



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
LINHA DE PESQUISA: CULTURA, PODER E IDENTIDADES**

**Por uma Intervenção Precoce: leituras da Reforma
Psiquiátrica e os discursos e práticas de assistência em
Saúde Mental da Infância em Campina Grande.**

MIRELLA CANDIDO BURITY DE OLIVEIRA

**ORIENTADOR:
PROF. DR. ALARCON AGRA DO Ó**

CAMPINA GRANDE- PB

MARÇO DE 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
LINHA DE PESQUISA: CULTURA, PODER E IDENTIDADES**

MIRELLA CANDIDO BURITY DE OLIVEIRA

**Por uma Intervenção Precoce: leituras da Reforma
Psiquiátrica e os discursos e práticas de assistência em
Saúde Mental da Infância em Campina Grande.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Centro de Humanidades da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em História, Área de concentração em História, Cultura e Sociedade. Linha de Pesquisa Cultura, Poder e Identidades.

**ORIENTADOR:
PROF. DR. ALARCON AGRA DO Ó**

CAMPINA GRANDE- PB

MARÇO DE 2011

MIRELLA CANDIDO BURITY DE OLIVEIRA

Por uma Intervenção Precoce: leituras da Reforma Psiquiátrica e os discursos e práticas de assistência em Saúde Mental da Infância em Campina Grande.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida e aprovada pela comissão julgadora em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alarcon Agra do Ó – PPGH/UFCG
ORIENTADOR

Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira – PPGH/UFCG
EXAMINADOR INTERNO

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Araújo Silveira – CCBS/UEPB
EXAMINADORA EXTERNA

Prof. Dr. José Benjamin Montenegro – UAHG/UFCG
SUPLENTE EXTERNO

Prof. Dra.Regina Coeli do Nascimento – PPGH/UFCG
SUPLENTE INTERNO

Dedico esse trabalho à minha mãe,
que sempre me ensina a ter coragem na vida.

AGRADECIMENTOS

Se a motivação da minha pesquisa partiu de inquietações e questionamentos, a pesquisa, a escrita e os dias de mestrado também seguiram o mesmo caminho. As inquietações foram muitas, mas os bons encontros fizeram com que os dias fossem proveitosos e permitiram que a pesquisa, mesmo seguindo caminhos que não foram planejados, pudesse ser feita.

Sem a ajuda e o apoio de pessoas que tive a felicidade de encontrar, nada teria sido possível. E é por isso que esse momento de agradecimento se faz mais como um momento de dedicatória e créditos finais.

Agradeço sobretudo à minha mãe, Miriam. Não só por tudo que ela sempre me ensinou na vida, mas principalmente porque este trabalho foi possível principalmente pela ajuda dela, que não me deixou desistir e que abriu mão muitas vezes de seus passeios e obrigações para ficar com Heitor enquanto eu fazia meu trabalho.

Agradeço a Alberto, meu irmão que sempre me inspira e que cuida de Heitor melhor do eu, e a minha irmã Viviane pelo carinho e atenção que dedicou ao meu bebê. Sem essa minha equipe de babás eu não teria conseguido fazer muita coisa. Há muito tempo que somos um grupo que se apóia e se diverte, e muito do que sou vem do convívio com eles. Pra onde vou carrego eles em mim.

Agradeço a Ludemberg, o meu bem, que me apoiou sempre, que embarcou comigo nas minhas idéias mirabolantes, que leu as coisas que pedi, viu os filmes pra discutir comigo, que escutou minhas idéias e não me deixou desistir de tentar, que é a minha casa onde quer que eu esteja.

Ele nem sabe o que é agradecer ainda, mas agradeço ao meu bebê, Heitor. A presença dele faz com que os dias sejam muito mais bonitos e felizes e seu sorrisinho com dentões juntinhos não deixa ninguém desanimar. Meu neném lindo é a maior motivação que eu poderia ter.

Agradeço a Alarcon, primeiro pela inspiração que as suas aulas e conversas despertam, já na graduação elas foram as principais responsáveis pela minha formação enquanto historiadora, mesmo que depois das suas aulas eu passasse uns três dias praticamente enlouquecida de tanto que eu pensava. Agradeço muito pela atenção e paciência que sempre me destinou nas orientações, cada conversa que tivemos abriu um mundo de possibilidades e reflexões na minha cabeça e isso foi primordial na minha escrita.

Os professores Fátima e Iranilson foram muito importantes para essa pesquisa porque suas indicações, críticas e contribuições permitiram que muita coisa pudesse ser feita no trabalho. Agradeço-lhes pela disponibilidade e atenção, foi uma honra tê-los na minha banca de qualificação e me sinto realmente feliz de poder ouvir as contribuições de pessoas que tanto admiro.

A Arnaldo, á Maressa e à professora Juciene agradeço pela atenção e por estarem sempre dispostos a resolver nossos problemas acadêmicos, nossa estada no mestrado foi melhorada pelo trabalho e pela dedicação dos três.

Agradeço aos meus amigos Carlos e Alexandre, por terem sido os melhores encontros que tive no mestrado. Nossas conversas sempre me inspiravam e alegravam. Carregarei comigo tudo que aprendi com vocês e o carinho que tenho pelos dois.

Outros amigos foram muito importantes para esse processo de escrita por estarem sempre ouvindo minhas teorias e idéias e sempre

me apoiando. Agradeço à Talita, minha amiga de infância e quase irmã, com sua inteligência e praticidade que sempre me ajudaram a definir o melhor caminho a seguir; à Andréa, minha amiga linda e forte que faz com que a gente sempre ria da vida; Heloá e seu jeito diferente e colorido de ver o mundo; a Bruno que com aquele sorriso e alto astral levanta qualquer desanimado; a Pedro Jorge e sua auto-confiança disfarçada de instabilidade que anima e faz a gente acreditar no nosso potencial.

Agradeço a minha tia Sônia, e minhas primas-irmãs Gislaine, Gisleide e Sâmia que são para mim uma extensão da minha família, que me ensinaram o que é acolhimento e carinho.

Agradeço às minhas vizinhas Amélia, Carol e Ana Paula pelas caronas diárias para a universidade, facilitando a minha vida de tantos quilos a mais pra carregar, pela atenção e carinho.

Agradeço aos profissionais e usuários que permitiram que eu entrasse no espaço deles e que me permitiram fazer a minha pesquisa, principalmente à Vitória Bulcão, coordenadora do CAPSinho; à Marcela, psicóloga do CAPS Viva Gente, sempre tão simpática e aberta aos meus questionamentos; a seu Biu , do Jornal da Diário da Borborema.

Agradeço à Truffaut, Godard, Bergman, Débora Diniz, Arnaldo Baptista, Maria Bethânia, Van Gogh, Bispo do Rosário. Inspirações para que a pesquisa possa se inserir no mundo das sensibilidades.

*“Ênfase dou ao afeto
Contente com o tente ser feliz
Colecionando selos
Só porque, sou louco e gosto
De sê-lo assim.*

*Como uma gêmea siamesa
Que uma das duas cabeças
É careta, a outra...
Gosto não se discute!
Psicodeliciosamente
Curto o encantamento simbiótico.”*

Encantamento. Arnaldo Baptista.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. CAPÍTULO I – Homem tem que ser homem: Reforma Psiquiátrica, desospitalização e o Modelo Psicossocial.	27
2.1 Homem tem que ser homem: a Intervenção e o processo de descredenciamento do Hospital psiquiátrico de Campina Grande.....	33
2.2 A Intervenção no ICANERF e os discursos contra o modelo asilar.	43
2.3 O modelo asilar nem sempre incomodou: História da loucura e a loucura como alvo da Psiquiatria.	48
2.4 Desinstitucionalização e desospitalização: a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.	54
2.5 <i>De volta para casa</i> : o Modelo Psicossocial.....	59
3. CAPÍTULO II - De como os corpos das crianças e adolescentes foram eleitos como alvo de políticas de Saúde Mental específicas.	66
3.1 A construção da infância na modernidade: a infância como alvo da medicina social e as tentativas de docilização dos corpos infantis.	76
3.2 A Loucura infantil: como a infância passa a ser alvo específico da psiquiatria e das práticas de Saúde Mental.	94
3.3 Os CAPS infantis e o serviço público de Saúde Mental da infância.	100
3.4 Os dois caminhos: CAPSi - Viva gente e CAPSinho – Centro de Intervenção Precoce.	112
4. CAPÍTULO III - Por uma Intervenção Precoce: O CAPSinho e as práticas de Saúde Mental direcionadas à criança pequena em Campina Grande	118
4.1 Por uma intervenção precoce nos bebês: O CAPSinho - Centro de Intervenção Precoce.	119
4.2 A cartilha <i>ABC: Atenção Básica à Criança pequena</i> e os discursos sobre a criança deficiente.....	127
4.3 A psicanálise e a Intervenção Precoce.....	158
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	168

RESUMO

A presente produção textual é resultado da pesquisa com o objetivo de investigar como se deu na cidade de Campina Grande a construção de espaços destinados ao acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica desencadeada com a Intervenção e o posterior fechamento do ICANERF, hospital psiquiátrico da cidade, ocorrido em 2005. Analisamos como foram tecidas as críticas feitas ao modelo asilar de tratamento psiquiátrico e a elaboração de outros serviços públicos de assistência em Saúde Mental no município. É nesse contexto que dois espaços destinados às crianças e adolescentes são abertos: o CAPS Viva Gente, que acolhe crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e que por isso estão impedidos de exercer o convívio social; e o CAPSinho- Centro Campinense de Intervenção precoce, que desenvolve atividades visando detectar em bebês e crianças pequenas indícios de sofrimento psíquico, para tratá-las em tempo hábil, bem como atividades para reabilitar crianças com deficiências e transtornos de desenvolvimento ao convívio com a sociedade. Investigamos os discursos que permeiam as práticas nos CAPS da cidade, notadamente os destinados às crianças e adolescentes e enfatizamos os discursos e práticas de Intervenção Precoce, por estes construírem um outro caminho para os serviços públicos de saúde na cidade. Nessa investigação recorreremos aos discursos dos profissionais envolvidos nas práticas de acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que nos dá a ver as reportagens dos jornais do Estado e locais, que apresentam à sociedade aspectos desse contexto de construção de uma nova rede de Saúde Mental na cidade, recorreremos também às produções acadêmicas dos profissionais que constroem essas práticas para escrever uma história da Saúde Mental em Campina Grande no contexto de Reforma Psiquiátrica, notadamente da Saúde Mental da Infância.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental da Infância; Intervenção Precoce.

ABSTRACT

This text production is the result of research with the aim of investigating how was the city of Campina Grande building spaces intended for the care of children and adolescents in psychical suffering from the psychiatric reform movement triggered with the intervention and the subsequent closure ICANERF, psychiatric hospital in the city, occurred in 2005. We analyze how the criticisms were made to the asylum model of psychiatric treatment and the development of other public assistance in Mental Health in the municipality. In this context, two spaces for children and adolescents are open: the CAPS Celebrity Living, which welcomes children and adolescents in psychological distress and therefore are prohibited from exercising their social life, and CAPSinho Campinense Centre of Early Intervention, which develops activities to detect in infants and toddlers signs of psychological distress, to treat them in a timely manner, as well as activities to rehabilitate children with disabilities and developmental disorders in contact with society. We investigated the discourses that permeate the practice in PCCs, particularly those aimed at children and adolescents and emphasize the discourses and practices of early intervention for these build another road to the public health services in the city. In this investigation we resort to the discourse of the professionals involved in the practices of care of children and adolescents in psychical suffering that gives us to see the reports of the state and local newspapers, that's society that respects the context of building a new network of Mental Health in the city, also refer to the production of academic professionals who build these practices to write a history of mental health in Campina Grande in the context of psychiatric reform, notably the Mental Health of Children.

Keywords: Psychiatric Reform; Children's Mental Health, Early Intervention.

Capítulo 1 INTRODUÇÃO

“A partir de um percurso realizado através de seminários, estudos de casos, observações clínicas e estudos teóricos, chegamos à conclusão que a prevenção é de importância fundamental para a evolução dos sistemas de saúde em geral. Os países desenvolvidos dedicam especial atenção a essa questão, na medida em que foi evidenciado que perturbações precoces podem ter graves conseqüências no equilíbrio mental futuro de uma criança. Estas atingem tanto a criança quanto a sua família e a sociedade, causando enorme sofrimento às pessoas, além do enorme prejuízo financeiro. Frequentemente, em análise de adulto, se verifica que a causa de um sintoma se encontrava nas etapas precoces da vida. Este fato nos leva a questionar: por que não agir então no momento que as coisas acontecem? Isso poderia evitar os tratamentos pela vida inteira, além de ser muito menos dispendioso para o Estado.”¹

Em junho de 2006 foi criado em Campina Grande o segundo CAPS infantil da cidade, o CAPSinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce. Um ano depois das ações promovidas na cidade pela equipe de Intervenção no ICANERF- Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional- a rede de assistência em Saúde Mental da cidade busca construir um outro caminho na Reforma Psiquiátrica em Campina Grande.

A clínica com crianças pequenas realizada desde 1995 no Ambulatório de Psicologia clínica do Hospital Alcides Carneiro possibilitou fazer com que os funcionários envolvidos vissem a necessidade de criar um espaço para acolher as crianças pequenas que apresentavam sofrimento psíquico. Em função dessa nova clínica os profissionais formaram um grupo de estudos sobre Intervenção Precoce e posteriormente o Centro de Intervenção Precoce criado por eles foi transformado em um CAPS infantil, o CAPSinho. A partir

¹ BRAGA, Heuthelma Ribeiro. (et. al.) Identificação de sinais de sofrimento na criança: uma abordagem fundamental na clínica precoce. IN: **Revista Escritos de Saúde Mental**. Universidade Federal de Campina Grande. Ano I, n.1, 2010. Campina Grande: RgEditora, 2010.

da criação do CAPSinho um Programa de Intervenção Precoce foi pensado e cujo início se deu através do Projeto Saúde na Escola.

O Programa de Intervenção Precoce, realizado pelo CAPSinho, desenvolve suas atividades em Campina Grande enquanto política pública de saúde mental desde o ano de 2007 e se mostra como um desdobramento do caminho traçado na cidade pela Reforma Psiquiátrica iniciada com a intervenção realizada no ICANERF e que propiciou, como veremos a seguir, a construção de uma Rede de assistência em Saúde Mental baseada na desospitalização e no modelo psicossocial.

A citação destacada acima é uma sucinta explicação sobre a motivação teórica e pessoal que moveu a elaboração do Programa de Intervenção Precoce em Campina Grande que é ressaltado não só nessa escrita, mas em tantas outras elaboradas pelos profissionais envolvidos nos serviços públicos que se destinam a cuidar de crianças em sofrimento psíquico na cidade.

Nesse Programa as equipes do CAPSi se preparam para atender com mais eficiência tornando possível a implantação do Programa de Intervenção Precoce, não apenas nas creches e abrigos municipais, como se propunha em seu início, mas também em algumas unidades do Programa Saúde da Família que aderiram ao Programa.

O objetivo traçado pela implantação do programa é que o sofrimento psíquico na pequena infância possa ser detectado em tempo hábil desde a atenção básica que, mais capacitada, poderá acompanhar alguns casos

assumindo-os como sendo da sua competência e até evitando que outros casos cheguem aos CAPS infantis em estado de debilitação progressiva.²

Essa construção de um outro caminho para a assistência em Saúde Mental na cidade faz parte de um contexto de discussões e ações que visaram elaborar uma outra maneira de cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico que teve como aspecto relevante o esforço por parte do Governo de suplantar o modelo que era representado pelo Hospital Psiquiátrico da cidade, buscando substituí-lo por uma rede de Saúde Mental sob o modelo psicossocial que já tinha sido indicado pelo Ministério da Saúde e já estava sendo construído em outras cidades. Desde então políticas de assistência, acolhimento e cuidado vem sendo pensadas, discutidas e postas em prática em Campina Grande.

É nesse sentido, que nossa pesquisa intenta discutir aspectos da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande e investigar como estes permitiram a construção de espaços destinados à infância em sofrimento psíquico em Campina Grande.

A partir de quais motivações viu-se a necessidade de construir um espaço específico para o tratamento de crianças em sofrimento psíquico? Mais ainda, o que são crianças em sofrimento psíquico? Quais as implicações das ações de Intervenção precoce na pequena infância para a rede de saúde mental como um todo?

As idéias de Intervenção Precoce destacadas pela citação acima constroem não só um novo caminho para o acolhimento e tratamento de

² ARRUDA, Ana Amélia. O Programa de Intervenção Precoce e sua proposta para o PSF. IN: ARRUDA, Ana Amélia (Org.) **1º Encontro Nordestino de CAPS Infantil**. Campina Grande: Realize Editora, 2010.

crianças em risco psicossocial, em sofrimento psíquico, como também dão um novo rumo para os serviços públicos de Saúde Mental na cidade, por promoverem atividades de prevenção, ou seja, com o objetivo de que além de acolher e cuidar de sujeitos já em sofrimento psíquico seja possível evitar que esse sofrimento chegue a se instalar nesses sujeitos. Como destacado anteriormente, a tentativa é de que se diminua a quantidade de crianças em sofrimento psíquico atendidas nos CAPS e conseqüentemente, depois de alguns anos de ação, diminua também a quantidade de adultos atendidos pelo serviço público de saúde mental, seja o CAPS II, o CAPS ad ou até mesmo nas emergências psiquiátricas. Como todo discurso e prática que visa a prevenção, se trata de uma ação com o olhar voltado pro futuro, um futuro menos doente, mais saudável.

A proposta é de que bebês e crianças pequenas, principalmente as que estão nas escolas, creches e abrigos municipais, sejam alvo de observação cotidiana de professores, profissionais de saúde do Programa Saúde da Família e dos pais, para que os indícios de sofrimento psíquico sejam detectados e a intervenção possa ser realizada em tempo hábil nessas crianças evitando que estas se tornem futuramente adultos não saudáveis, diga-se, adultos com doenças mentais graves.

Nossa pesquisa e escrita parte assim do que incomoda, do que choca, do que faz repensar, do que desconstrói e constrói ou se propõe a construir.

Como o historiador da terceira margem de Durval Muniz, nossa motivação advém de uma inquietação: como a loucura passou a ser vista de uma maneira diferente em Campina Grande? Como o tratamento antes tido como racional, científico, confiável e útil passou a ser questionado, combatido, denunciado? Como em Campina Grande se fez necessário desospitalizar e

construir uma nova rede de assistência em Saúde Mental baseado no modelo psicossocial? Quais espaços foram pensados e construídos para acolher os sujeitos em sofrimento psíquico que tinham no asilo sua moradia? Como se dá o acolhimento de sujeitos em sofrimento psíquico nos CAPS da cidade? Quais os espaços destinados a acolher crianças e adolescentes? Quais caminhos foram construídos pelos discursos da reforma psiquiátrica na cidade?

Acreditamos que esse processo de construção de um modelo que se denomina *novo*, que se propõe *tratar e cuidar melhor* dos portadores de transtornos mentais, agora sujeitos em sofrimento psíquico, foi e é permeado por diversos discursos, que se entrecruzam na História da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande. Não intentamos escolher quais desses discursos e práticas são mais *humanizadas* e *decentes*, nosso papel e objetivo é investigar esses discursos, essas práticas, os saberes, os poderes, os indivíduos envolvidos. Cada discurso é proferido de um lugar, social, cultural, específico.

Ao mesmo tempo, acreditamos que tal construção não se deu de maneira simples e linear. Tensões, enfrentamentos e angústias estão presentes nessa tentativa de mudança e no cotidiano das práticas de saúde mental desenvolvidas por profissionais que antes de mais nada são também sujeitos que ocupam lugares sociais próprios.

Desta maneira nossa pesquisa pretende questionar, desconstruir, remexer. Partimos de questionamentos e inquietações, que motivaram a nossa investigação de como se deu a formação dessa nova maneira de ver e dar a ver o “louco” a partir de alguns questionamentos a serem feitos às fontes. Quais discursos permeiam essa proposta de Reforma psiquiátrica? De

que maneira esta se deu na cidade de Campina Grande? Quais práticas foram adotadas para a construção do modelo psicossocial? Quais estruturas foram pensadas e criadas para fazer cumprir o que determinava as leis que determinaram uma reforma no tratamento psiquiátrico? O que esta mudança significou para as crianças e adolescentes com transtornos mentais? Quais espaços e práticas foram pensados para estes? Como se delineou as práticas de intervenção precoce em crianças pequenas? E qual a relação das práticas de intervenção precoce com a rede de saúde mental como um todo?

