

Políticas Públicas de Saúde Mental

Através da história não se dá atenção à saúde mental de crianças e adolescentes com a mesma importância que tem sido dedicada à saúde mental dos adultos. A OMS, atenta para este fato, tem se esforçado em estimular os países de todo o mundo a dedicar olhares mais atentos para a saúde mental infantil e juvenil. A falta de atenção a esse público pode ser a causa de transtornos mentais com consequências por toda a vida, transtornos mentais graves, que reduzem consideravelmente a capacidade do indivíduo em desenvolver-se de acordo com suas reais possibilidades (WHO, 2003a).

É importante que se conheça a história da assistência em saúde mental no Brasil, para que se entenda o contexto atual. A Saúde Mental Infantil no Brasil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança, não tem nada estruturado ou sistematizado até o século XIX. Até o início do atual século, as questões sobre a assistência em saúde mental voltadas para a infância e adolescência constituíam-se (e ainda constituem-se) como um dos mais importantes desafios a enfrentar. A infância e adolescência permaneceram ausentes da agenda de debates, isentas das proposições de Políticas Públicas de Saúde Mental, ausentes nos documentos oficiais.

6.1. A criança, o adolescente e a família nas Políticas Públicas de Saúde Mental

No Brasil, a assistência psiquiátrica hospitalocêntrica instituiu-se a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata. Assim, o surgimento do hospício antecede ao nascimento da psiquiatria, sendo administrado pelas irmandades religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde no país, que surgem em meados do século XVI. Os loucos são considerados como um assunto ilegal, subversivo, tratado como crime ou desordem e, portanto, reprimido.

No final do século XVIII, o cuidado do louco é delegado à psiquiatria, que administra a loucura medicalizando-a. A loucura ganha o contorno de doença mental.

Delimita-se, então, uma nova fase para as instituições psiquiátricas, que saem do empirismo para entrar na fase científica. O louco começa a ser tutelado pela psiquiatria num estado de minoridade social, através da internação asilar. Contudo, é importante enfatizar que, embora o modelo hospitalocêntrico tenha sido importado da experiência européia, principalmente a francesa, a realidade brasileira é distinta das circunstâncias históricas da Europa do século XVIII, quando o antigo asilo passa por uma transformação e é ressignificado pela recente psiquiatria (Rosa, 2003).

No século XIX surgem os primeiros estudos em psicologia e em psiquiatria, quando é criado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, em 1852. Segundo Rosa (2003) “*a função principal dos hospícios nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente era considerado desordeiro/perigoso*” (p. 86).

Somente a partir deste século é que se começa a mudar a forma de se conceber a criança e suas necessidades. Os higienistas começam a perceber que o sistema familiar colonial estruturara-se a fim de satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos. A principal causa para a mortalidade infantil levantada na época baseia-se nas práticas e costumes correntes, como a amamentação mercenária. Critica-se a condição psicológica e moral da escrava ama-de-leite, pois na maioria das vezes alija seu próprio filho de seus cuidados para amamentar a criança branca, filha do patrão. Os estudos e debates ocorridos na época passam a defender a utilização de estratégias médico-higiênicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar (Ribeiro, 2006).

Ressalta-se que, durante o século XIX, tinha-se a certeza de que apenas o adulto, ou no máximo o adolescente, enlouquecia. As causas da loucura, que seriam os sofrimentos, as perdas e as paixões, não aconteciam na infância. A loucura não era um desvio da norma da idade infantil (Lobo, 2000).

Ribeiro (2006) relata que as crianças consideradas insanas, na época, em sua maioria pertencem às classes sociais menos favorecidas e são colocadas nos manicômios, compartilhando o mesmo espaço dos adultos. Lobo (2000) ressalta que o século XIX demora muito para separar as crianças desvalidas e mendicantes dos adultos nos asilos da

mendicidade. Estes são depósitos de todas as misérias, sendo um grande internato de crianças, velhos, doentes, alienados, mendigos, bêbados e vagabundos.

Em 1890, o Hospício D. Pedro II tem a sua denominação alterada para Hospício Nacional de Alienados, sendo também desanexado da Santa Casa de Misericórdia. Acompanhando as mudanças institucionais, a parte clínica torna-se medicalizada e configurada como espaço de cura. O assistencialismo e a caridade dão lugar ao cientificismo, caracterizando o rompimento do estado com a Igreja.

Contudo, a eficácia desse regulamento foi relativa e pontual. A situação de promiscuidade do Hospício Nacional de Alienados não mudou. Teixeira Brandão alerta a necessidade de separar as crianças numa seção exclusiva para menores. Em 1902, a imprensa carioca denuncia a precariedade da situação do Hospício e as irregularidades da convivência promíscua de adultos e crianças. Como providência, em 1903, as crianças são transferidas para o Pavilhão-Escola Bourneville, inaugurado pelo então diretor do Hospício, Juliano Moreira. Fernandes Figueira é pediatra e diretor desta seção de crianças por mais de quinze anos. Este Pavilhão funciona de 1903 a 1942 (Lobo, 1997).

A primeira lei brasileira que trata da questão da doença mental é sancionada na primeira década do século XX, denominada de Lei Federal de Assistência aos Alienados. O objetivo principal é resgatar o caráter médico e científico do tratamento da loucura delegando aos médicos maior autoridade, elegendo um local para o tratamento, os hospícios, dando estatuto de doença para a loucura e restringindo o poder das autoridades policiais na internação e alta dos pacientes. Esta lei conta com o apoio do psiquiatra Juliano Moreira, que chega a considerá-la indispensável para o sucesso da administração dos tratamentos para doentes mentais (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Nessa época, Oswaldo Cruz, representando a saúde pública, e Juliano Moreira, representando a psiquiatria, se associam em função do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, tendo a psiquiatria um papel coadjuvante ao agir de forma asilar (Rosa, 2003). Nesse contexto, o hospital pode ser considerado como um lugar não propício à troca. Há um regulamento rígido a ser seguido, o sujeito é isolado da sociedade e de sua família. Esta última não tem nenhuma participação no tratamento de seu membro enfermo (Melman, 2002).

No entanto, a inovação dessa época na área da psiquiatria foi a implementação das colônias agrícolas, além da estrutura normativa e institucional. As novas perspectivas de intervenção fundamentam-se na profilaxia, na prevenção e na higiene mental. O conceito de doença mental é ampliado, sendo entendido como desvios sociais, principalmente alcoolismo e sífilis.

Em 1923, uma nova perspectiva do pensamento psiquiátrico brasileiro aponta uma ruptura com a crença de que a causa da alienação está vinculada aos problemas morais. As etiologias biológicas da doença mental ganham espaço. “*As predisposições hereditárias são colocadas no primeiro plano da análise, e a eugenia, por intermédio do extermínio físico ou esterilização sexual dos grupos considerados patológicos e comprometidos, é apontada como a única solução*” (Rosa, 2003, p. 92).

Entretanto, no que tange a infância e a adolescência, historicamente, estas fases do desenvolvimento humano são excluídas da assistência ou responsabilização do Estado e delegadas a instituições filantrópicas e religiosas. Ribeiro (2006) destaca que é notável que toda a preocupação com a criança e todos os cuidados assistenciais destinados a ela são provenientes, basicamente, de iniciativas particulares e assistencialistas.

Em 1927, com o Código de Menores, o Estado investe no terrível processo de institucionalização. Crianças abandonadas portadoras de transtornos mentais e de conduta e crianças de famílias pobres, que não têm condições financeiras de se responsabilizar pelas mesmas, são vítimas da adoção de práticas de normalização e criminalização da infância pobre.

Embora as estruturas hospitalocêntricas permaneçam centrais no campo da assistência psiquiátrica brasileira, na década de 1930, há o reordenamento normativo e institucional (Rosa, 2003). Na ditadura de Vargas, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, é editado. Este tem características hospitalocêntricas, preventivistas e voltadas para a segurança pública. Dispõe acerca da assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, termo utilizado na época para denominar os portadores de transtorno mental (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Com este Decreto, o poder da psiquiatria na direção dos serviços de saúde é reforçado e a internação psiquiátrica é considerada como o principal meio de tratamento (Rosa, 2003). Os cuidados em hospitais gerais não são permitidos, assim como não

podem ser mantidos em um mesmo estabelecimento mais de três pacientes, que devem ser dirigidos por profissionais habilitados, ou seja, professores de psiquiatria ou médicos que exercem o papel de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico por, no mínimo, dois anos. Não há menção à formação de equipe multiprofissional (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

A psiquiatria dessa época tem características extremamente repressoras, principalmente no que tange a não-enumeração de direitos e a não-consideração de garantias legais quanto aos aspectos de um possível aproveitamento da fragilidade do indivíduo em sofrimento psíquico (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). O artigo 26 do Decreto, por exemplo, suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do doente mental. Os considerados psicopatas pela perícia médica são considerados incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida social (Rosa, 2003).

Em 1964, com o golpe militar, muda-se profundamente o processo político, que antes se baseava no modelo populista-reformista. Em consequência, ocorre a massificação da assistência psiquiátrica. A política social brasileira possui dois padrões: o primeiro, direcionado aos trabalhadores, que podem pagar pela assistência que recebem, em um sistema contributivo; o segundo, direcionado aos pobres e excluídos, que são atendidos gratuitamente pelos órgãos públicos. Assim, na assistência psiquiátrica, há um crescimento desenfreado dos leitos privados, que crescem cerca de dez vezes mais que os leitos públicos. Conseqüentemente, muda o perfil social dos pacientes psiquiátricos.

