

**PUBLICADO EM: *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política.* Ferreira, Tânia (org). BH: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004: 61-74.**

### **Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes**

Este texto foi originalmente publicado no “Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental”, organizado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2001. Decidimos mantê-lo em sua íntegra, considerando que retrata um panorama ainda vigente em grande parte do território nacional.

Maria Cristina Ventura Couto<sup>1</sup>

Há mais de duas décadas o campo da saúde mental no Brasil vem sofrendo significativas transformações em diferentes pontos de sua intrincada estrutura. Num processo ininterrupto de construção de novas experiências, redimensionamento do ato clínico, produção de conhecimento, embasamento normativo-jurídico e ampliação das condições para o exercício da gestão pública, este campo - alavancado pelo conhecido movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira -, parece cada vez mais caminhar na direção proposta pelos agentes pioneiros da reforma, ou seja, constituir-se como um campo onde o cuidado do paciente não redunde em exclusão social, onde a existência de um transtorno não reduza a condição de existência dos sujeitos que o portam e, fundamentalmente, onde sejam retiradas todas as conseqüências éticas e, portanto, cidadãs, das idiosincrasias humanas.

Entretanto, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se constituindo, nesses mais de vinte anos, como um movimento pendular caracterizado, por um lado, pelo reconhecimento de avanços significativos e, por outro, pela imposição permanente de novos desafios, como se cada nova conquista festejada fosse acompanhada da evidência de que há ainda muito a ser feito em direção a construção

efetiva de um novo modo de cuidar e tratar de sujeitos atravessados pela radicalidade de certos sofrimentos psíquicos.

As questões colocadas ao movimento da Reforma pelas crianças e adolescentes constituem-se neste início de século como um dos mais importantes desafios a enfrentar. Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de serem tão nefastas como se tivessem sido produzidas intra-muros<sup>2</sup>.

Qualquer um que se dê ao trabalho de olhar mais atentamente ao redor, vai se deparar com uma legião de crianças vivendo nos chamados “abrigos para deficientes” – verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental -, submetidas a toda sorte de banalização de sua condição humana em nome da ‘proteção’ e do ‘cuidado’. São elas que na maioridade ingressarão diretamente na rede hospitalar psiquiátrica, constituindo uma clientela que vem desafiando os mais inovadores projetos de desinstitucionalização em curso pelos programas de reabilitação psicossocial. Outras tantas crianças e adolescentes diagnosticados como autistas ou psicóticos são encontrados peregrinando em busca de atendimento especializado, sem que os localize. ‘Peregrinos de lugar nenhum’, freqüentemente se vêem submetidos a métodos pedagógicos de controle de suas condutas bizarras ou, ainda, à excessiva medicalização, com conseqüências devastadoras para sua existência. Não raramente ainda, deparamos com um contingente significativo da clientela infanto-juvenil incluída nos programas oficiais de saúde mental se, e somente se, portadoras de diagnósticos de ‘distúrbio de aprendizagem’ ou de ‘distúrbio de conduta’ (parecendo reeditar o viés higiênico-preventivista do início do século XX), superlotando os ambulatorios públicos que freqüentemente as absorve sem problematizar estas demandas, dificultando assim um ordenamento mais racional dos

---

<sup>1</sup> Psicanalista, Mestre em Psicologia pela PUC/RJ, membro da equipe técnica da Assessoria de Saúde Mental da SES/RJ desde 1999, Coordenadora do Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde mental de Crianças e Adolescentes da ASM/SES-RJ.

<sup>2</sup> Vale registrar que após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) tem havido um importante esforço por parte da gestão nacional de saúde mental (MS) no sentido de incluir na agenda pública as questões inerentes ao segmento infanto-juvenil. Atualizações quanto aos avanços já em curso são apresentados no final desse artigo.

serviços de saúde mental, para que possam efetivamente responder pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos severos<sup>3</sup>.