Algumas reflexões metodológicas foram adotadas com o intuito de conseguir alcançar os objetivos da nossa pesquisa. Partimos, assim, de algumas perguntas foram propostas por Foucault³ e das quais nos apropriamos: quais os documentos necessários e suficientes para fazer aparecer os programas elaborados a fim de construir uma nova maneira de tratar sujeitos em sofrimento psíquico? Onde buscar os discursos que permeiam as práticas pensadas e realizadas na assistência em saúde mental em Campina Grande?

Logo, escolhemos como fontes a serem analisadas jornais do estado da Paraíba: Jornal da Paraíba, Diário da Borborema e Correio da Paraíba, que acompanharam as mudanças empreendidas pelos gestores locais no âmbito da saúde mental e o relacionamento da sociedade com essas mudanças. As reportagens, principalmente as do jornal local Diário da Borborema, acompanharam a abertura das Residências Terapêuticas na cidade, o período de intervenção no Hospital João Ribeiro, o processo de desinternação, a criação dos CAPS e as atividades desenvolvidas pelas equipes

³ FOUCAULT, Michel. A poeira e a Nuvem In: **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, pp 323-334.

multiprofissionais de atenção em Saúde Mental na cidade e as atividades desenvolvidas pelo CAPSi Viva Gente e CAPSInho- Centro Campinense de Intervenção Precoce.

Concomitantemente, vimos que os jornais aparecem como um espaço de denúncia acerca das práticas de tratamento empreendidas no manicômio da cidade, contribuindo e corroborando o discurso de que deveria haver uma substituição no modelo de tratamento dos doentes mentais, também por acompanhar as ações de elaboração da nova rede de serviços de Saúde Mental e posteriormente como um espaço para a divulgação das atividades propostas e desenvolvidas pelos CAPS da cidade ressaltando a importância dessas atividades para a sociedade.

A escolha desses jornais também se dá devido ao fato de que o acesso aos mesmos nos é facilitada pela Biblioteca Municipal, que, mesmo sem estrutura adequada, dispõe dos fascículos de 2000 até a atualidade, além de também ter disponível na sede do Jornal Diário da Borborema um arquivo organizado e bem conservado com, e na gráfica do Jornal da Paraíba os jornais também estarem disponíveis para as pesquisas.

Ler e refletir sobre as reportagens veiculadas na cidade com relação ao processo de desinstitucionalização nos faz perceber como pessoas que não estavam diretamente envolvidas no processo viam essas mudanças, bem como os discursos dos profissionais e gestores que lideravam as práticas de mudança na assistência em Saúde Mental e como os familiares lidavam com essas ações de mudanças.

Em Campina Grande os jornais surgiram na época como um dos principais meios de crítica aos tratamentos asilares, denunciando os maus tratos e a falta de condições materiais para uma reabilitação dos doentes,

principalmente por terem sido eleitos por alguns profissionais de saúde como um meio privilegiado de propagação de suas idéias de Reforma da Assistência em Saúde Mental. Essas críticas foram, em grande parte, uma motivação na busca por um tratamento alternativo. Vemos esses discursos proferidos nos jornais como discursos de parte da sociedade, intencionados e interessados, e que podem nos dar indícios de como esse segmento via e vê o louco na sociedade.

A partir da premissa que tais documentos não se constituem enquanto verdades absolutas sobre o louco, nós, enquanto historiadores, construímos uma história a partir das perguntas que fazemos às fontes, fontes que nem sempre proferem o mesmo discurso, sendo muitas vezes divergentes, mas que construíram uma representação do louco e nos permite pensar como essa sociedade dar a ver o doente mental.

Destacamos assim o papel da Imprensa no processo de Reforma Psiquiátrica e na construção de outras maneiras de dar a ver a doença mental em Campina Grande, o tratamento destinado a mesma e a relação da sociedade com os portadores de transtornos mentais, primeiramente como um espaço de denúncia ao tratamento asilar, de exclusão e castrador dos direitos dos cidadãos atendidos, também como um espaço de reclamações dos familiares diante da possibilidade de terem que arcar com a responsabilidade de cuidar dos pacientes, até então internados, após a desinternação e principalmente como um espaço de propagação dos discursos que legitimam o *novo modelo de tratamento* adotado pela Secretaria de Saúde Mental do Município de Campina Grande, pela assistência psicossocial nos CAPS e nas Residências Terapêuticas.

As fotografias apresentadas nos jornais acerca da situação do ICANERF, bem como as que retratam as oficinas terapêuticas nos CAPS, os passeios realizados com os usuários do CAPS II, as festas em datas comemorativas com as crianças acolhidas pelo CAPSinho, constroem um significado para tais acontecimentos. Como destaca MAUAD (2006) “num dado contexto histórico-cultural, as narrativas convencionais no (foto)jornalismo contribuem para que se forneça significado social a determinados acontecimentos em detrimento de outros.”⁴

Ao mesmo tempo a mídia na contemporaneidade tem sido utilizada pela Saúde como meio de propagação de discursos medicalizantes e de mobilização da sociedade em prol de uma política sanitária e preventista em Saúde. No que se refere às práticas desenvolvidas na cidade com o objetivo de Intervenção Precoce, a divulgação das atividades do CAPSinho chama a atenção para a importância desse serviço para a sociedade e dando a ver a necessidade dessa intervenção para que a cidade se torne mais saudável.

As publicações dos profissionais envolvidos também aparecem como uma fonte para a nossa pesquisa por nos dar a ver os conceitos que permeiam as práticas desses profissionais. A “Revista Escritos em Saúde Mental” nos chama a atenção por resultar de uma especialização oferecida aos profissionais de Saúde mental do município, das diferentes áreas, e nos possibilita ler como cada área desenvolve suas atividades, a motivação, a influência teórica, os conceitos presentes nesses discursos sobre a assistência em saúde mental nos CAPS da cidade e principalmente no CAPSinho. Os anais do 1º Simpósio Nordeste de CAPS infantil, realizado

⁴ MAUAD, Ana Maria. O olho da história: fotojornalismo e a invenção do Brasil contemporâneo. IN: NEVES, Lucia Barros; MOREL, Marco; FERREIRA, Tânia Maria Bressone. (Org) História e Imprensa: representações culturais e práticas de poder. Rio de Janeiro: Faperj, 2006, p. 382.

em Campina Grande em Março de 2010 nos explicita os discursos que chamam a atenção para a importância da Intervenção Precoce na construção de uma política de saúde mental infanto-juvenil. Chamamos a atenção para a cartilha elaborada pelo grupo de profissionais do Programa de Intervenção Precoce “ABC Atenção Básica à Criança pequena” que ressalta os indícios de risco psicossocial, ou de indícios de sofrimento psíquico em bebês e crianças pequenas que a partir da constante observação, devem ser reconhecidos para que haja uma intervenção profissional que previna o desenvolvimento de casos graves de transtorno mental nessas crianças.

Estudar loucura, reforma psiquiátrica e infância nos coloca diante de uma bibliografia vasta sobre os temas. Diante dessa vastidão escolhemos algumas pesquisas e obras que se mostraram relevantes para a nossa explicitação e construção da escrita, sabemos que muitas foram deixadas de lado, mas sabemos também que seria impossível contemplar todas nesse trabalho. Além disso, a grande quantidade de obras sobre os temas ao mesmo tempo em que nos permite ter acesso a diversas pesquisas e discussões, nos desafia a construir nós mesmos as nossas.

A grande maioria das pesquisas que encontramos sobre a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande e sobre os CAPS infantis da cidade foram realizadas por profissionais da saúde envolvidos nas atividades do serviço público de Saúde Mental. Demonstram experiências de trabalho, dados quantitativos e avaliações das atividades realizadas nos CAPS. Poucas pesquisas levam em consideração as críticas, os conceitos e as sensibilidades e os indivíduos que envolvem essas atividades. Tal constatação nos desafiou a pensar numa pesquisa que, sem buscar avaliar a importância dessas atividades, a qualidade e eficiência desses serviços,

buscasse pensar como essas atividades foram e são pensadas e a quem são destinadas. E qual a relação desses discursos com outros discursos proferidos em outros momentos, que podem ser reapropriados ou negados.

Nossa pesquisa que faz parte do Programa de Pós-Graduação em História da UFCG, mais precisamente seguindo a linha de pesquisa “=Cultura, poder e identidades” se mostra como uma pesquisa que a partir de uma análise historiográfica estuda práticas de saúde como práticas sociais, culturais, de um momento histórico, que envolve poderes, saberes, sujeitos. Que busca enveredar pelo caminho da história sócio-cultural da doença⁵, no sentido de que estamos interessados na análise dos discursos originados nas áreas de saúde, notadamente dos discursos que delimitam quem deve ser acolhido, que deve ser observado, quem deve sofrer intervenção, quem deve ser curado.

Acreditando assim, estar contribuindo para a escrita de uma história da saúde mental em Campina Grande, área pouco discutida pelos historiadores locais, e que destaca aspectos culturais de nossa sociedade contemporânea, ao mesmo tempo em que possibilita uma reflexão sobre esse nosso contexto histórico e cultural. Partimos de uma inquietação com o local e com o presente para construir uma história da qual fazemos parte, o que eu deixo mais explícita a parcialidade de nossa escrita.

Dividimos assim, nossa escrita em três capítulos. O primeiro capítulo intitulado “*Homem tem ser homem: Reforma Psiquiátrica, desospitalização e o modelo psicossocial*” trata-se de uma análise das críticas feitas ao

⁵ ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina Moderna. IN: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JUNIOR, Carlos. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

tratamento destinado aos pacientes internos do ICANERF, principal espaço de tratamento da loucura em Campina Grande até o seu fechamento. Esse capítulo destaca o processo de Intervenção pela qual passou o Hospital, que por sua vez deu início as discussões sobre o modelo asilar abrindo caminho para a criação dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas bem como iniciando ações para que os pacientes voltassem ao convívio familiar, visando explicitar a importância desse momento para a construção e propagação de outras políticas de saúde mental em Campina Grande. A presença de profissionais, como veremos, já envolvidos em movimentos de desospitalização em outras cidades do Brasil, como Santos, São Paulo e Campinas, no momento de intervenção no ICANERF, que se esforçaram em trazer as discussões sobre a necessidade de uma mudança no tratamento destinado a loucura, foi um dos principais aspectos que propiciaram a criação das Residências Terapêuticas e dos CAPS em Campina Grande. O momento da intervenção foi usado para mostrar a sociedade que o modelo asilar de tratamento prioritariamente psiquiátrico não trazia benefícios para os pacientes tidos como loucos, pelo contrário, as situações desumanas que estes se encontravam no ICANERF foi uma motivação para que outras maneiras de tratamento, mais humanas, que levasse em consideração os aspectos sociais da loucura, que envolvesse as famílias e a sociedade nesse tratamento rompendo com a exclusão que muitos desses sujeitos vivem há décadas.

O capítulo destaca também que o modelo asilar nem sempre foi criticado e que este decorreu da constituição da Psiquiatria enquanto saber legitimado e responsável pelo melhor tratamento da loucura, apresentando

aspectos da História da Psiquiatria, o movimento a favor da criação dos hospícios e os estudos da Liga Brasileira de Higiene Mental.

Apresenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se delineou a partir das discussões recorrentes na Europa e nos Estados Unidos acerca do tratamento destinado aos portadores de transtornos mentais e seguiu principalmente os preceitos de Saúde construídos nos EUA e os preceitos de Reforma construídos na Itália em Gorizia e Trieste.

Em Campina Grande a Reforma tomou corpo com a Intervenção no ICANERF e sua posterior interdição. As ações dos profissionais de Saúde Mental na cidade decorrentes dessa desospitalização foram notadamente influenciadas pelas ações de Reforma na cidade de Santos, em São Paulo. Tal influência se deve ao fato de que os integrantes da equipe de Intervenção do Ministério da Saúde no João Ribeiro tiveram envolvimento nas ações de Reforma em São Paulo e incluíram as discussões dessas experiências nas reuniões com os profissionais na cidade, nas ações cotidianas no hospital, na elaboração da estrutura da assistência em Saúde Mental na cidade.

O segundo capítulo intitulado *“De como os corpos das crianças e adolescentes foram eleitos como alvo de políticas de Saúde Mental específicas.”* abre espaço para uma análise da criação, a partir da Reforma Psiquiátrica, de lugares destinados a cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Inicialmente destaca a construção dos CAPS e Residências terapêuticas como primeiras ações na elaboração do modelo psicossocial na cidade, Apresenta os discursos que permearam a construção de espaços destinados ao cuidado de crianças e adolescentes pela medicina social e posteriormente pela psiquiatria.

Destaca, assim, a criação dos CAPS infantis da cidade que se destinam a acolher crianças que apresentam sofrimento psíquico e que por isso são impedidas de conviver com outras pessoas e viver em sociedade. Apresenta como o CAPSi Viva Gente acolhe crianças e adolescentes e desenvolve atividades, sob as diretrizes do Ministério da Saúde, para reinserir esses sujeitos no convívio social diminuindo, desta maneira o seu sofrimento. Mas em Campina Grande o serviços de acolhimento de crianças em sofrimento psíquico construiu um outro caminho: o da intervenção precoce.

O terceiro capítulo “*Por uma Intervenção Precoce: O CAPSinho e as práticas de Saúde Mental direcionadas à criança pequena em Campina Grande*” destaca esse outro caminho no acolhimento às crianças em sofrimento psíquico. O CAPSinho – Centro Campinense de Intervenção Precoce tem a mesma estrutura física e de profissionais do CAPSi Viva Gente, mas, ao contrario do que propunha inicialmente o Ministério da Saúde ao delinear a estrutura de um CAPSi, se destina prioritariamente a acolher crianças pequenas, de 0 a 7 anos com transtornos de desenvolvimento. Investigamos nesse capítulo quais são as práticas adotadas pelos profissionais do CAPSinho a partir do modelo de *Intervenção Precoce*, quais crianças são envolvidas nessas práticas, como as oficinas terapêuticas e o envolvimento da família são postas nesses espaços e como essas ações são gerenciadas na cidade, na sociedade. Ressaltamos as particularidades das práticas adotadas no CAPSinho por este intervir de maneira diferente do que propõe as diretrizes do CAPS infantil, abrindo espaço para crianças com autismo; paralisia cerebral; atrasos isolados da marcha; transtornos de linguagem; síndromes hipotônicas; síndromes genéticas; retardo mental; erros inatos do metabolismo; transtornos de aprendizagem; transtornos específicos

de desenvolvimento motor; dentre outros. Além disso, a partir das teorias de Psicanálise, as atividades do CAPSinho começam a influenciar no referencial teórico em que se baseiam os profissionais não só dos CAPS infantis da cidade, mas em toda a rede pública de saúde, já que os profissionais dos outros CAPS também discutem a importância da Intervenção Precoce, bem como o Programa de Intervenção Precoce se esforça em inserir também nessas atividades os profissionais de saúde e educação do município. Apresentamos e analisamos alguns discursos proferidos por esses profissionais que nos dá a ver os conceitos de risco psicossocial, anormalidade, desenvolvimento adequado, comportamento adequado, indícios de sofrimento, que permeiam as práticas desenvolvidas com a finalidade de intervir precocemente na saúde mental de crianças pequenas.

A nossa pesquisa e a maneira que pretendemos dar sentido a mesma, parte da reflexão de que nos cabe, enquanto historiadores do presente, pensar em um *fazer História* que permite uma relação com outras áreas de saber, como a psiquiatria, psicologia, medicina, sociologia, enfermagem, sem que fuçamos de nosso lugar de historiadores e das particularidades do nosso lugar social e de escrita.

Buscamos enveredar em uma maneira de fazer História que nos permite pensar nas sensibilidades, nas subjetividades, nos sentimentos.

Uma maneira de fazer História que parte das inquietações, das dúvidas. Sem que haja a necessidade de dirimi-las. As dúvidas surgem para que surjam mais dúvidas, as inquietações para causar mais inquietações.

Capítulo 2 CAPITULO I – Homem tem que ser homem: Reforma Psiquiátrica, desospitalização e o Modelo Psicossocial.

Os relatos são de pessoas que tomavam banhos juntas, cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada por um funcionário que, mecanicamente parece limpar elefantes, como aqueles de circo. (...) O quadro foi completado por ambientes, na maioria das vezes sem luz e sem banheiros... além do estoque empobrecido de comida, um déficit considerável na farmácia do hospital. O estoque de medicamentos não apresentava o que era necessário para a manutenção mínima do hospital ⁶

Sete mulheres: cinco estão nuas, uma de branco com touca e luvas parece ser a responsável pelo banho, a outra vestida sorri para a câmera. Um tonel preto está encostado na parede mofada do pátio com paredes altas. As roupas sobre um banco que juntamente com o tonel são os únicos objetos que se encontram no pátio. Uma paciente com a mão na cintura parece posar para a foto. As outras parecem incomodadas. O banho no pátio das pacientes do Hospital João Ribeiro dessa vez tinha um intruso: o fotógrafo.

Em outro local do Hospital um segurança com seu colete azul, no qual se encontra grafado em letras maiúsculas e brancas: SEGURANÇA, segura uma mangueira para que três homens nus também tomam banho num beco, igualmente de paredes altas e mofadas.

Dentro do Hospital se misturam corpos nus deitados no chão dos corredores, corpos vestidos encostados às paredes, às grades das celas com cadeados, corpos nus em camas de ferro sem colchões. Algumas celas não tinham cama. Em outra cela, duas mulheres estão deitadas nas camas amarradas pelos pulsos com retalhos de tecido.

⁶ Jornal Correio da Paraíba, 28 de Abril de 2005.

Os corpos sempre magros. Um homem sentado em um banco junta as mãos como se rezasse por algo. Outro parece querer passar pelas grades. Os olhares de tristeza e angústia se misturam aos olhares vazios.

Essas imagens mostradas pelas fotografias feitas pelo fotógrafo Antonio Ronaldo, contratado pela equipe de intervenção, queriam denunciar, incomodar, chocar.

Foi a partir dessas imagens que os representantes do Ministério da Saúde expuseram a situação dos pacientes internos no Hospital João Ribeiro durante reunião com jornalistas, profissionais de saúde e membros da sociedade em 28 de abril de 2005 quando o interventor do Ministério da Saúde Fernando Kinker afirmou que o ICANERF “não cumpria o papel para o qual foi criado, mantendo pacientes encerrados”⁷.

Essa situação foi o motivo pelo qual os representantes do Ministério da Saúde estavam chegaram à Campina Grande e se instalaram no ICANERF. O que nos parece tão incômodo já fazia parte do cotidiano dos habitantes daquele espaço, sejam os habitantes moradores, pacientes crônicos ou não e dos profissionais e estagiários.

Uma das fotos apresentadas na reunião, a dos pacientes nus tomando banho no pátio do hospital, foi exposta na capa do Jornal Correio da Paraíba, no dia 28 de abril de 2005 e mostrava algo que não víamos ou não queríamos ver.

Chocante e incômoda, tal imagem foi utilizada pela equipe do Ministério com o fim de *mobilizar a sociedade* contra o modelo de tratamento dos pacientes com transtornos mentais instituído no Hospital e também representado pelo mesmo. O desejo era *denunciar* as situações precárias a

⁷ Jornal Correio da Paraíba. Caderno Cidades. 29 de Abril de 2005.

que os pacientes estavam submetidos, como se os dados das avaliações do Ministério da Saúde não tivessem sido suficientes para demonstrar que o Hospital não tratava os pacientes da Instituição com *dignidade*, e principalmente com *eficácia*, eles se valeram da imprensa para atingir, incomodar, causar desconforto, pois só assim teriam subsídios para desenvolver práticas de substituição nos serviços de Saúde Mental da cidade: a *desinstitucionalização*.

Os corpos nus, magros e sujos deitados no chão frio de cimento. As camas de ferro enferrujadas e sem colchões. As mulheres nuas que tomam banho com água de tonel e homens que ficam de costas enquanto o segurança os lava com uma mangueira. As celas trancadas com cadeados. As paredes mofadas. Uma parede azul com a frase “*Homem tem ser homem*” escrita com fezes. Essas imagens mostradas causaram desconforto. E mais, abriram caminho para um processo de fechamento do hospital e de criação de um sistema de atenção psicossocial na cidade.