O modelo de assistência em saúde mental no Brasil, baseado na exclusão do sujeito do convívio social com sua internação em hospitais psiquiátricos, os manicômios, por longos períodos de tempo, apresenta sinais de esgotamento desde a década de 1970 (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). Em meados dos anos de 1970, a sociedade civil começa a se reorganizar e a lutar pelos seus direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais, pela reinstalação do estado de direito e pela redemocratização. No final desta década, os movimentos sociais ganham visibilidade (Rosa, 2003). Com o movimento da redemocratização política, os profissionais dos hospitais psiquiátricos começam a denunciar as péssimas condições de tratamento dos pacientes, tais como a utilização de celas fortes, o espancamento e a falta de higiene (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Em 1976, cria-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, que difunde as idéias do movimento sanitário, englobando a assistência psiquiátrica. Como desdobramento e a partir da influência do Movimento da Reforma Sanitária, surge no campo da saúde mental o Movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciado pelas experiências americana e européia (Rosa, 2003).

Em 1978, é criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, com o qual se iniciam algumas tentativas de modificação do sistema asilar de assistência em saúde mental (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). Em 1979, é fundada no Rio de Janeiro a Sosintra (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho). Esta sociedade é criada para procurar melhores formas de lidar e participar do tratamento de seus problematizados, expressão alternativa para referir-se aos doentes. Inicialmente, ela é apenas um espaço de ajuda mútua. Porém, a partir de 1985, com a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (Cism), ela passa a promover debates com técnicos, representantes da comunidade em geral e usuários (Amarante, 1995).

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta, é estabelecido entre os técnicos um primeiro consenso mínimo pela necessidade do modelo da assistência psiquiátrica (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). Durante a sua realização, a Sosintra ganha um importante papel no cenário das políticas públicas, pois participa com delegados eleitos e com documentos elaborados por ela (Amarante, 1995). Neste mesmo ano, acontece também o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que é o marco da participação de outros setores da sociedade civil, além dos técnicos da área, na busca da transformação na assistência psiquiátrica (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Em 1988, é promulgada a nova Constituição Brasileira, estabelecendo em seu artigo 196 que “*a saúde é direito de todos e dever do estado*” (Brasil, 1988) e criando o Sistema Único de Saúde – o SUS. Este é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. O artigo 198 da Constituição delibera que o SUS deve organizar-se a partir dos seguintes princípios: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

As leis que regulamentam o SUS são as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A primeira complementa o artigo 198 da Constituição, estabelecendo mais princípios a serem obedecidos pelo SUS:

- “I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviço de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (Brasil, 1990b).

No que tange a psiquiatria, a reestruturação da assistência psiquiátrica tem como marco a Declaração de Caracas, de 1990. Depois de verificado que os modelos psiquiátricos vigentes na época não eram eficientes, declarou-se que era necessária uma reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário de saúde que permitisse a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Desde esta data, o Ministério da Saúde do Brasil, os governos dos estados e os dos municípios vêm transformando a assistência psiquiátrica. A partir da década de 90, as famílias passam a participar do movimento da Reforma Psiquiátrica

Brasileira, direcionando suas questões principais para a cidadania do portador de transtorno mental (Rosa, 2000).

Em 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta conta com a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, com os quais é discutida a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil, seguindo o princípio da municipalização e da cidadania dos doentes mentais (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). Nesta Conferência são, também, apontados os terríveis resultados da institucionalização de crianças portadoras de transtornos mentais ou de comportamento (OMS, 2001).

Ainda nesse ano, foram criados oficialmente os CAPS pela Portaria GM nº 224, sendo definidos como “*unidades de saúde locais/ regionalizadas (...) que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional*” (Ministério da Saúde, 2004a, p.12).

Em 1993, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial ganha visibilidade. Esse movimento denuncia o sucateamento da rede pública de saúde e o risco de desassistência do portador de transtorno mental. Há uma preocupação com a reprodução da cultura manicomial, ainda que nos serviços extra-hospitalares.

Ainda em 1993, o Governo Federal institui a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. No ano seguinte propõe-se o Programa de Apoio a Desospitalização, que visa a população moradora dos hospitais psiquiátricos, já sem os vínculos familiares e sem a necessidade de internação. Este programa prevê uma rede de suporte assistencial de atenção com base comunitária e com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

A partir daí novas estratégias avançam com a crescente municipalização da saúde e com a organização social de familiares e usuários. Rosa (2003) enfatiza que a loucura é crescentemente complexificada e que sua abordagem passa a percorrer diversos caminhos.

Em 1996, realiza-se a 10ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se delibera a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços de atenção integral à saúde mental, guiando-se “*por uma atenção humana, ética, resolutiva, sob controle*

social, de fortalecimento da cidadania e reativação da subjetividade dos portadores de transtorno mental” (Rosa, 2003, p. 131). A Reforma Psiquiátrica passa a privilegiar a reabilitação psicossocial, conduzindo a assistência para o modelo de serviços de base comunitária em detrimento do hospital especializado.

Couto (2001) atenta para o fato de existirem muitas crianças, ainda no início deste novo século, vivendo em 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’*” (Couto, 2001, p.122).

A ausência de Políticas de Saúde Mental voltadas para a infância e a adolescência favorece o surgimento e fortalecimento de instituições que não adotam como modelo de atenção propostas terapêuticas que visem uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural. Durante muitos anos, a atenção para crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais é realizada por instituições de natureza privada e/ ou filantrópica (Ministério da Saúde, 2005).

Através do estudo preliminar realizado pela ASM/SES, em 2000, constata-se que, em aproximadamente 70% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, os atendimentos de crianças e adolescentes com demandas no campo da saúde mental são realizados por dispositivos da rede filantrópica, principalmente APAE e Pestalozzi. Dispositivos estes que historicamente são voltados para o atendimento de pacientes com deficiência. Sendo assim, tais instituições acabam por acolher uma demanda diferente de suas especialidades, tentando suprir uma lacuna conseqüente da ausência de Políticas Públicas de Saúde Mental Infantil e Juvenil eficazes. Desta forma, conclui-se que o cuidado para crianças e adolescentes portadores de transtorno mental é realizado sem que haja por parte dos gestores e das equipes de saúde mental algum acompanhamento, supervisão, orientação, ou mesmo responsabilização pelo acreditamento das ações desenvolvidas (Couto, 2001).

No mesmo estudo realizado pela ASM/SES, constata-se que, em apenas 20% dos municípios, os Programas de Saúde Mental atendem casos diagnosticados como autismo e psicose infantil (Couto, 2001). Um dos grandes equívocos que têm como conseqüência a longa lacuna nas Políticas Públicas de Saúde Mental para a infância e adolescência é o fato de a criança não ter tido, durante muito tempo, o direito de lhe ser tributada a

condição de ser louca. À criança era limitado o título de aprendiz e considerava-se que a criança apenas cumpria a função de aprender. Conseqüentemente, as Políticas Públicas voltadas para a infância e adolescência tinham formato basicamente assistencial e educacional (Couto, 2003).

Crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo ou psicose permanecem sem atendimento adequado, freqüentando diversos serviços, sem, no entanto, obterem assistência especializada. Freqüentemente, este público infantil e juvenil acaba sendo submetido a métodos pedagógicos de controle de suas condutas e à medicalização exagerada. Enquanto isso, também muito freqüentemente, encontram-se serviços de saúde mental absorvendo uma clientela infantil e juvenil apenas com diagnóstico de distúrbio de aprendizagem ou distúrbio de conduta (Couto, 2001).

“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” (Couto, 2001, p. 122).

Pretendendo responder a esta dívida histórica das Políticas Públicas de Saúde Mental para com as crianças e os adolescentes, o estado do Rio de Janeiro inicia um processo com o objetivo de enfrentar os problemas deste campo, instituindo, com a Resolução SES 1485, de 11 de Abril de 2000, o Fórum Inter-Institucional para Atenção em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes (SES-RJ/ASM, 2002). Segundo Couto (2001), é uma experiência nunca antes realizada em âmbito estadual. Este Fórum é um espaço de debate coletivo, congregando diversos atores sociais envolvidos com o público infantil e juvenil, como o Judiciário, a educação, a assistência social e os profissionais da saúde mental do estado do Rio de Janeiro.

O espaço coletivo tem como premissa ética proporcionar o diálogo permanente dos setores envolvidos com a questão da criança e do adolescente, a fim de construir uma rede de atendimento que acolha a pluralidade das demandas nos mais diversos níveis de complexidade. Desta forma, o Fórum constitui-se em um instrumento para o estabelecimento de balizamentos técnico-conceituais, clínicos e políticos, direcionando as

ações públicas e a construção de uma Política Pública de Saúde Mental Infantil e Juvenil (Couto, 2001; SES-RJ/ASM, 2002).

