

Ministério da Saúde
FIO CRUZ
Fundação Osvaldo Cruz
Instituto Osvaldo Cruz
Curso de Especialização em Ciência, Arte e Cultura na Saúde

Alessandra Lima de Almeida

A LOUCURA INFANTIL PARA ALÉM DOS MUROS

Rio de Janeiro

2017

Alessandra Lima de Almeida

A LOUCURA INFANTIL PARA ALÉM DOS MUROS

Monografia submetida à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Ciência, Arte e Cultura na Saúde do Curso de Ciência, Arte e Cultura na Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz/FIO CRUZ.

Orientadora: Professora Dr^a. LARISSA ESCARCE BENTO WOLLZ

Rio de Janeiro
2017

Almeida, Alessandra.

A loucura infantil para além dos muros / Alessandra Almeida. - Rio de janeiro, 2018.

66 f.; il.

Monografia (Especialização) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, 2018.

Orientador: Larissa Wollz.

Bibliografia: f. 51-54

1. CAPSi. 2. Projeto. 3. Ampliar espaços. I Título.

Alessandra Lima de Almeida

A LOUCURA INFANTIL PARA ALÉM DOS MUROS

Monografia submetida à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Ciência, Arte e Cultura na Saúde do Curso de Ciência, Arte e Cultura na Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz/FIO CRUZ.

Aprovada em ___/___/2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Professora Dr^a. Larissa Escarce Bento Wollz
IOC/FIO CRUZ

Professora Ms. Anunciata Cristina Marins Braz Sawada
IOC/FIO CRUZ

Professor Dr. Francisco Romão Ferreira
IOC/FIO CRUZ

Professora Dr^a Rita de Cássia Flores Muller
UNISUAM

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas as crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico usuários do CAPSi Adriano de Oliveira Passos do município de Paracambi.

Aos trabalhadores da Saúde Mental deste serviço, que acolhem e trabalham na lógica do cuidado compartilhado implicados em realizar com seriedade todas as atividades pautadas em padrões éticos consolidados nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Agradecimento

Durante este tempo que realizei o curso de especialização, muitas pessoas participaram da minha vida. Algumas já de longas datas, outras mais recentemente. Dentre estas pessoas algumas se tornaram muito especiais, cada uma ao seu modo e seria difícil não mencioná-las.

À minha família pela compreensão da minha falta de tempo e pelo apoio incondicional. Ao meu esposo Alexander pela força e pelo carinho. Aos meus filhos Cheyene, João Victor e Caroline, por cada sorriso e abraço caloroso que fizeram valer a pena cada dia da minha caminhada.

Aos meus pais e à minha avó, que acreditaram em mim e foram os meus maiores incentivadores. Aos meus irmãos e sobrinhos que mesmo à distância sempre torceram por mim.

À minha orientadora, professora e amiga Larissa Escarce Bento Wollz que me acompanhou e me orientou nos momentos de dúvidas e incertezas. Obrigada pelos ensinamentos, orientação, atenção, amizade e dedicação ao longo deste período, o que tornou possível a conclusão desta monografia.

Aos queridos Rita Flores Muller e Francisco Romão Ferreira, que aceitaram gentilmente fazer parte da banca examinadora.

Um agradecimento especial aos professores Anunciata Cristina Marins Braz Sawada e Marcio Luiz Braga Corrêa de Mello que participaram do meu processo seletivo e me concederam a oportunidade de participar deste curso e hoje estar podendo concluí-lo.

Não poderia deixar de agradecer e homenagear as coordenadoras do curso Valéria Trajano e Anunciata Cristina Marins Braz Sawada pela dedicação e solicitude e cada um dos professores que passaram pela minha formação e foram grandes responsáveis por eu estar concluindo esta etapa de minha vida. O meu muito obrigado a todos.

Não posso deixar de mencionar e agradecer a todos os colegas que passaram comigo momentos de aprendizagem, diversão, trocas e construção de conhecimento. O

meu carinho para Alana, Ana Paula, Bárbara, Carmem, Daniela, Elmir, Fábio, Felipe, Jani, Jeane, Kelly, Leonardo, Luciana, Marcela, Márcia, Nancy, Natália, Patrícia, Raissa, Roberto, Rosângela, Rosangela, Sebastião, Thamires, Victor.

Aos meus colegas de trabalho, a equipe de saúde mental do Capsi Adriano de Oliveira Passos em Paracambi, a minha amiga e coordenadora do serviço Elisangela da Silva Neves que me acompanhou e auxiliou na elaboração do Projeto que permitiu a finalização desta monografia.

A Deus acima de todas as coisas, todo o meu reconhecimento e gratidão pela dádiva da vida, pela força na minha caminhada e por ter me ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis.

Chapeleiro: Será que sou louco?

Alice: Suponho que sim, mas vou lhe contar um segredo:

“as melhores pessoas do mundo são”

(CARROLL, Lewis. *Alice no país das maravilhas*).

RESUMO

Este estudo propõe pensar em uma nova concepção e entendimento de práticas de cuidado e intervenções terapêuticas de forma a inserir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em atividades, artísticas, esportivas e culturais trabalhando a reabilitação psicossocial e promovendo saúde. Para tanto, foi realizado um levantamento histórico para entender como era a oferta de cuidados as crianças e adolescentes com transtorno mental antes do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e depois da chegada do CAPSi como proposta para a transformação do modelo de assistência prestada a saúde mental do público infanto juvenil. A hipótese da pesquisa é que a construção de um projeto que envolva espaços sociais, artísticos, esportivos e culturais, permita que os usuários do CAPSi possam ser favorecidos pelo desenvolvimento da socialização, estímulos de autonomia, independência, aprendizagem e interação mediante as diferentes táticas de intervenções, respeitando a singularidade de cada caso. Este estudo possibilita a reflexão sobre a inserção de crianças e adolescentes com transtornos mentais em espaços sociais para além dos ambientes oferecidos nos dispositivos de saúde, ampliando as práticas terapêuticas e as utilizando como ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental.

Palavras-chave: CAPSi, projeto, ampliar espaços.

ABSTRACT

This study proposes to think about a new conception and understanding of care practices and therapeutic interventions in order to insert children and adolescents with serious mental disorders in activities, artistic, sports and cultural work psychosocial rehabilitation and promoting health. Therefore, a historical survey was carried out to understand how it was the provision of care for children and adolescents with mental disorders before the process of Psychiatric Reform in Brazil and after the arrival of CAPSi as a proposal for the transformation of the model of mental health care of the juvenile public. The hypothesis of the research is that the construction of a project that involves social, artistic, sports and cultural spaces allows CAPSi users to be favored by the development of socialization, autonomy stimuli, independence, learning and interaction through the different tactics of interventions, Respecting the singularity of each case. This study allows the reflection on the insertion of children and adolescents with mental disorders in social spaces beyond the environments offered in health devices, expanding the therapeutic practices and using them as strategic tools in the construction of new mental health care.

Keywords: CAPSi, project, enlarge spaces.

SUMÁRIO

MEMORIAL	12
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO UM: Processo histórico da loucura no município de Paracambi e a institucionalização infanto juvenil	17
1.1- A Cidade dos loucos.....	18
1.2- A invisibilidade do confinamento.....	22
1.3- Um panorama da institucionalização Infanto Juvenil no Brasil.....	24
CAPÍTULO DOIS: Da institucionalização da infância ao processo de transposição do modelo de assistência	28
2.1 - Do asilamento à Reforma Psiquiátrica.....	29
2.2 - Política de saúde mental dirigida à criança e ao adolescente.....	33
2.3 CAPSi: Um dispositivo de cuidado na saúde mental infanto juvenil.....	35
CAPÍTULO TRÊS: Ampliação do cuidado na Saúde Mental Infanto Juvenil	38
3.1 - Rede, território, intersetorialidade: parcerias essenciais.....	39
3.2 - Oficinas, Ateliês e Coletivos clínicos: Cultura e arte na saúde mental.....	41
3.3 - Para além dos muros.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO	
Projeto	55

LISTAS DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CREPOP/CFP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas / Conselho Federal de Psicologia

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MTSM - Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização mundial da saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

MEMORIAL

Ao longo da minha formação acadêmica estudei sobre a história da loucura, o processo de exclusão dos chamados loucos, alienados ou doentes mentais e de certa forma como os manicômios representavam o manejo de sujeitos que não respondiam as exigências dos padrões sociais. Ainda na graduação iniciei um estágio na saúde mental infanto juvenil pelo programa Acadêmico bolsista da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil) para trabalhar com crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

Nessa proximidade com a saúde mental¹, enquanto estagiária, percebi que os profissionais do serviço independente da formação acadêmica, faziam o acolhimento e depois acompanhavam a criança sendo o seu técnico de referência articulando a atenção e o cuidado com o usuário, identificando as necessidades, desejos, limites, possibilidades, acolhendo o caso, mas não se encontrando sozinho na responsabilização do mesmo. Esse primeiro contato moveu em mim um desejo de me aprofundar em conhecer melhor como se organizava o trabalho realizado com as crianças e adolescentes na atenção psicossocial e o qual era a proposta terapêutica ofertada a esse público.

Depois de formada ingressei no serviço público e tive a oportunidade de trabalhar no CAPSi do município de Paracambi. De acordo com Brasil (2004b) uma das principais formas de tratamento ofertadas neste dispositivo são as oficinas terapêuticas. Elas constituem um importante instrumento de ressocialização à medida que propõe como pensar e atuar de forma coletiva (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Neste sentido, elas podem ser produzidas de diversas maneiras com atividades que tenham lugar na cultura e na arte, em cujos campos as crianças tornam livres algumas formas de se expressar. Comecei a perceber através do trabalho que existiam muitos recursos terapêuticos para serem utilizados naquele local.

Na mesma época, cursava especialização em Ciência arte e cultura na saúde, quando comecei a refletir sobre todo conhecimento criativo, inovador e crítico construído através de leituras embasadas teoricamente, debates e trocas realizadas

¹ Campo ou área de conhecimento e de ações técnicas no âmbito das políticas públicas de saúde. (AMARANTE, 2007, p.15)

naquele espaço acadêmico. Percebi que o meu trabalho na saúde mental poderia apresentar inovações para além da assistência prestada no dispositivo de saúde em que trabalhava. Como agregar o conhecimento que estava recebendo ao trabalho que realizava de forma a promover saúde? Constatei que toda intervenção de cuidado e práticas terapêuticas oferecidas às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico naquele município era realizado dentro do CAPSi. Começou a surgir em mim um incômodo. Se em Paracambi havia vários espaços ofertados a crianças e adolescentes, por que então crianças e adolescentes com transtornos mentais não estavam inseridos em atividades artísticas, científicas, esportivas ou culturais? Qual era a importância para a criança com transtorno mental estar envolvida em outros espaços sociais?

Durante a graduação estudei sobre a história da loucura, porém não tinha conhecimento da história da loucura infantil no nosso país. Para tanto, iniciei minha pesquisa fazendo um levantamento bibliográfico para entender como era a assistência prestada a essas crianças antes de existir um lugar que pudesse acolher o seu sofrimento e oferecesse um cuidado que fosse capaz de considerar toda sua complexidade.

INTRODUÇÃO

Há um tempo da loucura que é o do calendário, não o calendário rítmico das estações que a liga às forças obscuras do mundo, mas um calendário cotidiano, dos homens, no qual se aprecia a história (FOUCAULT, 1978, p.48).

Durante muitos anos as políticas de assistência para crianças e adolescentes com transtorno mental se pautaram nos tratamentos em instituições filantrópicas, abrigos para deficientes, hospitais psiquiátricos ou manicômios. A falta de assistência adequada acabava comprometendo o desenvolvimento psíquico e a qualidade de vida. Durante a vida institucional muitas crianças acabaram tendo seu quadro agravado entre tantas carências e falta de profissionais capacitados para reconhecer as singularidades de cada caso (RIZZINI, 2008). A história da saúde mental infantil revela que os serviços públicos voltados para a criança e ao adolescente com transtornos mentais graves antes da Reforma Psiquiátrica², se mostravam inadequados ou inexistentes. Não havia uma tomada de responsabilidade do Estado pelas ações oficiais de cuidado e o que se via era um quadro de abandono, exclusão e asilamento. O movimento da reforma psiquiátrica apontou as falhas dos modelos asilares como única forma de tratamento dos pacientes com transtornos mentais e questionou a hegemonia do saber psiquiátrico que passou a ser alvo de críticas e reformulações.

Um dos maiores desafios da saúde mental era a construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes que reconhecessem suas necessidades e seguissem as diretrizes do SUS³. Enquanto para os adultos foi uma luta contra o que já existia, para as crianças foi uma luta para implantar a existência de algo. O CAPSi nasce com a proposta de transformação do modelo de assistência marcando a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência.

² Movimento histórico de caráter político e social em favor das mudanças do modelo de atenção (BRASIL, 2005b).

³ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990a, p.1)

O presente estudo teve como objetivo pensar em uma nova concepção e entendimento de práticas de cuidado e intervenções terapêuticas, ampliando espaços de forma a inserir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em atividades, artísticas, científicas, esportivas e culturais promovendo saúde.