A reportagem do dia seguinte no mesmo Jornal Correio da Paraíba intitulada “*Secretário anuncia benefícios para doentes mentais em Campina Grande*”⁸ destacou as mudanças anunciadas pelo Secretário Municipal de Saúde, Geraldo Medeiros, no tratamento aos portadores de transtornos mentais na cidade de Campina Grande : “a cidade passará a contar com duas residências psiquiátricas e o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III.” Ainda destacou que segundo Fernando S. Kinker, Interventor do Ministério, o Hospital João Ribeiro “ não cumpria o papel para que foi criado mantendo pacientes encerrados”. As ações da Intervenção foram ressaltadas:

⁸ Jornal Correio da Paraíba, 29 de Abril de 2005.

Realizaram algumas modificações nos equipamentos, providenciando colchões, remédio, e higiene adequada dos internos, que no caso das mulheres não tinham sequer absorventes íntimos” bem como mudanças na alimentação e na “implementação de atividades terapêuticas.”⁹

A reportagem destacou também o anúncio da Interventora Suzana Robortella acerca da realização de reunião com pacientes e familiares a fim de comunicar as mudanças e a necessidade da participação destes familiares no tratamento. Destacando ser de primordial importância a participação da sociedade nas ações de Saúde Mental.

Dias antes, no Jornal da Paraíba de 24 de abril de 2005, uma nota na Coluna “*Calçada*” trouxe um lembrete sobre a Reunião da Equipe de Intervenção no Hospital João Ribeiro destacando que “ A situação encontrada na unidade é caótica”.¹⁰ Enquanto outra nota do Diário da Borborema, do dia 30 de Abril de 2005, chamava a atenção para as fotos apresentadas pela equipe de intervenção: “É lastimável a situação dos pacientes do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro. As fotos divulgadas mostram uma realidade desumana e denunciam um caos.”¹¹

Entretanto o desconforto causado não foi somente com relação ao tratamento destinado aos pacientes, a Intervenção do Ministério da Saúde no ICANERF veio mexer e remexer em valores culturais, profissionais, acadêmicos e familiares já instituídos.

Além da forte resistência dos proprietários que insistiam na possibilidade de reestruturação do Hospital, para que novas internações pudessem ser realizadas com a autorização e financiamento do SUS, comumente os familiares dos pacientes demonstravam seu desespero em

⁹ Jornal Correio da Paraíba, 29 de Abril de 2005.

¹⁰ Jornal da Paraíba, 24 de Abril de 2005.

¹¹ Jornal Diário da Borborema, 30 de Abril de 2005.

saber que possivelmente teriam que trazer “para casa” seus familiares “loucos”. Nas rádios locais era comum ouvi-los reclamar “o que faremos com eles?” em jornais matinais. Os profissionais do Hospital tinham que trabalhar e ajudar num processo que acarretaria em desemprego e que principalmente colocava em questão as suas práticas cotidianas de tratamento e cuidado.

Os discursos se entrecruzavam, se encontravam e se afastavam, se reconheciam e se desconheciam, se entranhavam e também se acalentavam, num momento de tentativa de mudança de sensibilidades acerca da loucura, do louco, dos profissionais que trabalham com a loucura. E esse processo de Intervenção veio expor esses discursos.

A intervenção no Hospital psiquiátrico em Campina Grande se apresenta como um ponto de discussão importante na construção de uma nova política pública em Saúde Mental na cidade.

Por se tratar de uma Instituição até então legitimada e que se apresentava como principal opção aos familiares que viam a necessidade de internação psiquiátrica, o ICANERF funcionava, desde sua criação na década de 70, como referência no tratamento da loucura, não só para os campinenses, mas também para habitantes de outras cidades do Estado.

Pôr em questão suas atividades, sua maneira de tratar a loucura, sua visão sobre loucura, parece-nos apontar para uma possível mudança de concepção sobre loucura e sobre seu tratamento.

Quando o Ministério resolveu anunciar a situação dentro do Hospital a reação de indignação foi percebida, mas e com relação a tentativa de anunciar novas práticas de saúde mental, o que significou para esse contexto na cidade?

A intervenção e a conseqüente inativação do ICANERF abriu espaço para se construir uma outra mentalidade sobre a loucura. Inclusive acerca da loucura infantil. Possibilitou a criação de novos espaços na cidade destinados a sujeitos em sofrimento psíquico como as residências terapêuticas, os CAPS, o centro de convivência.

O fato de ainda existirem leitos hospitalares para pessoas em sofrimento grave, não diminui o impacto dessas discussões na sociedade campinense.

Um fato presenciado no CAPSinho nos primeiros dias de pesquisa nos fez refletir acerca do conceito de loucura presente na nossa sociedade. Quando um pai chega a um CAPSi da cidade pedindo ajuda para acompanhar um filho de 14 anos que demonstra agressividade com os familiares, pedido à equipe que “converse com ele”, nos permite pensar no que mudou com relação à loucura desde a Intervenção e o processo de desospitalização na cidade até hoje.

Partimos assim da inquietação despertada pela situação dos pacientes internos no ICANERF para ressaltar quais aspectos desse tratamento passou a ser questionado e como esse questionamento abriu espaço para a construção de um modelo dito alternativo de cuidado em saúde mental.

O presente capítulo, destaca, assim, aspectos da Intervenção que questiona o modelo asilar manicomial, apresenta esse modelo que foi construído com a finalidade de tratar doentes mentais, alvo da legitimada Psiquiatria, as experiências de negação a esse modelo que inspiraram o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e o modelo psicossocial proposto pela Reforma para substituir os hospitais psiquiátricos.

2.1 Homem tem que ser homem: a Intervenção e o processo de descredenciamento do Hospital psiquiátrico de Campina Grande.

Em 30 de Junho de 2005, 176 internos do ICANERF – Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional - foram retirados do Hospital pela equipe de Intervenção do Ministério da Saúde, até então responsável pela Instituição, devido ao seu descredenciamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte, 69 internos, foi encaminhada para o Serviço de Referência de Saúde Mental de Campina Grande, 16 foram, por sua vez, levados para Residências Terapêuticas existentes na cidade desde maio do mesmo ano. Os outros pacientes foram levados para “suas casas”.¹²

A oficialização do descredenciamento do Hospital psiquiátrico da cidade pelo SUS ocorreu em junho de 2005, após o período de Intervenção pela qual o hospital passou desde o final de 2004 e deu ênfase ao processo de Reforma Psiquiátrica na Cidade de Campina Grande ao propor discussões sobre novas maneiras de tratar os sujeitos em sofrimento psíquico na cidade que se diferenciasse do modelo asilar até então praticado no Hospital. A presença da equipe de intervenção na cidade fez com que alguns conceitos de saúde mental do Ministério fossem discutidos, como veremos posteriormente.

Tal descredenciamento já havia sido publicado em Diário Oficial em Julho de 2003, depois das revistorias feitas pelo PNASH 2002 – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - em que o ICANERF não atingiu, junto com mais oito hospitais psiquiátricos brasileiros, o índice mínimo de 61% nos seguintes quesitos avaliados: limpeza, estrutura física,

¹² Jornal da Paraíba. 31 de Junho de 2005.

vestimentas, tratamento médico, alimentação, projeto terapêutico¹³. O ICANERF – Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, com 145 leitos, obteve 46,36% na pontuação do PNASH e por isso já deveria dar início a uma substituição de tratamento de seus pacientes e cancelar as internações pelo SUS no mesmo.¹⁴ O que, como já dissemos, só veio ocorrer quase dois anos depois.

A desinstitucionalização decorrida do descredenciamento e a conseqüente retirada dos *pacientes*, até então internos do Hospital psiquiátrico, acarretou numa substituição de tratamento aos portadores de transtornos mentais. O tratamento antes prioritariamente asilar, como se mostrava no ICANERF com pacientes com tempo de internação de até 30 anos, deveria ser substituído por um tratamento psicossocial, não-asilar, inclusivo, de reabilitação e ressocialização.

Essa mudança no tratamento aos pacientes com transtornos mentais em Campina Grande e a tentativa de dar início a uma nova maneira de ver e tratar o “louco” na cidade é o ponto de partida para a delimitação do nosso objeto de estudo.

A Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde GM/MS n.º 251, de 31 de Janeiro de 2002¹⁵, estabeleceu a avaliação aos hospitais psiquiátricos pelo PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em

¹³ A Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002, estabeleceu a avaliação aos hospitais psiquiátricos pelo PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, e as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria, determinando a não classificação de hospitais que não atingissem 61% de pontos na avaliação. Os gestores locais dos hospitais não classificados deveriam, então, suspender novas internações e a efetivar a substituição do atendimento aos pacientes, enfatizando, de preferência, os serviços de tratamento extra-hospitalares.

¹⁴ Tal determinação foi feita na Portaria n° 150/SAS de 18 de Junho de 2003 quando os resultados do PNASH foram publicados.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental:1990-2004. 5ª Ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.118.

psiquiatria, determinando a não classificação de hospitais que atingissem a pontuação inferior a 61% na avaliação do Programa. Os gestores locais das cidades com os hospitais que não atingissem a meta deveriam, então, suspender novas internações pelo Sistema Único de Saúde nestas instituições e efetivar a substituição do atendimento aos pacientes desses locais, enfatizando, de preferência, os serviços de tratamento extra-hospitalares.

O PNASH foi idealizado com objetivo de “Melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS respeitando os princípios de universalidade e da equidade”. E para por em prática o modelo assistencial em Saúde Mental determinado pela Lei 10. 216 de 2001, conhecida como a Lei Paulo Delgado que estabeleceu os preceitos de proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A partir da Lei Paulo Delgado passa a ser direito desses indivíduos: o acesso ao melhor tratamento possível; um tratamento com humanidade e respeito visando beneficiar a sua saúde com o objetivo de recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; livre acesso aos meios de comunicação; maior número possível de informações sobre sua doença e tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico com os meios menos invasivos possíveis; ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de Saúde Mental; um tratamento que objetive a reinserção social; assistência de serviço médico, assistência social, psicólogos, ocupacionais e lazer; para os pacientes crônicos uma política de tratamento específica e reabilitação psicossocial assistida.

A lei também estabeleceu novas diretrizes para as internações: podem ser voluntárias, com autorização dos familiares ou responsáveis; compulsória,

com autorização da Justiça e a internação involuntária, sem a autorização do usuário a pedido de terceiros, para esta passa a ser obrigatória, dentro de setenta e duas horas, a comunicação da mesma ao Ministério Público Estadual.

Desta feita, a partir das diretrizes da Lei Paulo Delgado e das delimitações da Portaria 251 de Janeiro de 2002 do Ministério da Saúde, caberia às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde reunir Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental para avaliarem os Hospitais Psiquiátricos de acordo com o Roteiro de Avaliação do PNASH. Como já ressaltamos, os hospitais teriam que obter o índice mínimo de 61% nesta avaliação para que continuassem com o vínculo com o Sistema Único de Saúde.

Assim, os integrantes da equipe da Secretaria de Saúde do Município analisaram a partir do Roteiro de Avaliação do Programa¹⁶ vinte quesitos nas instituições visitadas:

1. Estrutura física-funcional;
2. Limpeza hospitalar;
3. Roupa Hospitalar;
4. Almoxarifado;
5. Farmácia;
6. Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência;
7. Condições para atendimento de Intercorrências Clínicas;
8. Aspectos Gerais dos Pacientes;

¹⁶ BRASIL. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas – DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

9. Alimentação do Paciente;
10. Recursos Humanos;
11. Enfermagem;
12. Prontuário;
13. Projeto Terapêutico/Prática Institucional;
14. Projeto Terapêutico/ Alta Hospitalar e Encaminhamento;
15. Espaços Restritivos – Punitivos;
16. Contenção Física
17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica;
18. Reuniões;
19. Vinculação e Direitos;
20. Aspectos Gerais da Assistência.

Cada quesito poderia ter cinco pontuações: Excelente (5 pontos); Bom (4 pontos); Regular (3 pontos); Ruim (2 pontos); Péssimo (1 ponto) . Além disso, os usuários de longa e curta permanência respondiam a um questionário acerca de sua satisfação em relação aos serviços prestados pelas instituições e pelos profissionais avaliando os mesmos com notas de zero a dez:

1. Limpeza e condições das instalações físicas;
2. Disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe com o usuário;
3. Horários das atividades;
4. Tempo de duração e frequência dos atendimentos, Explicação sobre a doença e o tratamento;
5. Qualidade das refeições;
6. Acesso ao telefone;

7. Tempo e frequência das visitas,
8. Frequência de atividades terapêuticas;
9. Frequência de atividades extra-hospitalares;
10. Capacidade de nomeação dos profissionais da equipe de atendimento.

A avaliação também consistia na coleta de algumas informações acerca dos pacientes: tempo de internação, projeto terapêutico do hospital, atas das reuniões, licenças do hospital e da farmácia, certificados de limpeza da água de desinsetização e desratização¹⁷.

Os quesitos de avaliação do Programa enfatizavam quais os conceitos que permeiam a ideia de uma Instituição capaz de tratar um paciente com transtorno mental: limpeza corporal cotidiana dos indivíduos; alimentação equilibrada e regularizada; vestimentas limpas e desinfetadas, espaço físico limpo e organizado; equipe de profissionais atenciosos e presentes; atividades extra-hospitalares frequentes (o tratamento não poderia se restringir apenas ao espaço hospitalar); atividades terapêuticas. Esses aspectos corroboram com o modelo de tratamento com *humanidade e respeito* pretendido pela assistência de saúde do Estado.

Nove hospitais psiquiátricos brasileiros não atingiram o índice mínimo estabelecido pela portaria. O ICANERF, com 145 leitos, obteve 46,36 na pontuação do PNASH e por isso mesmo já deveria dar início a uma substituição de tratamento de seus pacientes e cancelar as internações pelo

¹⁷ BRASIL. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas – DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

SUS no mesmo.¹⁸ O que, como já ressaltamos, só ocorreu em 2005, quase dois anos depois, após Intervenção na Instituição.

O descredenciamento do Hospital do convênio com o SUS foi publicado em Diário Oficial na Portaria Nº 150/GM de Julho de 2003, depois das avaliações realizadas pelo PNASH - Psiquiatria em 2002.

Diante da constatação de que as condições do Hospital não permitiam um tratamento adequado aos seus pacientes e do não cumprimento do descredenciamento uma Intervenção no Hospital foi pedida judicialmente pela 6ª Vara Federal em 19 de Agosto de 2004.

Assim, em Novembro de 2004 já se deu início, com a visita da Coordenação Nacional de Saúde Mental, a uma Intervenção extrajudicial no Hospital. A futura desativação do Hospital viria a simbolizar uma substituição no tratamento aos portadores de transtornos mentais pelo modelo assistencial psicossocial, não- asilar e com pretensões de reinserção social dos pacientes, antes enclausurados no hospital, buscando uma reestruturação também da assistência em Saúde Mental na cidade de Campina Grande e cidades vizinhas.

Em artigo intitulado “*Desconstruindo Mentalidades*”¹⁹ os autores, Fernando S. Kinker, Florianita Braga Campos, Suzana Robortella, Livia Sales Cirilo e Geraldo Medeiros Júnior, integrantes da equipe de intervenção no ICANERF, apresentam aspectos dessa participação enfatizando as práticas e os conceitos que permearam esse processo.

Dando-se início ao processo de Intervenção extrajudicial deu-se a formação de uma *Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do*

¹⁸ Tal determinação foi feita na Portaria nº 150/SAS de 18 de Junho de 2003 quando os resultados do PNASH foram publicados.

¹⁹ KINKER, Fernando S. Et al. “Desconstruindo mentalidades”. IN: CAMPOS, Florianita B. e LANCETTI, Antônio. (org). **Saúdeloucura** 9. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

Processo de Reestruturação do ICANERF que realizou um censo clínico a fim de conhecer as condições do Hospital e de seus pacientes.

De acordo com o censo realizado nos primeiros contatos da equipe com os pacientes, o Hospital contava com 151 internos sendo “metade deles com residência em Campina Grande, outra parte com residência em outros municípios e um pequeno número com dados não identificados”²⁰. Destes internos, 78 tinham tempo de permanência no hospital entre dez e vinte anos, sendo 43 moradores, e apenas onze pacientes apresentavam tempo de internação entre seis e onze meses. As primeiras ações da Comissão, segundo os autores, foram conhecer esse pacientes, realizar reuniões com segmentos da sociedade com o intuito de mobilizar os mais diversos setores da sociedade na, como já dissemos, *desconstrução de mentalidades* sobre a loucura.

Foi em Abril de 2005 que por determinação Judicial a Intervenção foi legitimada. Daí a particularidade da experiência de Campina Grande, segundo os autores, já que dentre todos os processos jurídicos abertos pelo Ministério Público com pedidos de intervenção no país “apenas o de Campina Grande foi aceito pela Justiça”.

Neste momento, como ressaltamos anteriormente, a situação do Hospital Psiquiátrico da cidade foi exposta pelos jornais, rádios e segmentos da sociedade que a equipe de intervenção passou a demonstrar que a reestruturação do Hospital não era mais aceita. A proposta era dar início a uma nova maneira de tratar os pacientes com transtornos mentais na cidade, abrindo espaço para as discussões sobre as práticas dos profissionais, sobre o espaço destinado aos ditos *loucos* na sociedade, na cidade, na família, no

²⁰ KINKER, 2010. p13.

hospital. Delineava-se o caminho do modelo de assistência psicossocial baseado principalmente no acompanhamento dos portadores de transtornos mentais por uma equipe de profissionais e pelas suas famílias, buscando uma maior relação desses com a sociedade.

A Comissão assumiu o controle das ações no Hospital até Junho de 2005, quando foi finalizado o processo de intervenção com a retirada dos pacientes do mesmo.

A mudança havia sido estrategicamente pensada, repensada, organizada, já não restava outra saída. Além das condições precárias do prédio, agravadas, sobretudo por estar em período chuvoso, havia o risco de não se conseguir honrar o pagamento de funcionários, dada a imensa quantidade de processos trabalhistas aos quais o interventor precisou responder e as cobranças de dívidas provenientes da gestão anterior dos proprietários da instituição. (KINKER, 2010, p. 34)

Foram retirados 176 internos do hospital, sessenta e cinco pacientes ainda se mantiveram internados no novo prédio. Dezesesseis pacientes foram transferidos para duas Residências Terapêuticas e os outros encaminhados para suas famílias.

Já no começo da tarde os pacientes do hospital se preparavam para a esperada mudança, vários deles estavam no pátio de entrada, com alguns poucos objetos que lhes pertenciam, na expectativa da chegada do ônibus que os levaria a esse novo lugar. Por parte de alguns internos havia também uma postura ambígua, se por um lado apoiavam a intervenção, por outro era o presente o medo do desconhecido, dessa nova vida que se iniciaria. (KINKER, 2010,p.34)

Como já ressaltamos aqui, tal processo de intervenção teve importância no sentido de possibilitar discussões mais intensas e presentes

na sociedade acerca da necessidade de mudanças nas maneiras de tratar o *louco* na cidade de Campina Grande.

Ao mesmo tempo, não acreditamos numa voz uníssona em favor da desinstitucionalização e pretendemos expor essas vozes durante nossa escrita. Como já ressaltamos, diversos discursos estavam e ainda estão presentes no cotidiano dos portadores de transtornos mentais seja nos Hospitais, Clínicas, Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, nas suas casas ou nas ruas. Cada um representando seu lugar social, seu lugar de fala.

Acreditamos ser mister investigar esses discursos, esses lugares de fala e de prática que, como dissemos, se entrecruzam e configuram o contexto de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande.

Essa mudança no tratamento aos pacientes com transtornos mentais iniciada com a Intervenção e desativação do ICANERF, bem como com a instalação dos CAPS e Residências Terapêuticas em Campina Grande, e a tentativa de dar início a uma nova maneira de ver e tratar o “louco” na cidade se constitui o nosso incômodo.

Ao mesmo tempo, esses discursos de mudança, transgressão e denúncia partiram também de um incômodo, de vários aspectos que incomodavam. A maneira como os portadores de transtornos mentais estavam sendo tratados no Hospital psiquiátrico incomodava uns, mesmo sendo normal para outros.

Mas o que incomodava? Por que incomodava? Em que conceitos, falas, discursos, práticas, esses profissionais, indivíduos da sociedade, familiares se basearam, se inspiraram para colocar em questão um tratamento que até

então estava sendo *liberado* e de certa maneira aceito? Houve inspiração em algum modelo?