Em 6 de abril de 2001, o Decreto 24.559 é revogado com a Lei nº 10.216. Esta regulamenta a Política de Saúde Mental sob o prisma de uma assistência não mais centrada no hospital psiquiátrico como principal dispositivo para o tratamento. Pela primeira vez, uma lei relaciona os direitos dos portadores de doença mental e a universalidade de sua abrangência (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Ainda em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual se discute a implementação da Lei nº 10.216 e das portarias do Ministério da Saúde que regulamentam a assistência em saúde mental no Brasil. São reafirmadas as conquistas das Conferências anteriores, rumos são corrigidos e a estratégia dos serviços comunitários (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) é consolidada como dispositivo prioritário de organização da atenção em saúde mental (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Em 19 de fevereiro de 2002, é sancionada a Portaria GM nº 336 com o objetivo de atualizar a Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. A Portaria GM nº 336 regulamenta o modelo dos CAPS, reconhecendo e ampliando seu funcionamento e sua complexidade. Os CAPS têm como objetivo atender as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes em determinado território e oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, visando substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Finalmente, esta portaria institui, pela primeira vez, um capítulo destinado ao cuidado de crianças e adolescentes, o qual refere-se aos CAPS infantil e juvenil (CAPSi). A Portaria afirma que crianças e adolescentes também portam transtornos mentais e que os CAPSi deverão ser destinados a elas. Estes serviços destinam-se ao público infantil e juvenil gravemente comprometido psicologicamente, como os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos que estejam impossibilitados por sua condição psíquica de manter ou estabelecer laços sociais.

Em 2003, o processo de desinstitucionalização avançou expressivamente. Isso ocorreu, principalmente, devido a instituição de mecanismos para a diminuição gradual e planejada de leitos psiquiátricos e aumento de serviços substitutos ao hospital psiquiátrico.

No período de 2003 a 2006, como principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos, colocaram-se em prática o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS. Esses mecanismos, juntamente com uma rede de atenção aberta e comunitária, permitiram a diminuição e substituição expressiva de leitos psiquiátricos, principalmente de longa permanência, e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento (Ministério da Saúde, 2007).

Em 2003, é promulgada a Lei Federal nº 10.708, que cria o ‘Programa de Volta para Casa’. Este concretiza a reivindicação histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois tem como objetivo contribuir para o processo de inserção social de pessoas com longa história de institucionalização em hospitais psiquiátricos. O beneficiário recebe uma bolsa de R\$240,00 e deve ser egresso de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

Nos últimos quatro anos, destaca-se a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção a saúde mental, principalmente dos CAPS, que foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Em 2003, havia 500 CAPS implantados em todo o país, já em 2006 esse número duplicou atingindo a 1011 CAPS.

Destaca-se que a Política Nacional de Saúde Mental tem, nos últimos anos, enfatizado a importância dos ‘leitos de atenção integral em saúde mental’. Isso significa que, em lugar dos leitos dos grandes hospitais psiquiátricos, devem-se priorizar os leitos em hospitais gerais, em CAPS II¹, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte.

Em 2004, o Ministério da Saúde inspira-se com o exemplo do estado do Rio de Janeiro no campo da saúde mental e institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil e

¹ Mais adiante há uma explicação sobre os diferentes tipos de CAPS.

Juvenil, por meio da Portaria GM nº 1.608, de 13 de Agosto de 2004. Com isso, objetiva fortalecer as diferentes iniciativas no campo da atenção em Saúde Mental Infantil e Juvenil e otimizar as ações propostas e desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, visando o fortalecimento de uma política de atenção em saúde mental (Ministério da Saúde, 2005).

Desde então, são realizados pelo colegiado do Fórum seis reuniões temáticas, nas quais são pactuados os princípios das ações públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, que deverão orientar a rede assistencial em todo território nacional. Os princípios são:

- A criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito: A criança ou o adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma. Em primeiro lugar é preciso dar voz às crianças e aos adolescentes, respeitando sua subjetividade.
- Acolhimento universal: Todos os serviços públicos de saúde mental para crianças e adolescentes devem estar com suas portas abertas para todos que chegam até o serviço. Deve-se acolher, ouvir a demanda e responder à mesma, mesmo que seja encaminhando para outro serviço.
- Encaminhamento implicado: A forma de se conceber e praticar o encaminhamento são redefinidas. Aquele que encaminha deve se incluir no encaminhamento, responsabilizando-se pelo endereço para o qual está encaminhando, além de acompanhar o caso até o seu novo destino.
- Construção permanente da rede: O serviço deve ampliar suas ações e intervenções para além do plano meramente técnico. Suas obrigações incluem o trabalho com os outros serviços do território.
- Território: Um campo que ultrapassa o recorte meramente geográfico ou regional. Inclui as pessoas e as instituições que fazem parte da vida do sujeito como escola, igreja, clube, etc.
- Intersetorialidade na ação do cuidado: Os serviços de saúde mental devem incluir nas suas ações de cuidado todos os serviços de seu território, sejam esses clínicos ou não (Brasil, 2005a).

Em 2006, com o objetivo de mapear e descrever as instituições da rede pública ampliada, que abrange os diferentes recursos implicados na assistência a crianças e adolescentes, principalmente os relacionados aos campos da saúde, saúde mental, educação, assistência social e justiça, o Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, Universidade de Columbia/NY e UFRJ desenvolve um projeto de pesquisa intitulado “Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes”. O piloto desta pesquisa é aplicado em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, que são Rio de Janeiro, Niterói, Itaboraí e Volta Redonda. Os resultados desse estudo estão sendo analisados e serão disponibilizados futuramente.

“O desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental não é, entretanto, uma tarefa simples. Impõe-se para sua construção delineamentos éticos, clínico-assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento, que vão requerer um esforço conjunto que possam reverter de forma efetiva a situação atual” (Couto, 2001, p.123).

6.2. Os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

O projeto original do Centro de Atenção Psicossocial foi elaborado há 22 anos, em 1986, em resposta a uma inquietação de uma equipe de saúde mental de São Paulo. Alguns procedimentos realizados pela psiquiatria apresenta resultados satisfatórios no acompanhamento de pacientes graves a longo prazo. Os procedimentos, na maioria das vezes, levam à internação por períodos prolongados, em locais inadequados e sem o acompanhamento de uma mesma equipe. O tratamento é centralizado no médico e resume-se a consultas rápidas e com intervalos longos (Goldberg, 1996).

“De todo modo, trata-se de iniciativa assinalável na história da rede pública entre nós, uma vez que as autoridades do Estado de São Paulo despertavam para o fato de que a maior parte das ações em saúde mental ocorriam no hospital psiquiátrico, convergindo de forma mais ou menos excludente para a figura do médico; de que havia uma rede ambulatorial escassa e cronificada; de que os centros de saúde desenvolviam ações restritas; de que os equipamentos trabalhavam isoladamente, e assim por diante” (Goldberg, 1994, p. 102).

Assim, a equipe sente a necessidade de um “outro lugar terapêutico” (Goldberg, 1994, p.99). Inicia-se o movimento de organização do CAPS. Este deve ser uma instituição própria da rede pública, com um espaço físico adequado para o acolhimento dos pacientes, que possuem um quadro mental grave. Deve, também, articular as práticas da psicoterapia dos grupos e da medicação com outras práticas como reuniões de usuários e atividades expressivas, para valorizar o paciente.

O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira é inaugurado em 12 de março de 1987, iniciando os atendimentos em junho do mesmo ano. A criação desse CAPS dá o ponta pé inicial para a criação de outros em outros lugares do país, fazendo parte de um intenso movimento social, que busca a melhoria da assistência no Brasil aos portadores de transtorno mental.

Na medida em que vão surgindo outros CAPS em vários municípios do país, estes se consolidam como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial.

Como relatado anteriormente, os CAPS são criados pela Portaria GM nº 224 e atualizados pela Portaria GM nº 336, constituindo a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica e são instituições destinadas a acolher os pacientes portadores de transtorno mental, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico, apoio na busca da autonomia e estimulando sua integração social e familiar (Ministério da Saúde, 2004b).

A Portaria GM nº 336 estabelece que os CAPS podem constituir-se em diferentes modalidades:

- CAPS I – Serviço com capacidade para atendimento em área geográfica com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas.
- CAPS II – Serviço com capacidade para atendimento em área geográfica com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas, podendo, também, ter um terceiro turno, até 21 horas.
- CAPS III – Serviço com capacidade para atendimento em área geográfica com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, inclusive nos fins de semana e feriados.

- CAPSi – Serviço para o atendimento de crianças e adolescentes com capacidade para atendimento em área geográfica com população acima de 200.000 habitantes, funcionando de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas, podendo, também, ter um terceiro turno, até 21 horas.
- CAPSad – Serviço para o atendimento de pacientes portadores de transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas com capacidade para atendimento em área geográfica com população acima de 70.000 habitantes, funcionando de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas, podendo, também, ter um terceiro turno, até 21 horas.

Em nosso estudo, focamos no funcionamento do CAPSi, como já explicitado. Nosso intuito é o de verificar os esforços dos profissionais na prática de toda a política para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Para facilitar nossa discussão abordamos, inicialmente, as informações obtidas através de nossas referências bibliográficas acerca das atribuições de um CAPS. Após, descrevemos a realidade da prática do CAPSi enfatizando as falas das profissionais com quem conversamos.

6.2.1. As atribuições do CAPSi

Segundo Luciano Elia (in Ministério da Saúde, 2005), o CAPS é uma unidade de base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, serviço de atenção diária, diurna e intensiva, de base territorial, que não se reduz a um tipo de serviço entre outros. O CAPS é responsável pela aplicabilidade de diretrizes da política de saúde mental em determinado território. Desta forma, considera-se o CAPS como ordenador da rede e porta de entrada.

