

MEDICALIZAÇÃO E SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: APONTAMENTOS SOBRE DISPOSITIVOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA CIDADE DE SÃO PAULO

Marina Galacini Massari
Maria Cristina G. Vicentin

INTRODUÇÃO

A medicalização de crianças e adolescentes tem sido objeto de estudos e ativismos¹ mais recentemente em nosso país, com destaque para a interface saúde e educação e, mais especificamente, para os “problemas” relativos à indisciplina ou às dificuldades de aprendizagem, como é o caso do TDAH². Diferentes autores (Beltrame e Boarini, 2013; Collares e Moysés, 2011; Kramers, 2013; Souza, 2011a; Souza, 2011b; e Spazziani e Collares, 2011) questionam a medicalização do espaço escolar à medida que dispositivos de saúde mental são frequentemente acionados para lidar com conflitos e demandas próprios do cotidiano da escola. Um campo menos discutido, mas igualmente relevante quanto à presença e aos efeitos dos processos de medicalização, é o das políticas de assistência e, em especial, os serviços de acolhimento.

Não apenas crianças e adolescentes acolhidos têm sido objeto de “medicação” - o que Caliman, Passos e Machado (2016) preferem nomear como “medicamentalização” - mas também os processos de trabalho nesses contextos têm adotado as lógicas da patologização para lidar com os conflitos e as turbulências relacionais. Nesse caso, podemos falar mais propriamente de medicalização, quando determinados problemas sociais são tomados pela medicina a partir da construção de discursos de verdade que se legitimam sob o prisma científico como doenças que devem ser tratadas (Foucault, 2006).

Não se trata de abrir mão do possível uso da medicação no campo da atenção à saúde mental. Por medicalização entendemos a noção crítica ao assujeitamento produzido pela

1 Como é o caso do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (<http://medicalizacao.org.br>) e do Movimento pela Despatologização da Vida (<http://www.despatologiza.com.br>).

2 O consumo de metilfenidato, princípio ativo dos fármacos receitados para o tratamento de TDAH, cresceu de 71 mil caixas do medicamento no ano de 2000 para quase dois milhões de caixas em 2009 (NETO; SANTOS, 2013). O Brasil caracteriza-se como o segundo maior consumidor mundial de Ritalina ou Concerta, nome comercial do metilfenidato (DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013). Neto e Santos (2013) apontam o paradoxo que o crescimento da venda apresenta: o intenso aumento no número de diagnósticos se dá justamente com a popularização do medicamento indicado para tratar a suposta patologia.

crescente relação da oferta e da demanda de sintomas, diagnósticos e tratamentos, no sentido da patologização dos sujeitos. Nossa questão está no aprisionamento pelo diagnóstico; no modo como redução e classificação podem invisibilizar o sujeito e suas relações.

Na infância, esse processo se dá especialmente pela normatização do desenvolvimento de crianças e adolescentes e pela transformação de suas múltiplas possibilidades em patologias, processo que ganha particularidades quando se dirige à infância pobre, público majoritário nos serviços de acolhimento institucional. Um olhar histórico nos permitiria afirmar que, nas políticas de assistência dirigidas à infância e adolescência, a medicalização não é novidade.

Afinal, a expansão da psiquiatria no Brasil está intimamente ligada à teoria higienista que, desde o final do século XIX, esteve na base das ações dirigidas à infância pobre, visando a correção dos "menores anormais". A assistência à criança caracterizou-se pelo cuidado prestado por instituições de caridade, filantrópicas e privadas, como abrigos ou asilos para menores abandonados e colégios destinados ao amparo dessa população (Beltrame e Boarini, 2013).

Os movimentos higienistas se intensificaram com a instauração do regime republicano, quando os ideais de ordem e progresso se constituíam como um projeto de sociedade. Os que não contribuíssem com esses propósitos eram verdadeiros fardos sociais. Porém, o discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana legitimou o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: deficiente social (pobre), mental e moral (delinquente) (Brasil, 2005).

A questão que se coloca é como, a despeito do movimento pela redemocratização no final da década de 1970 que resultou na nova legislação dos direitos da infância e na reforma em saúde mental (Brasil, 1990; 2005), os modos asilares ou as lógicas manicômiais se atualizam em diferentes cenários: no acolhimento institucional para crianças com algum tipo de deficiência (Rizzini, 2008; Almeida, 2012), na internação psiquiátrica por decisão judicial (Blikstein, 2012) e na produção de diagnósticos e internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de rua (Joia, 2014).