2.2 A Intervenção no ICANERF e os discursos contra o modelo asilar.

Como ressaltamos anteriormente, a comissão de Intervenção composta por representantes do Ministério da Saúde, Coordenação de Vigilância Sanitária, Coordenação de Saúde Mental, 3ª Gerência de Saúde, um psiquiatra e psicólogo do ambulatório da Universidade Federal de Campina Grande, expôs para a sociedade através da mídia, que encontraram os pacientes do Hospital em condições precárias de saúde, necessitando de cuidados de higiene, tratamento e principalmente atenção.

O trabalho empreendido no Hospital e, posteriormente, quando os pacientes foram retirados e encaminhados para novos locais de tratamento, foi notadamente influenciado pelos conceitos de *acompanhamento, diversidade, diálogo, cuidadores, autonomia e humanismo*.

O que os profissionais buscavam era “substituir aos poucos as portas de ferro pelo corpo físico, a vigilância pelo acompanhamento e a violência pelo diálogo”.²¹ O que incomodava no sistema asilar de tratamento psiquiátrico que o ICANERF representava demonstra contra o que o modelo psicossocial parecia lutar. Lutar foi e é um conceito utilizado pelos profissionais da área de Saúde Mental para implantar outras formas de lidar com a loucura, já que como ressaltamos esse processo foi permeado de conflitos de interesses, de valores que cruzavam, entrecruzavam:

²¹ KINKER, 2010, p25.

A desmontagem das normas vigentes, a presença da imprensa, a incompreensão de alguns familiares, alguns funcionários não contribuindo com o trabalho, a direção do hospital resistindo arduamente ao processo, poucas pessoas envolvidas nos trabalhos da intervenção, a limitação de recursos financeiros, tudo isso representou um início bastante difícil. (CIRILO,2006. P. 65)

A vigilância foi um aspecto ressaltado por CIRILO (2006, p.60) . Incomodava o fato de existirem seguranças no Hospital e estes serem os responsáveis pelo acompanhamento diário aos pacientes:

As medidas de vigilância dos internos se mostravam inquestionáveis, os profissionais responsáveis pela mesma, mantinham em suas fardas o nome escrito com letras grandes SEGURANÇAS, mantendo sob seu controle as chaves e o acesso dos internos às áreas permitidas, até então as enfermarias, o pátio-local do banho e o refeitório.

Aspecto também ressaltado por KINKER (2010, p. 11):

Em cada corredor uma porta de ferro. Em cada porta de ferro seus seguranças. Assim eram chamados os atores mais próximos dos pacientes, com seus jalecos azuis que traziam escritos em branco, com letras garrafais, para não deixar dúvidas: S-E-G-U-R-A-N-Ç-A.²²

Assim, não eram os médicos, a equipe de enfermagem, os familiares as pessoas mais próximas dos pacientes e sim seguranças. Sua atribuição era vigiar, controlar, sem espaço para diálogo, acolhimento, acompanhamento:

O papel exercido pelo setor médico se mostrava por vezes muito ambíguo, profissionais: que não adentravam as enfermarias, apenas prescreviam no espaço restrito do consultório, além do fato de não demonstrarem contribuição ao processo estratégico de identificar

²² KINKER, 2010,p16.

altas, exercido apenas pelas duas médicas da equipe de intervenção e outro médico do hospital, que se mostrou participativo. (CIRILO, 2006. p. 63)²³

A prescrição dos medicamentos também incomodava por seguir a mesma linha da vigilância: em massa, sem aproximação, sem reconhecimento das particularidades de cada um:

“O pobre e insuficiente arsenal de medicamentos era distribuído igualitariamente por uma enfermeira que, carregando uma bandeja repleta de comprimidos coloridos, depositava nas mãos de cada componente de uma longa fila a ração química que lhe cabia.” (KINKER 2010, p.17)²⁴

Ao mesmo tempo, as condições de subsistência e de infra-estrutura também incomodavam. Segundo os interventores a situação encontrada era muito precária:

Além de despojados da condição de sujeitos, os pacientes também estavam despojados de colchões (em algumas enfermarias não havia sequer camas), de água nos banheiros, de água potável em qualquer lugar, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonetes para o banho, de comida decente. Estavam ‘apoderados’ de fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueira, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão com osso no jantar.²⁵ (KINKER, 2010,p.18)

Os aspectos mais incômodos eram os relacionados à ausência de alimentação variada e a ausência de limpeza: presença de fezes e urina nas paredes, nos cômodos, ausência de roupas, de material de higiene pessoal. O fedor e a sujeira nos corpos, nas paredes, no chão.

²³ CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado em Saúde Coletiva.2006.

²⁴ KINKER,2010 p. 17.

²⁵ KINKER,2010. p. 18.

A alimentação tão precária durante anos impediu que os internos não reconhecessem o sabor de frutas típicas da nossa região. Mais inacreditável ainda era constatar o espanto de alguns pacientes ao usar um sabonete e perceber o cheiro, a espuma. Como pode um objeto indispensável à higiene de qualquer indivíduo também passar a ser desconhecido? Água e mangueira já estavam presentes nos banhos coletivos que participavam e parecia que isso já era suficiente. (CIRILO 2006, p 63.)²⁶

As fotos apresentadas durante a intervenção mostravam corpos nus, deitados no chão, frases escritas nas paredes com fezes, pacientes pelos corredores, em todo lugar.

A frase “homem ter que ser homem”, escrita com fezes nas paredes de uma cela forte, se configurava como uma das imagens mais marcantes daquele lugar, registrando o sofrimento e a opressão. Para suportar tamanha dor, dor do castigo pela diferença, dor da exclusão, tinha que ser homem mesmo, para suportar ser tratado como um objeto qualquer, de uma forma qualquer.” (CIRILO, 2006. P 62.)

As condições eram desumanas, e a Instituição não correspondia aos preceitos de *humanidade, cidadania, respeito, cuidado, acolhimento, reinserção social*, os quais discutiremos nos próximos capítulos e que guiam a constituição da Assistência à Saúde e mais especificamente no campo da Saúde Mental após o Movimento Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica.

Em resumo podemos dizer que encontramos no ICANERF uma instituição doente e adoecedora de pacientes e trabalhadores. Para desmontar a ordem vigente e os mecanismos opressores se fazia necessário estabelecer um plano estratégico, que melhorasse a qualidade de vida dos pacientes e possibilitasse alternativas de tratamento, fora do hospital, inseridas na comunidade. (CIRILO, 2006. P.62)

²⁶ CIRILO, 2006, p. 63.

A criação dos CAPS e Residências Terapêuticas na cidade, construção analisada nos capítulos seguintes, foram motivadas pelas leis e portarias do Ministério da Saúde que possibilitam a formação e novos sistemas de tratamento da loucura pelos gestores locais, visando à construção de uma “rede de saúde mental” no país:

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.²⁷

Baseada no conceito de “reabilitação psicossocial” esses novos espaços da loucura intentam abranger outros segmentos da sociedade envolvendo-os no processo de tratamento, buscando romper com o conceito de “exclusão” presente no discurso manicomial do modelo de tratamento médico-privado e asilar existente na cidade até então.

Ao mesmo tempo, sabemos que tais discursos são, por sua vez, permeados de interesses, que o discurso proferido pelo movimento que sugere a ruptura com o modelo asilar nasceu essencialmente como negação e recusa, e não como propostas já conclusas e experimentadas.

Desta feita, percebemos que esse discurso se delineou, e está se delineando, com a prática de tratamento cotidiana, e por isso esta prática é permeada de conflitos, de interesses e principalmente de questionamentos,

²⁷ **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, 2004.

2.3 O modelo asilar nem sempre incomodou: História da loucura e a loucura como alvo da Psiquiatria.

A loucura tida como doença mental foi inventada, apreendida por um saber, racional e legitimado, e transformada. Michel Foucault analisa essa invenção em sua “História da Loucura na Idade Clássica”²⁸ e o processo de exclusão do *louco* no momento do grande internamento, enquanto *anormal* e potencialmente perigoso para a sociedade, por isso devendo ser afastado, em fins do século XVIII, e sendo eleito assim um objeto de domínio científico da legitimada medicina social²⁹. Foucault parte

“de uma arqueologia do saber, através da análise dos discursos e práticas institucionais que dizem respeito ao louco como doente mental; e da genealogia do poder, no estudo das condições políticas de possibilidades do discurso, em especial a ascensão burguesa.” (OLIVEIRA JÚNIOR, 2008.p.30)³⁰

Desta feita, não podemos falar em loucura enquanto doença mental antes do século XVII, quando a loucura estava ao lado da pobreza, da ociosidade e da miserabilidade como males a serem contidos pelo internamento, que nesse momento visa oferecer ocupação aos desocupados: o trabalho.

O louco precisa ser reabilitado pra ser então devolvido à sociedade da qual foi excluído, sob os preceitos da higiene, disciplinarização moralizante e controle social, todos respaldados pelo discurso científico, práticas na sua maioria baseadas em preceitos morais da modernidade e que por sua vez

²⁸ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

²⁹ _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

³⁰ OLIVEIRA JÚNIOR, Alberto Vouban Burity. **No Jardim dos caminhos que se entrecruzam: Direito Sanitário, Loucura e a Lei Paulo Delgado**. Monografia. Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2008.

guiavam a nomeação da loucura e conseqüentemente classificava os indivíduos e excluía os que não estivessem de acordo com o projeto moral da sociedade.

Sendo assim, as análises de Foucault nos permitem pensar a construção dos espaços destinados à loucura e aos loucos na sociedade ocidental, a posterior constituição da Psiquiatria, enquanto ciência autônoma e legitimada e a construção do discurso da loucura como patologia a ser tratada e curada por uma ciência específica, com tratamento específico, num espaço específico.

A partir dos estudos realizados por Foucault, alguns autores teceram análises sobre a História da Psiquiatria no Brasil, os discursos sobre a loucura e a eleição da mesma como objeto do discurso científico, retirando das instituições religiosas a responsabilidade de cuidar dos loucos, responsabilidade esta que foi tomada pela medicina, mais exclusivamente pela Psiquiatria, em formação. Acerca da constituição da Psiquiatria enquanto ciência no Brasil, Machado (1978, p. 375) afirma que:

A psiquiatria não é uma disciplina e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história. Transformação da loucura em doença, fenômeno patológico, mas doença diferente, exigindo, por conseguinte, um tipo específico de medicina para tratá-la, justamente a psiquiatria.

Assim, para Machado (1978), a criação do primeiro hospício destinado ao tratamento de alienados por ordem de D. Pedro II em 1841 inaugura “uma

nova fase da problemática da loucura e do louco em nosso país”³¹ assinalando o nascimento da Psiquiatria no Brasil.

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. P 376

A psiquiatria só se institui como uma ciência quando a loucura é transformada em doença, mais ainda, doença mental. Doença específica, que requer tratamento específico por uma medicina específica: a psiquiatria.

A psiquiatria tem como marco de instituição no Brasil a criação do Primeiro Hospício para Alienados no Rio de Janeiro em 1841, por ordem de D. Pedro II.

Machado (1978) ressalta que o modelo manicomial inventado pela psiquiatria para tratar a loucura simboliza uma mudança:

Ponto inicial, começo de um processo, a criação do hospício insere-se na transformação mais ampla que atinge a medicina enquanto saber e técnica de intervenção. Considerando sob esse aspecto, o hospício é um resultado; representa um momento de vitória em uma luta que não só antecede mas prepara sua realização e confere à psiquiatria um lugar entre instrumentos utilizados pela medicina.(MACHADO, p.376)

O nascimento da Psiquiatria brasileira está intimamente ligada aos conceitos da Medicina Social³², “é no seio da Medicina Social que se constitui a Psiquiatria”, que, como o nome sugere, visa à medicalização da sociedade.

³¹ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

³² FOUCAULT, Michel . **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro , em 1830, lança o Movimento “*Aos loucos, o Hospício!*”. O Hospício passa a ser uma exigência higiênica e surge como crítica ao tratamento destinado aos loucos no Hospital de Misericórdia, que por não atender as particularidades da doença mental, que se difere das outras doenças, não o trata adequadamente. As críticas ao tratamento hospitalar aos loucos expressa a necessidade de um espaço destinado unicamente aos loucos, que dê conta das necessidades particulares desses indivíduos, ao mesmo tempo em que o retira do convívio com os sãos, convivência esta tida com perigosa e que deve ser evitada.

Formula-se um discurso de oposição entre o Hospital e o Hospício. Este último surge para tratar o louco da maneira adequada. O primeiro vira alvo de críticas por não oferecer “condições para abrigar medicamente e recuperar o louco. Outra questão é a divisão entre mulheres e homens:

Fica no andar térreo, embaixo de uma enfermaria-escola que por ter assoalho de taboas sem forro, expõe os alienados continuamente ao barulho; as janelas dos quartos dão para o quintal onde se encontram os bois, bestas e carros não permitindo o isolamento com relação ao exterior, expondo os loucos não só ao ruído como também aos ludíbrios e insultos dos transeuntes (...) Além disso, o tratamento moral não é praticado; muitos dos meios do tratamento físico faltam ou são impossíveis; não há divisão para as diversas espécies de loucura; também não há banhos, jardins para passeio, regime especial e regimento próprio. Finalmente, não há médico especialista e os enfermeiros não têm qualificação alguma, além de estarem sempre em rodízio pelo hospital. (MACHADO, P.378.)

Logo, coube a Medicina Social a tarefa de eleger o hospício como espaço de tratamento da loucura e a psiquiatria como a ciência legitimada para tratar o louco. Bem como de “isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo.”

A partir do momento em que a loucura, como dissemos, foi eleita como objeto do discurso científico, constrói-se o discurso manicomial. O manicômio surge como o espaço de tratamento também específico, espaço de ordem, isolamento, sistematicamente vigiado, o tempo do paciente passa a ser sistematicamente ocupado, tornando-se, assim, um espaço não-ocioso.³³ Logo, percebemos que assim como nos estudos de Foucault sobre o sistema psiquiátrico francês, a maneira de tratar o louco no Brasil colonial e imperial era baseado na mesma premissa: a exclusão social.

É nesse processo que se tem origem a *Liga Brasileira de Higiene Mental* em 1923. Analisada por Jurandir Freire Costa, em “*História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico.*”³⁴, que discorre acerca da constituição da Psiquiatria no Brasil enquanto *especialidade médica autônoma*. A tutela dos loucos, antes nas mãos dos religiosos das Santas Casas de Misericórdia, passa a ser do Estado com o advento da República, e a ser responsabilidade de uma ciência legítima e autônoma: a Psiquiatria.

Nesse ínterim a Liga Brasileira de Higiene Mental é fundada em 1923 com o objetivo inicial de “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos”³⁵ mas posteriormente os projetos dos psiquiatras da Liga passaram a visar também a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos. Assim, sob influência da Psiquiatria alemã, a Liga defendia a eugenia enquanto Higiene social e destacava a necessidade de se criar instituições capazes de aceitar e aplicar uma nova moral para os doentes

³³ MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 376.

³⁴ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

³⁵ COSTA, 2007, p. 45.

mentais e para a sociedade combatendo os maus hábitos. Bem como defendendo o saneamento moral do país através de uma política de prevenção e policesca de intervenção nos costumes não só dos loucos, mas da sociedade, que viria assim a ser pura e saudável.

Na década de 60, o que era responsabilidade do Estado, cuidar da Saúde dos doentes mentais nos manicômios espalhados pelo Brasil, passa também a ser de Instituições privadas. Segundo ROBORTELLA (2000):

Um dos marcos importantes para contextualizar o estado atual da Reforma, é a questão da privatização da atenção em saúde mental após a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ocorrido na década de 60. A consequência imediata é o aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, especialmente nos grandes centros urbanos, com o repasse de 97% do orçamento da saúde mental para os empresários.³⁶

Concomitantemente à privatização dos serviços de assistência psiquiátrica, as críticas ao mesmo foram tomando corpo por esses serviços não atenderem à finalidade que deveriam atingir: a cura dos pacientes.

Com as análises das práticas de tratamento nos hospícios surgiram críticas, tanto sociais quanto científicas, e essas práticas passaram a ser vistas negativamente por não seguirem o preceito de humanização na medida em que as condições de maus tratos e a ausência de leitos confortáveis eram recorrentes na maioria das instituições asilares brasileiras. Assim, o gerenciamento científico da loucura aliado ao discurso manicomial acabou por reforçar a exclusão social não cumprindo com a premissa de recuperação e

³⁶ ROBORTELLA, Suzana Campos. **Relatos de usuários de Saúde Mental em liberdade: o direito de existir**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2000, p.35.

cura dos indivíduos tratados. É nesse contexto em que a Psiquiatria aliada a outras ciências como a antropologia, psicologia, sociologia começa a dar ênfase ao conceito de saúde mental.

Sendo assim, na década de 70 sob influência das discussões e ações da psiquiatria na Europa, notadamente em Gorizia e Trieste, e nos Estados Unidos, os profissionais de Saúde Mental passam a discutir as ideias de uma psiquiatria comunitária.

2.4 Desinstitucionalização e desospitalização: a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.

A luta antimanicomial no Brasil foi notadamente influenciada pelo movimento dos usuários da Europa e dos Estados Unidos durante as décadas de 60 e 70. Esse movimento apresentou como principais características uma ligação com o individualismo, uma associação ao *welfare state*.

Os objetivos dos movimentos dos usuários buscavam não só a mudança das políticas, dos serviços e da legislação, mas também da cultura profissional e social quanto à doença e à saúde mental. Visando a constituir e gerir, eles próprios, grupos e serviços como clubes, grupos de auto-ajuda, centros-dia, serviços residenciais e a agir em defesa dos seus direitos e da sociabilidade. Como tática política eles utilizaram alianças com outros grupos marginalizados, desafiaram os pontos de vista das “autoridades” do campo da saúde mental, o modelo médico e os conceitos estereotipados de doente e paciente tentando reverter a marginalidade, a estigmatização e passividade vivenciadas pelos mesmos.

Eduardo Mourão Vasconcelos ³⁷em sua análise dos movimentos dos usuários ressalta que diante do dilema entre reivindicar direitos sociais especiais (como benefícios em dinheiro, habitações e esquemas especiais) e lutar pelos direitos civis contra a discriminação, os usuários costumam justificar aqueles com o fato de terem sido vítimas do sistema psiquiátrico; ou procuram expressar essa diferença de forma positiva, enaltecendo sua sensibilidade (tática comum nas lutas das minorias sociais); ou ainda ficam em uma posição que combina as duas anteriores, se reivindicam aos direitos especiais para que se promova a igualdade, fenômeno conhecido como discriminação positiva.

O movimento dos usuários da América Latina, e conseqüentemente, do Brasil, difere do anterior.

Na América Latina, numa sociedade hegemonicamente hierarquizada as desigualdades sócias são bem mais presentes. Além disso as políticas sociais são intimamente ligadas ao estado, mesmo quando as instituições são privadas elas dependem principalmente de recursos estatais, os profissionais são enfatizados no processo de tratamento e principalmente se diferencia por ter no movimento de usuários grupos sociais sulbaternizados.

No Brasil, o movimento dos usuários está intimamente ligado ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esse movimento surgiu com o início da abertura do regime militar no interior de setores como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e REME (Renovação Médica). Inicialmente o movimento denunciava o sistema nacional de assistência

³⁷ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da Cidadania, Empowerment no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento dos Usuários. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

psiquiátrica e suas práticas de tortura como eletrochoques, a cronificação, as fraudes e a corrupção, além de reclamações trabalhistas.

A isso se seguiu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições³⁸, o I e o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental e a I Conferência Nacional em Saúde Mental.

Diante das discussões realizadas nesses eventos ficou perceptível a necessidade manter ligação com os movimentos sociais e de propor a realização trabalhos alternativos em assistência psiquiátrica que diferenciasse do modelo asilar recorrente.

Essa carência começa a ser satisfeita com a aproximação de entidades de usuários e familiares como o Loucos Pela Vida e o SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho). Daí se inicia o Movimento Pela Luta Manicomial, com o lema “por uma sociedade sem manicômios” fundado documentalmente com o Manifesto de Bauru, de onde surgiu também a Articulação Nacional pela Luta Manicomial. O movimento também se fez presente no apoio ao projeto de lei de autoria de Paulo Delgado , inclusive sendo defendida em sessão do plenário.