Para Goldberg (1996),

“a função mais importante é receber cada pessoa do jeito que é, garantir sua particularidade. Assim, é preciso que desde o primeiro instante que o paciente chegue ao CAPS busque-se estabelecer um ambiente no qual ele perceba a seriedade com que suas falas e ele próprio são acolhidos, caso contrário há o risco de perdê-lo já no primeiro contato com a instituição” (Goldberg, 1996, p. 40)

Assim, os CAPS tomam para si a responsabilidade de elaborar projetos individualizados para o tratamento de cada paciente, oferecendo cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento a população, realizando acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

São tarefas dos CAPS:

- “Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental” (Ministério da Saúde, 2004b, p.13).

O trabalho desenvolvido pelo CAPS deve ser realizado em um meio terapêutico. Ou seja, todas as atividades devem ter o cuidado de serem realizadas com a finalidade terapêutica. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

No atendimento individual, inclui-se prescrição de medicamentos, psicoterapia e orientação, enquanto que o atendimento em grupo é realizado através de diversas oficinas terapêuticas e geradoras de renda, grupos terapêuticos, atividades esportivas, entre outros. E, finalmente, o atendimento para a família prioriza o atendimento da família nuclear do paciente e a prática de grupo de familiares, entre outros.

As assembléias ou reuniões de organização do serviço são um instrumento importante, pois são atividades que reúnem técnicos, usuários, familiares e outros convidados para debater e avaliar o serviço. As atividades comunitárias são realizadas em conjunto com o bairro e outras instituições que propõem atividades com o objetivo de proporcionar trocas sociais, integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral.

Segundo Ferrarini (1998), o caráter terapêutico não se limita a questões puramente relacionais, pois se estende também pela cidadania, pela consciência e conquista de direitos sociais, pela construção de laços de pertencimento sócio-cultural, pelo desenvolvimento de organizações autogestoras, enfim, pela emergência de indivíduos que protagonizem a sua própria história pessoal e coletiva.

O impacto do estresse pode ser reduzido pelas intervenções terapêuticas, rede de suporte social e apoio comunitário (Melman, 2002). Desta maneira, vale ressaltar que o serviço deve estar preparado para acolher o sofrimento da família em sua integralidade e intensidade (Rosa, 2000).

O serviço público de saúde mental infantil e juvenil deve ter como princípio o acolhimento universal, o que significa ter as portas abertas a todo aquele que chega, a toda demanda, que deve ser acolhida. Entretanto, quando um encaminhamento para outro serviço se faz necessário, propõe-se uma forma diferenciada para conceber e praticar tal encaminhamento. O serviço deve se incluir no encaminhamento, responsabilizando-se pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e pelo acompanhamento do caso até seu novo destino. Esse é um trabalho de rede, no qual o serviço inclui nas suas atividades o trabalho com outros serviços e equipamentos do território.

O território é um campo que ultrapassa o recorte regional ou geográfico, pois é constituído pelas instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito. É um campo interinstitucional e intersubjetivo, pois constitui o lugar psicossocial do sujeito ou o recorte dos elementos sócio-institucionais e pessoais que perpassam a vida do sujeito. A noção de território acaba por implicar a noção de intersetorialidade na ação do cuidado.

Ademais, deve-se priorizar a intersetorialidade na ação do cuidado. As ações clínicas não devem se limitar ao espaço físico do serviço de saúde mental, mas atravessar

outros espaços da vida das crianças e adolescentes como escola, igreja, instituições de esporte, lazer, cultura, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, etc (Ministério da Saúde, 2005).

Os transtornos mentais da criança e do adolescente, apesar de não se conhecer uma causa isolada de sua ocorrência, melhoram, principalmente, quando o atendimento é iniciado o mais cedo possível, com atenção às seguintes condições:

- “O tratamento tem mais probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar.
- As famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente.
- O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos.
- As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe.
- Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias.
- Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos” (Ministério da Saúde, 2004b, p.23).

6.3. CAPSi: da teoria à prática

O CAPSi da AP 4 é um Centro de Atenção Psicossocial destinado a atender crianças e adolescentes portadores de transtorno mental grave. Antes de ser inaugurado funcionava como um grande ambulatório de referência para toda a AP 4. A equipe

profissional do ambulatório elaborou um projeto para transformar o ambulatório em CAPSi, que foi inaugurado há 7 anos.

A equipe tem como orientação atender os casos mais graves de transtorno mental, assim como está prevista pela Portaria GM nº 336, como casos de autismo, psicose infantil, neuroses graves, etc. Contudo, a demanda tem mudado um pouco nos últimos anos. Algumas especificidades novas têm demandado da equipe criatividade para adaptar a forma de trabalhar às novas demandas.

Durante a entrevista com a coordenadora do CAPSi, duas demandas novas foram mencionadas. A primeira diz respeito aos casos de adolescentes usuários de drogas. Mencionamos a emergência de situações como essa ao longo deste estudo e, de fato, encontramos, na prática, essa preocupação.

“Ao longo do tempo, a demanda vai mudando e vai havendo uma mudança na configuração do serviço. Como, por exemplo, uma demanda super nova que tem chegado são adolescentes que fazem uso de drogas, que, às vezes, têm um primeiro surto na adolescência. São usuários de drogas, que se internam no Manfredini e que, aí, a equipe está tendo que se dar conta com essa nova realidade, com essa nova demanda que está aparecendo. E que a gente começou a perceber que não dava para falar assim: ‘não, isso não é com a gente’. Não dá para cair naquele especialismo, que aqui é para autismo, para neurose e psicose graves. Também não é isso! A gente não pode cair nisso. A gente tem que ir pelo lado do sofrimento psíquico, da gravidade daquele caso e das novas realidades que vão surgindo, como agora essa questão do uso de drogas. Então é um serviço que vai também ao longo do tempo, que alguma coisa aí flui e vai mudando.”

A segunda nova demanda, que toca nosso estudo mais de perto, são as crianças e adolescentes que tiveram seu direito à convivência familiar e comunitário violado.

“Quando começou, a gente priorizava, e ainda prioriza, o autismo, a psicose infantil, as neuroses graves... Mas eu percebo que o que tem mudado é a questão dos laços sociais interrompidos, crianças institucionalizadas, que estão precisando da reinserção familiar, prestar atendimento e tratamento a adolescentes que estão na residência terapêutica.(...) O que eu percebo é que, ao longo do tempo, por mais que a gente priorize o autismo, psicoses, neuroses graves, pacientes com os laços interrompidos, os institucionalizados, visando uma reinserção... É um serviço, que a gente não pode pensar de uma maneira estática.”

Essa fala é, para nós, bastante interessante, pois nos textos estudados sobre saúde mental, especificamente, não encontramos nenhuma orientação para o CAPSi realizar um trabalho de reinserção familiar. Sabemos que há um trabalho de reinserção familiar para pacientes adultos, egressos de muitos anos de internação em hospitais psiquiátricos, que é o ‘Programa De Volta para Casa’. Contudo, não encontramos nenhuma referência sobre esse programa, ou qualquer outro que tenha um trabalho equivalente, direcionado para crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Supomos que a ausência de um programa como esse para crianças e adolescentes não exista pelo fato de não haver, há muitos anos, internação psiquiátrica para crianças e adolescentes. Ou seja, se essas últimas são institucionalizadas, vão para um abrigo e não para um hospital psiquiátrico.

No entanto, ainda há uma reminiscência do pensamento pré- reforma psiquiátrica nos dias atuais. A coordenadora do CAPSi nos informa que em Jacarepaguá funciona a única Residência Terapêutica para jovens.

“Aqui em Jacarepaguá tem a única residência terapêutica de jovens. Agora os adolescentes já estão com 17 ou 18 anos, mas essa residência terapêutica foi criada para infância e adolescência, que era para crianças e adolescentes que estavam na Clínica Amendoeiras, estavam internados lá há muito tempo e que agora estão na residência terapêutica.”

Como explicitado na Introdução, a área de Jacarepaguá concentra um número considerável de abrigos para crianças com deficiência. Apesar de não termos feito um levantamento do número de unidades clínicas psiquiátricas que oferecem internação, sabemos que a área de Jacarepaguá tem também uma concentração considerável de clínicas particulares que, inclusive, já sofreram intervenção do Estado. Supomos que, tal fato, deve ocorrer em resposta a toda cultura que Jacarepaguá vivencia em torno da Colônia Juliano Moreira desde o início do século XX.

Ao ser perguntada sobre o número de abrigos com os quais o CAPSi normalmente trabalha, a coordenadora responde:

“Aqui em Jacarepaguá tem vários abrigos que têm crianças graves. Até com crianças autistas, com um comprometimento muito grande. (...) Eu vou chutar, tem uns cinco ou seis abrigos. Tem a Única, Nossa Senhora Aparecida, Lar

Fabiano de Cristo, Aldeia S.O.S., tem a residência, que não é considerada abrigo, tem pacientes da Amendoeiras...”

Percebemos que a questão do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental está muito presente no CAPSi e que a equipe necessita desenvolver trabalhos especificamente direcionados para essa população. Dessa forma, a equipe tem priorizado a questão dos laços interrompidos e da reinserção familiar, principalmente das crianças e adolescentes que se sabe que tem família e onde esta se encontra.

“Então, para além do trabalho clínico que é feito no CAPSi, é pensado também essa possibilidade de reinserção daquela criança voltar a morar com a família. E isso implica num trabalho bem grande com os familiares. Às vezes não é o pai, nem é mãe. Às vezes é uma avó, uma tia ou uma irmã.”