A hipótese da pesquisa é que a construção de um projeto terapêutico que envolva espaços sociais, artísticos, esportivos e culturais permita que crianças e adolescentes com transtornos mentais graves possam ser favorecidas pelo desenvolvimento da socialização, inclusão, estímulos de autonomia, independência, aprendizagem e interação mediante as diferentes estratégias de intervenção, respeitando a singularidade de cada um deles. Além de possibilitar aos trabalhadores desta clínica aplicar-se na lógica do cuidado compartilhado se utilizando de recursos terapêuticos como aliados importantes na transformação da cultura e entendimento do que é o louco, com ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com uma abordagem qualitativa. Para atender aos objetivos da pesquisa foi necessário um levantamento bibliográfico e nomes de autores que apontassem caminhos para as reflexões de algumas inquietações. Maria Cristina Ventura Couto (2004; 2008) e Irene Rizzini (2005; 2008) discutem o processo de institucionalização⁴ da criança e adolescente com transtornos mentais no Brasil. Sobre o processo de desinstitucionalização, Paulo Amarante (1995; 2007) traz um debate em torno da Reforma Psiquiátrica e da Atenção psicossocial.

Além disso, o estudo terá a contribuição de autores como Foucault (1978) que ajuda na compreensão histórica por trás dos modelos vigentes de cuidados com a loucura e a aproximação deste fenômeno com a institucionalização. Phillippe Ariès (1978) que traz a percepção do papel social da infância e a contribuição da sua obra para o entendimento do arranjo das políticas públicas de atenção à infância e adolescência. A

⁴ No âmbito da saúde mental, o termo institucionalização foi utilizado para identificar os fatores inerentes ao processo de longa permanência de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares (QUEIROZ; RIZZINI, 2012). Enquanto a desinstitucionalização é um processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995, p.494).

pesquisa possui ainda, contribuições de leis e portarias Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a; 1990b, 2001, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2013a, 2013b; 2014) que embasam os temas sobre saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, trabalho em equipe entre outras publicações com objetivo de delimitar o campo de investigação e fundamentar teoricamente o objeto de estudo.

Com a revisão bibliográfica e observação participante, foi possível a reflexão sobre a intervenção do cuidado e práticas terapêuticas realizadas pela equipe interdisciplinar à criança e adolescentes com transtorno mental não só em um dispositivo de saúde como também em outros espaços sociais.

Para apresentar a pesquisa realizada, o texto compõe-se de três capítulos. O primeiro capítulo tem como título “*Processo histórico da loucura no município de Paracambi e a institucionalização infanto juvenil*” que contextualiza a história da loucura em Paracambi e aborda o cuidado oferecido à criança e ao adolescente em um modelo de assistência marcado pela lógica da institucionalização.

O segundo capítulo chamado “*Da institucionalização da infância ao processo de transposição do modelo de assistência*” demonstra a luta para a construção de uma política pública voltada para a mudança do modelo de atenção e apresenta o CAPSi como proposta para a transformação do modelo de assistência prestada ao público infanto juvenil apresentando novas possibilidades de cuidado marcando a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência.

No terceiro e último capítulo chamado “*Ampliação do cuidado na Saúde Mental Infanto Juvenil*” serão discutidos tópicos sobre a ampliação do acesso à atenção psicossocial, como a Rede de atenção, os recursos terapêuticos trabalhados no CAPSi e a apresentação da proposta terapêutica de inserção de crianças e adolescentes usuários da saúde mental no município de Paracambi em outros espaços sociais trabalhando a reabilitação psicossocial e promovendo saúde.

CAPÍTULO UM

Processo histórico da loucura no município de Paracambi e a institucionalização infanto juvenil

O presente capítulo vem contextualizar a história da loucura no município Paracambi. O levantamento bibliográfico permite a compreensão do processo histórico da cidade que teve seu desenvolvimento sócio econômico no século passado, atrelado à expansão do polo industrial que atingiu o seu apogeu na década de 1950.

Com o fechamento das indústrias têxteis e siderúrgicas, a economia teve um declínio e o Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Dr. Eiras⁵ passou a ser o maior empregador do município. “Como decorrência do ponto de vista da assistência psiquiátrica, a grande herança desse período é a privatização dos serviços com características clientelistas e a constituição da chamada *indústria da loucura*” (CREPOP/CFP, 2013 p. 52). Nas décadas de 1960 e 1970 a indústria da loucura⁶ era o principal recurso de sobrevivência dos munícipes de Paracambi.

A Casa de Saúde Dr. Eiras também abrigava crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico⁷ em seu pavilhão infantil. A pesquisa histórica apontou como funcionava a assistência infanto juvenil, não só no município de Paracambi, mas também em toda cidade que ofertava assistência institucionalizada no Brasil.

O levantamento bibliográfico salientou um quadro alarmante no cuidado oferecido àqueles que necessitavam de algum atendimento no campo da saúde mental infanto juvenil. O modelo de assistência era marcado por um padrão de proteção submetido à lógica da institucionalização. As práticas sociais implicadas no cuidado em saúde mental acabavam se constituindo em instrumento de exclusão.

⁵ Macro hospital psiquiátrico. Considerado o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina (GULJOR, 2013 p.31).

⁶ Em sua dissertação de mestrado Delgado (1983) utiliza o termo indústria da loucura ao referir-se ao quadro da assistência psiquiátrica em Paracambi no período após o fechamento de uma siderúrgica local na década de 1970 (GULJOR, 2013 p. 148).

⁷ Nesta categoria estão incluídos os sujeitos psicóticos, autistas, neuróticos graves e todos aqueles que por sua condição psíquica, estão impossibilitados de estabelecer ou manter laços sociais. (BRANDÃO JÚNIOR, 2008, p. 347).

1.1 - A Cidade dos loucos

O município de Paracambi, atualmente com 47.124 habitantes⁸ está localizado há aproximadamente 80 km da capital do estado. Última da cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro, também considerada pertencente à região centro sul do estado. Paracambi foi fundado como distrito em 1911. Com a união do distrito de Vassouras, denominado Taireté e o de Itaguaí, denominado Paracambi em 1960, formaram um único município, que manteve o nome de Paracambi por ser mais antigo.

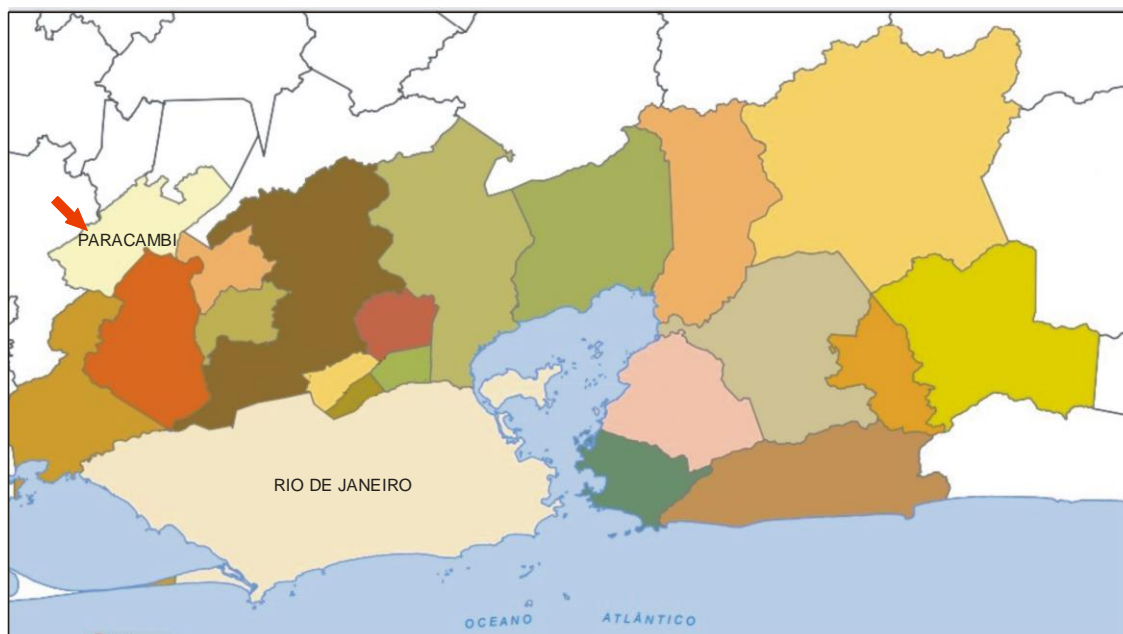


Figura 1: Mapa da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e localização do município de Paracambi.

De acordo com Guljor (2013), o município cresceu como vila operária e se desenvolveu com a inauguração da Estrada de Ferro Dom Pedro II em 1861, que ligava a cidade do Rio de Janeiro a Paracambi. Com a chegada da companhia Brasil Industrial fundada em 1895, o município foi ficando mais populoso. Outras indústrias têxteis e siderúrgicas também vieram a se instalar no local e em 1918 havia 1.250 operários empregados. Keller (2006) relata que as indústrias foram responsáveis pelo grande desenvolvimento do município, que se emancipou política, econômica e socialmente em 1960. A história de desenvolvimento socioeconômico de Paracambi é baseada no modelo das vilas operárias inglesas do século XIX.

⁸ Dados do Censo 2016 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=330360&search=rio-de-janeiro|paracambi>

Com efeito, as fábricas com vila operária tornam-se, a partir dessa perspectiva, um complexo socioeconômico, cultural e político: a fábrica moderna com o trabalho assalariado e sua “servidão burguesa”; o paternalismo industrial com formas específicas de educação (a escola operária), de religiosidade (as capelas com o (a) padroeiro(a) dos operários e da fábrica), de consumo (o armazém, o armazém etc.), de lazer (o clube social, o futebol de várzea). (KELLER, 2006 p.4)

A subsistência e o convívio social nessas vilas circulavam em torno de fábricas que forneciam o emprego, o lazer, a moradia e as regras de conduta dos habitantes GULJOR (2013). Nos anos 50, o município atinge seu ponto culminante no desenvolvimento industrial. Nesta época, a assistência médica era apenas garantida aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário. Os Institutos de aposentadoria e pensões passaram a integrar em sua cobertura assistencial, a internação psiquiátrica utilizando-se principalmente da rede hospitalar privada CREPOP/CFP (2013). A Constituição de 1967 não havia introduzido o direito à saúde como o dever do Estado, mas afirmava a competência da União para determinar planos nacionais de saúde, além de permitir a colaboração entre entidades religiosas e o Estado.

Em 1963, é fundada a filial da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, cuja sede localizava-se em Botafogo, Rio de Janeiro. A unidade Paracambi, exclusivamente psiquiátrica, recebia pacientes com problemas crônicos, chamados “sem possibilidades terapêuticas”. No período de sua criação, a instituição tinha capacidade de receber 2.550 internos. De acordo com Guljor (2013) neste período, era comum ouvir dizer que a Casa de Saúde Dr. Eiras era o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina e já possuía em suas dependências uma clientela de longa permanência institucional.

Yasui (2006) afirma os hospitais psiquiátricos foram transformando seu espaço interno, que além do tratamento, essas instituições segregavam e excluam do convívio social. A loucura tornou-se então objeto médico: ganhou valor de doença. As instituições psiquiátricas foram locais reservados para a diminuição do poder dos indivíduos e a produção do saber médico. De acordo com Foucault (1978), o louco é aquele que por sua irresponsabilidade inocente anula a liberdade, comprometendo a razão. O autor, ajuda na compreensão histórica por trás dos modelos vigentes de cuidados a esta população e apresenta em sua obra “História da Loucura na idade clássica” as reconfigurações e discursos da alienação proporcionando o entendimento da aproximação do fenômeno da loucura e de sua institucionalização.