Analizamos os termos em causa. Movimento - não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional - não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta - não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial - uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS! (LOBOSQUE, 2001, p.161)³⁹

³⁸ Esse Congresso contou com participação de Basaglia, Guattari, Castel e Goffman.

³⁹ LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.161

Ao longo do século XX diversas formulações e modelos na busca de integrar e democratizar as relações entre profissionais e pacientes na instituição psiquiátrica foram construídos, entre elas a *comunidade terapêutica*, *análise institucional*, *a psiquiatria de setor*, *a psiquiatria comunitária*, *a antipsiquiatria* e *a psiquiatria democrática*.

A psiquiatria democrática foi implantada pelo italiano Franco Basaglia na cidade de Gorizia e posteriormente por Franco Rotelli na cidade de Trieste, ambas no norte da Itália. Esta foi a principal inspiração para a luta antimanicomial no Brasil.

A experiência de Gorizia e Trieste propunha uma rede ampla e diversificada de atenção diária em saúde mental, de base territorial e comunitária.

“ a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana operam uma ruptura. Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira buscam realizar uma desconstrução do aparelho psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos. Basaglia atualiza com suas experiências um nível teórico-prático fundante de um novo momento inicialmente político, referido a questões do direito e da cidadania dos pacientes, para operacionalização de categorias e estruturas assistenciais referidas a um “psiquiatria reformada”.(AMARANTE, 2001,p.22)⁴⁰

Tal experiência parte de recusas: a negação da instituição manicomial, negação do doente mental como resultado de uma doença incompreendida, do poder da psiquiatria, da violência vivenciadas pelos sujeitos, da instituição.

⁴⁰ AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos Pela Vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 22.

Que como dissemos aparece também nas discussões do Movimento antimanicomial no Brasil e na Reforma Psiquiátrica.

A negação do hospital tradicional está na recusa da custódia e segregação dos internos, da violência e hierarquia comuns no sistema.

O espaço hospitalar aparece com outra vestimenta, como um espaço de liberdade de onde se pode sair quando desejar, abre-se espaço para a escolha. Além disso, abre-se espaço para o diálogo, a cada dia todos participam da assembléia geral da comunidade, os parentes sempre estão presentes. A socialização entre os envolvidos acontece nos espaços do hospital, um exemplo é o bar dirigido pelos internos e a inserção econômica se dá com a utilização da mão de obra dos internos em serviços gerais.

Ao mesmo tempo acreditamos que tais desconstruções e construções não se dão de maneira simples e perfeitas. Nos relatórios que explicam o modo italiano de Gorizia ficam evidentes os percalços que ora enfrenta uma tradição psiquiátrica permeada por juízos e valores, de concepções de saúde-doença-cura; ora enfrenta o comportamento custodialístico do médico exercitando o seu mandato social.

Seguindo o caminho aberto por Basaglia relato de Franco Rotelli da experiência realizada em Trieste. Para Rotelli afirma que o médico busca uma relação com paciente como se ignorasse que estão ambos imersos em uma rede institucional de leis, regulamentos, recursos materiais, saberes, administrações. Por isso que o que a psiquiatria democrática pretende não é tão somente desospitalizar, mas desinstitucionalizar, sabendo que não basta modificar as instituições mas a psiquiatria, que não basta fechar o manicômio.

Em Trieste (com cerca de 300 mil habitantes) o manicômio foi substituído por sete centros de saúde mental, um em cada bairro que

funcionam 24h por dia, de portas sempre abertas. O trabalho pretendido em Trieste foi denominado como *empresa social*, que é a transformação do manicômio em uma rede diversificada de serviços sanitários, na qual os direitos dos cidadãos são protegidos e construídos materialmente, e de uma rede de relações interpessoais.

Além dos centros de saúde há grupos-apartamento, residências na cidade para os que não tenham casa ou família ou que estejam em relações conflituosas com esta, tendo direito a alimentação, subsídios, dinheiro e vestimentas. Uma assistência, todavia, que não deve tomar o indivíduo como inválido, incapaz de produzir, por isso se conta com outros recursos.

A rede de cooperativa conta com cerca de trinta atividades, tais como: uma loja de frutas e verduras, equipes de transportes e mudanças, jardinagem, limpeza e manutenção, um restaurante, um bar, um salão de cabeleireiro, e estética, uma oficina de produção e uma loja de artigos de couro, a administração de um pequeno hotel, um centro de produção de vídeos, outro de teatro, um laboratório de design, uma rádio na cidade, uma editora de livros e revistas.⁴¹

Os usuários trabalham com outras pessoas ditas normais com um salário justo, produzindo tanto na sociedade de mercado como produzindo trocas nas relações sociais.

2.5 De volta para casa: o Modelo Psicossocial.

O I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, abriu espaço para uma reorganização na assistência em Saúde Mental introduzindo discursos e conceitos acerca da Saúde Mental: A noção de que a Saúde Mental é um direito do povo e a assistência de

⁴¹ ROTELLI, Franco. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.303.

responsabilidade da sociedade; Tal assistência teria que levar em consideração as necessidades dos indivíduos e os serviços de Saúde Mental deveriam promover proteção e assistência ao indivíduo desde o nascimento e serem orientados no sentido preventivo.

O Congresso também chamou a atenção para a importância da conscientização: a necessidade de educação do público, na escola, pelos veículos de comunicação para esclarecer sobre as doenças mentais. A importância das equipes terapêuticas multiprofissionais na assistência pondo fim a hegemonia da psiquiatria como detentora do poder de curar o doente mental. O discurso do Hospital Comunitário, construído na Itália, também é apropriado: os hospitais deveriam ser reestruturados promovendo a reintegração social do indivíduo através de serviços diversificados e extra-hospitalares, em um ambiente terapêutico, a fim de evitar o uso abusivo do leito hospitalar.

No mesmo sentido, a I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em 1989, demonstrou que as discussões acerca das condições da assistência em Saúde Mental no Brasil mereciam uma atenção especial por parte do Estado, o qual deveria retomar a responsabilidade do cuidado aos doentes mentais, garantindo a universalização e a equidade dos serviços de Saúde Mental favorecendo uma modificação do modelo assistencial que proporcionasse uma reintegração social.⁴²

Todavia, para que o tratamento aos portadores de transtornos mentais pudesse ser repensado, as críticas tiveram que contemplar não só os problemas físicos dos manicômios, mas também as próprias práticas médicas, bem como o conceito de doença mental. Foi nesse sentido que o

⁴² BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1988.

discurso de desinstitucionalização passou a ser construído, como destaca Amarante (1994, p. 81) em fins da década de 80, do século XXI, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental dá ênfase às discussões sobre o tratamento asilar tendo como base o lema “Por uma sociedade sem manicômios”:

O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.⁴³

É nesse contexto que a lei Paulo Delgado é elaborada para propor uma progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos, sendo estes substituídos por outras práticas de tratamento, abrindo o caminho para discussões sobre a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica.

Com a Lei 10.216/ 2001 a Reforma passou a ser efetivada e, aliada ao “Programa de Volta para casa” do Governo Federal, os Centros de Atenção Psicossocial, os Núcleos de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas surgiram como modelos alternativos ao modelo asilar, e passaram a ser utilizados principalmente pelos gestores municipais como espaço privilegiado de reabilitação dos portadores de transtornos mentais.

O trabalho desenvolvido nesses espaços que se propõem “alternativos” ainda passa por reflexões estando longe de ser tido como modelo perfeito e em ação plena. As equipes precisam lidar com a dificuldade de uma mudança de olhar, de agir. Mais ainda: a dificuldade de lidar com pacientes com longo

⁴³ AMARANTE, Paulo Eduardo de Carvalho. (Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

histórico em instituições asilares que muitas vezes não podiam, e não podem, voltar para casa simplesmente porque não possuíam casa.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS –, a principal estratégia da reforma psiquiátrica brasileira, é uma instituição criada para sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares.

Trata-se de um modelo alternativo ao hospitalocêntrico, onde o fator território assume considerável relevância. Território não só compreendido como área geográfica, mas a área que o usuário habita, desenvolve sua vida cotidiana e estabelece laços. Portanto, o CAPS busca organizar uma rede de atenção a pessoas em sofrimento psíquico utilizando uma ampla gama de recursos afetivos, sanitários, socioeconômicos, culturais, religiosos, de lazer; dispostos na sua área de abrangência para potencializar as equipes de saúde e satisfazer as demandas de inclusão.

Vocês sabem que aquilo que aqui vocês chamam de comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar de anomia, mas no território e não na comunidade existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem homens de cultura, existem pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados na nossa prática. ⁴⁴

Desta feita, O CAPS é um serviço de saúde comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulado pela portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, consequência da edição da Lei Paulo Delgado⁴⁵. Como serviço

⁴⁴ ROTELLI, Franco. **Superando o manicômio**: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.155.

⁴⁵ Na motivação da portaria lemos: “*Considerado a Lei 10.216 de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental,*”.

público de saúde, deve alicerçar-se nos princípios do acesso universal, público e gratuito, na equidade, na integralidade das ações e no controle social exercido através dos Conselhos Nacional, Municipais e Estaduais de Saúde.

De acordo com a Portaria ressaltada o CAPS apresenta como objetivos: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos; oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a reinserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer; montar estratégias conjuntas de superação de problemas; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares que atuam em seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental.

Os CAPSes devem estar em espaços próprios que apresentem consultórios, salas para atividades grupais, espaços de convivência, oficinas, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes e refeitório.

Uma das principais características dos CAPSes é o acolhimento ao sujeito que nele chega: o primeiro contato intenta compreender a situação da pessoa e que ela estabeleça vínculo de confiança com o profissional e a equipe. Posteriormente, será estruturado um projeto terapêutico com cada usuário, personalizado, respeitando a sua particularidade. De preferência o profissional que primeiro lhe acolheu deverá segui-lo como terapeuta de referência (TR). Esse terapeuta é que irá realizar o projeto terapêutico, redefinindo-o quando prescindível, de acordo com as atividades e a

frequência de participação. Ele também será responsável por estabelecer contato e diálogo com o usuário e a equipe.

O projeto terapêutico elaborado poderá ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo; gradação que atende a necessidade respectiva do usuário: se diário (pessoa com grave sofrimento psíquico, em crise ou com dificuldade intensa no convívio familiar), se até 12 dias por mês e se até 3 dias por mês. Todos, sem exceção, podem ser realizados em domicílio.

Paralelamente, o CAPS deve ter um projeto terapêutico do serviço que atenda à cultura local e às contribuições dos familiares e usuários. Esse serviço pode se servir dos mais variados recursos o que se denomina “clínica ampliada”. Teorias e modelos prontos de atendimento são insuficientes, deve-se criar, observar, escutar, está consoante com a complexidade da vida das pessoas. Desse ambiente, que deve ser o mais acolhedor possível, é imperioso partir das mais diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou em grupo; oficinas terapêuticas; atividades comunitárias; atividades artísticas; atendimento domiciliar; atendimento individual, em grupo ou para a família; assembléias ou reuniões de organização do serviço.

O atendimento individual compreende prescrição de medicamentos, psicoterapia e orientação. O atendimento em grupo, oficinas terapêuticas expressivas, geradoras de renda, culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas de suporte legal, grupos de leitura e até de confecção de periódicos. O atendimento para a família abrange atividades de ensino e lazer. As atividades comunitárias serão aquelas ligadas a associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, na promoção de festas, caminhadas e eventos. Por fim, as assembléias ou reuniões de organização

do serviço, serão preferencialmente semanais, propondo discussões e avaliações, ajudando na melhoria do atendimento.

Os CAPSes são classificados quanto ao seu tamanho e especialidade em CAPS I e CAPS II para atendimento diário a adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III com atendimento noturno e durante toda a semana; o CAPSi, para a infância e adolescência; e CAPSad, para dependentes de substâncias psicoativas, com leitos de repouso para a desintoxicação.

A distribuição e a criação desses CAPS obedecerá à população de cada cidade: CAPS I, de vinte mil a setenta mil habitantes; CAPS II, de setenta mil a duzentos mil habitantes; CAPSad, acima de cem mil habitantes; e CAPSi e CAPS III para cidades acima de duzentos mil habitantes.

Em todas as equipes, independente do modelo de CAPS, a equipe mínima contará com um Médico Psiquiatra ou com formação em saúde mental; um Enfermeiro; três profissionais de nível superior como Psicólogos, Pedagogos, terapeutas ocupacionais e Assistentes Sociais; e quatro profissionais de nível médio como técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em administração e educação e artesãos. Esses números serão acrescentados dependendo da espécie de CAPS e da população da cidade onde o centro se situa.

Os CAPSes também funcionarão como central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental, sujeito às normas de vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica.

Capítulo 3 **CAPÍTULO II - De como os corpos das crianças e adolescentes foram eleitos como alvo de políticas de Saúde Mental específicas.**

“Arte como forma de terapia. Foi com esse intuito que o artesanato produzido pelos usuários do Centro de Atenção Social (Caps III), localizado no bairro do Centenário, em Campina Grande esteve exposto na Praça da Bandeira ontem. (...) Peças como bijuterias, pinturas, caixas para presentes e peças bordadas estavam em exposição. Parte dos lucros será direcionada ao investimento em novos materiais, e a outra parte, divididos entre os artesãos. Cerca de 40 usuários participaram da confecção das peças. A unidade funciona há quatro anos e atualmente atende cerca de 600 pessoas. "Tentamos fazer com que os usuários voltem a realizar atividades de sua vida diária e a oficina tem mostrado ótimos resultados", afirmou. Ele afirmou que o exercício funciona como um "organizador psíquico" que atende os usuários de forma direta e eficaz. Atualmente, o Caps atende uma média de 2.500 usuários ao longo da cidade em sete unidades. Fazer com que a vida volte aos eixos, essa é a proposta que o Caps lança com as oficinas.”⁴⁶

No caminho da Reforma Psiquiátrica e das novas propostas para o serviço público de Saúde Mental, e a partir do processo de intervenção realizado em Campina Grande, instalou-se na cidade uma nova rede de Atenção em Saúde Mental baseada no Modelo psicossocial.

O CAPS II – *Novos Tempos* já desenvolvia suas atividades quando as ações de intervenção se desenrolavam e foi importante para mostrar a sociedade, como seu nome já anunciava, um novo modelo de serviço público de cuidado em saúde mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica, novos tempos para o tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico:

Inaugurado em dezembro de 2003, com um significativo atraso em relação ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS II Novos Tempos, trouxe para o município de Campina Grande, uma nova perspectiva de atendimento ao portador de transtorno mental, rompendo com longos anos de um modelo exclusivamente hospitalocêntrico e excludente. (CIRILO, 2006,p. 73)⁴⁷

⁴⁶ Diário da Borborema, 3 de Outubro de 2009.

⁴⁷ CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado em Saúde Coletiva.2006.

Em 20 de março de 2005 o projeto “Domingo no CAPS” visava apresentar à sociedade as atividades desenvolvidas no CAPS II *Novos Tempos*, que na época se situava na Rua Getúlio Vargas. O projeto “Domingo no CAPS” foi pensado com o objetivo de reafirmar as propostas do modelo psicossocial. O CAPS deveria promover a interação entre usuários, familiares, profissionais e a sociedade:

“O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, da Secretaria de Saúde do Município , promove no próximo domingo o ‘Domingo no CAPS’, um evento que contará com a participação dos 220 usuários atendidos no Centro, seus familiares e a equipe técnica. Serão realizadas várias atividades educativas, recreativas artísticas.

O objetivo, de acordo com a coordenadora Lívia Sales Cirilo, é promover a reinserção social, reabilitação e interação do usuário com a equipe técnica, os familiares e outros serviços.

As atividades começarão às 9 horas e se estenderão até às 17 horas.

O ‘Domingo no CAPS’ será realizado na própria sede do Centro, situado na rua Getúlio Vargas, 673, e contará com sala de jogos, duas salas de cinema e sala de artes. Haverá ainda exposição das oficinas de atividades manuais e o brechó do CAPS.”⁴⁸

Reinserção social, reabilitação e interação do usuário com a equipe técnica, ou seja, de acordo com o modelo psicossocial é essencial para o “tratamento” que haja uma interação direta e contínua entre os usuários e a equipe de profissionais. Esse “novo tempo” se alimentava da esperança de por fim a separação predominante que acontecia nos hospitais psiquiátricos, como no ICANERF, onde a relação dos pacientes com os profissionais, quando não era inexistente, era baseada apenas no fornecimento de remédios, em lugar das celas fechadas com grades e cadeados, e banho de mangueira como se fossem animais, atividades de lazer e conversas diárias entre os usuários e profissionais.

Mais uma vez, as propostas de um novo tempo se fazem presentes nos discursos dos profissionais envolvidos na RP local, ou seja, a necessidade de

⁴⁸ Jornal Diário da Borborema, 16 de março de 2005.

retirar os pacientes daquele espaço de exclusão, principalmente, os pacientes que residiam no ICANERF há mais de uma década e que não tinham nenhuma relação com a sociedade, e colocá-los em contato com alguns espaços públicos da cidade, em especial, espaços de lazer como o Parque da Criança. Um simples piquenique é utilizado como meio de socialização e reinserção social. A proposta é que, mesmo que os pacientes signifiquem essas atividades de maneira particular, eles possam retornar ao convívio com a sociedade e a cidade.

Entretanto, em alguns casos, os pacientes têm dificuldades de retornar para suas casas e conviver com os familiares. Nem sempre a família está disposta a receber os pacientes, como também, nem sempre os pacientes desejam retornar para a casa dos familiares: os serviços de residências terapêuticas surgem assim como um possível caminho.

Inicialmente, a principal ação consequente da Intervenção foi a criação das residências terapêuticas como um espaço direcionado aos sujeitos em sofrimento psíquico retirados do hospital e que não retornaram para suas casas e a inserção do Município no "Programa de Volta para Casa".

Este programa criado com a Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003, que passou a ser implantado em Campina Grande em 2005 e que atualmente atende aproximadamente 70 pessoas, tem como objetivo fornecer um auxílio-reabilitação psicossocial no valor de 320 reais mensais para pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas (por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos de internação) em instituições cadastradas pelo SUS e pessoas que moram em Residências Terapêuticas. O Programa de "Volta Para Casa" intenta assim contribuir efetivamente para o processo de inserção social desses sujeitos.⁴⁹

Concomitantemente a inclusão do município no Programa de Volta Para Casa a criação das Residências Terapêuticas foi uma das principais ações iniciais para a formação de uma nova rede de Saúde Mental na cidade e

⁴⁹ BRASIL. Manual do "Programa de Volta para Casa", Brasília: Ministério da Saúde,2003.

como dissemos uma oportunidade de inserir os egressos do ICANERF no convívio social.

O Serviço Residencial Terapêutico foi elaborado pelo Governo como moradias, casas que são localizadas dentro do espaço urbano⁵⁰

O Jornal Diário da Borborema acompanhou a preparação dos internos a serem encaminhados às Residências Terapêuticas, gerenciada pelos representantes do Ministério da Saúde e a coordenação de Saúde Mental do Município:

“A Secretaria Municipal de Saúde está preparando os internos do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, que serão os primeiros moradores das residências terapêuticas, para o convívio em sociedade. Na tarde da última segunda-feira, um grupo de sete homens internos do hospital fez um passeio no Parque da Criança, onde foram realizadas dinâmicas de grupo, atividades recreativas e culturais e ainda um piquenique.

Uma equipe formada pela comissão de intervenção do hospital, técnicos de saúde mental e um grupo de estagiários do curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba está desenvolvendo ações de inserção social até a inauguração das residências.

Segundo Kinker, até agora tem se percebido uma adaptação positiva dos grupos aos espaços comuns, o que significa um tranqüilo processo de mudança do hospital para as residências terapêuticas. Ele informou que na semana passada, um grupo de mulheres internas já participou de atividades fora do ambiente hospitalar, na inauguração da Casa da Ciranda e na comemoração do Dia das Mães.”⁵¹

O jornal também deu destaque à inauguração das residências terapêuticas que ocorreram dois meses depois, em 18 de maio de 2005, no Dia Nacional da Luta Antimanicomial:

‘A secretaria de Saúde de Campina Grande estará inaugurando hoje as duas residências dos Serviços Residenciais Terapêuticos, programa do Ministério da Saúde, que consta de moradias inseridas na comunidade, destinadas a portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que enfrentam dificuldades de reintegração familiar, moradia e reinserção social. Nas residências- uma masculina e outra feminina- vão morar oito pessoas, em cada, egressas do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro.