Perguntamos como é realizado o trabalho de reinserção familiar pela equipe do CAPSi.

“Esse trabalho é feito da seguinte forma: tem uma criança institucionalizada. Então, o trabalho que é feito é: estar conversando com o abrigo, estar chamando essa avó que é a pessoa de referência para essa menina, estar conversando com essa avó, estar trabalhando com a avó, estar fazendo essa família perceber que pode contar aqui com o serviço, que ela pode vir aqui, que ela pode estar trazendo mais vezes essa criança aqui. O trabalho não é um trabalho simples, não. Pois as famílias deixam a criança no abrigo e, às vezes, você tem dificuldades... Você marca para a família vir aqui, a família não vem. Aí, você tem que entrar em contato com o abrigo e a família, às vezes, vai visitar a criança no domingo, que a equipe do domingo é menor, e a assistente social, às vezes, não está no domingo, mas a gente tem que conversar com quem está no domingo, se é um cuidador, quem é o responsável daquele dia, para ver se fala com essa avó e marca com ela um horário para ela vir aqui ao CAPSi.”

No entanto, a coordenadora é bastante enfática ao afirmar que é muito mais difícil fazer um trabalho com a família após a criança ou o adolescente ter sido abrigado. A coordenadora relata que é mais fácil ter sucesso nas intervenções com as famílias que estão com seus filhos, ainda que com muita dificuldade.

“A maioria, eu percebo que, quando a família vem, a gente consegue trabalhar a família para ficar com esse adolescente em casa. (...). Eu acho mais difícil depois que é abrigado, é mais complicado para voltar para a família. Agora, quando a família procura o CAPSi: ‘ - Não agüento mais esse menino, tem que arrumar um lugar para colocar esse menino ou essa menina, não estou dando conta’. (...)Depois que é abrigado é mais difícil.”

Como vimos no capítulo 3, não é incomum uma família com uma criança ou um adolescente portador de transtorno mental pedir para abrigar seu filho, devido a todas as dificuldades que envolvem, principalmente, o transtorno mental.

“Isso tem muito, muito. Eu acho muito. Eu não saberia te falar uma média de quantos por ano. Por que são vários tipos de casos, várias situações. Por exemplo, aquele paciente que está numa fase mais complicada e que a família quer internar ou colocar no abrigo. Internar para eles é... dá a impressão de que quer se livrar porque está dando muito problema em casa.”

Apesar de ser muito comum o pedido das famílias para internar ou abrigar, o CAPSi percebe que consegue trabalhar melhor com essas famílias a permanência da criança ou do adolescente em sua casa. Contudo, quando se trata de adolescente envolvido com o uso de drogas, a dificuldade aumenta.

“Acho que mais difícil são os casos dos adolescentes que tem uso de drogas, que a família fica muito ameaçada dos traficantes... Isso é que é mais complicado. Porque a família pensa que, se mantiver o adolescente em casa, podem matá-lo, se ele está devendo para o traficante. Então, essas são as situações mais complicadas. As outras, como a gente já lida com isso há muito tempo, a equipe de alguma maneira consegue trabalhar com essa família e mostrar que essa criança vai ser muito mais bem tratada se ficar com a família, que a gente está oferecendo tratamento, que a gente está... Se não estiver na escola, a gente entra em contato com a CRE e garante uma vaga na escola para essa criança, para esse adolescente. Então, a família começa a contar com o CAPSi.”

Na fala acima, a coordenadora relata a parceria que o CAPSi tem com a 7^a CRE².

“Desde a época que o CAPSi era um ambulatório, o CAPSi, por atender crianças graves e por atender crianças, sempre trabalhou em parcerias. Por exemplo, a

² CRE significa Coordenadoria Regional de Educação. A Secretaria Municipal de Educação divide a região geográfica do município em 10 CREs. A 7^a CRE, compreende os mesmo bairros que AP 4 e a 7^a CAS.

gente tem uma parceria super antiga, de uns 15 anos, que é desde a época do ambulatório, com a escola pública, do município. Quase 100% dos pacientes que são atendidos aqui, todos estão na escola pública. Todos estão em turmas, estão em turmas de CT, que são turmas de condutas típicas, e freqüentam a escola. O CAPSi sempre fez, quer dizer, há anos faz reuniões quinzenais ou mensais com os professores da 7ª. CRE. Os professores que dão aulas para as crianças que estão aqui vêm uma vez por mês ao CAPSi para conversar sobre essas crianças do CAPSi.”

Vimos no subcapítulo anterior a importância que a Política de Saúde Mental tem dado à intersetorialidade. O CAPSi tem como orientação ser um articulador da rede de serviços em sua região e isso apenas ocorre através de articulações intersetoriais. Ademais, deve-se priorizar as ações clínicas que não se limitam ao espaço físico do serviço de saúde mental, atingindo outros espaços da vida das crianças e adolescentes como escola, igreja, instituições de esporte, lazer, cultura, etc.

E, nesse aspecto, a coordenadora ressalta:

“tem um texto de Domingos Sávio, que ele fala da importância da integralidade das ações na infância e na adolescência. Aliás eu não sei nem se ele fala da infância e da adolescência, eu é que acho que na infância e na adolescência é fundamental. E tem uma frase dele que diz que a saúde não vai dar conta de tudo. O CAPSi não vai dar conta de tudo. A educação também não dá conta de tudo. O CRAS também não vai dar conta de tudo. Então, a importância desses serviços estarem se articulando para poder propor algum destino melhor para essas crianças e adolescentes. Mas com o apoio de todos. Não é um só trabalhando. A outra coisa que ele fala que eu acho muito legal é que às vezes, quando não é só a saúde, é o centro esportivo, é o futebol, é uma oficina fora, na comunidade. Então são esses recursos também.”

Para ilustrar a atuação do CAPSi, em seu esforço por desenvolver um trabalho intersetorial, a coordenadora explica que

“quando ainda era COE, era ambulatório, havia uma reunião que era com todos os profissionais da AP4, que era uma reunião de saúde mental, mas que era sobre crianças e adultos. Nessa reunião começou-se a perceber que era muito difícil colocar na pauta da reunião as questões da infância e adolescência. Acabava-se discutindo muito os casos dos adultos e as crianças ficavam meio que de lado. Aí foi proposto que se fizesse em um mês uma reunião que se tratasse dos problemas de saúde mental de adultos e no outro mês da infância e da adolescência. Então, isso já tem 10 anos, ou mais, que isso acontece. Há uns 7 anos mais ou menos, a

coordenação do município do Rio de Janeiro começou a fazer os Fóruns de Saúde Mental lá na CAP4. Só que nós continuamos fazendo a reunião de equipamentos ou de redes de profissionais da AP4 específicas da infância e da adolescência. Porque tem questões que é muito da infância: a escola, a família... E isso dos encaminhamentos, de lugares que não atendem a infância e a adolescência, que precisa estar trabalhando. Então a gente resolveu manter essa reunião da infância e da adolescência. Teve um ano que ficou meio parado, que a gente só fez uma ou duas reuniões. Só que desde o ano passado que a gente voltou a fazer todo mês. Nessa reunião sobre a infância e adolescência vem Conselho Tutelar, os abrigos, um representante de cada abrigo. Nem sempre vem todos os abrigos, mas são convidados. Vem os profissionais dos postos da área que trabalham com a infância e com a adolescência, vem o articulador da rede, vem alguém do pólo de educação, alguém do CRAS, vem sempre alguém da FUNLAR. Vem os dispositivos da AP4 que trabalham com a infância e a adolescência. E aí, é feita essa reunião de rede. A gente tem priorizado fazer a discussão a partir de um caso clínico. E a próxima reunião vai ser sobre a recepção como ato clínico, porque muitos profissionais recebem essas famílias, conversam, às vezes, são psicólogos, mas dizem – eu não trabalho na clínica, eu trabalho na escola, eu trabalho na FUNLAR – e a gente está dando uma direção no sentido de que é lógico que o psicólogo da escola não vai fazer tratamento, não vai fazer terapia, o da FUNLAR também não vai, mas ele pode estar escutando essa família de uma outra forma, de uma maneira que aquela escuta já seja uma intervenção clínica. Ele não veio fazer terapia, não vai fazer atendimento, mas ele pode ter uma maneira que a própria escuta já tenha um valor clínico. Para ele poder encaminhar ou não.”

Com os relatos acima, percebemos a importância do trabalho realizado no CAPSi. Verificamos que os profissionais do CAPSi estão bastante atentos e envolvidos com a Política de Saúde Mental e suas diretrizes.

As condições de atendimento em um CAPSi citadas em “Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial” (2004b) enfatizam muito a família. Acredita-se que a criança ou o adolescente tem mais probabilidade de sucesso no tratamento quando mantido em seu ambiente familiar. As famílias devem fazer parte integrante do tratamento. Os serviços devem sempre se preocupar em oferecer atenção integral às crianças e aos adolescentes, envolvendo-se com as questões familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, educação, saúde, assistência, entre outras. A equipe técnica deve atuar de forma interdisciplinar e, de preferência, ter experiência de trabalho com famílias.

“Para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia dos direitos da criança, do adolescente e da família” (Ministério da Saúde, 2005, p.10).

6.4. Casos Ilustrativos do CAPSi

Ansiando por conhecer mais a realidade dos atendimentos do CAPSi e das famílias atendidas, realizamos uma entrevista com duas técnicas, desejando ‘conversar’ ou, simplesmente, ‘ouvir’ as mesmas sobre algumas das crianças e adolescentes que atendem. Antes de iniciarmos a conversa, explicamos que o nosso objetivo, com este estudo, é discutir acerca do direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. Assim, as técnicas relataram casos que consideram importantes para o nosso assunto.