Rizzini (2008) desenvolveu, com colaboradores e financiamento do Ministério da Saúde, uma pesquisa sobre crianças e adolescentes com deficiência que se encontram na rede de abrigos (públicos e conveniados) do Estado do Rio de Janeiro, a fim de pensar sobre opções de acolhimento e tratamento para essa população. A autora sinaliza três pontos importantes que o estudo evidenciou:

- a) as crianças e adolescentes com deficiência entram nos abrigos porque necessitam de cuidados que a família não consegue prover;
- b) um grande número deles ao entrar tem referências familiares, que são perdidas com o tempo, muitas vezes completamente;
- c) eles ficam muitos anos institucionalizados ou jamais deixam os 'abrigos' (p.12).

Almeida (2012), também no âmbito da pesquisa acima referida, identifica como característica da rede asilar uma "fusão do hospital psiquiátrico e do abrigo, indicando uma espécie de deslocamento das tecnologias do hospital psiquiátrico para o interior

dos abrigos sociais” (p.198), a despeito das mudanças advindas do ECA e da Reforma Psiquiátrica. Esse “hibridismo assistencial”, definido pelo encontro entre Psiquiatria e Assistência Social, resulta na institucionalização, por tempo indeterminado, de pessoas diagnosticadas e categorizadas como necessitadas de contínua intervenção profissional.

Crianças e adolescentes sob tutela da justiça, seja em serviços de acolhimento ou em internatos, estão em maior número sujeitas à internação psiquiátrica e, quando adentram esse dispositivo, são objeto de intervenções com características distintas de outras crianças e adolescentes. De acordo com o trabalho de Blikstein (2012) no Hospital Piniel³, de 2005 a 2009, 55% das internações psiquiátricas se deram por pedido familiar ou encaminhamento da rede de saúde e 45% aconteceram por ordem judicial. Além disso, a pesquisa evidenciou que, enquanto as internações por encaminhamento dos serviços de saúde duram em média 30 dias, as concretizadas por decisão judicial são mais longas: em média 55 dias e por volta de 62 dias de internação para as crianças vindas de serviços de acolhimento (Blikstein, 2012). Das internações por encaminhamento judicial, 30% são de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento; com o agravante de que *todas* as crianças acolhidas que estavam internadas no período da pesquisa haviam sido por determinação judicial; *nenhuma* pelos serviços de saúde e indicação familiar (Blikstein, 2012).

Ainda no circuito da justiça, o trabalho de Joia (2014) traz apontamentos importantes para pensar a medicalização como alternativa recorrente nos discursos direcionados a crianças e adolescentes em situação de rua. A autora discute a noção de crianças e adolescentes em situação de rua “como aquilo que escapa ou que não tem lugar nas redes socioassistenciais, socioeducativas, familiares e comunitárias” (p.130), evidenciando uma infância indesejada. Nesse contexto, a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em situação de rua evidencia tensões entre o cuidado e o controle dessa população. A partir da análise de prontuários de adolescentes internados em um serviço de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas, a autora identificou a produção do silenciamento dos conflitos protagonizados pelos adolescentes, quando a contenção física e medicamentosa dos mesmos, visando corrigir as condutas destes que resistem em “acatar as regras”, faz confundir lógicas sanitárias e penais, cuidado e controle. Com diagnósticos de “risco social”, “dependência química” (estendido inclusive para crianças) e “transtornos e distúrbios de conduta” (direcionados aos que reagem à doutrina disciplinadora), o tratamento individualizado e descontextualizado toma conta das práticas cotidianas do serviço.

Seguindo o movimento de colocar em análise práticas e discursos instituídos no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes considerados “desviantes”, chegamos ao acolhimento institucional. Neste texto nos propomos apresentar alguns *analisadores*⁴ que evidenciam os processos de medicalização em ação neste campo: 1) as práticas divisórias no interior dos serviços e do sistema de acolhimento que adotam o vetor da saúde mental como um eixo organizador do serviço e segmentam a população atendida conforme os

3 Referência no Estado de São Paulo para internação de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

4 De acordo com Lourau (1993), analisadores são efeitos condensadores de forças sociopolíticas que possibilitam a reconstituição analítica de determinadas situações (p.35).

seus “problemas de saúde mental”; 2) o fechamento de um Projeto de atenção em saúde mental; e 3) o protocolo publicado pela prefeitura de São Paulo que regulamenta a prescrição de metilfenidato para crianças e adolescentes. Os três casos se passam na cidade de São Paulo e foram parte de pesquisa de mestrado⁵ que objetivou discutir e analisar as práticas de saúde mental em serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes na cidade de São Paulo e questionar a medicalização da infância como forma de governo da vida de crianças e adolescentes.