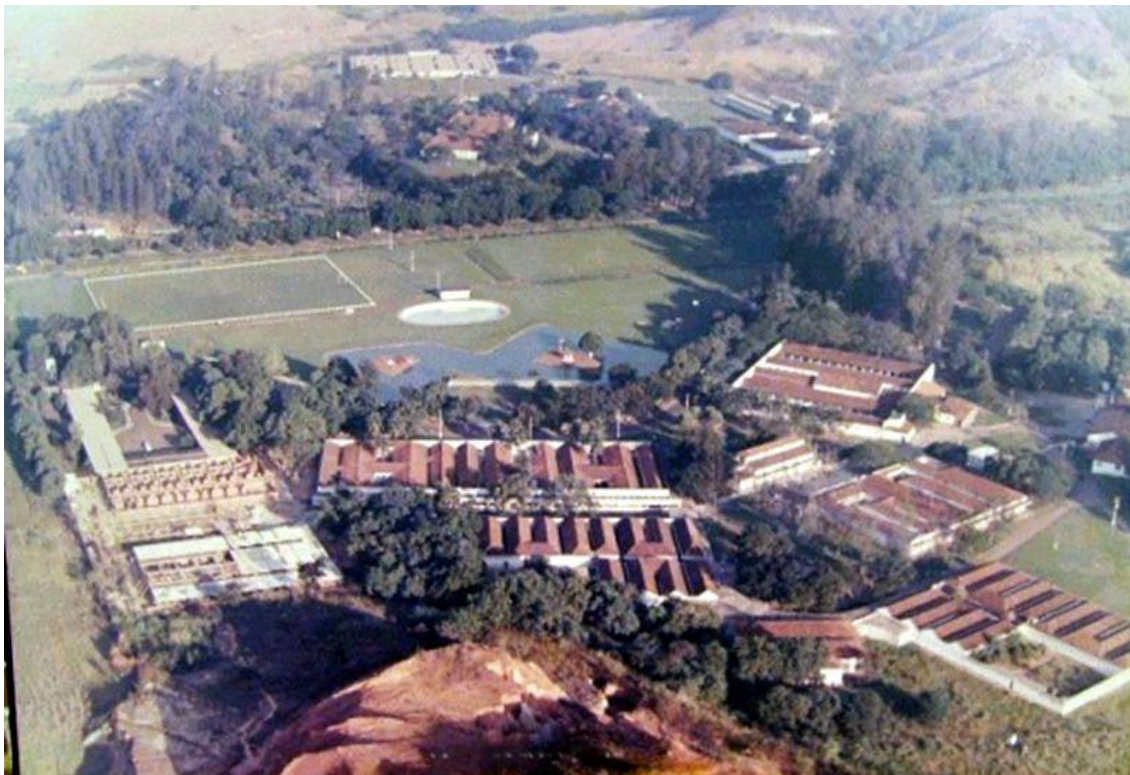


Figura 2: Vista panorâmica da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi.

De acordo com Foucault (1978), a partir do século XIX o discurso médico passa a deter a verdade sobre a loucura e o trabalho especializado se destaca com o médico psiquiatra que era responsável pela definição e cura da doença mental. O saber científico da psiquiatria foi ganhando forma no final do século XIX e a loucura passou a ser tratada em instituições específicas destinadas a essa finalidade e passou a ser domínio da medicina e reconhecida como doença mental. Segundo o mesmo autor, os hospitais psiquiátricos prestavam atendimento médico e também tinham o direito de decidir pelos loucos. A psiquiatria emergiu como um saber que tornava legítima a exclusão da loucura. Esse saber era construído socialmente e nunca era posto em questão. O louco era asilado em hospitais psiquiátricos onde o único olhar possível era o biológico, onde o médico psiquiatra, através do seu conhecimento especializado, era tido como detentor da cura dos males da loucura (PINTO, 2005).

Na década de 1970, mais uma instituição psiquiátrica é inaugurada no município, o Hospital Paracambi (Cascaeta). Considerando o pequeno porte do município, Guljor (2013) relata que se formou um parque psiquiátrico na cidade, que

adquiriu uma dimensão significativa e a Casa de Saúde Dr. Eiras passou a ser o maior empregador local.

Com o fechamento das indústrias têxtil e siderúrgica, a cidade de Paracambi iniciou um declínio econômico. Um número considerável de trabalhadores desempregados inicia o processo de “psiquiatrização” no município. De acordo com Guljor (2013), boa parte desses trabalhadores é inserida na carreira psiquiátrica, com vistas a obter auxílio doença e garantir os provimentos financeiros. O desenvolvimento capitalista, a disponibilidade das drogas psicotrópicas no mercado e a necessidade de reparação de mão de obra, projetaram mudanças sociais.

O perfil social da população psiquiátrica cresce em trabalhadores previdenciários urbanos acometidos por sofrimentos decorrentes das condições de trabalho impostas pelo desenvolvimento econômico, o que altera também o perfil nosológico dessa população, que passa a ser constituída por diagnósticos como neuroses e alcoolismos, numa reedição da psiquiatrização de problemas sociais CREPOP/CFP (2013, p.52).

A partir de então o macro hospital Casa de Saúde Dr. Eiras passou a ocupar um espaço que ao mesmo tempo em que cuidava de soluções para a questão da saúde, provia o emprego da população e também retiravam da comunidade aqueles que infringiam o pacto social. De acordo com CREPOP/CFP (2013) nesta época, as clínicas psiquiátricas privadas aumentaram e através do convênio que tinham com o poder público, obtinham lucro fácil por meio da psiquiatrização dos problemas sociais. Criou-se assim a chamada Indústria da Loucura. Nas décadas de 1960 e 1970 a Indústria da loucura na cidade de Paracambi passou a ser uma fonte imprescindível para a sobrevivência dos seus municípios. De acordo com Fassheber apud Guljor (2013) Paracambi passou a ser chamada de cidade dos loucos, a mesma denominação dada a cidade de Barbacena em Minas Gerais.

1.2 - A invisibilidade do confinamento

Nosso país concentrava um grave quadro nos hospitais psiquiátricos: superlotação; maus-tratos; péssimas condições físicas; escassez de profissionais; cuidados técnicos deficientes; falta de vestuário e de alimentação; CREPOP/CFP (2013). Nos hospitais psiquiátricos em Paracambi a situação não era diferente das que ocorriam em outras localidades brasileiras.

A Casa de Saúde Dr. Eiras também recebia e abrigava crianças e adolescentes com transtornos mentais e problemas neurológicos (GULJOR, 2013). Ao darem entrada na instituição ficavam instaladas no Pavilhão infantil Santa Rosa. Poucas literaturas discorrem sobre crianças abrigadas na Casa de Saúde Dr. Eiras. Rizzini⁹ (2008) afirma que a institucionalização infanto juvenil é um tema pouco abordado, porém é preciso romper o silêncio, tirar da invisibilidade e contribuir para que a história do confinamento de crianças e adolescentes não seja relegado ao esquecimento.



⁹ Doutora pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professora do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio (Graduação e Pós-Graduação) e diretora do Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (CIESPI) em convênio com a PUC-Rio.

Figura 3: Crianças, jovens e adultos internados no Pavilhão Santa Rosa no desfile do Dia da Independência. Arquivo Pessoal Dr. Cristina Vidal.

A ausência de liberdade através da institucionalização foi um dos métodos encontrados para segregar crianças e adolescentes pobres, delinquentes, deficientes, com transtornos mentais, entre outros considerados “incapazes” (BRASIL, 2014). Esse processo que se destinava a assistência da infância e adolescência resultou por um lado, na institucionalização do cuidado e pelo outro, na criminalização da infância pobre que acabou reproduzindo um quadro de desassistência, abandono e exclusão. Não havia uma tomada de responsabilidade do Estado, que ao contrário, oficializava este modelo de atenção e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social, a deficiente mental e a deficiente moral, ou seja, pobre, louco e delinquente (BRASIL, 2005a).

Abrigadas em instituições psiquiátricas crianças e adolescentes com transtornos mentais acabavam se tornando instrumentos de exclusão e sem recursos terapêuticos, não tinham alternativas para a ampliação de laços sociais, possibilidade de circulação, ampliação das formas de se expressar.

1.3 - Um panorama da institucionalização Infanto Juvenil no Brasil

As crianças e adolescentes com transtorno mental no Brasil vieram de uma longa história de exclusão e asilamento (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014; COUTO, 2004; COUTO, 2008; PINTO, 2005; QUEIROZ; RIZZINI, 2012). No início do século passado, foi popularizada a importância da proteção a crianças e adolescente, mas o modelo de assistência à infância no nosso país, isolava, confinava, e submetia as crianças e adolescentes ao silêncio e ao esquecimento. As ações voltadas para a infância e a adolescência foram marcadas por um padrão de proteção que resultou na construção de uma assistência não integradora e com forte disposição a institucionalização infanto-juvenil (BRASIL, 2005a).

Grande parte de crianças e adolescentes com de transtornos mentais passaram por este processo silenciosamente, mas não livre de consequências danosas. Incluídas como deficientes, assim como todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado. Esse modelo de atenção, de acordo com Couto¹⁰ (2008) atravessou o século XX deixando quase intocados os problemas relacionados à pobreza e/ou vulnerabilidade, onde muitas dessas crianças e jovens foram destinadas a um confinamento infundável no sistema de abrigamento, submetidas à invisibilidade e a um silêncio devastador.

A partir da década de vinte, ganha força na psiquiatria brasileira o movimento higienista¹¹. “Esse movimento tinha a proposta de cuidar da população, educando-a e ensinando-a novos hábitos” (FERNANDES; OLIVEIRA, 2012 p.3).

¹⁰ Maria Cristina Ventura Couto Doutora em Saúde Mental pelo Programa de Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2012). Desenvolve estudos, pesquisas, assistência e atividades de formação na área da saúde mental pública para crianças e adolescentes, com ênfase na atenção psicossocial. É psicóloga e pesquisadora do IPUB/UFRJ, exercendo atividades no Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB) e no Centro de Atenção Psicossocial CARIM do IPUB (CAPSi), onde é supervisora clínico-institucional.

¹¹ Movimento higienista teve início, no Brasil, no fim do século XIX e início do XX, visto que este tinha como objetivo uma modificação no comportamento da população brasileira. Os médicos higienistas tinham a responsabilidade de cuidar da saúde e da higiene do indivíduo e do país de certa forma, pois acreditavam que grande parte dos problemas da nação estava relacionada a questões sanitárias. (Fernandes; Oliveira, 2012. p.3)

O que se observa no século XIX, principalmente a partir de sua segunda metade, é que, na medida em que a medicina se torna mais científica e a prática médica vai deixando de ser exercida por leigos ou “quaseleigos”, esta ciência médica se torna poderosa e influente na sociedade, recebendo dela e dos poderes políticos constituídos, “autorização” para descobrir, propor e impor normas de saúde e equilíbrio que beneficiassem essa mesma sociedade (RIBEIRO, 2006, p.30).

O médico higienista não era responsável só pelas condutas higiênicas, mas era especializado em administração sanitária, saúde pública além de ser considerado um educador. O poder médico defendeu a preservação da saúde na cultura popular e buscava através da política higienista que cada pessoa se conscientizasse e mudasse os hábitos diários agindo como fiscal da higiene (FERNANDES; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Brasil (2005a), a partir da década de vinte, as instituições psiquiátricas começavam a se expandir nos grandes centros urbanos brasileiros e buscavam se legitimar como reguladoras do espaço social ultrapassando os limites do asilo, se construindo como um saber preventivo ao qual se vincula ao surgimento da psiquiatria infantil. Através da política higienista, a psiquiatria procurava conquistar maior autonomia e legitimidade, se disponibilizando como instrumento de intervenção na instituição familiar. Quando se tratava da saúde mental, os higienistas chegavam afirmar que a família era a grande causadora dos distúrbios mentais (FERNANDES; OLIVEIRA, 2012). “Não é difícil imaginar que, a partir daquele momento, transfiguraram-se a relação do psiquiatra com seu saber. Não se tratava mais do saber sobre a doença mental. O psiquiatra tinha que dominar a loucura a qualquer preço” (COSTA, 2006 P.29).

A lógica higienista, fez com que crescesse excessivamente a oferta de cuidados para crianças e jovens na sua maioria em instituições do campo filantrópico. Muitas crianças e adolescentes viviam à margem do sistema formal de saúde mental, asiladas em abrigos para deficientes que eram construídos com a finalidade de cumprir a função social de proteção e cuidado, mas acabavam se constituindo em instrumentos de exclusão submetendo as crianças à trivialidade da sua condição humana em nome da proteção e do cuidado (COUTO, 2004).

As crianças e adolescentes com transtornos mentais que viviam asiladas estavam afastadas da convivência familiar e comunitária e, aos poucos, acabavam perdendo seus

referenciais e sua história. Pinto (2005) assinala que a dinâmica do asilo era o aprisionamento do sujeito numa esfera única de cuidados que silenciava os corpos. “Confinados a uma vida limitada ao cuidado de seus corpos, lhes foi negada a possibilidade de serem reconhecidos como pessoas” (RIZZINI, 2008, p.12). Muitas crianças com graves comprometimentos físicos ou mentais eram encaminhadas para instituições consideradas adequadas para esses casos e muitas acabaram tendo seu quadro agravado durante a sua vida institucional entre tantas carências e falta de profissionais capacitados para reconhecer as singularidades de cada caso (IBID, 2008).

Em situações de crises ou nos casos mais graves tanto no que diz respeito aos agravos de natureza físico-neurológica, quanto aos transtornos psíquicos, eram indicados procedimentos de internação como meio de intensificar o cuidado. De acordo com CREPOP/CFP (2013), essas ofertas de assistência estavam regradas no saber epistemológico da psiquiatria e a loucura passou a ser reconhecida como doença mental. “Dessa forma surgiu o manicômio ou Hospital Psiquiátrico, designado templo da loucura, mas, sobretudo da ciência e graças a ele, a psiquiatria criou corpo enquanto especialidade” (IBID, 2013, p.48). Os locais de internação começaram a aumentar e os considerados loucos, tinham péssimas condições de vida em lugares sujos e frios. O tratamento para o transtorno mental se tornou um sinal de exclusão e asilamento.