Caso 1: Rafael³

Rafael chegou ao CAPSi quando tinha apenas 7 anos, levado por sua mãe. Chegou num estado muito grave, referia-se a si mesmo apenas na terceira pessoa e não olhava nos olhos dos outros. A família mora na Cidade de Deus, um sub-bairro de Jacarepaguá, oriundo de um conjunto habitacional. É uma comunidade que sofre com o problema do tráfico de drogas e que vivencia muitas situações de violência.

“mora num barraco mesmo, barraco, que é de pau, pau, madeirinha, não é uma casa, é um barraco, na Cidade de Deus, traficantes...”

A família tem muitas dificuldades financeiras.

“o lugar que eles moram... A vida financeira que não é fácil deles! Eles vendem... Ela e o marido vendem cafezinho, vendem refrigerante na praia. No feriado, ela leva os meninos com ela.”

³ Os nomes que utilizamos nos casos ilustrativos são fictícios.

Rafael é o primeiro filho do segundo casamento da mãe. Tem um irmão mais velho, filho do primeiro casamento da mãe. Este é engenheiro e trabalha no México. Segundo a técnica é um bom filho para a mãe. E tem, também, um irmão mais novo. A mãe engravidou do atual marido, *“mesmo casada ela teve outra pessoa (...), engravidou desse menininho (Rafael) (...) e ela se separa do primeiro marido, fica com esse segundo e, depois, tem outro filho.”*

Quando chega ao CAPSi pela primeira vez, a mãe já chega pedindo para internar o filho.

“Quando ela chegou e (...) e falou, eu quero internar. (...) Não to agüentando! Não sei o que eu faço, não quero! (...) Eu quero internar meu filho, não quero mais, cansei, eu não agüento, ele toca fogo na casa, ele quer fazer isso, quer fazer aquilo.”

Atualmente Rafael está com 9 anos. E a técnica ressalta sua melhora.

“era um menino que se escondia embaixo da mesa, se trancava nos armários, sabe? Não ficava junto dos outros. Hoje em dia, ele já fica junto, ele já pede pra jogar bola junto. Agora está numa coisa de bola, de futebol, mas está podendo ficar mais junto dos outros, sabe? Então assim, teve as mudanças, sabe? Teve mudanças de comportamento.”

Mas o que a técnica destaca muito é a mudança de postura da mãe.

“E essa própria mãe passou a estudar à noite. Voltou a estudar e falou que não vai mais abandonar os estudos. Está falando em se arrumar melhor, e é uma mãe, assim, que se você chama pra atendê-la, ela foge, ela não vem no atendimento dela, pra você conversar com ela, não aparece. Então, a nossa conversa é o pouco que tem de quando ela chega pra trazer o filho e na hora que vai embora, sabe? E ela perceber a mudança que esse menino tem, de vir uma professora, chegar e falar assim, ‘olha, brevemente eu vou colocar esse menino numa turma regular’. E ele tem uma facilidade, um cognitivo maravilhoso, ele tem uma facilidade pra aprender as coisas, dele saber as coisas, ele sabe partido político, ele sabe, tem coisas que ele sabe, informática ele sabe, seqüência lógica ele sabe, ele sabe!”

Comentários:

Nesse caso, percebemos que a mãe chega ao CAPSi muito sobrecarregada com o cuidado de seu filho e, ao mesmo tempo, muito assustada com seus sintomas. Esse menino já devia apresentar sintomas há bastante tempo e a mãe não o levava para um atendimento, até que chegou a um ponto em que a mãe não conseguiu mais sustentar as dificuldades. Nesse momento a mãe leva o menino ao CAPSi e ele começa a ser tratado.

O mais interessante, para nós, nesse pequeno relato de um caso, é a mudança de comportamento da mãe relatada pela técnica. Essa mãe, com seu filho melhor, consegue dar mais atenção para ela mesma, cuidar melhor dela mesma. Esse relato é muito significativo, pois demonstra o quanto fez diferença para essa criança e essa família o cuidado ofertado pelo CAPSi, principalmente para a mãe, que, apesar de ‘fugir’ dos atendimentos dela, indiretamente foi altamente beneficiada.

Sabemos que uma mulher que tem filhos, marido e casa para cuidar precisa de muita força de vontade para retomar os estudos. Felizmente, essa mãe conseguiu levantar a sua auto-estima e se sentir capaz de estudar de novo, e pôde contar com a ajuda do marido, que cuida das crianças enquanto a mãe está na escola.

Contudo, o que ressaltamos é a riqueza de uma mudança em todo o contexto dessa família, a partir, principalmente, da melhora de Rafael. Não estamos, de forma alguma, ignorando a possibilidade de ter havido outras mudanças, muito menos a possível influência de outras instituições como, por exemplo, escola e igreja. Porém, consideramos que a melhora dos sintomas do Rafael tenha sido decisiva para essa família e para a garantia do seu direito à convivência familiar e comunitária.

Caso 2: Fernando

Fernando tem 19 anos e mora com sua mãe, seu pai, um irmão mais novo, com 12 anos, e uma irmã mais velha, com 21 anos. A família mora em uma comunidade de baixa renda de Vargem Grande.

“uma comunidade com casa, tudo pobre, sem asfalto, sem nada. E ele mora bem pertinho do rio. O que eu falo, é uma casa, que você tem um cômodo, um cômodo que você divide, aqui tem um sofá, com o guarda-roupa na frente, a mesinha com

a televisão, aqui tem a porta, geladeira, pia, porta do banheiro, acabou, cinco pessoas.”

Fernando chegou no CAPSi quando tinha 12 anos com transtorno mental grave.

“Era também um adolescente que nem sentar na cadeira ele sentava, era de cócoras no chão, sem olhar pra ninguém, sem falar com ninguém, repetia tudo que ele ouvia, se você está conversando com alguém: ‘-ah você vai na minha casa hoje’, ele repete: ‘-vai na minha casa hoje a noite, vai’, era isso.”

O pai trabalha e a mãe é quem cuida dele. Fernando acha que a mãe é só dele e tem muito ciúmes dos irmãos. Atualmente, consegue, inclusive, verbalizar que queria não ter irmãos, que queria ser filho único. Fernando acha que a casa é dele e não quer os seus irmãos lá. Ele é muito agressivo com os irmãos não deixando nem que eles comam. O irmão caçula fica o dia inteiro na rua. *“A mãe fica morrendo de pena, ‘-eu tenho que deixar meu filho na rua, porque senão ele bate”*.

A irmã conseguiu um emprego de babá e dorme no serviço, voltando para casa apenas nos finais de semana.

“quando ela chega em casa nos finais de semana, ele não deixa a irmã comer, ele tira a comida, ele faz qualquer coisa naquela comida pra ela não comer, se tiver que cuspir, ele cospe, se tiver que fazer alguma coisa, ele tira, ele mete a mão, ele mete, ele faz tudo e fala não pode, é minha comida!”

A irmã engravidou e, com isso, Fernando piora.

“Quando essa irmã engravida, começa realmente a vir esses questionamentos, né? Ele é psicótico. ‘Então, minha irmã está grávida. Quem é o pai?’ Sabe? E ela vinha de um relacionamento que realmente ela estava sozinha nessa gravidez, ele não via esse pai dessa sobrinha, e aí ele partia pra cima dela literalmente, batia mesmo nessa irmã.”

Com essa nova situação, os pais ficam muito preocupados e sem saber o que fazer. Assim, o casal vai junto ao CAPSi para pedir que o filho seja internado.

“O meu marido trabalha! Ele não está junto o tempo todo! Sou eu! Eu não agüento! Então ela chegou, junto com o marido aqui, um dia de manhã, e falou assim: ‘-Olha! Bateu na irmã, a geladeira está toda amassada, ele quebra as coisas, a janela, ele realmente quebra.”

A técnica contesta esse pedido de internação.

“Eu fiz a pergunta, ‘-vamos pensar que internação vocês estão querendo me dizer? Há dois tipos de internação: vocês querem internar, numa emergência, porque está sendo difícil nesse momento, porque ele bateu, porque ele agrediu e agora está difícil, ou vocês querem fazer uma internação pra deixá-lo? Porque eu entendo como duas coisas diferentes. Falar de internar, não é internar, porque ele está com uma crise e volta para casa. Ou ele vai internar pra ficar? Vocês querem deixar seu filho internado, porque não está dando mais?”

Após a reflexão proposta pela técnica, ela sugere uma alternativa.

“chamei o psiquiatra que atende, falei: ‘-olha, a situação está essa, a gente tem que ver o quê que a gente faz’. E, assim, eles não tiveram resistência de aceitar uma internação de emergência, no final de semana, no Manfredini. Ele fica o final de semana e ele vai sair de alta na segunda-feira. Assim, a gente vai ver como é que ele fica.”

Além da proposta de internação por um final de semana, a técnica propõe que a família pense em outras alternativas, em outras possibilidades, para a solução do caso. Há uma preocupação grande em relação à irmã que está grávida. Esse é um caso que tem que ser muito bem pensado, pois o Fernando está batendo mesmo na irmã. O pai aceita a proposta da técnica, mas a mãe fica reticente.