A oferta quase indiscriminada para psicologização ou psiquiatrização da demanda escolar ou alteração de conduta situa-se no vértice oposto da ausência de serviços adequados para o atendimento de autistas e psicóticos, por exemplo, mas ambas parecem integrar o mesmo problema da falta de diretrizes públicas e éticas capazes de balizar a implantação de uma rede conseqüente de cuidados. É como se em relação a crianças e adolescentes não fossem claros os ‘inimigos’ a combater, deixando à própria sorte ou à inércia do sistema a oferta dos serviços. Crianças e adolescentes vêm, assim, exibindo formas silenciosas mas efetivas de exclusão frente às quais não se podem mais postergar os enfrentamentos necessários.

O desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental não é, entretanto, uma tarefa simples. Para isso, impõem-se delineamentos éticos, clínico-assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento, que vão requerer um esforço conjunto para reverter de forma efetiva a situação atual.

## **NA TRILHA DOS MAL-ENTENDIDOS**

Seguindo uma trilha já apontada por Delgado (2000), vamos considerar que há uma série de equívocos e mal-entendidos perpetrando este cenário que, no limite, é um cenário de desassistência e descuido com crianças e adolescentes. O primeiro *mal entendido* é o *pedagógico* que, reduzindo uma criança à condição de aprendiz, sustenta um ideário de metas a serem alcançadas de tal forma que ela, a criança, possa ser medida em escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável caso apresente algum desvio. Situam-se aí as proposições de ‘reeducação’, ‘avaliação de competência’, ‘orientação infanto-juvenil’ e outras tantas que muitas vezes servem inclusive para nomear os próprios serviços assistenciais.

Em 1995, Assumpção Jr., ao propor as bases para a construção de um saber psiquiátrico infantil autônomo, considerou imprescindível conceber *a criança como um*

---

<sup>3</sup> Maiores esclarecimentos sobre este panorama serão apresentados em outra parte deste artigo.

*ser em desenvolvimento* (p.151). Ora, rigorosamente falando, um ‘ser em desenvolvimento’ não é; será. O que parece subtraído no caminho proposto para autonomia disciplinar da psiquiatria da infância – e considerado como um ponto fundamental para o avanço e modernidade almejados - é justamente a possibilidade de a criança constituir uma ordem própria de existência, portar uma dimensão subjetiva, responsabilizar-se como sujeito, encontrar formas singulares e, portanto, legítimas de lidar com seu mal-estar e suas angústias, implicar-se no que lhe acontece, ser atravessada por enigmas e ter que lidar com eles como lhe for possível. Conceber uma criança unicamente como ‘um ser em desenvolvimento’ parece engendrar essa tão corriqueira noção de ‘deficiência’ (fartamente utilizada como categoria diagnóstica) sempre que ela se desloca do curso ideal, ‘desadaptando-se’. Como aprendiz, espera-se dela que venha apreender e responder adequadamente às metas estabelecidas; caso contrário, convocam-se os especialistas, esperando destes últimos que reorientem o curso, corrijam os ‘defeitos’ e reitam os sintomas. O mal-entendido pedagógico ilumina o desenvolvimento funcional e obscurece as possibilidades existenciais do sujeito.

Longe de ser apenas exercício de retórica, esse equívoco de concepção produz efeitos substanciais no cenário cotidiano da rede assistencial e, no caso que nos interessa aqui, parece ter contribuído para a falsa impressão de que com a clientela infanto-juvenil os pontos fundamentais da Reforma Psiquiátrica não se colocavam. Afinal, loucura na criança? Práticas asilares? Seqüestro da cidadania? Necessidade de construir novas formas de tratar/cuidar menos excludentes? Afinal, não seriam elas apenas deficientes a requerer reeducação?

A noção clara ou implícita de deficiência que perpassa grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes, acaba por determinar a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Neste sentido, toda crítica que os movimentos transformadores dirigiram ao modelo clínico-psiquiátrico - hegemônico na assistência aos pacientes mentais e determinante de modos sofisticados de exclusão -, parecia não se aplicar ao segmento infanto-juvenil. As amarras reducionistas de uma clínica-médica montada sob o paradigma problema-solução, ou sintoma-terapêutica-cura, em exercício na quase totalidade das instituições de assistência aos pacientes psiquiátricos, parecia não vigorar no cuidado de crianças e adolescentes. Robert Castel