ANALISADOR 1: A DEMANDA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COMO MECANISMO CLASSIFICATÓRIO NOS FLUXOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

É comum a presença de “critérios de elegibilidade” para o acolhimento da população a partir de categorias como “histórico de rua”, “drogadição”, “infração”, “saúde mental” e “faixa etária” na rede dos serviços de assistência. Essas categorias funcionam como filtro e podem produzir efeitos na contramão dos preceitos da doutrina de proteção integral de crianças e adolescentes, preconizados pelo ECA.

Orestes (2011) aponta que os processos de categorização e divisão das crianças entre os serviços, na forma de práticas de “recepção, triagem e encaminhamento”, são próprios da história das políticas de institucionalização da infância e da adolescência. Na cidade de São Paulo, elas procedem constituindo divisões entre serviços de acolhimento inicial, antes chamados de “porta de entrada”; e serviços de acolhimento regulares, em que ficariam acolhidos após a “triagem”. Vamos tomar como analisador um aspecto dessas práticas divisórias: o debate sobre serviços de acolhimento especializados para crianças e adolescentes com necessidades de atenção em saúde mental, que teve um momento paradigmático na proposição da Ação Civil Pública⁶ em 2010.

O Plano Municipal de Assistência Social de 2002/2003 (São Paulo, 2002) propunha que se mantivesse a divisão entre serviços de curta e de longa duração para a municipalização do atendimento à criança e ao adolescente, responsabilizando as Estações de Cidadania pelo serviço de recepção, triagem e encaminhamento das crianças (Orestes, 2011). Em 2005, as Estações de Cidadania foram encerradas e, em seu lugar, os Centros de Referência da Criança e do Adolescente (Crecas) foram instituídos como os serviços responsáveis por essa “porta de entrada”.

5 Pesquisa intitulada “Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes e medicalização: narrativas de resistência” de autoria de Marina Galacini Massari, sob a orientação de Maria Cristina G. Vicentin, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da PUC-SP, defendida em agosto de 2016.

6 De acordo com Orestes (2011, p.95), “de modo geral, a Ação Civil Pública é em seu conjunto um instrumento processual, previsto na Constituição Federal e em leis infraconstitucionais, pelo qual o Ministério Público (MP) ou outras entidades legítimas podem empreender ações em defesa de assuntos difusos, coletivos e individuais homogêneos”. A Ação Civil Pública discutida neste trabalho é o Processo nº 0036258—54.2010.8.26.0100. Recuperado em 12 maio, 2016, de <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/30266106/pg-747-judicial-1-instancia-capital-diario-de-justica-do-estado-de-sao-paulo-djsp-de-05-09-2011>.

Em 2009, os Crecas configuravam-se como a rede de serviços de acolhimento que mais acolhia a demanda de crianças e adolescentes em situação de rua. Em 2010, esses equipamentos foram objeto de Ação Civil Pública proposta pela Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Difusos e Coletivos da Infância e Juventude da Capital (PJDDDCIJC), porque havia indícios de que o atendimento prestado nos Crecas tinha se desvirtuado do que fora preconizado nos editais de conveniamento (MPSP, 2015).

As representações que chegavam ao Ministério Público narravam situações de agressões físicas e verbais, uso de drogas dentro dos serviços, saídas não autorizadas e incitação de fuga e violência sexual entre acolhidos, promovida, segundo os relatórios, por adolescentes usuários de drogas em situação de rua e egressos da Fundação Casa.

A Ação Civil reconheceu a necessidade de prestação de serviço de acolhimento a todos que necessitassem, mas entendeu que os acolhidos considerados como os mais vulneráveis não podiam ser submetidos ao convívio com adolescentes que apresentassem histórico de situação de rua e uso de drogas (MPSP, 2015, p.9).

De acordo ainda com Orestes (2011), até o final de 2010 o acolhimento institucional de crianças e adolescentes era ordenado a partir das fontes encaminhadoras de abrigo: Poder Judiciário, Conselhos Tutelares, Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e outros. Contudo, em 2010, esse fluxo foi intensamente alterado por meio dessa Ação Civil Pública que estabeleceu parâmetros etários e de condição de saúde mental. De acordo com a Ação Civil, os adolescentes (entre 12 e 18 anos incompletos) ficariam nos antigos Crecas. Aos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICAS), seriam encaminhadas as crianças (de 0 a 12 anos) e as crianças e adolescentes com deficiências mentais. Seriam extintos, portanto, os Crecas como “portas de entrada” e passariam a ser serviços voltados exclusivamente a adolescentes.

A divisão foi embasada no argumento do *risco* que as crianças e os adolescentes em situação de rua ou com demandas de saúde mental ofereciam a “outras” crianças. Orestes (2011) defende que este documento instituiu a classificação e segregação de crianças e adolescentes entre indefesos (para os abrigos) e perigosos (para os Crecas).

