrevistas. Esse pedido necessitou passar pela mesa de diversos gestores antes de ser autorizado.

Em determinado momento acreditamos que não conseguiríamos realizar as entrevistas no setor da Assistência Social, até que, finalmente, um profissional da Secretaria Municipal de Assistência Social conseguiu agilizar a emissão da autorização para a realização das entrevistas nos CRAS.

Ainda assim, nos deparamos com algumas limitações, como, por exemplo, o aparente constrangimento das diretoras de dois CRAS que, por algum motivo, não permitiram a gravação da entrevista. Tal fato nos restringiu no que tange ao registro das falas das diretoras. Acrescentamos, no entanto, que todos os profissionais aos quais tivemos acesso nos CRAS nos receberam muito bem e participaram com aparente interesse das entrevistas.

Foram realizadas, ao todo, seis entrevistas, na seguinte ordem:

### **1. CAPSi**

O CAPSi funciona há 7 anos. Antes funcionava como um ambulatório de referência para a região em que se localiza. A equipe do ambulatório formulou um projeto para transformá-lo em CAPSi.

Entrevistamos a coordenadora do CAPSi, que trabalha no serviço desde a época em que funcionava como ambulatório, porém ocupa o cargo de coordenadora do CAPSi há menos de um ano. No entanto, há 6 anos ocupa o cargo da coordenação clínica e técnica do CAPSi. Participou também da entrevista, mas em momentos esporádicos, uma técnica.

### **2. Casos ilustrativos do CAPSi**

Participaram da entrevista duas técnicas, que nos relataram 3 casos ilustrativos.

### **3. CRAS 1**

O CRAS 1 funciona da Cidade de Deus, atendendo uma população de cerca de 65 mil pessoas. Atende cerca de 4.500 famílias, sendo que 3600 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, o carro chefe do CRAS. Uma das características mais marcantes desse CRAS é o problema do tráfico, que domina a comunidade.

Entrevistamos a diretora, que atua na direção do CRAS 1 desde Dezembro de 2007, há 5 meses. Há 26 anos trabalha na SMAS. Participaram, também, da entrevista dois assistentes sociais da equipe do CRAS.

### **4. CRAS 2**

O CRAS 2 funcionava em outra área, em Vargem Pequena, onde também funcionava outro CRAS. Os dois CRAS cobriam os mesmos bairros, enquanto que outros bairros da mesma região ficavam descobertos. Dessa forma, o CRAS 2 foi deslocado para a Praça Seca, em outubro de 2006.

Entrevistamos a diretora, que ocupa o cargo de direção há 3 anos.

### 5. CRAS 3

O CRAS 3 surgiu, principalmente, após um incêndio que ocorreu no Rio das Pedras há cerca de 2 anos. No início havia muita dificuldade de espaço físico para a implementação do CRAS. A tendência dessa comunidade é que ela cresça em cima das lajes.

Uma característica forte da comunidade é a cultura nordestina. A equipe teve que aprender um pouco da cultura do Nordeste. Outras características marcantes são a ‘milícia’ e a grande presença partidária.

Entrevistamos a diretora do CRAS, que trabalha há 2 anos no CRAS 3 ocupando o cargo de direção.

### 6. CRAS 4

O CRAS 4, que hoje funciona em Vargem Pequena, funcionava em uma comunidade chamada Palmares. Há cerca de três anos funciona na comunidade César Maia, que é um conjunto habitacional. A comunidade tem como característica forte a presença da ‘milícia’.

Entrevistamos a diretora do CRAS, que trabalha há 4 anos no CRAS 4 e ocupa o cargo de direção há cerca de três meses.

Novamente ressaltamos que o objetivo com essas entrevistas é o de ilustrar o campo das teorias e das políticas com as experiências dos profissionais que colocam em prática as diretrizes de tais teorias e políticas. Não temos a intenção de analisar ou interpretar a fala de cada profissional. Esse não é o nosso propósito. Pretendemos apenas dar vida ao que está escrito nos livros, artigos e políticas, valorizando as experiências vividas no campo da prática.

Cabe destacarmos que as entrevistas são o aspecto vivo, de extrema importância, para o desenvolvimento de nossas reflexões e discussões acerca do nosso objetivo principal que é o de verificar os avanços das Políticas de Saúde Mental e Assistência Social na promoção do direito à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente portadores de transtorno mental. Enquanto pretendemos partir da teoria para

verificar tais avanços, lançamos mão das entrevistas para ilustrar os esforços dos profissionais no campo prático de toda a teoria.

Assim, desenvolvemos nossas reflexões e discussões da seguinte forma:

No segundo capítulo discorremos sobre as complexidades envolvidas na árdua tarefa de conceituar ‘transtorno mental’. Essa definição é considerada difícil até mesmo pelos profissionais especialistas no assunto. Muitas são as variáveis que podem influenciar em uma definição mais exata. Dificilmente haverá um consenso claramente definido acerca do assunto.