(1987), em seu conhecido estudo intitulado “Gestão dos Riscos”, chega a considerar uma inovação a montagem, em meados do século XIX, de uma escola especial na ala infantil do Hospital de Bicêtre (França), considerando que este dispositivo pedagógico era capaz de agenciar um método de cuidado transformador em relação ao modelo psiquiátrico tradicional dirigido aos adultos. *Um retardado do desenvolvimento requer um aprendizado e não um tratamento*, afirma Castel (p.51). O que parecia a este autor um rompimento com o modelo médico-clínico reducionista mostrou-se, na verdade, sob nosso ponto de vista, tão ou mais reducionista que aquele. Porém, estranhamente, passou despercebido para grande maioria dos agentes críticos. Supostamente a salvo do reducionismo médico, crianças e adolescentes ficaram na verdade excluídas das tentativas de construção de um dispositivo clínico/psicossocial que desse sustentação a um novo modo de cuidar dirigido a sujeitos em sofrimento e não a aprendizes deficientes.

O segundo *mal-entendido* apontado por Delgado refere-se à *justiça*. Circunscrevendo sua crítica à expansão dos ‘abrigos para deficientes’, acaba por tocar num ponto nodal cujos tentáculos atingem muito mais que os abrigos, estendendo-se por grande parte das práticas terapêuticas dirigidas as crianças e adolescentes: a questão da tutela e da proteção. Em nome de tutelar e proteger muitos descaminhos são construídos, submetendo os jovens à mortificação de sua palavra, ao exercício cruel da institucionalização, ou à intervenção adaptativa dos especialistas. Neste aspecto particular equívalem-se crianças e os ‘loucos de toda ordem’: são considerados os seres da desrazão a requerer a sabedoria iluminada dos tutores, sejam eles médicos ou juizes.

Qualquer tentativa de transformação que se pretenda efetiva no campo da saúde mental terá que colocar em discussão a tradição naturalizada do exercício da tutela. Sem deslocar do centro da cena a responsabilidade de proteger que cabe ao poder público, será preciso permanentemente tensioná-la para que não se confunda ou se reduza à tutela integral do corpo, da palavra, do pensamento. Transformar, neste caso, é mais do que construir novas modalidades de serviços para o cuidado de crianças e adolescentes no campo da atenção psicossocial; é, fundamentalmente, rever e reescrever as fundações conceituais do exercício da tutela, sem o quê tudo terá sido inócuo.

Outro equívoco, não referido por Delgado mas de extrema importância para o que pretendemos discutir neste artigo, é o que nomearemos provisoriamente como

*mal-entendido da saúde mental*. Intimamente relacionado aos já apontados, este diz respeito à desconsideração de que uma criança possa portar o enigma da loucura. *Criança deficiente e desadaptada sim, louca não*; parecem bradar os fios da história em suas traduções quotidianas nos serviços assistenciais existentes.

Tributar a uma criança a enigmática condição de uma existência particular, louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social. A construção histórica do período da infância – do qual a criança é o sustentáculo – forjou um ideário de qualidades determinantes para sua inclusão na história social dos homens. Infância, então, passou a ser o tempo da inocência, pureza, beleza, ingenuidade, felicidade, descompromisso, aprendizado e, fundamentalmente, um tempo sem angústias. Um tempo de preparação ... um caminho, de preferência retilíneo, a ser percorrido para que se forme o ‘homem de amanhã’.

Incluir a loucura como uma das possíveis condições de existência da criança supõe o desmonte deste cardápio ideal e, ao mesmo tempo, uma profunda revisão de nossos ideais de descendência. A “sua majestade o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfear-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Esta criança ‘louca’ macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, o desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir.

É desse ponto que teremos que partir se quisermos reescrever a história das ações públicas de saúde mental, alterando o atual estado da arte. Sem esta tomada de posição, corremos o risco de ver perpetuada a lógica do ‘cresça e apareça’ que vem isentando o campo da saúde mental de responder pelo cuidado ético de crianças e adolescentes. Afinal, no atual estado das coisas, só ao alcançarem a maioria cronológica adquirirão visibilidade para os agentes do cuidado neste campo, ao ingressarem nas tramas sem saída das instituições psiquiátricas asilares.