No Plano Municipal de Assistência Social referente ao período de 2009 a 2012 (São Paulo, 2010b), ficou estabelecido que uma das metas seria substituir os 15 Crecas existentes por 15 Saicas. Muda-se não só a nomenclatura: os Crecas e sua proposta de porta de entrada deixariam de existir e passariam a ser Saicas, serviços de acolhimento permanente. A tensão sobre o encaminhamento e o “encaixe” dos adolescentes dos antigos Crecas se mantém e se evidencia. Uma notícia de agosto de 2011⁷, encontrada no site Rede Nossa São Paulo, reporta a reação dos equipamentos de acolhimento com o fechamento dos Crecas.

7 Recuperado em 02 maio, 2016 de <http://www.nossasaopaulo.org.br/noticias/falta-de-porta-de-entrada-para-jovens-usuarios-de-drogas-leva-caos-aos-abrigos>.

Segundo estas organizações [serviços de acolhimento entrevistados], os abrigos, que antes atendiam vítimas de abandono, abuso e violência doméstica, agora, são também obrigados a receber jovens em situação de rua usuários de drogas e com distúrbios. As entidades explicam que parte dos jovens usuários de drogas é violenta e os equipamentos não têm profissionais preparados para atendê-los. “Eles estão ‘detonando’ os abrigos”, afirmou à reportagem o representante de uma das organizações que, por receio de ter o convênio cancelado pela Prefeitura, preferiu não se identificar. ‘Detonar’, no caso, não significa apenas provocar prejuízos materiais aos equipamentos, mas colocar em risco a integridade dos funcionários e prejudicar a recuperação daquelas crianças e jovens que já se encontram nos abrigos. “Eles levam outros para o caminho das drogas”, acrescentou outro representante.

A reação ao reordenamento que fechava os Crecas provocou uma *Carta aberta à cidade de São Paulo* assinada pelo Fórum da Assistência Social e direcionada ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), ao Conselho Municipal de Assistência Social (Comas), ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Educação sobre “a situação de extrema gravidade e insustentabilidade dos Serviços de Acolhimento Institucional para Criança e Adolescente (Saica) na cidade de São Paulo” (Fórum da Assistência Social, 2011).

Estes serviços – que acolhem e garantem proteção integral à criança e adolescente em situação de risco pessoal e social de abandono – recebem crianças e adolescentes em situação especial (drogadição, questões especiais de saúde mental, em situação de conflito com a lei e ameaçados de morte). Esta situação está agravada com o fechamento dos Centros de Referência para Crianças e Adolescentes (CRECAs) e pela ausência da intersetorialidade das políticas públicas sociais e defasagem da rede pública de serviços aumentando o número de usuários nestas condições e até ultrapassando o número de atendimento estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Os Abrigos não estão estruturados para atender estes usuários da Assistência Social e da Saúde. Há defasagem de recursos humanos e perdas financeiras (as verbas destinadas aos CRECAs eram bem superiores às destinadas aos Abrigos) (Fórum da Assistência Social, 2011).

De acordo com Orestes (2011), antes de a justiça acatar a Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público e determinar a readequação dos Crecas, instituições como a Vara da Infância e Juventude (VIJ) e o Conselho Tutelar escolhiam encaminhar as crianças e os adolescentes para o Creca – na teoria, porta de entrada – ou para o Abrigo. Nesse momento, já se tinha como costume encaminhar as crianças para os Abrigos. Ao mesmo tempo, o

Creca já era o lugar das crianças-perigo. Essa medida advinda da Ação Civil Pública reeditou tensões históricas entre as portas de entrada e os abrigos: os serviços que têm a função de receber, triar e encaminhar se deparam com a dificuldade de encontrar vagas nos abrigos para determinadas categorias, de acordo com Oliveira (2004, p.58) devido “ao estabelecimento de critérios de elegibilidade que dificultam o encaminhamento de adolescentes, principalmente se tiverem histórico de vivência de rua, drogadição, homossexualismo, portadores de deficiência mental ou transtornos mentais”. O que muda com a Ação Civil Pública é o modo como esse movimento torna-se explícito, agora incluindo também o critério de saúde mental e a noção de “deficiência”. Tirando dos profissionais o poder de avaliar, “desloca o processo classificatório para categorias fixas. Ao fazer isso, em parte reedita os critérios de elegibilidade historicamente velados, deixando-os explícitos” (Orestes, 2011, p.119).

A pesquisa de Orestes (2011) nos permite identificar: a) a persistência do encaminhamento das crianças e adolescentes que resistem em “acatar as regras” nos serviços de acolhimento para tratamentos em saúde mental e b) a demanda de segregação das crianças e adolescentes com questões de saúde mental identificados com o perigo.