Para Rizzini (2005), as consequências da vida institucional da criança e adolescente são bem conhecidas e no caso específico da criança, são graves os efeitos sobre seu processo de socialização e seu desenvolvimento como um todo.

Hoje compreendo que nas instituições algumas crianças portadoras de deficiência eram percebidas de forma difusa, ficavam confundidas entre as demais, genericamente percebidas como vítimas de “carência afetiva”. [...] Não se cogitava sequer questionar este procedimento. O que sei agora e desconhecia na época é que elas estavam condenadas ao confinamento perene. Dotadas de uma expressividade não compreendida – ou mesmo percebida – elas eram encaminhadas para o silêncio e para o esquecimento (RIZZINI, 2008, p.7).

Mas de acordo com Couto (2008) ainda não se pode determinar as implicações resultantes do longo processo de institucionalização infanto juvenil.

As tramas, os determinantes e os efeitos deste processo na história de cada uma das crianças e adolescentes, e de suas famílias, constituem pontos nebulosos, ainda não explorados em profundidade pelas políticas sociais em vigor (COUTO, 2008, p.9).

A história da saúde mental infanto juvenil no Brasil mostra que durante muitos anos as políticas de assistência para as crianças com transtorno mental se pautaram nos tratamentos em instituições filantrópicas, abrigos para deficientes, hospitais psiquiátricos ou manicômios.

CAPÍTULO DOIS

Da institucionalização da infância ao processo de transposição do modelo de assistência

Para a compreensão do processo de desinstitucionalização, este capítulo apresentará de forma sucinta como os importantes marcos “movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Luta Antimanicomial” foram fundamentais nas transformações e mudanças sociais no que diz respeito à desinstitucionalização, humanização e assistência prestada no campo da saúde mental. O movimento da reforma apontou as inconveniências dos modelos asilares como única fonte de tratamento dos pacientes com transtornos mentais. De acordo com Couto (2004) um dos maiores desafios da saúde mental era a construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes que reconhecessem suas necessidades e seguissem as diretrizes do SUS. Essa nova estruturação de política pública permitiu que os serviços ofertados a população infanto juvenil se apresentassem como uma nova proposta de cuidados as crianças e adolescentes com transtornos mentais que necessitavam de estratégias e formas de proteção por ações integradas.

Nessa discussão o CAPSi será apresentado como um dispositivo que desenvolve suas ações voltadas para a construção da autonomia e inserção social dos usuários do serviço marcando a possibilidade de cuidar sem excluir (BRASIL, 2013a). Também será abordada a chegada do CAPSi como proposta para a transformação da assistência prestada ao público infanto juvenil apresentando novas possibilidades de cuidado e marcando a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência, no que diz respeito ao tratamento dos transtornos mentais.

2.1 - Do asilamento à Reforma Psiquiátrica

Para entender a reforma psiquiátrica da criança e adolescente é necessário regressar aos primórdios da história da Reforma Psiquiátrica¹² no Brasil, quando esta surge no contexto das lutas pela redemocratização do país nos anos 70 passando a ser conhecida como um movimento histórico de caráter político e social em favor das mudanças do modelo de atenção. De acordo com Amarante¹³ (2004), o principal objetivo da reforma psiquiátrica era poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com o louco e conduzir essas relações no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, troca, solidariedade e cuidados.

A Reforma tem sua própria história, que traz como vertente principal a desinstitucionalização, a superação da violência asilar, a defesa da saúde coletiva, justiça na oferta de serviços e produção de tecnologias de cuidado na substituição de manicômios por outras práticas terapêuticas (BRASIL, 2005b). “A Reforma Psiquiátrica surge com a tentativa de implementar uma modificação na cultura do entendimento do que é o louco” (PINTO, 2005, p.13). O movimento da reforma apontou as inconveniências dos modelos asilares como única fonte de tratamento dos pacientes com transtornos mentais. A hegemonia do saber psiquiátrico começou a ser questionada e passou a ser alvo de críticas e reformulações. A trajetória da reforma tem como ponto em comum a posição dos trabalhadores da saúde mental contra as formas excludentes e desumanas de atenção em vários países do mundo.

A reforma psiquiátrica brasileira tem antecedentes históricos distantes e múltiplos que estão ao mesmo tempo vinculados a movimentos sociais, experiência de assistência e transformação de marcos teóricos e conceituais relativos ao campo (CREPOP/CFP, 2013, p.63).

¹² Processo político de transformação da assistência pública ofertada às pessoas com transtorno mental. Um processo crítico que propõe a superação do manicômio ou do hospital psiquiátrico como resposta a questões postas pela loucura por meio de criação de novos lugares de tratamento (CREPOP/CFP, 2013, p.46).

¹³ Prof. Dr. Paulo Amarante foi um dos fundadores do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Participa ativamente desta luta em frentes como Movimento Antimanicomial, magistério na ENSP/Fio Cruz, no curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP/FIOCRUZ, nas pesquisas do LAPS/ ENSP/FIOCRUZ, no projeto Loucos pela diversidade, uma parceria entre a FIOCRUZ e o Ministério da Cultura (MinC) entre outros.

A reforma brasileira sofreu influências das reformas psiquiátricas de diferentes países. Na Itália o psiquiatra Franco Basaglia foi responsável pela criação do movimento da psiquiatria democrática italiana, acompanhado de outros psiquiatras que integravam seu grupo promoveram discussões que colocassem em questão o modelo da instituição psiquiátrica como violadora dos direitos humanos (CREPOP/CFP, 2013). A proposta do novo modelo depreenderia substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços da saúde mental.

Nos Estados Unidos, as ideias de prevenção de Gerald Kaplan marcaram a psiquiatria americana. De acordo com CREPOP/CFP (2013) essas ideias consistiam em intervir nas condições de formação da saúde mental, se ocupar dos diagnósticos precoces das doenças mentais e a readaptação do usuário à vida social. Só ocorreria a internação psiquiátrica quando tivessem esgotadas as outras possibilidades. Além da influência de alguns países, a Reforma Psiquiátrica brasileira também sofreu a influência de inúmeros profissionais da saúde mental de várias partes do país.

O início do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país pode ser identificado a partir de 1978 (BRASIL, 2005b). Neste período, familiares e trabalhadores da saúde mental começaram a denunciar a violência dos manicômios, e construir críticas ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a. p.6).

Em 1987, com a proposta de mudança aos princípios éticos da assistência e a luta sob as várias formas de opressão social, sob o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” nasce em Bauru, interior de São Paulo, o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores da saúde mental, familiares, sindicalistas e membros de associações de pessoas com o histórico em internações psiquiátricas. “Esse movimento começa a construir uma crítica ao modelo asilar e ao saber psiquiátrico, passa a denunciar a violência nos manicômios, o comércio da loucura e a supremacia de uma rede privada de assistência” (BRASIL, 2005b, p.7). O movimento passa a propor novas formas de trabalho que pudessem romper com o modelo hospitalocêntrico. A partir daquele momento estava posto o desafio para o

campo da saúde mental “Os trabalhadores da saúde mental se posicionaram contra as condições de vida e a forma excludente e desumana de atenção que estavam submetidas às pessoas portadoras de transtorno mental” (CREPOP/CFP, 2013. p.63). O movimento foi redesenhando suas diretrizes, a base do seu modelo assistencial e o objeto da sua intervenção. De acordo com Amarante (1995), desde quando surgiu até os dias de hoje, o MTSM vem organizando diversas atividades artísticas, culturais e científicas nas principais cidades do país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais na questão.

Em 1989, a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica (luta ou movimento antimanicomial¹⁴) ganhou força nos campos legislativos e normativos após a regulamentação a Lei 10.216 de 06/04/2001 dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Essa lei impõe um novo ritmo ao processo da reforma psiquiátrica no Brasil quando ganha maior sustentação e passa a consolidar-se, estabelecendo a necessidade de política específica e reabilitação psicossocial para pessoas com longa história de permanência em hospitais psiquiátricos.

Em 2001, acontece em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental que consolida a Reforma Psiquiátrica como uma política de governo, a implantação de redes de serviços comunitários territoriais de saúde e confere ao CAPS¹⁵ (Centro de Atenção Psicossocial) o valor estratégico para a mudança no modelo de assistência à saúde mental. De acordo com Pinto (2005), a existência do CAPS marca a possibilidade de cuidar sem excluir.

A assistência psiquiátrica em Paracambi sempre foi pautada no modelo hospitalocêntrico, assim o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e o questionamento da condição dos internos de hospitais psiquiátricos inseriram a Casa

¹⁴ Nome dado ao movimento pela reforma psiquiátrica brasileira formado por profissionais, usuários, familiares e sociedade civil. Possui o dia 18 de maio como referência e comemora-se como feriado nacional.

¹⁵ Instituições públicas brasileira de assistência às pessoas com transtorno mental. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme a portaria 336/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad e CAPS ad III. Vale esclarecer que os CAPS III, funcionam 24hs, os CAPS I, não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPSi (infanto juvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes.

de Saúde Dr. Eiras no cenário nacional. Guljor (2013) afirma que, no entanto, o processo de desinstitucionalização neste município foi sendo desenvolvido de forma lenta e perdurou por alguns anos. A intervenção oficial da Casa de saúde Dr. Eiras ocorreu em 2004, porém o fechamento completo aconteceu em 2012. A instituição que chegou a ser considerado o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina corroborou como o impulsionador de políticas públicas e da estruturação de uma rede complexa de cuidado em saúde mental no município.

2.2 - Política de saúde mental dirigida à criança e ao adolescente

A Reforma psiquiátrica foi ganhando seus contornos, porém um dos maiores desafios da saúde mental era a construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes que reconhecessem suas necessidades e seguissem as diretrizes do SUS. Durante anos, as únicas opções de atenção, acompanhamento e orientação dirigidos às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais eram na sua maioria, de natureza privada, filantrópica, dispositivos de assistência social entre outros. Faltavam diretrizes políticas que instituíssem o cuidado no campo da atenção pública para as crianças e jovens, além da falta de tomada de responsabilidade do Estado pelas ações oficiais de cuidado (BRASIL, 2005a). Muitas vezes o que se via era um quadro de abandono, desassistência e exclusão.

A percepção da infância por Phillipe Ariès (1978) contribuiu para o entendimento do arranjo das políticas públicas para atender à infância, uma vez que a sua obra “História Social da Criança e da Família” traz a compreensão do papel social da criança assim como as suas necessidades. De acordo com Ariès (1978), desde o século XII até o século XX a sociedade foi formando modelos e conceitos para a infância, começando a produzir mecanismos que valorizassem a criança pobre, pois o sentimento da infância se dava nas classes sociais mais favorecidas e a criança pobre continuava sem conhecer o verdadeiro sentido da infância sendo deixada à própria sorte. É possível constatar através da obra de Ariès (1978) a fragilidade da criança, assim como sua desvalorização.

Ao longo dos anos esse panorama de desvalorização e desigualdade continuou persistindo e a partir da noção da percepção de infância, o Estado passou a buscar através de programas assistenciais e filantrópicos, a reparação de erros e descasos com a infância e a adolescência.

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social. (BRASIL, 2014 p.9)

Havia uma escassez de cobertura pública com a infância. As crianças e adolescentes com transtornos mentais se encontravam algumas vezes dentro das unidades psiquiátricas hospitalares e grande parte viviam abrigados em dispositivos de assistência social, abrigos construídos com objetivo de cumprir a função de cuidado e

proteção às crianças (COUTO, 2004). Estes dispositivos apresentavam condições insalubres de sobrevivência e não existiam trabalhos que sustentassem a condição de sujeitos dessas crianças. Nestes abrigos, acabavam se tornando instrumentos de exclusão, pois não se encontravam incluídos no sistema formal de saúde, eram somente parte da assistência social “[...] uma vez que “abrigadas” não faziam parte de nenhum tratamento psicológico nem educacional” (PINTO, 2005, p.14). Nesses abrigos eram oferecidas em grande parte uma assistência determinada pela montagem de dispositivos mais pedagógicos do que clínico.

O confinamento em instituições passa a ser questionado quando se elege o referencial de direitos humanos nas legislações e nas políticas públicas contemporâneas. Propõe-se uma mudança de paradigma, na qual a criança e o adolescente passam a ser vistos como sujeitos de direitos. (RIZZINI, 2008 p.1).

De acordo com Couto (2004) não era uma tarefa simples o desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental. Seria necessário impor para essa construção alguns delineamentos éticos, políticos, clínicos assistenciais, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento. Houve um grande avanço no que diz respeito ao atendimento dos transtornos mentais. Diante dos diferentes problemas apresentados pelas crianças e adolescentes, foi realizado o Fórum Nacional de Saúde Mental infanto juvenil concretizado mediante ao esforço de representantes de diversos setores, se fortalecendo como espaço de diálogo e construções de possíveis consensos consolidando as redes de serviços. O Fórum procurou integrar as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, com o objetivo de estabelecer e assegurar os direitos de cidadania a crianças e adolescentes (BRASIL, 2005a). O ECA é uma grande conquista dos direitos humanos no Brasil.