Fazemos, também, um esforço por descrever a criança e o adolescente portadores de transtorno mental, destacando a importância de se compreender de que crianças e adolescentes estamos falando. Como reconhecê-los? Ainda, discorremos sobre as complicações envolvidas na definição de um diagnóstico de transtorno mental e na influência que o contexto cultural certamente exerce nessa definição. Ao final do capítulo, abordamos os estudos epidemiológicos, ressaltando a sua importância e denunciando a sua escassez. Há uma grande lacuna no que diz respeito a estudos epidemiológicos em saúde mental infantil e juvenil no Brasil. Poucos são os estudos que relatam um levantamento sobre os transtornos mentais na infância e na adolescência. Tal fato acarreta, diretamente, na insuficiência de políticas públicas de saúde mental para esse público. Esses estudos são de extrema importância para a orientação da formulação de orientações e políticas voltadas para o nosso público-alvo.

No terceiro capítulo descrevemos diferentes pontos de vista sobre ‘a família’ ou ‘as famílias’. Consideramos de extrema importância o entendimento de que diversos modelos de família convivem em nossa sociedade, em detrimento do imaginário ainda muito presente de que há apenas um único modelo de família: o nuclear.

E abordamos, ainda, o contexto das famílias das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental, enfatizando, principalmente, as dificuldades acerca da criação de seus filhos portadores de transtorno mental. Fazemos um paralelo entre a teoria encontrada nas publicações e a realidade da prática relatada nas entrevistas do CAPSi .

Aprofundamos nossa discussão utilizando o conceito de sobrecarga familiar, baseado nas famílias de membros portadores de transtorno mental adultos. Contudo, esforçamo-nos para transpor as dificuldades para a realidade das famílias de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, considerando suas especificidades.

Em seguida, ampliamos nosso estudo para além do nosso público-alvo e, no quarto capítulo, debatemos sobre os direitos que tocam todas as crianças e adolescentes, portadores ou não de transtorno mental. Fizemos essa opção, por sentirmos a necessidade de abordarmos a história do direito à criança e ao adolescente em nosso país. Nosso público-alvo constitui apenas uma pequena parcela do total de crianças e adolescentes no Brasil, embora consideremos de grande importância.

Acreditamos que seja de fundamental importância essa abordagem ampliada, pois antes de lutarmos pelos direitos específicos para as crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, considerando as suas especificidades, faz-se mister conquistarmos a plena garantia de seus direitos como ‘sujeitos de direitos’.

Assim, no quarto capítulo fazemos uma viagem pela história da assistência à criança, ao adolescente e à família. Iniciamos nossa reflexão com os fatos ocorridos a partir da década de 1920. Conhecemos os principais acontecimentos relacionados com as crianças, adolescentes e famílias. Aprofundamo-nos no momento crucial para a conquista de direitos, corroborada com a Constituição Federal de 1988 e, logo após, o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. Realizamos uma discussão sobre o direito à convivência familiar e comunitária e fazemos uma reflexão sobre o que significa esse direito tanto para as crianças e os adolescentes como para suas famílias, utilizando os conhecimentos apreendidos nos capítulos anteriores.

No quinto capítulo abordamos a evolução dos direitos sociais destacando o reconhecimento da Assistência Social como uma política pública. Ressaltamos a importância da família como um dos recursos privilegiados para as políticas públicas. Entendemos a família e a comunidade como lugares imprescindíveis de proteção social. Assim, fazemos uma retrospectiva dos processos sócio-históricos nos quais estão alicerçadas as Políticas de Assistência Social. Enfatizamos o lugar ocupado pela família brasileira ao longo desses processos, começando por entender como o conceito de direitos sociais surge e como se dá a sua aplicação em nosso país.

Fazemos, ainda, uma descrição da nova Política de Assistência Social e do SUAS– Sistema Único de Assistência Social– com a sua ênfase na proteção social das famílias. Apresentamos os CRAS na teoria e na prática utilizando nossas entrevistas com as diretoras dos CRAS selecionados para este estudo.

No sexto capítulo fazemos uma retrospectiva dos principais fatos ocorridos na história da saúde mental brasileira, situando-nos frente a realidade da criança e do adolescente neste âmbito. Consideramos que as questões sobre a assistência em saúde mental voltadas para a infância e adolescência ainda constituem-se como um dos mais importantes desafios a enfrentar.

Priorizamos, em nossa, discussão, a promoção do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Defendemos que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, inclusive os portadores de transtorno mental. Sendo assim, destacamos a importância do trabalho realizado pelos CAPSi, ilustrando a riqueza de suas atuações através das entrevistas realizadas no CAPSi.

Realçamos a necessidade de uma atenção mais apurada quando o assunto são crianças e adolescentes que ainda hoje passam despercebidos aos olhos de muitos, pois apesar da existência de orientações políticas, estas ainda são muito recentes. A triste constatação de que essas crianças e adolescentes foram invisíveis, ainda não foi totalmente superada.

Acreditamos que as crianças e os adolescentes portadores de transtorno mental constituem um público vulnerável à violação de direitos, principalmente, do direito à convivência familiar e comunitária, devido a diversas dificuldades impostas pelos transtornos mentais às famílias. Sendo assim enfatizamos a importância da promoção e garantia do direito à convivência familiar e comunitária às crianças e aos adolescentes portadores de transtorno mental.