A Ação Civil produziu outros arranjos cuja construção não podemos detalhar, mas cabe sinalizar a resolução conjunta do Comas e do CMDCA de 2010 que propõe:

Devem ser evitadas especializações e atendimentos exclusivos, tais como adotar faixas etárias muito estreitas, direcionar o atendimento a determinado sexo, usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde ou idade inferior a um ano). A atenção especializada, quando necessário, deverá ser assegurada por meio da articulação com a rede de serviços, a qual poderá contribuir, inclusive, para capacitação, específica dos cuidadores/educadores (São Paulo, 2010a, art. 33).

Por outro lado, a Resolução Conjunta do COMAS e do CMDCA nº 2, de 2014, fala em “período de transição necessário para o acesso ao acolhimento regular”, chamado de “necessidade de adaptação”, para crianças e adolescentes que estiveram anteriormente em programas de medidas socioeducativas e em situação de rua ou, ainda, para aqueles com problemas de saúde mental e de drogadição (São Paulo, 2014a, art.16, § 3).

A discussão sobre os encaminhamentos entre os serviços dos Saicas para serviços de saúde mental traz à tona questões sobre o que se pode e se quer produzir com esses encaminhamentos. À medida que a adaptação se configura como compulsória e advinda de classificações normatizantes, processos de produção de subjetividades assujeitadas ganham a cena.

ANALISADOR 2: O FECHAMENTO DO PROGRAMA EQUILÍBRIO

Sob a demanda de “adaptação” das crianças e adolescentes à lógica dos serviços de acolhimento, o Programa Equilíbrio emerge como parceiro dos serviços de assistência

social. Em 2005, a demanda da subprefeitura da Sé (gestão PSDB) ao Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ) era pensar em formas de “solucionar o problema” das crianças e adolescentes em situação de rua do centro da cidade de São Paulo (Programa Equilíbrio, 2016). Em 2007, o Programa foi implantado no município (São Paulo, 2007) e passou a atender crianças e adolescentes em situação de rua ou acolhimento institucional. No Centro Esportivo Raul Tabajara (CERT) (um clube no bairro da Barra Funda) as crianças recebiam atendimento de pediatras, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicopedagogos.

Ainda que o site se refira ao cuidado a crianças e adolescentes “vítimas de maus-tratos”, “violência intrafamiliar” e necessitados de “resgatar a convivência familiar saudável” - questões que emergem e se expressam no âmbito coletivo -, práticas diagnósticas e individuais são apresentadas como medidas tomadas com frequência: dos 64.369 atendimentos realizados do final de 2007 ao final de 2012, todas as crianças e adolescentes passaram por avaliação médica e psiquiátrica, sendo que 88,89% apresentavam sintomas suficientes para receber ao menos um diagnóstico psiquiátrico: 40,4% de abuso ou dependência de drogas, 35,3% de transtornos afetivos, 16,2% de TDAH e 8,8% de transtornos de ansiedade.

Em junho de 2015, foi instaurado um Inquérito Civil⁸ para apurar o fechamento do Programa Equilíbrio. A prefeitura rompeu o convênio com o serviço, e uma notificação da Vara da Infância e Juventude e Promotoria da Infância e Juventude do Foro da Penha de França-SP pediu a apuração das razões que levaram a esse rompimento. O Inquérito Civil foi instaurado pela Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Difusos e Coletivos da Infância e Juventude da Capital, que solicitou explicações sobre o fechamento ao próprio Programa e à Secretaria de Direitos Humanos da Prefeitura de São Paulo.

A resposta do Programa ao Inquérito trouxe uma narrativa do processo de fechamento com vários anexos. Entre eles, estavam onze cartas, em sua maioria escritas a mão por familiares, profissionais dos serviços de acolhimento e coordenadores pedagógicos de escolas, sobre a qualidade do serviço e o prejuízo que o fechamento do Programa traria. Essas cartas sinalizam algumas ordens de argumentos: a dificuldade de acesso aos serviços e a precariedade ou má qualidade da rede, a relevância e a necessidade do Programa e a boa avaliação dos resultados do trabalho. Entre as cartas, há relatos de duas crianças acolhidas – uma de Praia Grande e uma de Taboão da Serra – que vão até São Paulo para o atendimento no Programa, contrariando a lógica territorial de atenção em saúde.

A resposta da Secretaria Municipal de Saúde, de outubro de 2015, por meio da Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, se sustenta em dois argumentos:

8 De acordo com Mazilli (2000), “o inquérito civil é um procedimento administrativo investigatório a cargo do Ministério Público; seu objeto é a coleta de elementos de convicção que sirvam de base à proposição de uma ação civil pública para a defesa de interesses transindividuais” (p.4).