## **QUAL A DIMENSÃO DO NOSSO PROBLEMA?**

Um levantamento realizado no âmbito do Estado do Rio de Janeiro apontou um quadro alarmante no que diz respeito ao cuidado público prestado a crianças e adolescentes que requerem algum tipo de atendimento no campo da saúde mental<sup>4</sup>.

Este estudo preliminar, realizado pela ASM/SES no início de 2000, mostrou que **aproximadamente 70% dos municípios utilizavam os dispositivos da rede filantrópica** (principalmente APAE e Pestalozzi) como recursos principais - e muitas vezes exclusivo - para o atendimento de crianças e adolescentes com algum tipo de demanda ao campo da saúde mental. A referência à rede filantrópica era utilizada, na grande maioria dos municípios, sem o estabelecimento de qualquer tipo de convênio e/ou parceria formal por parte dos programas locais de saúde mental. Ou seja, o cuidado em saúde mental para o segmento infanto-juvenil se desdobrava sem que os gestores/equipes deste campo acompanhassem, supervisionassem, orientassem tecnicamente ou se responsabilizassem pelo acreditamento das ações desenvolvidas. Por outro lado, instituições historicamente voltadas para o atendimento de pacientes portadores de deficiência (como as APAEs e Pestalozzis) viam-se obrigadas a acolher uma clientela estranha às suas proposições técnicas principais, recobrando um hiato que a rigor está relacionado a ausência de políticas públicas eficazes, quer no interior do próprio campo da saúde mental quer no campo das ações intersetoriais dirigidas para a população infanto-juvenil.

Outro ponto levantado dizia respeito ao fato de que em **apenas 20% dos municípios os Programas de Saúde Mental atendem casos diagnosticados como autismo e psicose infantil**, sendo o tradicional modelo ambulatorial o dispositivo de

---

<sup>4</sup> Num esforço de construir dados que pudessem dimensionar os problemas existentes e orientar as ações públicas necessárias para a efetiva inclusão do segmento infanto-juvenil na agenda das políticas públicas de saúde mental, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através de sua Assessoria de Saúde Mental (ASM/SES), realizou um levantamento dos recursos existentes para o atendimento de crianças e adolescentes nos diversos municípios do estado. Denominado **Perfil Preliminar dos Recursos para o Atendimento em Saúde Mental de crianças e adolescentes no Estado do Rio**, este estudo, datado do ano 2000, teve seus resultados disponibilizados através do **Boletim Criança-Clinica-Cidadania, ano I, n. 1, abril de 2000**, publicação oficial do *Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, realizado mensalmente sob a coordenação da ASM/SES-RJ.

eleição neste caso<sup>5</sup>. Nos demais municípios – aproximadamente 60% deles – estes transtornos eram referenciados à rede filantrópica ou à rede educacional (através dos programas de educação especial) deixando, desta forma, esta clientela à margem do sistema formal de saúde mental. Nos outros municípios não havia recursos de qualquer natureza para o atendimento destes casos. Mesmo que consideremos o percentual de 20% dos municípios com dotação de recursos nos programas de saúde mental para o atendimento de autistas e psicóticos, a hegemonia do modelo ambulatorial para o tratamento destes pacientes determinava um grave problema a ser enfrentado. A insuficiência deste modelo frente à complexidade dos quadros psicóticos já foi fartamente registrada, mas ainda permanece inaudível quando referida ao segmento infanto-juvenil.

Ainda em relação ao levantamento da ASM/SES, foi verificado que as equipes de saúde mental, **quando atendiam crianças e adolescentes**, dirigiam seu trabalho prioritariamente para casos diagnosticados como ‘distúrbio de aprendizagem’ e/ou ‘distúrbio de conduta’, superlotando os ambulatórios públicos e absorvendo uma demanda sem que ações intersetoriais com a rede educacional precedessem esta inclusão nos serviços especializados do campo da saúde mental.