De acordo com Couto (2004) as ações que caracterizam a política pública infanto juvenil passam a ser regidas por princípios pautados em uma ética e em uma lógica de cuidados. Essa nova estruturação de política pública permitiu que os serviços ofertados a população infanto juvenil se apresentassem como uma nova proposta de cuidados a um grupo vulnerável na sociedade, entre eles crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que necessitavam de estratégias e formas de proteção por ações integradas.

2.3 - CAPSi: dispositivo de cuidado na saúde mental infante juvenil

Historicamente, ficou evidente a necessidade de um espaço de cuidado que substituísse os antigos modelos asilares e oferecesse uma rede de assistência em saúde mental implicada na escuta clínica do sujeito. De acordo com Brasil (2005b) essas mudanças importantes começaram a acontecer logo após a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, quando os CAPS, passaram a ter um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, atuando como organizador de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Desde os anos 1990 os CAPS foram os primeiros serviços impulsionados pela política nacional de saúde mental, para a construção de uma rede ampliada de cuidados (BRASIL, 2013a). Entende-se que o conceito de atenção psicossocial dentro da experiência brasileira orienta um novo olhar sobre políticas e práticas no campo da saúde mental.

Constituindo-se como um paradigma no campo da saúde mental coletiva, a atenção psicossocial orienta o desenvolvimento do projeto institucional dos serviços da rede substitutiva de saúde mental, sobretudo os CAPS, estratégicos nesta rede substitutiva (CREPOP/CFP, 2013).

Os CAPS promovem a articulação do serviço de saúde e da rede territorial, operam com as portas abertas e têm objetivo de oferecer cuidado aos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e droga (BRASIL, 2004a). Este equipamento substitutivo aos antigos hospitais psiquiátricos acolhe as demandas que chegam até o serviço, sejam de forma espontânea ou referenciada, sempre pautadas no vínculo com os usuários e seus familiares.

Para o cuidado específico infantil foi consolidado o Centro de Atenção Psicossocial infante Juvenil (CAPSi) através da publicação da Portaria 336/2002, como equipamento privilegiado para atenção psicossocial à criança e adolescentes com transtorno mental no âmbito do SUS (Brasil, 2014). Para este fim, o equipamento apresenta diversas formas de organizar o cuidado, dividindo o olhar com cada integrante da equipe para que se garanta a plasticidade necessária que responda as demandas dos usuários. São dispositivos que potencializam os cuidados construídos de acordo com a necessidade dos sujeitos e com o cotidiano dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2013a).

Com a inauguração dos primeiros CAPSis no Brasil na cidade do Rio de Janeiro, foi marcada a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência no que diz respeito ao tratamento dos transtornos mentais. De acordo com Pinto (2005) as crianças que não eram tratadas na saúde mental, passaram a ter prioridade no atendimento infanto juvenil a partir das discussões sobre a importância do CAPSi para os transtornos mentais graves.

O CAPSi é um dispositivo de saúde mental voltado para o público infanto juvenil. É um serviço público, territorial, financiado com recurso do SUS com a função de regular a atenção em saúde mental com base na integralidade do cuidado (BRASIL, 2013a). É um espaço diferente dos poucos que foram oferecidos às crianças ao longo da história psiquiátrica. Ao ser incluído no campo de assistência pública, o CAPSi responde uma dívida histórica no campo da saúde mental, se responsabilizando pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves (COUTO, 2004). Atualmente o CAPSi se estabelece como base de sustentação da saúde mental pública infanto juvenil.

Quando chegam ao CAPSi, a criança e sua família é recebida por um técnico de referência¹⁶ que faz o acolhimento numa relação humanizada e acolhedora. A família acolhida é incluída na parceria do trabalho, pois se entende a família como cuidadora nas situações de doenças dos seus membros e cabe aos profissionais orientá-la e fortalecê-la, pois esta é de grande importância para o andamento do tratamento. De acordo com Brasil (2004) a família é considerada parceira no tratamento e muitas vezes, são o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo. Para além do trabalho realizado na atenção à criança, também é oferecido apoio à família. A partir do primeiro contato feito com a família ou a criança, se inicia uma linha de cuidados em diferentes regimes de tratamento onde são desenvolvidas diversas atividades terapêuticas (BRASIL, 2013a). A família é acolhida e incluída como parceira no trabalho, e tem grande importância no andamento do tratamento. “Entende-se que não basta tratar o portador de sofrimento psíquico isoladamente, mas ofertar cuidados a todos àqueles que compõem o núcleo familiar” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 339). Muitas vezes a

¹⁶ Seu funcionamento baseia-se na formação de vínculo entre usuários e profissionais e na co-construção do tratamento de tal modo que, mediante a elaboração compartilhada do projeto terapêutico, um profissional ou um grupo deles toma para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas, tais como questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras (MIRANDA; CAMPOS, 2010, p.1154).

família se configura no fortalecimento do vínculo entre os usuários e os profissionais da equipe, pois o trabalho com essas crianças algumas vezes é um trabalho difícil e precisa ser sustentado pelo profissional.

Conforme Miranda; Campos (2010), o técnico de referência é um profissional da equipe de saúde mental e cabe a este, oferecer suporte ao usuário para se adaptar as suas necessidades, ao ganho de autonomia ou lidar com situações de agonia.

Os profissionais designam o técnico de referência como o “pivô”, o “chave”, o “coração” do CAPS. Explicam que ele tem a função de articulação do tratamento junto ao paciente, identificando as necessidades, desejos, limites e possibilidades deste, em diversos âmbitos. Reconhecem que é esperado que a equipe de referência facilite a circulação do paciente entre os diversos profissionais, contudo sempre há um ou dois deles de quem cada usuário é mais próximo (MIRANDA; CAMPOS, 2010, p. 1157).

De acordo com as autoras acima citada (2010), para os familiares a disponibilidade dos profissionais, o acompanhamento de necessidades cotidianas e situações de crise são os fatores que definem o trabalho das equipes de referência. O profissional da equipe de referência que acolhe um caso, não se encontra sozinho na responsabilização deste, pois os demais profissionais da equipe colaboram de forma compartilhada e ancorada no projeto terapêutico, possibilitando discussões, avaliações e comunicação entre esses profissionais e os usuários do serviço. Os CAPSis estão articulados numa rede intersetorial ampliada que envolve a saúde mental e outros setores públicos com diferentes graus de complexidade e níveis de intervenção, capazes de responder por diversos problemas que envolvem a saúde mental da criança e do adolescente.

CAPÍTULO TRÊS

Ampliação do cuidado na Saúde Mental Infanto Juvenil

Esse capítulo será apresentado em três tópicos que discorrerão sobre a ampliação do acesso à atenção psicossocial, os recursos terapêuticos trabalhados no CAPSi e a apresentação da proposta terapêutica de inserção de crianças e adolescentes usuários da saúde mental no município de Paracambi em outros espaços com objetivo de inseri-los em atividades, artísticas, científicas, esportivas e culturais trabalhando a reabilitação psicossocial e promovendo saúde.

No primeiro momento será retratado o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, serviços essenciais que qualifica o cuidado e promove o acolhimento dos usuários e suas famílias com acompanhamento contínuo de atenção às urgências.

No segundo momento, será discutido o trabalho interno realizado no dispositivo de saúde como as oficinas, ateliês, coletivos clínicos, mostrando que o cuidado com as crianças e adolescentes no CAPSi compreende uma série de dinâmicas diversificadas, onde todos os recursos terapêuticos apresentados no serviço são aliados importantes na transformação institucional e ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental.

Em seguida será pensado sobre uma nova forma e entendimento de práticas de cuidado e intervenções terapêuticas extramuros, inserindo os usuários em outros espaços, de forma a mudar a cultura do entendimento do que é o louco e ter o cuidado de não reproduzir a história de invisibilidade da criança e do adolescente com transtornos mentais graves que eram acolhidos, abrigados e assistidos apenas dentro de instituições.

A concepção desse novo entendimento de intervenção busca a sustentação de uma posição teórica que orientem a equipe de saúde mental infanto-juvenil nas intervenções terapêuticas e práticas de cuidado.

3.1 - Rede, território, intersetorialidade: parcerias essenciais.

O modo como entendemos a infância e adolescência foi se modificando ao longo do tempo (ARIÈS, 1978). A compreensão das sociedades sobre as limitações, necessidades, foi influenciando e oferecendo referências no ajuste da vida cotidiana. De acordo com Couto (2004) o Brasil possuía bases concretas para a construção de caminhos efetivos de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Para atender a complexidade das demandas de inclusão das crianças e adolescente era necessário que houvesse mais que um serviço ou equipamentos essenciais para a organização de uma rede que incluísse outros dispositivos de cuidados do território no campo da Saúde Mental.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) atribui ao SUS a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. (BRASIL, 1990b). No ano de 2011, foi instituído pela Portaria MS/GM nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que “[...] prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS”. (BRASIL, 2014, p.29). A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim, de base comunitária e para que seja organizada deve-se ter a noção de território¹⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a articulação da RAPS tem objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial, promover o vínculo das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias aos pontos de atenção, qualificando o cuidado e promovendo a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher essas crianças e suas famílias e acompanhamento contínuo de atenção às urgências.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a RAPS está organizado a partir dos seguintes setores que são compostos por:

¹⁷ Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas de pessoas, instituições das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. (BRASIL, 2005b, p.26)

- Atenção Básica em Saúde – UBS; ESF; NASF; Centros de Convivência e Cultura – Ações de cuidado: acolhimento, matriciamento, processo diagnóstico e cuidado continuado.
- Atenção Psicossocial Estratégica – CAPS I, II, III, CAPS AD E CAPSi - Ações de cuidado: acolhimento, cuidado continuado, apoio matricial, processo diagnóstico, reabilitação psicossocial, atenção às situações de crise.
- Atenção à Urgência e Emergência – SAMU, UPA - Ações de cuidado: Atenção às situações de urgência.
- Atenção Hospitalar – Leitos ou enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais – Ações de cuidado: Atenção às situações de agravamento clínico.
- Estratégias de desinstitucionalização – Serviços Residenciais terapêuticos; Programa de Volta pra Casa - Ações de cuidado: Reabilitação psicossocial de egressos de longas internações.
- Reabilitação Psicossocial – Iniciativas de geração de trabalho e renda; empreendimentos solidários; cooperativas sociais - Ações de cuidado: Itinerários de reabilitação psicossocial.

A organização da RAPS deve ocorrer de acordo com os contextos do município e da região em parceria com os diversos pontos de atenção articulados conforme as necessidades dos usuários e dos seus familiares.

A RAPS tem como alguns dos seus princípios fundamentais o respeito aos direitos humanos, atenção aos mais necessitados, luta contra o preconceito, garantia de acesso e qualidade dos serviços, diversas estratégias de cuidado, organização dos serviços em rede de atenção, entre outros (BRASIL, 2013). As articulações intersetoriais são parcerias para a garantia dos direitos das crianças e adolescentes com transtorno mental à educação, à saúde e à inserção destes na vida comunitária.

3.2- Oficinas, Ateliês e Coletivos clínicos: Cultura e arte na saúde mental.

Ao rever a história da institucionalização infanto juvenil Couto (2004) mostra que as crianças e adolescentes eram destinadas a um confinamento infundável no sistema de abrigo, submetidas à invisibilidade e a um silêncio devastador. Após a chegada do CAPSi foi marcada o início de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência no que diz respeito ao tratamento dos transtornos mentais.

A construção do campo multidisciplinar permitiu que os profissionais realizassem com seriedade todas as atividades pautadas em padrões éticos que norteassem as novas propostas terapêuticas. As últimas décadas foram marcantes na substituição do modelo asilar pelo modelo de atenção psicossocial com novos investimentos em recursos que valorizassem as formas de cuidado (CREPOP/CFP, 2013). Entre algumas estratégias utilizadas, se destacam os ateliês, oficinas e coletivos clínicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) os CAPS/CAPSis não são iguais e se diversificam nas atividades terapêuticas. Muitas vezes as mesmas atividades podem ser nomeadas de formas diferentes de acordo com cada serviço.

A observação livre em atividade, dirigida e não dirigida, é um modo possível para o profissional se confrontar com a forma pela qual a pessoa se relaciona com os outros, como se comunica, se apresenta iniciativas ou demandas ao outro e como isso se dá, se há manifestações de interesses compartilhados, em que grau está a necessidade de se comunicar, assim como o conforto de ficar só. Além disso, as atividades em grupo possibilitam verificar as reações, as mudanças, a capacidade de se submeter a regras estabelecidas e as formas de lidar ou compartilhar interesses com as demais pessoas. Desta forma pode se verificar a capacidade de realizar atividades coletivas e as respostas às solicitações. (BRASIL, 2013a p.47).

Existem organizações correspondentes para as diversas demandas conforme a singularidade de cada história. As crianças e jovens são avaliados para que possam participar do dispositivo de cuidado que melhor se apresenta às suas necessidades, levando em consideração a produção de autonomia e a reabilitação psicossocial.