1) o fato de o Programa não estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁹. De acordo com o SUS, um cuidado integral se dá pela articulação de diferentes pontos da rede de saúde, pela interface com outros setores e secretarias que possam contribuir para o projeto terapêutico singular que uma criança ou adolescente possam demandar. Argumenta que os atendimentos multiprofissionais propostos pelo Programa Equilíbrio deixaram de ser necessários “aos demais serviços que compõem a RAPS do SUS, visto que tais equipamentos também possuem equipes multiprofissionais e realizam atendimentos individuais e grupais, além de muitos outros como oficinas, matriciamento, atividades externas, atendimento familiar, visita domiciliar, articulações e inclusões inter-secretariais e territoriais”.

De acordo com a RAPS, o cuidado em saúde mental tem como referência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Atenção Básica, como forma de garantir acompanhamento longitudinal e a cogestão. A Coordenação de Saúde Mental identificou grande dispersão da população atendida pelo Programa por toda a cidade de São Paulo: menos de 10% eram da região onde se localizava o Programa Equilíbrio. A Coordenação entendeu “que a acessibilidade não vinha sendo de fato considerada na medida em que o território de origem que deve acolher qualquer que seja o sofrimento psíquico de seus habitantes, facilitando e favorecendo sua frequência e adesão aos locais de cuidado”.

Das 92 crianças e adolescentes acompanhadas pelo Programa Equilíbrio, 58 foram encaminhadas para CAPSi e 21 para UBS de seus respectivos territórios.

2) o cuidado prestado parte de uma concepção de sujeito biológico

A coordenadora ainda argumenta que o Programa Equilíbrio desenvolvia orientações aos profissionais dos Saicas de forma desarticulada dos serviços da rede de saúde, resultando em condutas que vão contra as diretrizes preconizadas pela política de saúde mental para a infância e adolescência da cidade, “como, por exemplo, utilizando medicações psicotrópicas com certa frequência, antes de buscar e esgotar outros recursos terapêuticos junto à rede territorial”:

O cuidado para com a infância e a adolescência, não se restringe a um signo psicopatológico ou a um único serviço especializado, mas

9 A Rede de Atenção Psicossocial é assim constituída: atenção Básica em Saúde; atenção Psicossocial Especializada; atenção de Urgência e Emergência; atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

toma a atenção, de forma responsiva, ampla e longitudinal, visando o acesso e a garantia de direitos como possibilidade de se efetivar o bem-estar e a inclusão psicossocial. O Programa Equilíbrio, que também visava à inclusão social de seus usuários, em seu objeto contratual, assim o fazia, através de agendamentos clínicos ambulatoriais. (Inquérito Civil 144/15)

ANALISADOR 3: REGULAÇÃO DA PRESCRIÇÃO E DA DISPENSA DE METILFENIDATO

Assim como o fechamento do Programa Equilíbrio, um conjunto de ações “desmedicilizantes” aconteceu na política municipal de saúde mental da infância e adolescência na gestão municipal 2012-2016, como a Portaria nº 986 de 2014 (São Paulo, 2014b), que revogou a regulação da prescrição e da dispensa de metilfenidato¹⁰ oficializada em 2007 pela portaria nº 1.940. A partir dessa portaria, fica instituído o protocolo de uso de metilfenidato e estabelecida a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Com a portaria, para a dispensa do medicamento, a criança deve: ter entre 7 e 18 anos, ser residente na cidade de São Paulo, com cadastro em Unidades de Saúde da SMS/SP ou instituições com vínculo com o SUS do município de São Paulo. Além disso, a dispensa do medicamento pelas farmácias de referência está vinculada à autorização recebida do profissional responsável pela avaliação. A autorização será concedida por um período máximo de seis meses.

A argumentação que embasa a elaboração desse Protocolo aponta a complexidade do diagnóstico sob a dificuldade de distinguir “casos de TDAH de parte dos problemas de escolaridade decorrentes de modelos pedagógicos inadequados ao contexto social das crianças, de questões familiares cada vez mais complexas e do contexto sociocultural em que há competição, produção de estigmas e exclusão” (São Paulo, 2014b, p.1).

Regulamenta que a escola, “ao identificar comportamentos que estejam prejudicando as relações sociais e o aprendizado, deve elaborar e adotar estratégias de intervenção no âmbito educacional com o propósito de ajudar criança com sintomas sugestivos de TDAH de modo a atenuá-los” (São Paulo, 2014b, p.2) e, “se necessário, fazer o encaminhamento da criança para os equipamentos da rede de saúde” (São Paulo, 2014b, p.2, grifo nosso).