Na ocasião deste levantamento preliminar, havia no Estado do Rio **aproximadamente 832 crianças e adolescentes vivendo em ‘abrigos para deficientes’**, submetidos à lógica mortificante da institucionalização e excluídos do sistema formal de saúde. Construídos para cumprirem uma função social de proteção e cuidado, esses abrigos acabaram se constituindo em instrumentos de exclusão, reproduzindo um modelo que, se francamente criticável, tem se mostrado tenaz e resistente a sua desconstrução. Sua vigência e total hegemonia como aparato assistencial, recobrando grande parte da destinação atual dos recursos desta área, exige de todos uma profunda reflexão e conclama os agentes transformadores do campo da saúde mental a construir ações eficazes de suporte à desinstitucionalização de crianças e adolescentes.

Mesmo que datável, esta fotografia do campo público da saúde mental retirada de um terreno estadual, acaba por revelar uma situação historicamente produzida,

---

<sup>5</sup> Até abril de 2000, apenas o município do Rio de Janeiro contava com 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenis. Em final de 2000, o município de Barra Mansa inaugurou um dispositivo Caps para crianças e adolescentes, sendo a primeira cidade do interior a tomar esta iniciativa.

onde parece haver uma deliberada e ininterrupta isenção de responsabilidade por parte do campo da saúde mental em relação ao cuidado das crianças e adolescentes. Através de uma delegação – silenciosa mas efetiva -, diversos setores públicos acordam tacitamente pela perpetuação deste cenário, determinando um circuito de exclusão para um enorme número de crianças e adolescentes.

Pelo que se pode depreender deste quadro, o Estado do Rio parece em linhas gerais pedagogizar o transtorno psiquiátrico, psiquiatrizar/psicologizar o distúrbio de aprendizagem e asilar a deficiência. Tudo isto com o aval silencioso das políticas públicas dirigidas à criança e ao adolescente.

Acrescente-se a isto o fato de que são ainda muito insipientes os dados clínicos, epidemiológicos e da própria organização dos serviços em relação ao campo da saúde mental e quase inexistentes os relacionados especificamente ao segmento infanto-juvenil. Sendo assim, a situação pode adquirir proporções muito mais alarmantes do que a aqui apresentada.

## TENTANDO CONSTRUIR NOVOS RUMOS

Está em curso no âmbito da gestão pública de saúde mental no Estado do Rio uma experiência que pretende fundamentalmente responder por uma dívida histórica deste campo para com as crianças/adolescentes e iniciar um processo coletivo de enfrentamento das questões anteriormente apontadas. É uma experiência. Inédita por sua cobertura estadual, mas não inédita em sua concepção<sup>6</sup>. Esta experiência diz respeito à constituição de um **Fórum Inter-Institucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**, que congrega diversos atores sociais responsáveis historicamente pela atenção à criança e ao adolescente, dentre eles o judiciário, a educação, a saúde, a assistência social e os profissionais da saúde mental de todos os municípios do Estado. É um espaço de debate coletivo que tem como premissa ética estabelecer, pelo eixo da saúde mental, uma interlocução permanente, visando à

---

<sup>6</sup> A idéia de constituir um espaço coletivo de reflexão e resolução, intersetorial, para estes problemas vem sendo desenvolvida há muitos anos na cidade de Belo Horizonte (MG) e em Betim (MG) com resultados locais animadores.

construção de uma rede de atendimento capaz de fazer frente à pluralidade das demandas em seus diversos níveis de complexidade e, ainda, o estabelecimento de balizamentos técnico-conceituais, clínicos e políticos para direção das ações públicas, o intercâmbio de experiências e a elaboração de princípios gerais que norteiem a construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.

Surpreende nesta experiência o alcance que vem adquirindo, principalmente no que diz respeito a sua legitimidade enquanto fórum público de discussões e deliberações. Este espaço tem trazido à luz as distorções existentes, rediscutido responsabilidades, pactuado ações intersetoriais e inter-municipais, e incentivado a construção de parcerias capazes de responder publicamente pelo cuidado ético de crianças e adolescentes, acreditando que desta forma possa desconstruir a lógica de uma delegação silenciosa e irresponsável que tem marcado a história da ‘desassistência’ no campo que nos concerne.