Uma das principais formas de tratamento ofertadas no CAPSi são as oficinas terapêuticas (BRASIL, 2004b). Para serem consideradas terapêuticas, as oficinas devem possibilitar aos usuários do serviço, um lugar de expressão e acolhimento. Para este fim,

elas avançam no caminho da reabilitação psicossocial permitindo a possibilidade da criança projetar os seus conflitos através da arte, do seu potencial criativo, da sua expressão e a imaginação. O recurso das oficinas em saúde mental possibilita o fortalecimento da autoestima, a confiança e a expressão da subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). As configurações das oficinas terapêuticas são diversificadas de acordo com a demanda de cada serviço.

A oficina é um dos muitos recursos de cuidado e está entre as principais formas de tratamento no CAPSi. “Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários” (BRASIL, 2004b, p.20). As oficinas terapêuticas constituem um importante instrumento de ressocialização à medida que propõe como pensar e atuar de forma coletiva (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Neste sentido, elas podem ser produzidas de diversas maneiras com atividades que tenham lugar na cultura e na arte, em cujos campos as crianças tornam livres algumas formas de se expressar.

Nos CAPS, a arte em suas várias expressões vem sendo utilizada nas oficinas terapêuticas, embora em alguns casos a apropriação do seu campo conceitual pelos técnicos em saúde mental ainda ocorra de forma incipiente. A arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados. Ainda que haja indefinição por parte dos profissionais da área quanto às formas de compreensão da relação entre arte e terapia, o seu valor na reabilitação está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais. (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p.341)

Os ateliês assim como as oficinas são espaços que valorizam os processos de subjetivação, organizam, estruturam e são fundamentais para a construção da clínica. Eles trazem uma abertura para a comunicação e permite a expressão de conteúdos internos proporcionando a elaboração de conflitos psíquicos. Através destes dispositivos, pode-se intervir com ferramentas ou simplesmente permitir que o espaço terapêutico fique livre para a produção da subjetividade e o enriquecimento do contato da criança com o mundo.

Outro recurso utilizado nos CAPSis é o coletivo clínico que é um espaço onde crianças e adolescentes em sofrimento psíquico podem falar ou expor seu sofrimento através da disponibilidade da escuta. A escuta é uma ferramenta de extrema importância neste dispositivo e a abordagem psicanalista contribui para um trabalho no qual o

sujeito deve ser sempre escutado para acolher e resgatar a subjetividade¹⁸. Pinto (2005) vem falar que a abordagem psicanalítica se configura na construção de um trabalho no qual o sujeito precisa ser escutado considerando a singularidade de cada caso, o que não é uma tarefa fácil, mais extremamente necessária. Muitas vezes alguns usuários com transtorno mental chegam ao serviço de diversas maneiras, medicados e até diagnosticados, mas sem que se tenha sido feita nenhuma escuta cuidadosa. O trabalho da escuta psicanalista trouxe visibilidade a essas crianças, pois são considerados sujeitos no campo da linguagem com grandes possibilidades de inserção social (PINTO, 2005). A cada dia o Brasil tem avançado nas discussões da Reforma e a existência de uma rede de assistência implicada na escuta do sujeito, trouxe importantes transformações para o campo da saúde mental infanto-juvenil.

O trabalho com a criança e adolescente no CAPSi não é realizado somente através da escuta, mas também mediante a pequenas brechas que surgem a partir dos seus interesses e podem ser potencializadas ajudando-os na relação com os outros. De acordo com Brasil (2013a) é construído um trabalho subjetivo com essas crianças, dando valor a algumas situações que aparecem como atos involuntários principalmente pelos autistas, como tapar o ouvido, virar a cabeça, se sujar etc. O trabalho feito com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, precisa ser suportado pelas pessoas que trabalham com esses sujeitos (PINTO, 2005). Muitas vezes o profissional tem que aprender a lidar com a própria angústia, reconhecendo que algumas crianças e adolescentes apresentam uma forma peculiar de se posicionar frente à realidade e na sua relação com os demais. Esse modo de se posicionar expressa a singularidade de cada caso.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) aponta a abordagem clínica psicanalista como a aquela que considera a singularidade de cada caso. O trabalho realizado no CAPSi envolve um aprimoramento clínico extremamente importante, pois abordagem psicanalítica busca minimizar as angústias e as dificuldades encontradas por eles, permitindo que estes localizem as fraquezas nas trocas afetivas e emocionais que os fazem se isolar e ao mesmo tempo permite que encontrem uma saída na relação com aqueles que os cercam.

¹⁸ Subjetividade é o processo vivido e tecido ao longo da trajetória do sujeito (CREPOP/CFP, 2013, p.83).

3.3 Para além dos muros

O CAPSi de Paracambi teve como antecedente o ambulatório ampliado de saúde mental infanto juvenil que funcionava no município desde 2008 e iniciou suas atividades como Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil em 2013, como equipamento privilegiado para atenção psicossocial à criança e adolescentes com transtorno mental no âmbito do SUS em substituição ao antigo modelo hospitalocêntrico transformando a história de atenção e cuidado infanto juvenil neste município. Para este fim, de acordo com Brasil (2013a) o dispositivo apresenta diversas formas de organizar o cuidado, dividindo o olhar com cada integrante da equipe. De acordo com Azevedo e Miranda (2011) as propostas terapêuticas do CAPSi contam com diversas abordagens para atender as complexidades das demandas e as necessidades das crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico. São recursos que compreendem uma série de dinâmicas diversificadas que são pensadas e discutidas pelos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares que fazem parte do serviço.

Ainda de acordo com as autoras (2011) um dos grandes desafios dos CAPS hoje em dia, representa a articulação intersetorial e social, capaz de (re) inserir o sujeito com transtorno mental e sua família à dinâmica comunitária, através de ações e espaços melhor ampliados e estruturados em outros territórios. Compreendendo a complexidade deste desafio, para além das propostas e recursos apresentados no espaço físico do Capsi e da articulação com a Rede de atenção à saúde, começou-se a pensar em uma proposta a ser entregue no município de Paracambi, que medrasse os espaços ofertados para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, refletindo a importância de estarem inseridos em outros locais que oferecessem recursos e alternativas para a ampliação de laços sociais e o favorecimento da inserção em contextos diversos.

Para Vasconcelos et al (2016) pensar sobre Projeto em saúde mental é romper com uma ação normativa, para aproximar-se de um processo social complexo que compreende a reflexão de conceitos indispensáveis para o cuidado psicossocial, como, por exemplo, a concepção de saúde e doença, loucura e inserção social.

De acordo com Couto (2004) não é uma tarefa simples o desafio de construir uma direção pública para o atendimento em saúde mental. Para que isso ocorra é necessário impor a construção de alguns delineamentos éticos, políticos, clínicos

assistenciais, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e de planejamento.

A construção do projeto para ampliação de espaços de inserção social foi pensada conforme Vasconcelos et al (2016) que entendem que o modelo do projeto terapêutico pode ser definido por algumas características. A primeira, por questões da micropolítica dos processos de trabalho, que envolve a atividade cotidiana das equipes de saúde. Depois, por questões de macropolítica, como exemplo, as influências de normas e regras na ordenação de serviços implicados com a produção do cuidado, usuários, trabalhadores e gestores nas diversas instâncias do SUS. E por fim, definido pelos próprios trabalhadores que estão no cenário e práticas de cuidado, isto porque, o trabalhador da saúde mental tem um modo singular de entender o que é o cuidado e tudo o que envolve sua prática: o trabalho em equipe, os usuários, o compartilhamento de saberes e fazeres na relação com os outros.

Entendendo o manejo para a construção do projeto e com a compreensão de que a saúde mental vem a cada dia aprimorando novas formas de cuidado, alguns profissionais de saúde do Capsi de Paracambi através das suas práticas, saberes e o cotidiano do serviço começaram a se estruturar para a formulação de um projeto que contribuísse para mudanças e melhoramentos das práticas em saúde. Para tanto, foi pensado na construção deste projeto como uma nova concepção e entendimento de práticas de cuidado e intervenções terapêuticas, que envolvesse o território e que trabalhasse na ampliação de espaços de forma a inserir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em atividades, artísticas, esportivas e culturais. Desse modo, foi gerado o projeto Ampliar¹⁹.

Entende-se que inserção de crianças e adolescentes em outros espaços que envolvam atividades artísticas proporcione naturalmente seu potencial criativo “a arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados” (AZEVEDO; MIRANDA p.2, 2011). Ainda que profissionais da área não entendam a relação entre arte e terapia a sua significação na reabilitação está na possibilidade da criança e do adolescente descobrirem suas potencialidades para conquistar espaços sociais. O projeto Ampliar abre espaços para pensar na relação da

¹⁹ Projeto idealizado pelo CAPSi, com a parceria da Coordenação de Inclusão escolar e Assistência Social do Polo de Saúde mental do município de Paracambi (em anexo).

criança com a arte instaurando um novo olhar que visa entender a criança como um todo, não apenas a saúde mental, como também o cuidado com a saúde física pensando na relação da criança com o seu corpo e inserção social.

Leite; Bontempo (2008) afirmam que crianças e adolescentes com transtorno mental grave apresentam em geral, dificuldade de situar-se em relação ao seu corpo. São usuários que trazem vivências e questões de fragmentação do próprio corpo. Diante disto, a atividade físico-esportiva pode tornar-se um instrumento capaz de amenizar o sofrimento, um mediador das relações do sujeito com o mundo. Podendo apresentar-se também enquanto instrumento de comunicação através da linguagem corporal.

Considera-se também que a atividade físico-esportiva é uma das dimensões do esporte e que quando conduzida em uma perspectiva da vivência lúdica, utilizando como conteúdo as expressões corporais do movimento, as brincadeiras e os jogos cooperativos, propicia momentos de alegria, prazer e satisfação, podendo possibilitar a construção de um laço social para os pacientes com transtorno mental. (LEITE; BONTEMPO, 2008 p.2)

A portaria 336/2002 do Ministério da Saúde abre possibilidades para a inclusão de práticas esportivas com o objetivo de dar suporte ao seu modelo assistencial. Estabelece que os CAPS/CAPSI's devam incluir em suas modalidades de tratamento atividades de suporte social, tais como: “atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações intersetoriais” (BRASIL, 2004a p.2). Sabe-se que os benefícios do esporte e da atividade física não se limitam, simplesmente, ao bem-estar da pessoa. As atividades físicas e esportivas proporcionam oportunidades de aprendizagem, bem como prazer e autoestima, melhorando a qualidade de vida e promovendo saúde.

Para além das atividades artísticas e esportivas, o projeto Ampliar também conta com a inserção de crianças e adolescentes em espaços culturais, pois através da dança, música, imagens, verbalizações, leitura, escrita, desenhos, as crianças podem apresentar a criatividade e expressar a subjetividade. De acordo com PINTO (2005), o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave incide menos sobre a tentativa de cura e mais sobre a produção da subjetividade.

O município de Paracambi oferece alguns espaços culturais. A antiga instalação da fábrica Brasil Industrial que foi inaugurada em 1895, hoje é um espaço conhecido como Fábrica do conhecimento²⁰. A antiga fábrica de tecidos fez parte da história de Paracambi e após o seu fechamento em 1985, a instalação foi tombada pelo Instituto Estadual do Patrimônio Cultural (Inepac). Em 2001, foi comprada pela prefeitura e então transformada na Fábrica do Conhecimento ou universidade municipal como é conhecida.



Figura 4: Fachada da antiga Fábrica têxtil Brasil Industrial e atual Centro de Cultura de Paracambi.

Atualmente, o espaço é um grande complexo onde funcionam a Companhia Municipal de Balé, o Planetário, o Espaço Cinema e Arte e o núcleo da Escola de Música Villa-Lobos; além do Espaço da Ciência e de uma brinquedoteca. Lá também estão instaladas as secretarias municipais de Cultura e de Meio Ambiente.

A inserção de crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico no contexto cultural não é um trabalho direcionado para a cura, mas que possibilita modos de estar na vida, de se expressar, que estimula e amplia a linguagem, comunicação e a

²⁰ Dados da Secretaria de Estado de Cultura RJ.
Disponível em (<http://mapadecultura.rj.gov.br/manchete/fabrica-do-conhecimento>)

socialização. “É preciso desconstruir a intervenção orientada pela cura e construir ações orientadas para a finalidade da emancipação e comprometidas com a criação de possibilidades de produção de vida e de participação e convivência social” (CREPOP/CFP, 2013). A partir do momento que são livres para expressar a subjetividade, projetam seus conflitos e avançam para o caminho da reabilitação psicossocial.