Sobre o tratamento com metilfenidato, regulamentam que:

Deve ser considerado somente depois de levantamento detalhado da história da criança ou jovem e avaliação por equipe multidisciplinar em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil ou serviços com vínculo com o SUS, combinado com intervenções terapêuticas de

¹⁰ Metilfenidato é o fármaco utilizado para o tratamento do TDAH, conhecido comercialmente por Ritalina ou Concerta.

natureza psicossocial e de educação. A decisão de prescrever metilfenidato deve depender da determinação da gravidade dos sintomas, de sua adequação à idade da criança e de outras possibilidades de trabalho psicoterapêutico e pediátrico (orientação familiar e de professores) (São Paulo, 2014b, p.2).

O Protocolo defende “a prioridade do tratamento farmacológico leva frequentemente ao enfraquecimento das abordagens psicossociais necessárias tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica” (São Paulo, 2014b, p.1).

A nova portaria causou polêmica e encontrou resistência entre familiares e professores, e o descontentamento com a medida foi manifestado em uma carta aberta à população elaborada por associações médicas (ABP, s/d). Segundo a notícia, a maior crítica é em relação à necessidade de submeter o paciente a uma equipe (formada por médicos, psicólogos, psicopedagogos, entre outros), invalidando a decisão do psiquiatra e exigindo a contratação de novos profissionais para cuidar dos pacientes.

A portaria nº 986/2014 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo é restritiva, burocratiza o acesso digno ao tratamento, principalmente à população com desvantagem social, e se posiciona contra a sistematização científica de maneira mistificadora e indigna (ABP, s/d).

Segundo um dos líderes do manifesto e Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Antônio Geraldo da Silva, “o Estado já não garante tratamento adequado para quem está doente. Inventar que o diagnóstico médico especialista não basta é ridículo. Quem dá o diagnóstico é o médico, esse patrulhamento é preconceituoso” (Basilio, 2014). Veem-se aqui referências à posição médico-centrada em detrimento ao modelo integral e interprofissional de cuidado em saúde. O conflito entre esses dois modelos de cuidado foi evidenciado com a Lei que regulamenta a ação médica, a Lei do Ato Médico (Brasil, 2013). Apostar na hegemonia médica no cuidado em saúde é centralizar decisões, informações e procedimentos que podem ser apoiados no trabalho interdisciplinar e territorial.

Também na cidade de São Paulo há uma disputa de modelos de atenção à saúde. Prevaleceu, nos últimos anos, a orientação da SMS, de acordo com as diretrizes da Política de Saúde Mental, com medidas como o encerramento de convênios que privilegiam serviços de abordagem ambulatorial e sem base territorial e estabelecimento de portarias que combatem o modelo médico-centrado ao restringir o uso abusivo de medicação na infância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos três dispositivos analisadores que evidenciam tensionamentos entre atores do campo da justiça, assistência social e saúde em relação às práticas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na cidade de São Paulo nas últimas décadas. Nos

serviços de acolhimento, essas tensões ganham importância estratégica na medida em que persistem práticas de medicalização na forma do uso indiscriminado de medicação e do tratamento hospitalocêntrico desprovido de base territorial e articulação em rede; quando não há seletividade institucional e tendência expulsiva em torno de certos casos, entre eles aqueles com demandas de atenção em saúde mental. O abandono e a vulnerabilidade assumem a forma do perigo quando a complexidade deixa de ser acolhida e trabalha-se com resposta institucionais únicas ou fragmentadas (Pitch, 2003).

Os argumentos da Coordenação de Saúde Mental do município evidenciam um movimento de enfrentamento a estas práticas, na direção do cuidado integral e territorializado e da consideração das múltiplas dimensões do sofrimento psíquico das crianças e adolescentes. Nessa mesma direção, o protocolo de uso do metilfenidato é uma forma de barrar não só a prescrição indiscriminada do medicamento para crianças e adolescentes, como colocar em xeque os sintomas que se levantam em torno da doença/diagnóstico que a medicação se propõe a “curar”.

Por mais que tenhamos evidenciado dispositivos que anunciam compromissos com os direitos humanos de crianças e adolescentes nas políticas públicas da cidade de São Paulo nos últimos anos, sabemos que as culturas manicomial e medicalizante, presentes para além dos muros do hospital psiquiátrico, são ainda marcas fortes nas práticas de saúde mental e se fazem presentes também no acolhimento institucional de crianças e adolescentes.

Muitas vezes, frente à busca por estratégias facilitadoras do cotidiano de trabalho, a cultura medicalizante se apresenta com o argumento de cuidado e proteção. Por outro lado, padronizar as expressões das crianças no sentido de um comportamento ideal, do que é esperado de cada uma de suas fases de desenvolvimento, limita o exercício das liberdades e experimentações de mundos que se apresentam a elas.