## **POR UMA QUESTÃO DE PRINCÍPIO**

Mesmo que consideremos a importância de algumas ações públicas que visam romper e modificar o atual estado da arte do campo da saúde mental em relação ao que lhe conclamam crianças e adolescentes, fato é que iniciamos o século XXI constatando a imutabilidade deste cenário. Algo se move, mas uma mudança efetiva ainda está longe de ser visualizada. Não serão respostas ligeiras e pontuais que nos colocarão num novo rumo. Temos pela frente enfrentamentos de ordem clínica, política, de planejamento, formação de recursos humanos e, fundamentalmente, enfrentamentos de ordem ética para que uma reorientação mais estrutural possa ser reconhecida.

Por uma questão de princípio, consideramos, entretanto, que só seremos conseqüentes em nossa empreitada se nossas ações estiverem dirigidas para sujeitos em sofrimento. Ou seja, para criança-sujeito, na condição de estar vivenciando a complexa experiência de um sofrimento para ela intolerável, sejam quais forem as formas escolhidas para a expressão de sua dor; do fracasso na escola ao horror do olhar.

Se não reconhecermos na criança sua condição de sujeito psíquico e a dimensão subjetiva que lhe concerne e se não retirarmos daí as conseqüências ético-

clínicas que engendram, toda tentativa de transformação no campo assistencial redundará em mera maquiagem.

### **PÓS ESCRITO:**

Algo se move no campo da gestão pública da saúde mental. Mais recentemente, a área técnica da saúde mental do Ministério da Saúde vem sendo responsável pela proposição de ações dirigidas às crianças e adolescentes, particularmente aquelas portadoras de transtornos mentais severos. Em 2002, através da Portaria 336/2002, foram criadas condições de financiamento para a construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (Capsi) em território Nacional. Estes serviços de base territorial, calcados na lógica da atenção diária, vêm se constituindo como dispositivos fundamentais para reorientação da assistência. A estratégia de incluir no campo dos recursos assistenciais públicos um dispositivo de potência coletiva responde a uma dívida histórica do campo da saúde mental, qual seja, responsabilizar-se pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves, enredadas numa existência atormentada, sob o risco permanente de rompimento de seus laços sociais, ou mesmo já fora deles, como o caso dos autistas.

Além do mandato terapêutico e social, estes Capsi devem cumprir a função de gestão de seu território de abrangência no que diz respeito ao cuidado e tratamento de crianças e adolescentes. Desta forma, estão orientados por uma lógica intersetorial, agenciando as ações necessárias para ampliação do acesso e da cobertura assistencial. Em agosto de 2004 havia 41 Capsi implantados nas diferentes regiões do país.

Vale registrar que a política nacional de saúde mental para crianças e adolescentes não vem sendo reduzida a implantação desses novos serviços. Ela vem sendo proposta a partir da noção de rede de cuidados, que pode adquirir diferentes formatos dependendo da necessidade e potencialidade local. Nesse sentido, para além de um novo desenho assistencial, o que se visa é uma nova lógica de operação no campo público.

Em agosto de 2004, foi instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, sob a coordenação da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, composto por

representações federadas dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, entidades filantrópicas, saúde mental, direitos humanos (Portaria 1608, de 03.08.04). Tomado como um dispositivo privilegiado de gestão pública, esse Fórum pretende responder pela reorientação estrutural do atual estado da arte no tratamento de crianças e adolescentes.

Seu desdobramento, resultados e seu próprio processo de funcionamento dependerão, segundo me parece, da responsabilidade e compromisso de cada um de nós.

Não se pode afirmar que uma mudança se operou no cenário nacional, mas é possível dizer que algo se move nesse cenário e isto não será pouca coisa se pudermos extrair deste pequeno movimento suas reais conseqüências.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1- Assumpção Jr., Francisco – **Psiquiatria Infantil Brasileira**. Ed. Lemos, 1995.
- 2- Castel, Robert – **A Gestão dos Riscos**. Ed. Francisco Alves, 1987.
- 3- Couto, Maria Cristina Ventura – **A Psicanálise e os dispositivos assistenciais para o atendimento de autistas e psicóticos**. Dissertação de Mestrado, PUC-RJ, 1999
- 4- Delgado, Pedro Gabriel G. – Prefácio. In: Almeida N. e Delgado P.G.G., **De Volta à Cidadania**, IFB/Funlar, 2000.
- 5- SES-RJ/ASM – **Boletim Criança-Clínica-Cidadania**. Ano I, n. 1, abril de 2000.