O projeto idealizado objetivou envolver crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em espaços que permitisse maiores recursos e alternativas. Assim, ao serem levados a refletir sobre a construção de projetos terapêuticos, os profissionais planejaram as ações, a partir das diretrizes políticas, fundamentação teórica, da dimensão de suas práticas e saberes e de experiências no campo da saúde mental. Para a conclusão do projeto no contexto social, Vasconcelos et al (2016) assinala que é essencial a participação do usuário e de sua família junto à equipe de saúde, num movimento que congregue a rede assistencial e social de apoio para discussão do cuidado psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho procurou-se apresentar como o modelo de assistência ofertado às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves era marcado por um padrão de proteção submetido à lógica da institucionalização e mostrar como a assistência à infância no nosso país segregava, confinava, e submetia as crianças e adolescentes ao silêncio e ao esquecimento.

O levantamento bibliográfico mostrou que as crianças e adolescentes com transtornos mentais que viviam asilados, aos poucos perdiam seus referenciais e sua história devido ao afastamento da convivência familiar e comunitária. Muitas crianças com graves comprometimentos físicos ou mentais eram encaminhadas para instituições consideradas adequadas para esses casos e muitas acabaram tendo seu quadro agravado durante a sua vida institucional entre tantas carências e falta de profissionais capacitados para reconhecer as singularidades de cada caso.

Muitas vezes eram indicados procedimentos de internação como meio de intensificar o cuidado. Os locais de internação começaram a aumentar e o único olhar possível para essas crianças e adolescentes era o biológico, onde o médico psiquiatra, através do seu conhecimento especializado, era tido como detentor da cura dos males da loucura.

O estudo evidenciou que não havia uma tomada de responsabilidade do Estado pelas ações de cuidado que, pelo contrário, reforçava o antigo modelo de assistência. O movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial construiu uma crítica ao modelo asilar e ao saber psiquiátrico, produzindo uma ruptura nos modelos hegemônicos de cuidado revertendo à lógica institucionalizante.

A inauguração dos primeiros CAPSis no Brasil marcou a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência e ao ser incluído na assistência pública, o CAPSi produz uma transformação no campo da saúde mental, se responsabilizando pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Compreende-se que o contexto histórico mudou, mas apesar do grande avanço que houve após a Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à saúde mental da criança e

do adolescente, percebe-se que a maior parte da atenção e cuidado com esse público é realizado dentro de um dispositivo de saúde que favorece a ampliação de laços sociais, porém limita o potencial criativo e inovador apenas a um espaço físico. É preciso ter cuidado para não reproduzir a lógica da institucionalização, o que pode representar um retrocesso para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A pesquisa apontou a importância de novos espaços de atenção e cuidado para essas crianças e adolescentes para além dos muros do CAPSi de forma a medrar recursos e alternativas para a ampliação de laços sociais e o favorecimento da inserção em contextos diversos. Além de possibilitar a visibilidade dessas crianças e aperfeiçoar as políticas públicas de modo a não reproduzir a história de exclusão e asilamento pela qual passaram durante anos.

Neste sentido, embasado na fundamentação teórica e observação participante, se sustenta a hipótese do estudo de que a construção de um projeto terapêutico que envolva espaços sociais, artísticos, esportivos e culturais, permita que crianças e adolescentes com transtornos mentais graves possam ser favorecidas pelo desenvolvimento da socialização, inclusão, estímulos de autonomia, independência, aprendizagem e interação da criança e do adolescente mediante as diferentes estratégias de intervenção, respeitando a singularidade de cada caso. Além de possibilitar aos trabalhadores desta clínica aplicar-se na lógica do cuidado compartilhado se utilizando de recursos terapêuticos como aliados importantes na transformação da cultura e entendimento do que é o louco, com ferramentas estratégicas na construção de novos cuidados na saúde mental.

Esse trabalho é o primeiro passo para um estudo mais aprofundado sobre o tema. Desta forma, novas pesquisas são necessárias para que se possa ter maior clareza da efetividade do projeto implantado. O acompanhamento do percurso destas crianças e adolescentes torna-se necessário para tal análise. Embora ainda existam muitos desafios, cabe ressaltar que este é um campo ainda em construção.

Por fim, entende-se que o CAPSi atende o que preconiza a Reforma Psiquiátrica no Brasil no que diz respeito aos cuidados, atenção e humanização dos serviços prestados na atenção à saúde mental da criança e adolescente, com potencial para transformação cultural e expansão dos seus horizontes para o cuidado com a saúde mental infanto juvenil para além dos muros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro. Editora Fio Cruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

ARIÈS, Philippe. *História social da infância e da família*. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. *Oficinas terapêuticas como instrumentos de Reabilitação Psicossocial: percepção de familiares*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2011. 15 (2), 339-345.

BRANDÃO JÚNIOR, Pedro M. *Um bebê no Capsi: Uma clínica possível*. Estudos e pesquisa em psicologia, UERJ, RJ, Ano 9, n.2, p. 345-355, 2º semestre de 2009.

BRASIL, LEI n. 10.216, de 6 de abril de 2001. In: *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. ver. atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 abr. 2001.

_____, LEI n. 8080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: mar 2015.

_____, LEI nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. 1990b Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm Acesso em: jun 2015.

_____, Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com*

transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Brasília, 2013a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. In: *Legislação em Saúde mental: 1990-2004*. 5. ed ver atual. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005a.

CREPOP/CFP. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia*. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro G. A *saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios*. Rev. Bras. Psiquiatr., 2008; vol. 30 (4): 390-8. Disponível em: WWW.scielo.br/pdf/rpb/V30N4/a15V30N4.pdf

COUTO, Maria Cristina Ventura. *As crianças invisíveis dos abrigos brasileiros: o que elas têm a dizer ao campo da saúde mental e ao de outras políticas públicas?* In: ____ Do confinamento ao

acolhimento Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. CNPq/Ministério da Saúde, 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura. *Novos desafios à Reforma Psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Ferreira, Tânia (org). BH: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004: 61-74.

FERNANDES, P. Dantas; OLIVEIRA, K. K. Silva. *Movimento higienista e o atendimento à criança*. 2012. Disponível em <<https://simposioregionalvozesalternativas.files.wordpress.com/2012/11/priscila-movimento-higienista-e-o-atendimento-c3a0-crianc3a7a.pdf>> Acesso em: ago 2015.

FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

GULJOR, Ana Paula Freitas. *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso*. Orientador: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Tese (Doutorado) 347 f. – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KELLER, Paulo Fernandes. *Cotidiano operário & Complexo fabril: fábrica com vila operária em Paracambi-RJ*. Enfoque: revista eletrônica dos alunos PPGSA/IFCS/UFRJ v.5 n.1 2006.

LEITE Andréa Souto; BONTEMPO, Valéria Lima. *O esporte e suas possibilidades na saúde mental infante-juvenil de Betim-MG*. Seção de Comunicação Oral apresentado em: Cultura, Esporte e Arte. V Seminário Sociedade Inclusiva; 2008 08-10 out; Belo Horizonte, Brasil. Acesso em: 07/08/2017 Disponível em: http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt2/O_esporte_e_suas_possibilidades.pdf

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. *Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. XXVI(6), 1153-1162.

PINTO, R. F. *Capsi para crianças e adolescentes autistas e psicóticos: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico*. Rio de Janeiro: Museu da República Editora, 2005.

QUEIROZ, Marcelo; RIZINNI, Irene. *A infância com deficiência institucionalizada e os obstáculos históricos na defesa de seus direitos*. O Social em Questão - Ano XV - nº 28 – 2012.

RIZZINI, Irene. *Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil*. In: Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005.

RIZZINI, Irene. *Do confinamento ao acolhimento Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos*. CNPq/Ministério da Saúde, 2008.

RIBEIRO Paulo Rennes Marçal. *História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha*. Psicol. estud. vol.11 no. 1 Maringá Jan./Apr. 2006

VASCONCELOS, M. G. Ferreira. et al. *Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial*. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. Interface (Botucatu). 2016; 20(57): 313-23.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2010.



PROJETO AMPLIAR

Paracambi

2017



COORDENADOR DO PROJETO:

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Adriano de Oliveira Passos

AUTORAS:

Elisângela da Silva Neves – Coordenadora

Alessandra Lima de Almeida – Psicóloga

PARCEIROS DO PROJETO:

- Coordenação de inclusão escolar;
- Assistência social do Polo de saúde mental.
- Coordenação de reabilitação municipal;
- Secretaria de Cultura, Secretaria de Esportes e Secretaria de Meio Ambiente.

Paracambi

2017

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

O presente projeto tem como objetivo, incluir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves no que tange as políticas públicas do município oferecendo recursos e alternativas para a ampliação de laços sociais auxiliando a inserção em contextos diversos.

Objetivos Específicos:

- Favorecimento da inclusão e socialização;
- Estímulos de autonomia e independência;
- Estimulo do desenvolvimento psicomotor e a aprendizagem corporal;
- Desenvolvimento de habilidades motoras como equilíbrio, coordenação, autonomia, propícios para a saúde física e mental;
- Evidenciar o conhecimento e o aprendizado da ambientação dos espaços, proporcionando o maior número de experiências motoras, aprimorando os movimentos, respeitando as individualidades, limitações e características próprias da faixa etária;
- Possibilitar, através de linguagem específica compreendida na área cultural o desenvolvimento reflexivo-social por meio do fazer artístico, assim como sua articulação com outras formas de assistência prestada;
- Melhorar qualidade de vida e promover saúde.

METODOLOGIA

A metodologia que será usada nesse projeto, tem como aparelhamento as redes intersetoriais, levando a uma aproximação de participação democrática na qual os protagonistas precisam ser as crianças e adolescentes autistas e/ou transtornos mentais associados e suas respectivas famílias.

Será desenvolvido através de variadas formas de linguagem que compreendam a saúde e a educação, junto a outros tipos de atendimento assistenciais oferecidos pela Rede Pública Municipal, tais como a cultura e o esporte.

Será formulado um plano de ação a ser seguido pelos envolvidos no projeto, composto pelas atividades descritas a seguir:

- Formação da equipe que coordenará o projeto;
- Definição dos horários e locais onde ocorreram as atividades;
- Elaboração da programação das ações a serem desenvolvidas de acordo com as possibilidades do serviço e respeitando as limitações e singularidades de cada criança;
- Formalização de parceria com órgãos públicos e privados;
- Recrutamento de voluntários para cada atividade a ser desenvolvida: colaboradores e profissionais das áreas de saúde e demais áreas envolvidas;
- Definição da escala de atividades e respectivos responsáveis;
- Divulgação do Projeto, visando à adesão efetiva da família e da comunidade.
- Profissionais envolvidos: Profissionais que já se encontram inseridos na rede pública de atendimento, podendo considerar como aporte profissional estagiários de instituições de ensino nas áreas programáticas.

JUSTIFICATIVA

Historicamente o modelo de assistência ofertado às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em nosso país era marcado por um padrão de proteção submetido à lógica da institucionalização que segregava, confinava, e submetia as crianças e adolescentes ao silêncio e ao esquecimento (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014). Muitas crianças com graves comprometimentos físicos ou mentais eram encaminhadas para instituições consideradas adequadas para esses casos e muitas acabaram tendo seu quadro agravado durante a sua vida institucional entre tantas carências e falta de profissionais capacitados para reconhecer as singularidades de cada caso.

O levantamento bibliográfico mostrou que muitas vezes eram indicados procedimentos de internação como meio de intensificar o cuidado. Os locais de internação começaram a aumentar e o único olhar possível para essas crianças e

adolescentes era o biológico, onde o médico psiquiatra, através do seu conhecimento especializado, era tido como detentor da cura dos males da loucura.

O movimento da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial (BRASIL, 2005b) construiu uma crítica ao modelo asilar e ao saber psiquiátrico, produzindo uma mudança nos modelos de atenção revertendo a lógica institucionalizante.

A inauguração dos primeiros CAPSis no Brasil marcou a chegada de um novo compromisso público com o campo da infância e adolescência e ao ser incluído na assistência pública, o CAPSi produz uma transformação no campo da saúde mental, se responsabilizando pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Compreende-se que o contexto histórico mudou, mas apesar do grande avanço que houve após a Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à saúde mental da criança e do adolescente, percebe-se que a maior parte da atenção e cuidado com esse público é realizado dentro de um dispositivo de saúde que favorece a ampliação de laços sociais, porém limita o potencial criativo e inovador apenas a um espaço físico.

Com base no contexto histórico e na vivência do cotidiano de um serviço de saúde mental, entende-se a importância de novos espaços de atenção e cuidado no território de forma a ampliar recursos e alternativas para a construção de laços sociais e o favorecimento da inserção em contextos diversos entendendo uma nova concepção de práticas de cuidado e intervenções terapêuticas, que amplie espaços de forma a inserir crianças e adolescentes com transtornos mentais graves em atividades, artísticas, esportivas e culturais promovendo saúde. Dessa forma, possibilitar que sejam favorecidos pelo desenvolvimento da socialização, inclusão, estímulos de autonomia, independência, aprendizagem e interação mediante as diferentes estratégias de intervenções, respeitando a singularidade de cada caso. Além de possibilitar a visibilidade dessas crianças e aperfeiçoar as políticas públicas de modo a não reproduzir a história de exclusão e asilamento pela qual passaram durante anos.