Não se trata, no entanto, de desconsiderar os desafios da construção da rede de proteção de crianças e adolescentes, especialmente para aquelas com necessidades de atenção em saúde mental e em situação de acolhimento. Muitas experiências municipais mostraram a possibilidade de uma articulação intersetorial consistente e promotora de cuidado e proteção, apoiada por processos de formação permanente, sustentação de espaços coletivos de análise das práticas e por pactos de gestão que asseguram este fazer coletivo e em rede.

A busca da desnaturalização do discurso do risco e do perigo é contínua e exige o fazer comum dos setores comprometidos com um cuidado de base territorial e comunitário em saúde. Os serviços de acolhimento e os equipamentos que os tangenciam também são chamados a assumir suas posições. Trata-se de estar com as crianças – não com o saber higienista do “risco” ou o saber profissional da técnica pura e simples –, mas com a aposta na produção da convivência, do se colocar ombro a ombro em um compromisso ético e político com as possíveis formas de vivenciar a infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, N. M. C. (2012). *Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Basilio, A. (2014). Prefeitura de São Paulo irá regulamentar a prescrição de remédios para crianças com TDAH. *Revista Crescer* (atualizada em 17/07/2014 às 17h56). Recuperado em 03 maio, 2016, de <http://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2014/07/prefeitura-de-sao-paulo-ira-regulamentar-prescricao-de-remedios-para-criancas-com-tdha.html>.

Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicol. cienc. prof.* 33(2), 336-349. Recuperado em 18 maio, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200007&lng=en&nrm=iso.

Blikstein, F. (2012). Destinos de crianças: estudos sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. *Dissertação de mestrado*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.

Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

_____. (2013). Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013. *Dispõe sobre o exercício da Medicina*.

_____. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

_____. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Caliman, L., Passos, E., & Machado, A. M. (2016). A medicação nas práticas de Saúde PÚBLICA: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup, & A. M. Machado. *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba: Editora CVR, 19-40.

Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (2011). Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Decotelli, K. M., Bohrer, L. C. T., & Bicalho, P. P. G. (2013). *A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política*. In *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 446-459.

Fórum da Assistência Social. (2011). Carta aberta à cidade de São Paulo.

Foucault, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)* (2006). (trad. Eduardo Brandão; rev. Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. 1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Joia, J. H. (2014). *As tóxicas linhas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação e vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.

Kramers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. In *Estilos clínica*, (18)1, 153-165.

Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ – Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.

Mazzilli, H. N. (2000). Pontos controvertidos sobre o Inquérito Civil. In *Ação Civil Pública: lei 7.347/1985 – 15 anos*. São Paulo: Revista dos Tribunais.

MPSP. Ministério Público do Estado de São Paulo. (2015). Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial (NAT) PJDIDCJJC (Equipe Técnica). *Avaliação dos Serviços de Acolhimento Institucional “Porta de Entrada” no Município de São Paulo*.

Neto, F. K., & Santos, R. A. N. (2013). *TDAH e o neurocentrismo: reflexões acerca os sintomas de desatenção e hiperatividade e seu lugar no registro das bioidentidades*. *Vínculo – Revista do NESME*, 10(1), 1-44.

Orestes, F. M. (2011). *Processos classificatórios na recepção, triagem e encaminhamento de crianças e adolescentes aos abrigos: permanências e mudanças após a Ação Civil Pública*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.

Pitch, T. (2003). *Responsabilidades limitadas: actores, conflictos y justicia penal*. Buenos Aires: Ad-Hoc.

Programa Equilíbrio. Site oficial. Recuperado em 06 julho, 2016, de <http://www2.fm.usp.br/programaequilibrio/>.

Rizzini, I. (Org.). (2008). *Do confinamento ao acolhimento: institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. O cerne da questão: síntese dos dados apontados pela pesquisa*. CNPq/Ministério da Saúde.

São Paulo. (2002). Secretaria Municipal de Assistência Social. *Plano de Assistência Social do Município de São Paulo*. PLASS/SP 2002-2003.

_____. (2007). Decreto nº 48.141, de 14 de fevereiro de 2007. *Institui o Programa Equilíbrio*.

_____. (2016). Resolução Comas/SP nº 1079, de 03 de março de 2016.

_____. (2010a). Resolução conjunta nº 1 de 2010 CMDCA E Comas – SP.

_____. (2010b). *Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Plano de Assistência Social do Município de São Paulo*. PLAS – 2009-2012.

_____. (2014a). Resolução conjunta nº 2 de 2014 CMDCA e Comas – SP.

_____. (2014b). Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria nº 986, de 2014*.

Souza, B. P. (2011a). *A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos*. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2011b). *Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo*. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Spazziani, M. L., & Collares, C. (2010). *Conhecimento científico, medicalização e os saberes escolares em saúde*. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