Existe, na família da mãe, um outro caso de transtorno mental. Fernando tinha um tio portador de transtorno mental, que faleceu no ano passado. Até então, essa informação não havia sido dada ao CAPSi. Esse tio morava com a avó materna de Fernando, que mora na mesma comunidade em Vargem Grande. Fernando costuma sair de casa sozinho para ir para a casa da avó. Esta expulsa o neto, dizendo que não quer ele lá. A mãe explica que a avó de Fernando sofreu muito com o filho que tinha transtorno mental.

O pai diz que conversa muito com seu filho e que quer ele dentro da sua casa.

“E o pai fala assim: ‘-Eu quero meu filho em casa. Filho é com a família, na minha casa. Eu quero meu filho comigo, eu não quero meu filho internado, não. Porque ele me respeita, ele obedece. Se eu falar com ele... Eu converso com ele e ele me obedece. A mãe não! A mãe não sabe, mas comigo sim.”

Fica claro que é o pai quem sustenta a decisão de ter o filho em casa, apesar da mãe ter muito carinho pelo filho.

“ele é quem também sustenta de ter esse filho em casa. ‘Eu quero meu filho em casa.’ Ele trabalha num condomínio na Barra, pode levar esse filho pra lá. E a mãe faz isso, se ele não está legal em casa, a mãe leva e deixa com esse pai no trabalho. E ele fica super bem. Pode tomar banho de piscina...”

Após o final de semana internado, a equipe do CAPSi intensifica o acompanhamento, aumentando o número de vezes que ele tem que ir ao CAPSi. Fernando passa a ir ao CAPSi todos os dias. Pouco tempo depois, novamente a mãe chega ao CAPSi muito nervosa.

“‘Eu não vou sair daqui com ele, porque ontem à noite, ele foi pra cima dela de novo! Se ela... Ela ainda tentou tirar o rosto, mas arranhou, sangrou!’ E ele veio, arranhado, e ele fala: ‘-Olha o que ela fez comigo!’ Porque que sua irmã fez isso com você? ‘Porque eu bati nela.’ Ela está tentando se defender, ela não foi te agredir assim, é uma defesa dela. E a mãe chega e fala... E não arredou o pé realmente daqui. ‘Olha, é internar, porque eu... Não está dando mais!’”

A técnica reconhece que essa mãe estava tentando ao máximo contornar a situação, mas que ficou muito preocupada quando viu a filha com o rosto arranhado e sangrando. E o menino foi internado de novo. Mas dessa vez por mais tempo, por umas duas ou três semanas. Havia uma preocupação em relação ao nascimento do neném. Como seria?

A equipe do CAPSi começou a discutir com a família alternativas como um dos dois, ou Fernando ou sua irmã, ir morar com a avó, ou alugar um quarto para essa irmã morar. Então, antes de Fernando receber alta, o CAPSi chamou a família para conversar sobre como vai ser quando Fernando sair da internação. E para a surpresa da equipe, a mãe chega com uma boa notícia.

“‘Eu já arrumei um outro quarto!’ Quer dizer, a família, sem a gente, né? A gente está assim, com a equipe pensando em possibilidades, em estar propondo também pra essa família, pra essa família pensar, mas nem chegamos a isso porque a família também... Se não deu certo aquele quartinho... Ela falou que não tinha nenhum outro, mas mesmo assim conseguiu, perto de casa, um outro quarto. Ela falou: ‘-Oh, já arranjei outro quarto, já tenho até uma cama pra ela, e a gente vai esperar, que ela só vai pra lá depois que a criança nascer.’”

Fernando voltou para casa, mesmo com a irmã no final da gestação. O pai da criança começou a se aproximar da irmã, o que amenizou os conflitos de Fernando. A criança nasceu e a irmã está morando no seu quartinho. O irmão mais novo está fazendo companhia a ela e ajudando com o neném.

A técnica desabafa a dificuldade que envolve situações como essa.

“Mas tudo isso também veio desse trabalho todo, né? Que essa outra pessoa que acompanhava o caso vinha num trabalho árduo com essa mãe, com esse pai. E, hoje, teve... A gente percebe assim, teve isso, e quanto foi bom assim... A gente está pensando em várias possibilidades e quando a gente vai falar com eles, eles já tinham resolvido, sabe? E de realmente não deixar ele numa clínica. O que a gente fala... Numa necessidade, a gente faz uma coisa de emergência, mas de continuar o tratamento dele, sem a necessidade dele estar numa clínica, internado, e ficando lá. Porque a gente sempre coloca: ‘Olha, hoje em dia, não tem mais isso não, gente! Como existia a Colônia, que chegava - oh vou deixar aqui -, não tem mais isso não gente!’”

Comentários:

Fernando já se trata no CAPSi há 7 anos. Chegou com 12 anos e, hoje, está com 19. A própria equipe já está aguardando um momento propício para trabalhar com Fernando a possibilidade dele passar a frequentar um CAPS de adultos. Esse trabalho estava prestes a começar, quando Fernando começou a piorar em função da gravidez da sua irmã, que o deixou muito confuso mentalmente.

Esse menino chegou, como todos os casos relatados, com um quadro de transtorno mental grave, o que foi amenizando de acordo com sua evolução no tratamento. Contudo, Fernando é um menino psicótico, seus sintomas são muito assustadores, especialmente a agressividade.

Fernando acha que a mãe e a casa devem ser só dele e, assim, causa muitos transtornos aos irmãos quando estes estão em casa. O irmão mais novo não consegue

ficar em casa e fica na rua o dia inteiro. Apesar desta última informação já ser muito preocupante, a situação se agrava quando a irmã mais velha engravida e Fernando piora, ficando muito agressivo com esta irmã.

Os pais de Fernando ficam muito preocupados, sem saber como lidar com essa nova situação e pedem para internar o filho. Inicialmente, os pais dão a entender para as técnicas que querem deixar Fernando internado em uma clínica. Nesse momento a equipe do CAPSi se articula e propõe deixá-lo internado no Hospital Municipal Manfredini, a poucos metros de distância do CAPSi, por um final de semana.

Ainda assustados, os pais aceitam a proposta. O pai demonstra uma mudança de postura bastante grande no sentido de não permitir que esse filho seja internado por longo período de tempo e por fazer questão de tê-lo dentro de casa. Toda a família se mobiliza para resolver a situação da irmã, quando o neném nascer, e Fernando volta para a casa.

Assim como o caso do Rafael, a família de Fernando pôde contar com o CAPSi em seus momentos mais periclitantes, quando chegaram a desejar internar Fernando em uma clínica psiquiátrica, a qual, muito provavelmente, manteria Fernando internado por tempo indeterminado. No entanto, o CAPSi e a família conseguiram, cada um respondendo por suas respectivas responsabilidades, garantir o direito à convivência familiar e comunitária de Fernando.

Caso 3: Gabriela

Gabriela chegou ao CAPSi há dois anos, quando tinha 10 anos. É uma menina com psicose grave que chega ao CAPSi sem nunca ter feito nenhum tratamento nem nunca ter ido à escola. Gabriela tem cinco irmãos mais velhos de outro relacionamento da mãe. A mãe ainda engravidou mais duas vezes do pai da Gabriela, mas não conseguiu ‘segurar’ os bebês e, na segunda gestação, faleceu. O pai, por sua vez, tinha apenas a Gabriela como filha, mas não sustentou ficar com ela e foi embora, deixando-a com os irmãos.

Praticamente quem criava a Gabriela era o seu irmão mais velho com a esposa. Estes tinham uma filha da mesma idade da Gabriela. Quando a mãe faleceu, Gabriela tinha dois anos. Segundo a técnica, Gabriela não era bem cuidada, chegando a achar que

os irmãos batiam nela. *“Criou de uma forma a Gabriela... Assim, muito... Foi de uma forma atravessada. Quando ela chega aqui, fala: ‘-bate na nega’”*.

A Gabriela se referia a ela mesma apenas na terceira pessoa, como ‘nega’.

“E tudo dela era assim: ela queria pegar alguma coisa, fechava o olho, e ficava: ‘-pega, pega, bate na nega, bate na nega, bate, bate na nega.’ Ela não se referia... Também é psicótica, não se referia... Sempre na terceira pessoa. (...) E tudo assim: ‘-bate, bate!’ Tudo na ordem da agressão. Ela não tinha nome, não era Gabriela, era a nega, a nega.”

Gabriela tinha uma impulsividade grande em relação aos alimentos.

“E era uma coisa muito do comer! Era comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer, comer... Numa velocidade! E não sustentava não, né? Falava com ela: ‘- não, chega agora, né? Você já comeu o seu limite.’ Não sustentava, se jogava e ficava ali lutando para poder pegar aquele alimento... Se tivesse que empurrar, ela empurrava!”

Quando Gabriela estava com 9 anos, os irmãos deram-na para a avó paterna criá-la. A avó não queria assumir a criação da Gabriela, mas os irmãos não lhe deram oportunidade para negar.

“E assim, quando ela chegou aqui, (...) logo assim, ela pediu a questão do abrigo. Ela não optou em ficar com a Gabriela. Ela diz que num dia que ela não estava em casa, essa família que ficou com ela até essa idade, entre 9 e 10 anos, chegou um dia e deixou ela lá com o avô. ‘ah toma aqui, que a gente não está conseguindo ficar com ela’. E deixou sem ela poder falar alguma coisa. Mas mesmo assim, essa avó ficou acolhendo de uma certa forma, mas não assim... Sempre assim... Reclamando de não saber lidar com ela, reclamando do cansaço, que realmente essa avó já está com uma certa idade, acho que ela está com uns 60 anos, obesa, diabética. Então, assim, reclamando desses empecilhos em estar com a Gabriela.”