INSERÇÃO ESPORTIVA

As atividades físicas e esportivas proporcionam excelentes oportunidades de aprendizagem para autistas e portadores de outros transtornos mentais bem como prazer e autoestima, melhorando sua qualidade de vida. De acordo com Massion (2006) *apud* Schliemann (2013), os benefícios do esporte e da atividade física não se limitam, simplesmente, ao bem-estar da pessoa. Eles permitem o progresso da criança em vários aspectos relacionados às suas deficiências, tais como: no rendimento físico, no melhor conhecimento das capacidades de seu corpo, na melhor representação do seu corpo na relação com o ambiente externo, na melhor comunicação e socialização com os companheiros de equipe e adversários através dos jogos coletivos.

Muitos usuários do CAPSi têm dificuldades de comunicação e interação em múltiplos contextos sociais que são característicos do sofrimento psíquico. Estes usuários podem apresentar dificuldades na compreensão das tarefas e atividades propostas pelo técnico ou professor, o que pode gerar um estado de ansiedade e confusão. Estratégias e técnicas de ensino devem, portanto, ser adaptadas e voltadas para as características individuais entendendo a singularidade de cada criança para garantir a sua participação em atividades físicas e esportivas de forma saudável e prazerosa.

Segundo Schliemann (2013), as crianças e jovens autistas e com sofrimento psíquico podem se beneficiar da atividade física e das práticas esportivas na proporção do aprendizado sensorio motor, da comunicação e da socialização que são fatores decisivos para o sucesso dos processos de aprendizagem dado a melhoria da motivação e da autoconfiança.

Tae Kwon Do

O tae kwon do é uma opção viável de atividade física para as crianças e adolescentes usuárias do CAPSi. O seu treinamento proporciona um desafio atlético estruturado e sistematizado em sessões que são razoavelmente consistentes no seu dia a dia. Essa consistência de padrão proporciona uma rotina confortável.

As crianças com sofrimento psíquico podem se beneficiar da prática do tae kwondo em três campos principais: processamento de informação, defensividade tátil e problemas sociais. De acordo com Schliemann (2013), crianças que apresentam dificuldades de entendimento de instruções verbais, por exemplo, podem observar seus companheiros para compreender o movimento proposto.

No campo da interação social, as crianças podem se beneficiar da observação dos relacionamentos positivos e de todo o procedimento gestual típico das artes marciais entre o aluno e o instrutor e com os demais colegas do grupo, tanto antes, durante e após as aulas. Adultos e crianças realizam as mesmas rotinas, o que permite, por exemplo, que pais e filhos realizem as atividades em conjunto. De acordo com Brasil (2014), a participação da família é essencial, pois é considerada parceira no tratamento e muitas vezes, é o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo.

Natação e atividades aquáticas

Atividades na piscina foram utilizadas por Lee & Porretta (2013) *apud* Schliemann (2013), para auxiliar o desenvolvimento das habilidades motoras de crianças autistas. Essas atividades trabalham aspectos locomotores, tais como: caminhar para frente, para trás, para os lados, com passos largos, com flexão dos joelhos e saltos, a até atividades relacionadas com controle e manipulação de objetos, tais como: lançar e capturar bolas, chutar bolas na superfície da água, manipular objetos de flutuação.

As atividades desenvolvidas seguem uma rotina, respeitando as especificidades de cada criança: ambientação na água com recreação, deslocamento assistido com apoio e segurança, colocar e retirar objetos (figuras) na parede; buscar e guardar objetos diversos (deslocamento) na água com ajuda; recolher argolas ou objetos flutuantes ou que afundam (caça submarina - respiração); deslocamento do aluno de um professor para outro (deslize/braçada/pernada) de acordo com cada potencial do aluno; deslocamento com ajuda na cintura (livre os braços e pernas); deslocamento com apoio (flutuadores) – estimular os braços e pernas; equilíbrio com apoio (Tapete flutuante) – estimular as pernas; atravessar o arco sobre a água (superfície) e submerso estimulando a respiração; atravessar o túnel (vários arcos ou macarrões); atividade de entrada na água; com bola jogar e pegar, mirar em objetos, jogar pequenos arcos; atividade final

para relaxamento ou brincadeira; nado propriamente dito com movimentação das pernas e braços e respiração.

Karatê

Em estudo realizado por Bahrami et al. (2012) citado em Schliemann (2013), foi constatado que um grupo de participantes das técnicas de kata²¹, apresentaram redução da estereotipia²². Estes participantes apresentaram uma redução média de 42,5% no comportamento das estereotipias e que mesmo após 30 dias da conclusão da intervenção esse comportamento ainda encontrava-se em níveis abaixo daqueles encontrados na pré-intervenção. Diversas técnicas, estratégias e métodos de ensino foram utilizados para garantir a motivação nas aulas e manutenção da atenção dos alunos nas tarefas propostas. Para o direcionamento e manutenção da atenção, um grande número de estratégias e técnicas foi empregado nas sessões, entre elas: encorajamento verbal, feedback verbal aumentado, demonstração visual, sinalização da atenção e orientação visual, incluindo figuras, linhas e pontos marcados no piso que foram progressivamente retirados nas aulas.

Futebol

O futebol foi mencionado por Schliemann (2013), como possibilidade de inclusão das crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, com foco no desenvolvimento das habilidades sociais em um ambiente competitivo, mas não com esse objetivo. Apesar das dificuldades inerentes à prática do jogo em si, as atividades de treinamento de dribles, condução de bola através de cones e obstáculos podem ser executadas pelas crianças. Progressos na comunicação e no trabalho em grupo também podem ser identificados a partir dessa prática, além de uma maior integração entre os familiares das crianças que acompanhavam os jogos e treinamentos.

²¹ O kata no karatê é um conjunto de técnicas de socos, chutes, ataque e defesa disposta de uma maneira lógica e sequencial (BAHRAMI ET AL, p.28, 2012).

²² Movimentos típicos de crianças autistas como: bater palmas, ficar rodando, andar na ponta dos pés etc.

INSERÇÃO ARTÍSTICA E CULTURAL

A relação entre a percepção e a expressão na criança e adolescente em sofrimento psíquico ainda representa um conhecimento subjetivo. Para a compreensão da importância de sua inserção no meio sociocultural é necessário um conhecimento sensível que ultrapasse a tentativa de conceituar o processo que ocorre nesse universo. Nessas vivências proporcionadas pela arte e cultura, a exploração realizada pela criança amplia a observação do mundo no qual ela está inserida.

De acordo com Azevedo; Miranda (2011) a arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados (p.341). O valor da reabilitação psicossocial encontrado na relação entre arte e terapia, está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais.

Teatro

O teatro é uma arte generosa na qual a criação é livre onde tudo é permitido. O indivíduo é o que a imaginação quiser: palhaço, índio, velho, navegador, mãe, cozinheiro, Deus, pássaro... O sofrimento psíquico não pode ser negado, não pode ser apagado, faz parte da memória. Mas através do teatro pode-se transformar a forma de lidar com ele, fazendo com que a dor invés de paralisar, se transforme em criação artística (CORBELLA, p. 93, 2015). O teatro é generoso com a loucura, ele não a exclui.

Corbella (2015) afirma que nas sessões psicodramáticas com usuários da saúde mental nada é predefinido, nenhum texto é memorizado para depois ser representado, pelo contrário, tudo que ocorre nas sessões é vivenciado pela primeira vez através de jogos teatrais iniciais, podendo a criança e o adolescente agirem de forma espontânea se distanciando dos papéis impostos socialmente. De acordo com a autora (2015), o objetivo do psicodrama é a espontaneidade, criatividade, liberdade rompendo com papéis sociais.

Com esse propósito, o teatro tem potencial para auxiliar na reabilitação psicossocial, pois possibilita da criança e o adolescente com transtorno mental projetar

os seus conflitos através da arte, do seu potencial criativo, da sua expressão e a imaginação.

Dança

O trabalho corporal em dança tem no corpo e no movimento seu fundamento (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). A dança não se resume só a uma técnica ou a um repertório de movimentos, bem como não tem por objetivo a busca pela reprodução de passos idênticos ou pela representação (seja de histórias ou de sentimentos). O que existe é uma tentativa de, mediante a experimentação do próprio movimento, criar no corpo sensações que produzam dança, e expressem a subjetividade.

De acordo com Dimenstein; Liberato (2009) a experiência da dança e do contato com o outro possibilita um modo de vivenciar e refletir acerca da intensidade dos encontros e dos efeitos resultantes. As autoras (2009) afirmam ainda que a dança é a superação do próprio corpo, visto que o corpo experimenta ritmos, novos contornos, fluxos de energia e possibilidades de se expressar. A possibilidade de produzir subjetividades aproxima essa perspectiva de dança ao paradigma de desinstitucionalização da loucura, pois busca desconstruir a ideia do louco como incapaz ou perigoso, libertando-o da exclusão e da marca produzida pela psiquiatrização ao qual muitas vezes são submetidos. A dança permite a criança e ao adolescente potencializar o desenvolvimento psicomotor, aprendizagem corporal e expressão, além de experimentar outras relações com a diferença, rompendo padrões e representações já fixadas e deixando-se afetar por esses encontros. Assim, a dança, apareceria como mais um dispositivo possível nesse processo de contato com a arte.

Música

Um importante instrumento na atenção e cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico é a musicoterapia, podendo ser utilizada para aproximar os usuários e facilitar a integração deles com os outros participantes no mesmo ambiente. Além de empregar uma linguagem específica trazendo uma grande possibilidade de acolher um pouco da singularidade de cada um, de como as crianças e os adolescentes percebem os sons, os ritmos e o que pode ser produzido em conjunto com o grupo. Ela traz uma abertura para a comunicação e permite a expressão de conteúdos internos proporcionando a elaboração de conflitos psíquicos.

De acordo com Batista; Ferreira (2015), cada vez mais tem se refletido sobre a utilização da música como recurso terapêutico e sua importância para o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo e a manutenção da saúde mental.

Estudos evidenciam que a música exerce grandes influências psicológicas sobre o comportamento do indivíduo (ANDRADE; PEDRÃO, 2005; LEÃO; FLUSSER, 2008; *apud* BATISTA; FERREIRA 2015). A Música possui a capacidade de integrar indivíduos por meio de seu poder de inserção social, reduzindo a ansiedade, possibilitando a construção de autoestima, além de funcionar como importante meio de comunicação. Através da capacidade de transformação, a música aumenta o bem-estar, relaxa, estimula o pensamento e a reflexão e proporciona mais energia. Também promove o contato com o ambiente, estimula a memória, eleva o humor e constitui-se como um importante recurso contra o medo e a ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que cada dia mais a saúde mental vêm ampliando espaços para novas formas de cuidado. As propostas terapêuticas do CAPSi contam com diversas abordagens para atender as complexidades das demandas e as necessidades das crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico. De acordo com Azevedo Miranda (2011) São recursos que compreendem uma série de dinâmicas diversificadas que são pensadas e discutidas pelos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares que fazem parte do serviço.

Para além do trabalho ofertado no CAPSi, consideramos diante do que já foi apresentado neste projeto, que o tratamento para as crianças e adolescentes deve oferecer recursos e alternativas para a ampliação de laços sociais, possibilidade de circulação, modos de estar na vida, ampliação das formas de se expressar e comunicar. Para este fim, é de importante buscar no território novos espaços de atenção e cuidado para os usuários do serviço para além do espaço físico do CAPSi de forma a medrar recursos e alternativas que favoreça a inserção em contextos diversos. Além de possibilitar a visibilidade dessas crianças e aperfeiçoar as políticas públicas de modo a não reproduzir a história de exclusão e asilamento pela qual passaram durante anos modificando o imaginário social da loucura.

Por fim, entende-se que o CAPSi atende o que preconiza a Reforma Psiquiátrica no Brasil no que diz respeito aos cuidados, atenção e humanização dos serviços prestados na atenção à saúde mental da criança e adolescente, com potencial para transformação cultural e expansão dos seus horizontes para o cuidado com a saúde mental infante juvenil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. *Oficinas terapêuticas como instrumentos de Reabilitação Psicossocial: percepção de familiares*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2011. 15 (2), 339-345.

BATISTA, Eraldo Carlos; FERREIRA, Dayane Fernandes. *A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência*. Rev. Psicologia em Foco Frederico. Westphalen v. 7 n. 9 p.67-79 Jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005b.

_____, Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005a.

CORBELLA, Lucrécia. *Saúde mental e memória: o teatro dos andarilhos mágicos*. Letras: Rio de Janeiro, 2015.

LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti; DIMENSTEIN, Magda. *Experimentações entre dança e saúde mental*. Fractal, Rev. Psicol. vol.21 no. 1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2009. Acesso em: jul/2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SCHLIEMANN, André Lisandro. *Esporte e autismo: estratégias de ensino para inclusão esportiva de crianças com transtorno do espectro autista (TEA)* / André Lisandro Schliemann. – Campinas, SP: [s.n], 2013. Acesso: Jun/2017. Disponível em www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000949239