⁵⁰ BRASIL. Residências Terapêuticas: o que são e para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

⁵¹ Jornal Diário da Borborema, 11 de março de 2005.

Hoje, quando se comemora o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, Campina Grande dá um passo a mais na mudança assistencial em saúde mental, inaugurando as duas residências. Campina Grande é a pioneira na inauguração das moradias na Paraíba. Com essa iniciativa, a gestão municipal, com o apoio do Ministério da Saúde, firma corajosamente o seu compromisso com o processo de reforma psiquiátrica, que tem como bandeira assegurar o cuidado e a cidadania para todos.”⁵²

O que é uma residência terapêutica segundo o Governo.
Acompanhamento de profissionais.

“Os Serviços de Residências Terapêuticas constituem uma modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, com o compromisso de resgate da cidadania e reintegração social. Estes serviços não se configuram como serviços de saúde, mas sim como serviços residenciais com função terapêutica, que fazem parte do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial e têm importância estratégica para a reestruturação da assistência psiquiátrica.”⁵³

Posteriormente a coordenação de Saúde mental viu a necessidade de ampliar os serviços de residências terapêuticas, atualmente são seis residências terapêuticas na cidade, uma opção para os usuários que não podem ficar em casa.

Durante sessão na câmara de vereadores de Campina Grande, no dia 21 de maio de 2005, Fernando Kinker apresentou à sociedade os motivos da intervenção já indicava que o fechamento do ICANERF seria um provável caminho, e demonstrava a intenção do Ministério da Saúde de implantar, a partir do acontecido, novos serviços públicos de atendimento em Saúde Mental na cidade, bem como, nos municípios da região que costumavam encaminhar pacientes para o Instituto:

Caso não se adéque as normas exigidas pelo Ministério da Saúde, o Hospital Psiquiátrico João Ribeiro dificilmente voltará a funcionar. Devido às precárias condições em que se encontra o manicômio, interdito pela Justiça Federal desde o dia 18 de Abril, a tendência

⁵² Jornal Diário da Borborema, 18 de maio de 2005.

⁵³ Jornal Diário da Borborema, 18 de maio de 2005.

é que os pacientes que ainda permanecem no hospital sejam atendidos em serviços a ser criados pelos municípios. Pelo menos foi o que disse ontem, na Câmara Municipal de Campina Grande, o representante do Ministério da Saúde e interventor do João Ribeiro, Fernando Kinker. (...) Em sua explanação, Fernando Kinker lembrou que hospital estava funcionando em condições precárias, não atendendo os requisitos mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde, o que forçou a Justiça Federal a decretar a interdição. O hospital está com toda a sua estrutura comprometida, funcionando precariamente.(...) A luta do interventor é estimular os municípios a criarem serviços que abriguem esses pacientes, os ajudando assim, na sua reinserção social. Em Campina Grande, já existem dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que fazem esse trabalho com as pessoas portadoras de doenças mentais. ⁵⁴

Mas, a construção desses novos espaços de cuidado em Saúde Mental necessitava da formação de equipes multidisciplinares de profissionais. Sendo assim, a Secretaria de Saúde do Município viu a necessidade de abrir seleção para os profissionais que trabalhariam nesses novos serviços de Saúde Mental e deu início a um trabalho de seleção, contratação e capacitação desses profissionais com o apoio do Ministério da Saúde. A capacitação seria uma etapa primordial para que o serviço público destinado aos sujeitos em sofrimento psíquico seguisse as pretensões da Reforma proposta pelo Ministério, já que os profissionais que trabalhavam no Instituto lidavam com outras formas de tratamento, formas estas que deveriam sofrer reformulações. Lidar com uma nova maneira de acolher os sujeitos em sofrimento psíquico se mostrou um novo desafio para o campo de Saúde Mental que a partir daí começava a se construir na cidade.

Foi nesse sentido que, nos dias 20 e 21 de maio de 2005, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde promoveram o *I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica - Construindo o cuidado e Ampliando o acesso à Saúde Mental*, com o objetivo de trazer aos profissionais as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, chamando a atenção para a necessidade da construção de um novo cuidado destinado aos sujeitos em sofrimento psíquico:

⁵⁴ Jornal Diário da Borborema. 22 de maio de 2005.

Durante todo o dia de ontem, houve cinco oficinas com temas ligados à saúde mental, com o objetivo de estimular e acelerar o processo de reforma psiquiátrica na região, buscando, desta forma, ampliar o acesso à saúde mental. Cada oficina trazia um tema específico para cada profissional. Entre as oficinas, a de Saúde Mental na atenção Básica do Ministério da Saúde, Amélia Lyra, os profissionais do Programa de Saúde da Família assistiram palestras com Ana Raquel Santiago, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SE); Bárbara Cabral, da Secretaria Municipal de Saúde de Recife (PE); e de Luciêlda Rodrigues, do Programa de Saúde da Família de Campina Grande. Nesta oficina, participaram cerca de 80 profissionais e teve como objetivo, de acordo com Amélia Lyra, discutir ações de saúde mental junto às equipes de saúde da família, como também buscar uma melhor assistência e qualificação do trabalho das equipes.⁵⁵

Mais uma vez, o Ministério e a Secretaria Municipal de Saúde se uniram para intensificar o movimento da RP em Campina Grande e, este evento, teve participação tanto dos profissionais da cidade como de profissionais envolvidos na Reforma Psiquiátrica no país, e buscou envolver vários setores da sociedade:

“A abertura será às 20h, no auditório do Sesc Centro com as presenças do secretário de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, George Solla; do coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério, Pedro Gabriel Godinho Delgado; do prefeito de Campina Grande Veneziano Vital do Rêgo; do secretário de saúde do Município, Geraldo Medeiros Júnior; do interventor do Hospital João Ribeiro, Fernando Kinker e de representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde da Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte. Estarão presentes no encontro, as Comissões Nacional de Acompanhamento das Intervenções, de Direitos Humanos de Campina Grande, Ministério Público e representantes das universidades.”⁵⁶

O esforço do Ministério da Saúde, aliado ao apoio da Secretaria de Saúde do Município, foi um fator importante na construção de uma rede de assistência em saúde mental na cidade e deu uma maior ênfase às ações da Reforma Psiquiátrica. O acompanhamento desse momento pelos jornais da cidade, principalmente o Diário da Borborema, mostra que as discussões

⁵⁵ Jornal Diário da Borborema. 21 de maio de 2005.

⁵⁶ Jornal Diário da Borborema, 19 de maio de 2005.

foram levadas aos profissionais. A união entre o serviço de saúde mental e as atividades do programa de Saúde da Família foi adotada na cidade como maneira de aumentar e melhorar o acesso ao serviço de Saúde Mental. Muitas vezes o encaminhamento de pessoas para os CAPS se dá pelos profissionais do PSF e essa ligação abre caminho para a tão sonhada ressocialização proposta pela Reforma.

A construção de uma nova rede de Saúde Mental na cidade, intentada pelo Ministério e pela Secretaria de Saúde, fez efeito e em apenas poucos anos, a cidade criou uma rede ampla, organizada e com forte apoio da gestão local.

No cenário atual, a cidade possui uma rede ampla de serviços substitutivos: 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II, atendimento diurno), 01 CAPS III (atendimento 24 horas), 02 CAPSi (atendimento a crianças e adolescentes), 01 CAPSad (atenção à saúde de sujeitos alcoolistas e usuários de outras drogas), 01 Unidade de Emergência Psiquiátrica, 01 Centro de Cultura e Lazer, 09 Mini-equipes de saúde mental nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF), 06 Residências Terapêuticas e 41 usuários credenciados no Programa de Volta para Casa (Santos Júnior, Gualda & Silveira, 2008, p. 791).⁵⁷

Já em 2005, como ressaltamos os CAPS II Novos Tempos e o CAPSad (que acolhe sujeitos com envolvimento com drogas e álcool) já desenvolviam atividades de acolhimento e ressocialização de sujeitos em sofrimento psíquico. Em novembro o 5º “Domingo no CAPS” envolveu os usuários e a sociedade em mais um evento do serviço de saúde mental na cidade visando a reinserção social dos usuários e o envolvimento destes com seus familiares e a comunidade:

“Com a participação de cerca de 500 usuários do CAPS II e AD (álcool e drogas), Unidade de Referência, Clínica de Psicologia e moradores das residências terapêuticas, a secretaria Municipal de Saúde realiza amanhã, o 5º Domingo no CAPS, um evento que reúne os familiares, equipe técnica e comunidade para mostrar ações

⁵⁷ Santos Junior, Gualda & Silveira. **Práticas de cuidados produzidas no serviço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade.** IN: Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), v. 43, p. 788-795, 2009.

realizadas nas oficinas terapêuticas e promover a reinserção social.”
58

Como uma atividade de lazer que intenta uma relação extra-institucional, e o envolvimento dos familiares e outros indivíduos da comunidade o 5º “Domingo no CAPS” programou apresentações musicais de grupos dos CAPS e da comunidade, karaokê, exibição de documentários, feirinha de artesanato, brechó, cinema e oficinas de beleza:

“De acordo com a programação, a abertura será às 9h, com o Musical Harmonia. Em seguida, apresenta-se o Musical CAPS AD, o Grupo Tropeiros da Borborema e às 11h, MPB com o Projeto Viver e Molecada. A programação prossegue às 13 h, com karaokê e logo após, exibição de documentário sobre drogas. O evento também terá uma programação paralela com Feirinha de Artesanato (material confeccionado nas Oficinas terapêuticas do CAPS II e CAPS ad) Brechó (que terá sua renda revertida aos usuários) sala de cinema, Oficina de Beleza (voluntários do Centro da Jovem), Laboratório de Enfermagem (aferição de pressão) e recado do coração.”⁵⁹

O CAPSi - *Viva gente* foi o primeiro serviço de Saúde Mental específico para crianças e adolescentes em Campina Grande. Inaugurado no mês de Dezembro em 2005, atendia inicialmente a crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 e 18 anos em sofrimento psíquico.

Posteriormente, foi inaugurado o CAPSi - Centro de Intervenção Precoce ou CAPSINHO, em 2006. Este se caracteriza, diferentemente do CAPSi - *Viva gente*, por direcionar suas atividades a Intervenção precoce e acolher crianças desde o nascimento.

“Inicialmente foram criados um Caps II e um Caps AD, seguidos pelo Caps III e Caps infantil. Posteriormente foi inaugurado um outro Caps Infantil e mais dois Caps I nos distritos rurais de São José da Mata e Galante. Também foi inaugurado um Centro de Convivência e Cultura cujo objetivo é permitir a circulação dos usuários de Saúde Mental entre outros da comunidade. Está sendo desenvolvido, a partir da inauguração do 2º Caps Infantil, o Programa de Intervenção Precoce cujos principais projetos são o Projeto de Saúde na Escola e

⁵⁸ Jornal Diário da Borborema. 26 de Novembro de 2005.

⁵⁹ Jornal Diário da Borborema. 26 de Novembro de 2005.

A construção desse espaço específico para crianças e adolescentes se deu pelo reconhecimento da necessidade de apresentar um espaço próprio para esses sujeitos que até então se viam com a única possibilidade de recorrer à rede filantrópica, que é parte de uma construção de um conceito de sofrimento psíquico infantil o qual, por sua vez, é o tema do capítulo que se segue.

Este capítulo abre espaço para uma análise da criação, a partir da Reforma Psiquiátrica, de espaços destinados a cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Partimos também de algumas inquietações: qual o objetivo de criar espaços de cuidado para uma infância *desviante*, *deficiente*, *anormal*, *em risco psicossocial*? Quais discursos permeiam o cuidado, o tratamento o relacionamento com crianças reconhecidas em estado de risco de desenvolvimento e em sofrimento psíquico? Como o movimento de Reforma Psiquiátrica delineou as políticas de saúde mental da infância? Quais crianças e adolescentes são assistidas pelas políticas de assistência em Saúde mental?

Em suma partimos de uma inquietação pessoal diante do estudo da Reforma Psiquiátrica no Brasil: a partir de que momento e com quais motivações, os profissionais e a sociedade viram a necessidade de construir espaços para crianças e adolescentes reconhecidas como sujeitos em sofrimento psíquico?

⁶⁰ ARRUDA, Ana Amélia.(Org.) 1º Encontro Nordestino de CAPS Infantil. Campina Grande: Realize Editora, 2010.

Desta feita, procuramos dar a ver como as crianças e adolescentes passaram a ser vistas pela medicina, pela psiquiatria, pelos profissionais envolvidos nos serviços públicos de saúde, como necessitados de atenção e tratamento específicos com relação ao sofrimento psíquico e suas possíveis consequências sociais.

Analisamos assim, a construção dos discursos que elegem o corpo infantil como alvo de atenção específica por parte dos profissionais envolvidos na rede de cuidados em Saúde Mental. Destacamos a criação do conceito de infância, as práticas de disciplinarização para com ela e como a mesma se inseriu nas discussões acerca da loucura e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Campina Grande.

3.1 A construção da infância na modernidade: a infância como alvo da medicina social e as tentativas de docilização dos corpos infantis.

A obra *“História Social da Criança e da Família”*⁶¹ Philippe Ariès (1921) nos apresenta como se deu no imaginário da sociedade a construção de um espaço específico para a infância, atrelada a construção do próprio conceito de infância e, posteriormente, como esta foi eleita foco de atenção privilegiada. Assim, para ARIÈS, a infância foi uma criação burguesa

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida, o sentimento da infância não existia — o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim

⁶¹ ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Tradução Dora Flaksman. Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.

que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes. (ARIÉS, 1981, p.99.)

Após análises iconográficas e de documentos familiares, o autor tece sua tese de que a infância só se torna uma fase da vida com desígnios próprios a partir do século XVII. O modelo de infância construído pela modernidade distanciou as crianças do trabalho e instituiu um novo lugar para o infante: a escola. Tal eleição da escola enquanto um lócus privilegiado de ensinamento dos valores e, principalmente, de formação moral e prática dos infantes para uma adultocência mais promissora, acabou por permitir uma maior ênfase na infância, seja pelas instituições ou pela família, e a necessidade de uma dedicação especial às crianças.

Ao mesmo tempo, a redução da natalidade fez com que o número de filhos nas famílias modernas diminuísse e a atenção e o investimento emocional dedicados às crianças aumentasse consideravelmente, incluindo uma atenção que se particularizava mais dedicando atenção diferenciada a meninos e meninas⁶²:

Com crianças menos comprometidas com o trabalho, com suas atribuições de gênero usuais, e com a redução da ênfase na maternidade para as meninas, pelo menos em termos do número de filhos esperado, a necessidade de dar orientações muito diferenciadas para meninos e meninas foi modificada. (STEARNS, 2006, p. 93)

Essa eleição da escola como um novo espaço infantil foi favorecido por alguns aspectos da sociedade moderna: com a crescente industrialização o trabalho infantil foi sendo substituído pelas maquinarias ao mesmo tempo em

⁶² STEARNS, Peter N. **A Infância**. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.93.

que a escolaridade passou a ser vista como um pressuposto para o sucesso do adulto.

Para que tal concepção diante da necessidade da escolaridade para as crianças fosse construída, algumas reflexões foram necessárias. Primeiro, a Revolução científica e o Iluminismo permitiram uma mudança na visão acerca da infância construída pelo cristianismo, com sua crença de que as crianças nasceriam corrompidas sendo salvas somente no primeiro batismo, em contrapartida a esta crença os filósofos ocidentais passaram a afirmar a inocência dos infantes que, por sua vez, seriam corrompidos pela sociedade, assim como destacou Jean-Jacques Rousseau em sua obra "*Emilio ou A Educação*", a educação das crianças se mostrava imprescindível para mantê-las longe dos males da sociedade.

Desta forma, a criança passa a ser vista como um ser naturalmente bondoso, ou pelo menos neutro, e desta forma a educação aparece como o meio de manter as crianças distantes dos males da sociedade. Considerações estas que se aliaram à idealização da criança, traço importante no século XVIII, quando a literatura, por exemplo, tratava as crianças como inocentes, cheios de amor e merecedores de todo amor.

Outro aspecto fundamental para a construção da imagem moderna da infância foi a ênfase na forte ligação emocional entre os membros da família. Portanto "as responsabilidades paternas e particularmente maternas aumentaram no sentido de proteger as crianças da perda de valores assim como de doenças".⁶³

Ao mesmo tempo em que havia o esforço em legitimar e incentivar a ligação emocional entre os membros da família, a construção do modelo de

⁶³ STEARNS, Peter N. **A Infância**. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.99.

infância da modernidade apresentava uma notável preocupação com a sexualidade infantil, uma enorme e recente preocupação com a masturbação revelou o aumento do nível de ansiedade sobre a sexualidade e infância, tendo gerado verdadeiro empenho em discipliná-la⁶⁴.

Concomitantemente a construção dessa preocupação com a inocência amorosa infantil, o ocidente construiu no século XIX, um conceito que modificou a visão da infância mais uma vez: a adolescência.⁶⁵ Tal conceito, que de início foi utilizado por psicólogos para delinear uma fase da infância, denotava uma mudança ocorrida nessa sociedade: a prolongação da dependência das crianças com relação aos pais

de modo mais amplo, a adolescência se constituiu num período de turbilhão emocional para muitas crianças, ajudando os pais a entender por que, apesar da criação amorosa, o relacionamento poderia se tornar difícil durante alguns anos.⁶⁶

Neste sentido, um tratamento diferenciado é dado ao delinquente adolescente,

por ser tão diferente do adulto e na esperança de preservar ou restaurar a inocência infantil, o adolescente que se afastasse dos padrões precisaria de tratamento distinto daquele dado pela polícia e pelas cortes de justiça.⁶⁷

E tais infratores passaram a ocupar um lugar diferenciado e para serem punidos também serão “tratados” em um lugar diferenciado, é quando se constrói a ideia do reformatório para “reformatar” tais condutas negligentes, “No

⁶⁴ STEARNS, Peter N. **A Infância**. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.100.

⁶⁵ A palavra começou a ser usada a partir de 1830, mas só se tornou corrente quando sancionada por psicólogos infantis como o americano G. Staley Hall, no final do século XIX . Ver: Idem, Ibdem , p.100.

⁶⁶ STEARNS, Peter N. **A Infância**. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.101.

⁶⁷ Idem, Ibdem, p.101.

final do século XIX, reformadores introduziram em toda a sociedade ocidental novos códigos de justiça para a juventude, com juizados especiais e instituições penais separadas - os reformatórios”.

Uma maior atenção para as atitudes transgressoras dos adolescentes faz com que os saberes-poderes construam novas regras de conduta na tentativa de docilizar os corpos infantis

Comportamentos como vandalismo, que havia sido tolerado em tempos mais tradicionais, quando as pessoas acreditavam que a juventude não afrontaria excessivamente as normas da comunidade, agora se tornavam ilegais num contexto mais anônimo das cidades que se alastravam⁶⁸.

As reformulações no modelo de infância, construído pela modernidade, foram decorrentes da afluência de novas teorias acerca dela. Em fins do século XIX, o psicólogo vienense Sigmund Freud afirmou em suas obras basicamente que os novos padrões sociais distorciam os impulsos naturais das crianças e geravam adultos frustrados e até mentalmente doentes. Assim, Freud colocou em questão a visão de que as crianças eram naturalmente boas, na medida em que ele ressaltou a existência de impulsos naturais nas mesmas.

No século XX, portanto, algumas transformações ocorreram no modelo moderno de infância: o compromisso com a escolarização aumentou e o combate ao trabalho infantil tomou ainda mais corpo. Ao mesmo tempo, percebemos algumas mudanças quanto ao tratamento das crianças quando houve uma reconsideração dos métodos tradicionais de disciplina, ao passo que foi aumentando o grau de interesse - e preocupação - na criança consumidora. As regras de comportamento se tornaram menos rígidas, mais

⁶⁸ STEARNS, Peter N. A Infância. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.101.

flexíveis. Na medida em que tanto a cultura quanto a prática se abriram para uma maior permissividade.

A atenção com a adolescência, uma inovação do século XIX, tornou-se obsessão recorrente e cheia de preocupação de muitos adultos no século XX.

Após 1950 registraram-se mudanças notáveis nos cuidados com as crianças, apesar das preocupações comuns, como estímulo às performances escolares. A partir da década de 60, a França e outros países europeus passaram a aliar o trabalho e a escola para jovens com mais de 15 anos.