Um dia, numa sexta-feira, a avó foi com a Gabriela ao CAPSi. Na hora de ir embora, aconteceu algum entrevero entre as duas e Gabriela sumiu. A avó foi embora normalmente sem avisar nada a ninguém.

“A questão do abrigo da Gabriela veio num dia em que ela saiu daqui, após uma consulta, uma consulta também que ela colocou várias queixas, também, até conversou aqui com um profissional daqui para buscar medicação. Nesse dia estava chovendo muito e, ali, a Gabriela deu algum deslize entre elas ali e, na hora, no que elas iam para casa, ela sumiu. E a gente assim, só foi saber isso assim, acho que, na mesma semana, mas, depois, através de uma estagiária que a viu.”

Uma estagiária do CAPSi, ao ir embora, pegou um ônibus e, ao chegar perto do ponto em que desceria, viu Gabriela sozinha sentada dentro do ônibus. A estagiária ficou sem saber o que fazer. Depois, a avó contou nos atendimentos...

“Ela me trouxe até nos atendimentos que ela foi assim... Ela foi pra casa, mas, aí, ela falou que, na noite, ela não conseguiu dormir bem, preocupada. E foi procurar nos lugares e na delegacia, e na delegacia, ela encontrou a Gabriela, né? Que ela foi pega na rua por policiais. E lá mesmo, através de uma delegada, ela consegue um encaminhamento pra abrigar.”

Gabriela foi para um abrigo em Laranjeiras, na zona sul do município, bem longe do bairro em que sua família mora. A avó não foi visitar a neta. A partir daí, o CAPSi se articula com o Conselho Tutelar para tentar trazer a Gabriela para um abrigo mais próximo.

“Depois assim... Com o Conselho Tutelar, com as reuniões que realmente também foram feitas, esse laço... De estar podendo construir essa rede, para ela não ficar tão longe da família, mas que esteja próximo, para poder fazer esse contato, vínculo, mas a família também não esteve em nenhum momento, assim, presente. A gente chamava também para vir ao CAPSI, para estar conversando sobre isso, sobre essas questões, para estar dando continuidade no tratamento, mesmo ela estando lá. Mas com a família também... Não vinham. O Conselho Tutelar também tentou ir lá, para fazer Visita Domiciliar, eles até... Não, não eram bem recebidos. Não queriam receber, falavam que não estavam. Muitas das vezes eu liguei e ela trocava o nome, assim, se passando... Se passava por outra pessoa, entendeu?”

Gabriela foi transferida para um abrigo em Jacarepaguá. E, com muita dificuldade, a equipe do CAPSi tentou fazer contato com a família. Gabriela faleceu pouco tempo depois de ser transferida. Segundo os profissionais do abrigo ela teve várias convulsões, uma seguida da outra. *“Uma atrás da outra e eles tentaram até chegar a um*

Hospital, mas, aí, não, não teve como ter muito recurso no momento ali e ela veio a falecer.”

“É... a Gabriela tinha crises convulsivas, não eram crises freqüentes, mas tinha, já teve episódios de crise convulsiva, acho que o primeiro... A avó fala disso, de algumas crises que teve, até mesmo ao vir aqui buscar... ‘Olha, essa semana ela se agitou mais, e teve crises convulsivas, e era medicada aqui pelo psiquiatra quando estava aqui, mas depois, com essa questão de abrigo, quando ela foi lá para o abrigo em Laranjeiras, ela começou a ser tratada no Deolindo Couto⁴ e passou a ser medicada por lá, por ter essa questão mesmo.”

As técnicas do CAPSi questionam a postura dos profissionais do abrigo, onde Gabriela estava por não as terem avisado. Elas ficaram sabendo por que estranharam a ausência da Gabriela durante duas semanas e, numa reunião, uma das técnicas encontrou com os profissionais do abrigo e perguntou a eles pela Gabriela.

“E isso assim... Essa história até do falecimento dela, para a gente também não ficou muito claro, não deu para a gente estar, de uma forma assim, mais integrada, porque, eles meio que breparam um pouco essa questão de passar para a gente. Quando eu falei: -Poxa, fui pega de surpresa, porque quando eu fui perguntar o porquê que a Gabriela não vem há duas semanas, ele falou assim: - Ué? Vocês não estão sabendo? Ela faleceu há duas semanas.”

Após uma inevitável lamentação pelo ocorrido com a Gabriela, as profissionais contaram que ela foi enterrada no dia seguinte e que muitas pessoas da família foram, inclusive seu pai. Falaram até que o enterro atrasou um pouco, porque a família pediu para esperar os familiares que vinham de outro lugar. O pai foi descrito como um homem forte, bem vestido e que fez questão de carregar o caixão da filha. As técnicas do CAPSi comentam:

“Esse homem que tem uma mulher, tem a única filha... Perde essa mulher e, a única filha que tem deles, fica aí e ele sai fora, qual o motivo dele, né? Essa menina pequenininha fica com esses irmãos mais velhos, que depois de tempos, e tempos, e tempos, também não agüentam mais e jogam para avó. A avó tenta da forma dela, mas também não fica, né? (...) Ela acaba assim, meio que assim querendo, perder essa neta.”

⁴ Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

As técnicas questionam, a partir desse caso, o abrigo...

“É porque até a gente estava pensando assim... Até que ponto a questão do abrigo é benéfica ou é ruim? Realmente, assim, pela lei, coisa assim, prioriza que a criança fique com a família, né? Essa perda do laço, não quer que isso aconteça, mas para Gabriela... A Gabriela começou a ter um outro tipo de postura, começou a se colocar mais. Até trazia objetos pra cá, objetos dela, né? Que ela tinha aquele prazer de mostrar pra gente. Vinha arrumada, jeitosa, se colocava... Até a postura dela mudou, a questão da voracidade, em estar comendo, isso ela conseguiu controlar. Ela vinha, lanchava, não tinha aquela questão de querer sempre mais, mais, mais, até a questão de não aceitar aquele não, se jogar no chão, parecia que era uma outra Gabriela.”

“Na verdade essa avó já tinha antecedentes de tentar abrigar essa neta outras vezes. Mesmo ela não estando assim diretamente no cuidado da Gabriela, ela tentou por duas vezes, inclusive no abrigo que ela ficou, a assistente social, não sei quem coordena lá, a coordenadora falou que ela já esteve lá, inclusive, assim, forçando a barra pra poder... Talvez até dinheiro para poder abrigar aquela neta...”

Comentários:

Esse caso da Gabriela nos deixou bastante perplexos e mobilizados. E, como as técnicas questionaram, também nós nos questionamos se o melhor para essa menina era ficar com a sua própria família...

Gabriela ficou órfã de mãe aos dois anos de idade e, logo após, foi abandonada pelo pai, ficando, assim, sob os cuidados dos irmãos mais velhos. Estes, por sua vez criaram Gabriela até seus 9 anos, quando não sustentaram mais as dificuldades envolvidas com a sua criação e passaram esta responsabilidade para a avó paterna. A avó também não desejava assumir essa responsabilidade, apesar de ter sustentado a criação da Gabriela por cerca de dois anos.

Não nos cabe julgar a família da Gabriela, não possuímos muita informação acerca de seus irmãos e de seu pai. Apenas sabemos que estes últimos e sua avó, por motivos próprios, não desejavam assumir a criação da Gabriela. Ficamos com a impressão, a partir do relato feito pelas técnicas, que essa menina foi muito pouco

cuidada, muito pouco amada. Não estamos afirmando que essa era a realidade, estamos apenas ressaltando a sensação que ficou após ouvir a história da Gabriela.

Sabemos que existem muitas informações, muitos aspectos dessa história, desconhecidas e que tanto o pai como os irmãos, assim como a avó, podiam se sentir altamente sobrecarregados com o cuidado da Gabriela, sentindo-se, até mesmo, incapazes. Talvez nenhum deles tenha conseguido a ajuda que necessitavam para assumir a criação da Gabriela.

No entanto, sabemos que há famílias que não querem mesmo seus filhos. Não podemos idealizar que toda criança é desejada e que toda família está disposta a assumir a criação de suas crianças custe o que custar. Talvez sejam esses os casos que mais nos desafiem. Temos que nos despir de nosso preconceito e pensar em soluções para essas crianças.

Gabriela é um caso bastante desafiador! Alguma coisa poderia ter sido feito para evitar seu abrigamento? O abrigamento foi a melhor solução? Apontamos no capítulo 4 que os abrigos são necessários. Haverá casos como o da Gabriela em que os abrigos serão uma possibilidade importante a ser considerada. Contudo, não podemos esquecer que o direito à convivência familiar e comunitária é um direito fundamental e não deve, em circunstância alguma, ser abandonado.

Não pretendemos dar uma resposta para o caso da Gabriela, estamos apenas propondo uma reflexão. O nosso intuito é o de ilustrar o trabalho realizado pelo CAPSi em seus esforços para promover o direito à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental.

Com os relatos acima, percebemos a importância do trabalho realizado no CAPSi. Verificamos que os profissionais do CAPSi estão bastante atentos e envolvidos com a Política de Saúde Mental e suas diretrizes. Acima de tudo verificamos a riqueza do trabalho com as famílias das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, demonstrando a preocupação com a promoção do direito à convivência familiar e comunitária.