Os trabalhos domésticos persistiram de certa forma como uma maneira das crianças contribuírem para o funcionamento da casa, devido a necessidade dos pais de perceberem nas suas crianças uma maior demonstração de compromisso com a família. A contrapartida mais evidente para a diminuição do trabalho era o aumento da escolarização onde a escola, agora, mirava não só a infância como também a adolescência.

Neste momento, porém, o ambiente escolar se mostra como um espaço diferenciado, não só de aprendizado moral, mas eminentemente como um espaço de obtenção de conhecimento e desenvolvimento da inteligência

Todas as sociedades, sem dúvida valorizavam a percepção de inteligência das crianças, mas agora isso se tornara, na prática, uma obsessão de adultos e a auto-percepção para as crianças também. (STEARNS,2006,p.153.)⁶⁹

Três novas tendências caracterizam essa modificação do modelo infantil: a instabilidade familiar, causada pelo divórcio e pela crescente permissividade sexual, alimentavam o fenômeno da paternidade problemática,

⁶⁹ STEARNS, Peter N. A Infância. Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006, p.153.

embora isso não fosse novidade e crescia mais conflitos nas relações intergeracionais tanto na família quanto na escola.

A notória reconsideração da disciplina infantil motivada pelas novas teorias dos psicólogos pedia uma reformulação nas punições aos infantes tidos como transgressores, além do combate à punição física, já iniciado no modelo anterior, a punição “psicológica” também é fortemente condenada ao passo que se começa a crescer outro fator a visão sobre a infância: o reconhecimento de que as crianças possuíam uma auto-estima e que esta merecia uma atenção privilegiada pelos pais e professores. Assim as crianças “Não só não deveriam ser amedrontadas, como parte da disciplina, como também não se sentir culpadas, porque isso prejudicaria a auto-estima e ocasionaria futuros problemas”.(STEARNS, 2006, p.160).

Desta feita, os pais modernos passaram a se orgulhar de si mesmos, por discutirem racionalmente com os filhos ou por conseguirem mantê-los afastados de situações que poderiam implicar mau comportamento. A partir da década de 20 especialistas já alertavam para o problema das agressões físicas e para a necessidade do diálogo com as crianças como melhor maneira de conseguir melhorar sua conduta.

Talvez a mudança mais evidente no modelo de infância reformulado pelo século XX, apoiada nas tendências anteriormente mencionadas, foi o reconhecimento da criança como um agente consumidor que acabou por aumentar ainda mais a atenção destinada às mesmas.

O modelo de infância moderno foi fortemente influenciado pelos discursos de vigilância e docilização dos corpos, marcas do que Michel Foucault denomina de *sociedade disciplinar*.

Para Foucault a sociedade disciplinar teria surgido no final do século XVIII, e possuía como principais características: organizar o espaço, controlar o tempo dos indivíduos e vigiar e registrar continuamente suas condutas. Para tal, os saberes-poderes se utilizam da instituição de saberes conferidos de poder, como a medicina,⁷⁰ baseado no exame, no adestramento e na construção de uma normalidade.

Para a construção dessa sociedade disciplinar se tornou necessária a construção de instituições disciplinares, que colocavam em prática o discurso *normatizador* da sociedade disciplinar.

A principal característica dessas instituições disciplinares (destaque para o presídio, o hospital e a escola) é que elas viram seu espaço ser reformulado a partir de uma mudança principal: a passagem do espetáculo, que vigorou durante a Idade Média, para a vigilância sistematizada, representada pelo *panóptico*⁷¹.

A arquitetura dessas instituições favoreciam à vigilância sistemática de todos os indivíduos, ao mesmo tempo global, porque visa ter uma visão ampla da instituição, e da sociedade como um todo, mas também individualizada porque visa vigiar cada indivíduo, suas práticas, seus gestos e suas possíveis transgressões,

a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante

⁷⁰ Em seu artigo "O nascimento da medicina social" Foucault defende a hipótese de que a Medicina Social, enquanto medicina não centrada apenas no indivíduo, uma medicina coletiva e pública, que visa a medicalizar a sociedade com um todo, não tem origem na Grécia nem em tempos medievais. Só o capitalismo, para o autor, é que passa a se preocupar com o corpo enquanto objeto e parte de um coletivo, um social, um corpo que produz. Para ele, a Medicina Social teria passado por três fases de desenvolvimento, a saber: Medicina de Estado, Medicina urbana e Medicina social inglesa. ver FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. in: Microfísica do poder (org. Renato Machado). Rio de Janeiro: Graal. 1979. p. 79-98.

⁷¹ FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir. Tradução de Raquel Ramallete. Petropolis, Vozes, 1987.

todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares. É assim que no exército aparecem sistemas de graus que vão, sem interrupção, do general chefe até o ínfimo soldado, como também os sistemas de inspeção, revistas, paradas, desfiles, etc., que permitem que cada indivíduo seja observado permanentemente.(FOUCAULT, 1979, p.62)

As principais funções das instituições disciplinares seriam o controle do tempo, e o controle dos corpos, fazendo da vigilância sistematizada uma estratégia bio-política, que começa no corpo, com o corpo, para chegar a um controle das práticas. Foucault (1979, p. 80) é categórico:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo... O corpo é uma realidade bio-política, a medicina é uma estratégia bio-política.

O tempo dos indivíduos passa a ser, na sociedade moderna, totalmente ocupado e controlado, nas fábricas, nas escolas, nas casas de correção, transformando trabalho em produtividade, interferindo até nas horas de lazer, onde os indivíduos também são sistematicamente vigiados.

Cada instituição possui, desta forma, uma função específica: o hospital, de curar; a escola, de educar; o presídio, de corrigir; mas a função primordial é controlar os corpos dos indivíduos. O corpo é o lócus privilegiado do discurso normatizador, é nele que a disciplina é aplicada em primeiro lugar. Ele é controlado seja nas ruas, seja em casa, ele precisa seguir regras de conduta, de higiene, de práticas, e não é visto, da mesma forma que na Idade Média, como um corpo suplicado, todavia como um corpo que precisa ser disciplinado, controlado, vigiado. E além do corpo individual, o corpo da sociedade também é objeto de vigilância e controle.

O poder dessas instituições teria, então, um caráter polimorfo, polivalente.⁷² Apresenta um caráter econômico, ao ditar o trabalho e a produção como ocupação primordial do indivíduo em que o trabalho visa a maior produção possível em um menor espaço de tempo, buscando um maior lucro.

Apresenta um caráter político, ao delimitar poderes de excluir indivíduos da sociedade, de nomear quem é normal, quem é louco, quem é doente, quem é educado, quem é vagabundo, ou não, e de punir quem transgredir as regras seja da prisão, da escola ou do hospital, tendo assim também um caráter judiciário. E caráter epistemológico, já que permite a produção de saberes dos indivíduos e sobre os indivíduos.

A infância, assim, passa a ser alvo de discurso e práticas específicas porque via-se nessa fase a oportunidade não mais de vigiar indivíduos já formados, visando reeducá-los, mas, principalmente, de formá-los já dentro dos preceitos de higiene, trabalho e civilidade. Mais ainda, de formar novos vigilantes dentro das próprias famílias. O cuidado com os bebês, com sua saúde, com sua formação moral advém dessa preocupação burguesa.

As tentativas de docilizar os corpos infantis foram influenciadas pelos discursos da Medicina Social a qual intentava vigiar e disciplinar as crianças para que estas, desde cedo, apresentassem uma conduta higiênica e normal. A família, a escola e os espaços correccionais foram locais elaborados para garantir essa formação infantil.

No Brasil, essas práticas de medicalização e docilização dos corpos tiveram inicialmente como alvo a família. Esta que hoje tem seu papel na educação e é chamada a participar das ações de cuidado em saúde mental

⁷² MUCHAIL, S.T. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, Renato Janine. *Recordar Foucault - os textos do colóquio de Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.196-208.

da infância. Em *Ordem médica e norma familiar*⁷³, COSTA traça uma genealogia da família brasileira conhecida na atualidade, partindo da noção de família no período colonial, buscando demonstrar por que tal modelo familiar foi fortemente combatido pela burguesia insipiente, em favor do modelo de família higiênica, propagado e legitimado pelo discurso médico:

“A partir da terceira década do século passado, a família começou a ser mais incisivamente definida como incapaz de proteger a vida de crianças e adultos. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a higiene conseguiu impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. Esta educação, dirigida sobretudo às crianças, deveria revolucionar os costumes familiares. Por seu intermédio, os indivíduos aprenderiam a cultivar o gosto pela saúde, exterminando, assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais.”(p.12)

Uma das principais características da nosopolítica moderna seria o “privilégio da infância e a medicalização da família⁷⁴”, buscando uma moralização da mesma e um controle dos indivíduos a partir de um mecanismo bio-político, que começa no corpo e objetiva politicamente o controle da sociedade como um todo.

A medicina aliada ao Estado buscou primeiramente uma medicalização das cidades, objetivando pôr fim a estrutura urbana e arquitetônica insalubre e que impedia um melhor controle dos indivíduos, mais uma vez reapresentando a ideia de Foucault acerca da medicina urbana, primeira fase da medicina social, que possui como premissa a noção de salubridade, de controle dos miasmas:

⁷³ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

⁷⁴ FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. IN: *Microfísica do poder* (org. Renato Machado). Rio de Janeiro: Graal. 1979.

“A noção chave deste acordo (com o Estado) foi a salubridade. A questão da salubridade levantada pela medicina ligou-se, de imediato, ao interesse do país. As epidemias, as febres, os focos de infecção e contágio do ar e da água sempre foram fantasmas para a administração colonial. A população era dizimada por ocasião dos surtos epidêmicos e nos períodos intercríticos apresentava uma taxa de mortalidade elevada. A burocracia era impotente para debelar o caos sanitário, pois não dispunha do apoio econômico da metrópole para drenar pântanos, calçar ruas, regulamentar o comércio de alimentos, construir esgotos, etc., nem possuía recursos técnicos de controle da população.”(p.29)

O medo da burguesia diante das epidemias, da pobreza representada pela precariedade das habitações coloniais aliado à necessidade de construção de cidades modernas segundo os padrões europeus levaram os poderes a iniciarem uma reforma urbana, e uma reforma nos hábitos coloniais:

“Por meio dessas noções e ações a medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas de seu poder. Matas, pântanos, rios, alimentos, esgotos, água, ar, cemitérios, quartéis, escolas, prostíbulos, fábricas, matadouros e casas foram alguns dos inúmeros elementos urbanos atraídos para a órbita médica. A higiene revelava a dimensão médica de quase todos estes fenômenos físicos, humanos e sociais e construía para cada um deles uma tática específica de abordagem, domínio e transformação”.(p.30)

A construção da família higiênica, dessa forma, se dá a partir da formulação de uma ordem médica, de uma norma familiar a ser seguida, com o objetivo central de domesticar e controlar os cidadãos e colocá-los a disposição do Estado e da Pátria:

“Nesta ação transformadora componentes de antigos dispositivos de controle, como a militarização e a pedagogia jesuíta, serão reaproveitados e orientados para novos fins. Outros serão criados. Todos eles, no entanto, vão abandonar progressivamente o terreno da lei para entrarem no espaço da norma. A ordem médica vai produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria.”(p.48)

A norma familiar, baseada numa ordem médica, partiu inicialmente da higienização da casa, do lar. Tal preocupação se dá com o intuito maior de reforma dos hábitos e de construção de uma moral que permitisse um maior domínio da população, uma maior “servidão” e obediência ao Estado.

Tal reforma dos hábitos dos cidadãos só foi possível a partir da utilização de Instituições disciplinares. Além de a casa servir como um espaço de moralização, a escola vai aparecer como um fator determinante na consolidação de tal moralização. A infância é privilegiada, como destacada anteriormente, por ser mais eficaz a moralização do indivíduo se iniciada já na infância, principalmente, a partir da adoção do internato para a educação das crianças:

“O internato pode ser visto como o protótipo deste espaço disciplinar dedicado ao corpo. No micro-universo dos colégios a higiene antevia a sociedade ideal. As crianças, isoladas das influências do ambiente prestavam-se, docilmente, aos ensaios médicos sobre educação física e moral. Os pequenos reclusos seriam cobaias e o colégio, laboratório. Separados das famílias submeter-se-iam com exclusividade às criteriosas regras da pedagogia higiênica. O novo homem e a nova sociedade começariam a ser construídos no colégio.”(p.179-180”

As principais funções de uma instituição disciplinar, a partir do modelo de instituição delineada por Foucault em suas obras são o controle do tempo,

“Neste espaço físico, cronometricamente pensado para produzir ordem, os alunos deviam mover-se obedecendo a um tempo não menos rígido e calculado.”(p.182)
“A finalidade explícita deste controle do tempo era de não deixar margem à ociosidade. O ócio induzia à vagabundagem, à capoeiragem e aos vícios prejudiciais ao desenvolvimento físico e moral.”183.

e o controle do corpo,

“Além da ginástica haviam os exercícios específicos. Alguns visavam a desenvolver certos órgãos dos sentidos como a visão e a audição. Outros atendiam aos preceitos da elegância e, portanto, variavam conforme os sexos. As meninas recomendavam-se o canto, a declamação e o piano. Os dois primeiros produziam o desenvolvimento dos órgãos respiratórios. Aos meninos aconselhavam-se o salto, a carreira, a natação, a equitação e a esgrima. A dança era indicada para ambos os sexos. Alguns autores consideravam que, juntamente com a esgrima, a dança comunicava ao corpo «atitudes respeitadas». Outros achavam-na um «exercício precioso, porque fortalecia o corpo lisonjeando o espírito». A lista dos exercícios físicos e de suas vantagens seriam intermináveis. Os médicos faziam apelo a todo tipo de argumentos para justificar a importância da educação do corpo.”(p.185)

As crianças aparecem como principal alvo, mas também como principal agente de reprodução da moral aprendida na escola.

“Subtraídos aos pais, os filhos adquiriam, nos colégios, uma intensa e contínua intimidade com o corpo e com os problemas morais. Na escola, mais que na casa, as crianças foram lentamente programadas para reagir hiperesteticamente a toda falha ou, inversamente, a toda virtude física e espiritual.”(p.208)

O que podemos perceber é que, mesmo na passagem do século XIX para o século XX, algumas ações dedicadas à infância se mantiveram e outras foram construídas e resignificadas.

A educação infantil, nas décadas de 20 e 30, passa a ser influenciada pelo discurso científico, empírico, assim como pela necessidade política de construção de uma nação igualitária e rumo ao progresso. Essa influência acabou por permitir o desenvolvimento de uma pedagogia centrada numa educação integral, com o objetivo de formar, na escola, *um homem ideal*.

Essa *pedagogia do corpo* buscava, principalmente, controlar o tempo e os corpos infantis, pretendendo adestrá-los.⁷⁵

A escola seria o espaço para o desenvolvimento não só da higiene, mas também, e principalmente, das ideias patrióticas do amor e respeito pela Nação.

Para tal a Campanha Nacionalista, pelo Diário de Pernambuco, por exemplo, se mostrou como mecanismo de propagação dos ideais republicanos de ordem e boa conduta, nela constavam os dez mandamentos da Pátria e, portanto, do bom cidadão, em que este deveria amar a Pátria como a Deus, respeitar a bandeira e todos os símbolos nacionais, “prestando-lhe o teu corpo, o teu amor, servindo-a com todas as forças do seu coração” (p.40). Neste sentido, a família passa a ter um papel importante, porque cabe a esta, aliada a escola, vigiar as atitudes dos filhos e instruí-los.

Logo, a maternidade inventada pela burguesia representa uma aliada à propagação dos ideais republicanos porque à mãe era atribuída o papel de reprodução de corpos dóceis, a ela caberia o cuidado com esses corpos.

O espaço escolar também é pensado a partir de tais ideais. Ele deve ser um espaço sem conflitos, higienizado, moralizado, onde se disciplina os corpos infantis, onde lhes subordinam a uma ordem e uma hierarquia. Passa a ser visto como uma extensão da própria casa, em que os professores, por vezes, assumem o papel de pais, enquanto educadores dessas crianças.

A escola surge como um espaço de propagação do saber médico, que o utiliza para disseminar as noções de saúde e doença, de higiene, de cuidados físicos. Sendo assim, a escola vê-se munida de um projeto

⁷⁵ OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. Há va(r)gas na escola: o discurso higienista e a limpeza da infância escolar nos anos 20 e 30. IN: *Cidade e Região. Múltiplas histórias*. João Pessoa, Idéia, 2005, pp.39-65.

higiênico-pedagógico em que buscava-se acima de tudo a educação moral, física e intelectual das crianças, em que atitudes tidas como prejudiciais ao desenvolvimento intelectual destas, que os afastassem do modelo de homem ideal criado pelo discurso progressista republicano, como por exemplo a preguiça, a masturbação, o homossexualismo, eram punidas. E para evitá-las, desenvolviam-se mecanismos de vigilância e controle dos mesmos.

“Nesse ‘templo do saber’, muitos vícios eram punidos, classificados pelos educadores e higienistas como prejudiciais ao desenvolvimento do infante, como a preguiça, a moleza, a capoeira, a prática da masturbação e o homossexualismo. Tudo deveria ser bem pensado pelos educadores, inclusive o controle do tempo: tempo para a alimentação, para o recreio, para o exercício intelectual, para a ginástica, a fim de impedir o ócio e de estimular o valor do trabalho.”⁷⁶

Logo, toda a vivência escolar deveria ser controlada e vigiada, alimentação, o recreio, a ginástica, objetivando ocupar o tempo e os corpos infantis com atividades saudáveis.

“Os alunos são diagnosticados em seu cotidiano escolar, mediante dispositivos de controle que permitem a sua regeneração física e moral. A escola assemelha-se a um ‘hospital’, clinicando hábitos de higiene, alimentação adequada, vícios a serem corrigidos, tarefas a serem executadas, finalizando recuperar a ‘mente atrasada’, rude e retardada, transformando-a em um celeiro produtivo. Um padrão de moralidade e de sociabilidade era requerido pela escola, a qual era um território estratégico para controlar a infância e a juventude, editando livros com discursos que enalteciam a pátria, o trabalho cotidiano, o cuidado com o lar, a virtude militar, a correção, a família constituída por pai, mãe e filhos, reafirmando a monogamia conjugal e discriminando o divórcio ou família constituída por mães solteiras.”⁷⁷

Como já ressaltado, a sexualidade infantil foi, como destaca o autor, sistematicamente vigiada, porque o tipo ideal de homem republicano é o que

⁷⁶ OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. Há va(r)gas na escola: o discurso higienista e a limpeza da infância escolar nos anos 20 e 30. IN: *Cidade e Região. Múltiplas histórias*. João Pessoa, Idéia, 2005, p. 45.

⁷⁷Idem, p. 42.

se torna pai, chefe de família, íntegro, responsável e não libertino, ao mesmo tempo, o tipo de mulher ideal seria aquela mãe, dona de casa cuidadora dos filhos, e, na relação entre os dois, o sexo seria apenas uma maneira de reprodução.

A sociedade se configuraria então, enquanto uma sociedade disciplinar, que segue regras de conduta e de moralidade, em que o controle do corpo aparece com uma estratégia bio-política, e tal preocupação denota o caráter moderno da forma de governo nascente.

Tal necessidade de controle estaria atrelada a uma inevitabilidade da Primeira República de construir uma identidade nacional e ao mesmo tempo de construir indivíduos que se adequassem a ordem sócio-capitalista, atendendo às suas necessidades de produção, e de ordem e progresso.

Sendo assim, as escolas brasileiras na primeira república foram notadamente marcadas por um discurso nacionalista, ufanista, onde os símbolos da Nação eram reverenciados, em que muitos mecanismos, inclusive o cinema, foram utilizados para propagar o sentimento patriótico e para construir o brasileiro ideal.

Entretanto, as ações para as crianças e adolescentes pobres tinham um viés diverso:

“Sempre houve duas infâncias, a das classes abastadas e a das classes populares. As crianças abastadas sob a tutela do Estado, pela égide medicalizadora dos higienistas, foram sempre preparadas para no futuro representarem o Estado. As crianças pobres, pelo trabalho ou pelo enclausuramento domesticador, eram preparadas para servirem a este mesmo Estado. Neste sentido, as políticas públicas voltadas à infância e posteriormente a adolescência estavam direcionadas à infância pobre, já que os filhos das famílias

burguesas eram destinados e protegidos pela educação familiar e escolar.” (PEREIRA, 2003, p17.)⁷⁸

Sob a tutela do Estado, as crianças e adolescentes pobres deveriam manter-se longe das ruas, um espaço de delinqüência e futura criminalidade. Para isso o Código de Menores, de 1927, foi criado para dar conta das questões relativas a essa infância pobre e mais vulnerável. E aliado a posterior criação do Serviço de Assistência ao Menor, constitui uma política de atenção aos infantes pobres e deu início uma exclusão das crianças e adolescentes tidas como *anormais*, os *desvalidos* ou *transviados*, e que por isso foram institucionalizados sob vigilância e cuidados específicos.

“No período de pós-guerra até o início da ditadura militar o código de menores era prioritariamente utilizado em casos de delinqüência, mantida posteriormente sob os auspícios do Serviço de Assistência ao Menor – SAM, criado em 1941. Seus objetivos eram recuperar crianças e adolescentes delinquentes e proteger crianças pobres abandonadas ou, muitas vezes, entregues pelas próprias famílias a este dispositivo para serem cuidadas, por parecerem representar “melhores condições” do que era os oferecido por elas. Este foi o período de apogeu dos internatos e das internações.” (PEREIRA, 2003, p17.)

A Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM, apesar da descrença já existente sobre as instituições totais e das críticas dirigidas ao Serviço de Assistência ao Menor, foi criada na década de 60 para substituí-lo.

Apesar de se destinar à formulação de políticas de assistência ao menor, a FUNABEM herdou do SAM, os internatos e este fato deu uma dupla face à instituição. Essa herança acabou por levar à FUNABEM às críticas ao internato, aos maus-tratos vivenciados pelos internos, ao modelo correccional-

⁷⁸ PEREIRA, Nadia do Nascimento. Novas políticas na área de Saúde Mental da Infância e Adolescência: Práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

repressivo. As lutas pela democracia e pelos Direitos Humanos pediam novas formas de tratamento, abordagem e assistência para as crianças. As discussões no campo da saúde, e da saúde mental, pediam por novas propostas, novas maneiras de lidar com a transgressão infantil.

3.2 A Loucura infantil: como a infância passa a ser alvo específico da psiquiatria e das práticas de Saúde Mental.

No âmbito da Saúde Mental da infância partimos também de um *não-reconhecimento*. Ferreira (2004, p.13) destaca aspectos da saúde mental infantil ressaltando o não-reconhecimento da doença mental, da loucura infantil, como principal fator de descompasso entre as práticas de saúde mental em adultos e em crianças tanto no contexto manicomial como o da Reforma Psiquiátrica: “Dada a representação que se tem da criança, qualquer vestígio de sua loucura é abafado, apagado, ignorado.”⁷⁹

Assim, até o final do século XIX, a idiotia era considerada o único problema mental infantil, desconsiderando a loucura dessa fase. A partir do século XX as crianças ineducáveis (cegas, surdas, débeis) passam a ser alvo de práticas pedagógicas, bem como as crianças com deficiências passam a ser alvo de práticas de correção em Instituições de Correção como a FEBEM-Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor.

⁷⁹ FERREIRA, Tânia. (org.) A criança e a saúde mental.- enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.p. 16.

Logo, como já destacamos acerca da construção da infância e das práticas de cuidado da mesma:

“A iniciativa de mudar essa percepção da infância e explicar suas peculiaridades é precursora da efetiva consolidação de um enfoque, primeiro da psicologia e da pedagogia, depois da psiquiatria, a partir do qual a criança passa a ser considerada um indivíduo próprio, distinto do adulto e merecedor de métodos próprios de estudo e tratamento.” (SCHMID, 2004,p.111)⁸⁰

O desenvolvimento de um trabalho específico com crianças teve início no século XVIII, liderado por educadores preocupados com a reeducação de crianças excluídas, (portadoras de deficiências), que se esforçaram em criar instituições que ofereçam um ensino *especial* para essas crianças.

Como ressaltamos, até metade do século XIX não se acreditava na existência da loucura propriamente dita na criança, somente no século XX as pesquisas em psiquiatria passaram a ressaltar a deficiência mental nas crianças. Ainda no século XX, Freud dá início a uma abordagem particular da infância com seus textos “Três ensaios sobre teoria da sexualidade” de 1905, “Teorias sexuais infantis” de 1908 e “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos” de 1909.

No Brasil, a História da Psiquiatria Infantil também nos mostra que, até o início do século XX, pouco se apresentava acerca da loucura infantil: os poucos trabalhos que existiam tratavam da deficiência mental ou, por vezes, da delinquência juvenil. Para SCHMID, a psiquiatria no Brasil, no início do século XX, foi notadamente influenciada pelo conceito de *higiene mental*:

⁸⁰ SCHMID, Patrícia. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil no Rio de Janeiro e os casos graves. IN: FERREIRA, Tânia. (org.) A criança e a saúde mental.- enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004,p.111.

“o interesse na infância era centrado numa ideia de moldar na criança um futuro homem higienizado. Assim, tratava-se de identificar, precocemente, as possíveis falhas que atrapalhariam seu caráter no futuro. Isto justificava a intervenção e o controle dos pais, transformados em parâmetros morais ante os filhos, cabendo à higiene mental a orientação científica das famílias.” (SCHIMID, 2004, p.114.)

Como destacamos no primeiro capítulo, as ações da Liga Brasileira de Higiene Mental se fizeram presentes na construção de conceitos de loucura na sociedade brasileira

“A psiquiatria se fantasia de higiene mental, que se define como moral universal do amanhã. Em todos os aspectos da vida social, passando a ser merecedores supostamente da atenção higienista, passa a ser fundamental o início de um trabalho educativo junto às novas gerações com o fito de moldar na criança daquele momento o futuro homem higienizado.” (SCHECHTMAN, 2004,p.25)⁸¹

No primeiro número dos Archivos Brasileiros de Higiene Mental, destaca SCHECHTMAN, um dos artigos ressalta a questão da higiene e da educação, defendendo a necessidade de se ensinar às mães como formar os primeiros hábitos de seus filhos, adaptando-os da melhor maneira possível aos problemas iniciais da vida. Abrangendo toda a população, o resultado desse processo, seria uma mentalidade corretamente desenvolvida, traduzida em comportamentos mais adequados ao ajustamento do indivíduo ao meio físico e social, sinônimo de saúde mental, aliando educação e prevenção. Caberia, então, à Liga, propagar as diretrizes dessas ações educativas e preventivas de higiene mental.

Desta forma, a criança passa a ser alvo de medidas e ações praticadas tanto pelos médicos quanto pela escola:

⁸¹ SCHECHTMAN, Alfredo. “Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil.” IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Secretaria de Atenção. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2005.

“Esta atividade teria uma finalidade dupla, pois, além de detectar possíveis distúrbios degenerativos, serviria também para classificar e separar as crianças conforme sua evolução psicológica individual.” (SCHECHTMAN, 2004,p.27)

É seguindo esse conceito que, em 1932, a Liga inaugura a Clínica de Eufrenia, voltada para atender a criança pré-escolar e escolar, destinada a “prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude.” A proposta da Clínica era atuar na própria formação da mente infantil, atendendo crianças desde recém-nascidas até os 12 anos de idade, atividade essa corroborada por uma extensa e organizada campanha de propaganda de higiene mental.

O panfleto “Exortação às mães”, parte dessa campanha, nos dá a ver, e a sentir, alguns dos conceitos e preceitos da campanha de Higiene Mental proposta pela Liga para as crianças brasileiras. Chama a atenção para indícios de anormalidade, má conduta, vícios, amoralidade nas crianças que podem e devem ser percebidas pelas mães e, principalmente, tratadas com a devida atenção pelos profissionais responsáveis:

“Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar.

Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz.

Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa.

Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa.

Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo.

Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furtar? Trata-o sem demora, se não quiseres possuir um descendente que te envergonha.

Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio.

Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida.

Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil.”⁸²

Os indícios destacados pelo panfleto nos chamam a atenção para o que era tido como anormal, ou pelo menos como um indício de possível anormalidade, em uma criança: tristeza, apatia, excitação, raiva, choro exagerado, timidez, ciúmes, desconfiança, teimosia, gagueira, mentira, prática de furto, cacoetes. Chama atenção, principalmente, pelos motivos de preocupação com as crianças: não causar envergonhamento, não ser infeliz, não ser doente e, finalmente, não condizerem com o modelo de cidadão do “querido Brasil”.

Ao mesmo tempo, as indicações da Liga colocam a responsabilidade do tratamento dessas crianças para a medicina. Às mães, símbolos da família e do cuidado familiar, cabem a vigilância, o reconhecimento dos riscos e o encaminhamento para que a ciência específica e legitimada possa tratar as anormalidades, defendendo, assim, uma intervenção especializada.

Apesar das dificuldades que a liga vinha enfrentando para levar adiante seus programas específicos de eugenia e higiene mental infantil, a campanha mais ampla que moviam – evidentemente que não sozinhos – em defesa da criança compreendida como “peça fundamental do homem do futuro” ou

⁸² Exortação às mães. Archivos Brasileiros de Higiene Mental. Rio de Janeiro: jan/1933.

"dínamo que aciona(rá) o progresso da pátria" , pode ser em boa medida considerada vitoriosa.

Com efeito, já em 1932, Getúlio Vargas, como destaca REIS (2000), advertia em sua mensagem de Natal, dirigida aos interventores estaduais, que toda atenção devia ser dada, "aos problemas concernentes à proteção e à saúde da infância, pois, nenhuma obra patriótica, intimamente ligada ao aperfeiçoamento da raça e ao progresso do país, excede a esta, devendo constituir, por isso, preocupação dominante em toda atuação política verdadeiramente nacional".

Assim, em 1934, Vargas criou uma Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, vinculada ao Ministério da Educação e Saúde Pública, sob a direção de Olinto de Oliveira, indicando sua preocupação de "promover o bem-estar, a saúde, o desenvolvimento e a educação da criança, desde antes do nascimento, permitindo assim que a tarefa política de construir uma verdadeira nação, composta de homens racialmente fortes e úteis ao "progresso do país", poderia ficar comprometida. E, como se viu, sanear a raça e construir a nação era o grande objetivo da Liga Brasileira de Higiene Mental desde sua fundação.⁸³

Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque eles representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, um conjunto de medidas baseadas na lógica higienista e de inspiração normativojurídica abriu caminho para a elaboração de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico em instituições como APAE, Pestalozzi e AMAS, que tiveram a

⁸³ REIS, J. R. F.: *'De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental'*. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, VII(1): 135-157, mar.-jun. 2000.

responsabilidade de cuidar de crianças e adolescentes enquadradas nos indícios de anormalidade ou risco de anormalidade.

“Assim, a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), a deficiente mental e a deficiente moral (delinqüente).”⁸⁴

Os desdobramentos dessa institucionalização do cuidado à criança tida como merecedora de uma educação e tratamento diferenciados, bem como a criminalização da infância pobre que se desviava dos preceitos de moralidade traçados pela sociedade, acabou por construir um quadro de “desassistência, abandono e exclusão”

“Nas tramas desse processo, passaram ‘silenciosas’, mas não isentas de suas conseqüências nefastas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, como, aliás, todas as outras, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado.”⁸⁵

3.3 Os CAPS infantis e o serviço público de Saúde Mental da infância.

Foi no contexto do movimento pela redemocratização, em fins da década de 70, que as discussões sobre os direitos das crianças e adolescentes, movidas pela defesa dos direitos humanos também tão presente nos movimentos dos trabalhadores de saúde mental, se fizeram aparecer

⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Secretaria de Atenção. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2005, p. 8.

⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Secretaria de Atenção. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2005, p. 8.

enfaticamente na política e na sociedade um exemplo desse contexto de discussões é a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

“A lei nº 8.069 de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou-se nesse período um instrumento constitucional vigoroso de defesa desses pequenos e jovens cidadãos e constituiu-se enquanto um elemento forte e aglutinador dessa nova ordem e fundador de um novo olhar sobre a infância e adolescência. Entendeu-se, finalmente que, no âmbito do cuidado e da responsabilização, ninguém poderia ficar à parte ou à deriva e que, em se tratando de crianças e adolescentes, uma cultura manicomial se escamoteava e se mantinha na mesma lógica de exclusão dos adultos nos hospícios, através de nuances e matrizes próprias” (BRITO, 2004, p.97.)⁸⁶

Sabemos que a promulgação do Estatuto não significou que os direitos das crianças e adolescentes passaram a ser respeitados a partir de 1990, mas a Lei permitiu que o Governo abrisse caminho para ações direcionadas a esse grupo, tal momento histórico de discussões sobre os direitos de crianças e adolescentes construiu outros discursos e novos espaços para a infância, bem como para a infância anormal.

Para Ferreira (2007)⁸⁷ a dificuldade de se tratar o sofrimento psíquico infantil antes da Reforma Psiquiátrica, e até mesmo quando esta se deu início, se dava principalmente pelo não-reconhecimento desse sofrimento:

“Algumas situações por que passam as crianças, já se tornaram naturalizadas entre nós. Corremos o risco de já não nos perguntarmos mais sobre essa ou aquela criança, pois já encontramos respostas para suas ações e gestos na fase do desenvolvimento, na infância mesma. A descrição das características de cada fase de desenvolvimento é tão rica em detalhes, tão colorida de especificidades que já não podemos encontrar o sujeito aí, sofrendo em silêncio e às vezes, ‘absolutamente só’, esperando a

⁸⁶ BRITO, Maria Mercedes Merry. Novas formas de pensar o coletivo. IN: FERREIRA, Tânia. (org.) A criança e a saúde mental - enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

⁸⁷ FERREIRA, Tânia. A criança e a saúde mental – enlaces entre clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC,2004.p.14.

fase passar e, com ela, o mal-estar – que, se persistir, leva a crer numa fixação naquela fase do desenvolvimento” (FERREIRA, 2004, p.14)

Daí também podemos ressaltar outro aspecto acerca de como a loucura infantil era vista: a ideia de “*transtorno*”. A partir do momento que a criança apresenta algum tipo de ação que *não condiz* com a sua *fase*, ou sua idade, ela porta um “*transtorno*”. “É transtorno o imprevisto, o imprevisível, o que contraria o que decepciona.” (FERREIRA, 2004, p.15) e essa ideia de transtorno acaba por anular a *subjetividade* da criança, desconsiderando sua individualidade, seu lugar na sociedade enquanto sujeito.

“A leitura desenvolvimentista que desconhece o desenvolvimento como socialmente traçado, que interroga mais a fase que o sofrimento psíquico do sujeito, prevendo as crises nos seus modelos normativos, leva os pais e a criança à espera: espera do transcurso da fase e, com ele, a passagem do mal-estar, o que muitas vezes consiste em esperar pelo apagamento da subjetividade aí implicada, e deixar de lado a necessidade dos dispositivos de intervenção na rede de cuidados” (FERREIRA, 2004, p.19)

Sendo assim alguns transtornos de *desenvolvimento* poderiam merecer intervenção enquanto outros poderiam ser considerados apenas uma *fase* devendo os pais e cuidadores apenas esperar que esta fase “passe”:

“A exclusão da loucura infantil, que vem com outras vestimentas diferentes da exclusão da loucura dos adultos operada pela cultura, se dá primeiramente pelo seu não-reconhecimento. Aí o enlouquecimento e a loucura estão sempre transvestidos por uma leitura moral: criança encapetada, impossível, sem limites, danada.” (FERREIRA, 2004, p.14)

As práticas de Saúde Mental destinadas às crianças com “distúrbio de aprendizagem” ou “distúrbio de conduta”, que parecem se reapropriar das práticas higiênico-preventistas, constroem espaços de segregação para as crianças anormais: “Peregrinos de lugar nenhum, frequentemente se vêem submetidos a métodos pedagógicos de controle de sua conduta bizarra ou, ainda, a uma medicação excessiva, com consequências devastadoras para a sua existência.”⁸⁸

“É como se, em relação a crianças e adolescente, não fossem claros os ‘inimigos’ a combater, deixando a própria sorte ou inércia do sistema a oferta de serviços. Crianças e adolescentes vêm, assim, exibindo formas silenciosas mas efetivas de exclusão frente às quais não podem mais postergar os enfrentamentos necessários.” (COUTO, 2004, p.63)

Essas práticas de exclusão da criança e adolescente desviante, segundo DELGADO (2000), seriam consequências de alguns “mal-entendidos”. O mal-entendido pedagógico:

“O primeiro mal-entendido é o pedagógico, que reduzindo uma criança à condição de aprendiz, sustenta um ideário de metas a ser alcançado de tal forma que ela, a criança, possa ser medida em escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável, caso apresente algum desvio. Situam-se aí as proposições de ‘reeducação’, ‘avaliação de competência’, ‘orientação infanto-juvenil’ e outras tantas que muitas vezes servem inclusive para nomear os próprios serviços assistenciais”. (COUTO, 2004, p. 63)

Assim, conceber a criança como um *ser em desenvolvimento* é reafirmar a noção de *deficiência*, obscurecendo as possibilidades existenciais da criança enquanto sujeito:

⁸⁸ COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. IN: FERREIRA, Tânia.(org) A criança e a saúde mental – enlaces entre clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC,2004.

“Como aprendiz espera-se dela que aprenda e responda adequadamente às metas estabelecidas: caso contrário, convocam-se os especialistas para que reorientem o curso, corrijam os defeitos e remitam os sintomas” (COUTO, 2004, p.64)

Manter a criança sob o manto da deficiência, que deve sofrer uma intervenção, reforça, a desconsideração de suas subjetividades, retira-a do seu lugar social enquanto sujeito que vive, que sente e, principalmente, que sofre.

“O que parece subtraído no caminho proposto para a autonomia disciplinar da psiquiatria da infância- e considerado um ponto fundamental para o avanço e a modernidade almejados - é justamente a possibilidade de a criança constituir uma ordem própria de existência, portar uma dimensão subjetiva, responsabilizar-se como sujeito, encontrar formas singulares, portanto, legítimas de lidar com seu mal-estar e suas angústias, implicar-lhe no que lhe acontece, ser atravessada por enigmas e ter que lidar com eles como lhe for possível. (COUTO, 2004, p. 64)

O mal-entendido pedagógico se dá, desta feita, por priorizar a montagem de dispositivos mais pedagógicos do que clínicos.

Outro equívoco ressaltado que se impõe acerca da assistência em saúde mental da infância e que segue a mesma linha do mal-entendido pedagógico é o mal-entendido da saúde mental. Este diz respeito à desconsideração de que uma criança possa portar o enigma da loucura. Para a criança se construiu o lugar de “deficiente” e “desadaptada”, mas quase nunca o de “louca”, fazendo parte do não-reconhecimento da loucura infantil como ressaltamos anteriormente.

“Tributar a uma criança a enigmática condição de uma existência particular louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social. A construção histórica do período da infância - do qual a criança é sustentáculo - que forjou um ideário de qualidades determinantes para sua inclusão na história social dos homens. Infância, então passou a ser o tempo da inocência, pureza, beleza, ingenuidade, felicidade, descompromisso, aprendizado e,

fundamentalmente, um tempo sem angústias. Um tempo de preparação... um caminho de preferência retilíneo, a ser percorrido para que se forme o 'homem de amanhã'." (COUTO, 2004,p. 66)

Colocar a criança no espaço da Loucura parece romper com valores culturais ainda arraigados na sociedade e, por isso, a loucura como é concebida para os adultos, ainda parece não ser aceitável para as nossas crianças.

Criamos nossos filhos sob os valores da família, ressaltados anteriormente, e reconhecer que eles vivenciem sofrimentos semelhantes aos dos adultos nos causa medo e apreensão.

"A 'sua majestade, o bebê', objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfeiar-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar, o carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Essa criança louca macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, ao desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir." (COUTO, 2004,p. 66)

Coexistir com a criança louca é a proposta do novo modelo de tratamento e assistência em Saúde Mental da Infância proposta pela Reforma Psiquiátrica. As crianças que antes eram enviadas aos serviços filantrópicos para portadores de deficiência passariam a ser atendidos por um serviço específico multidisciplinar, destinado a crianças em sofrimento psíquico.

As ações do Movimento Antimanicomial, a princípio, como já destacamos no primeiro capítulo, buscavam combater o tratamento manicomial e não contemplavam as discussões sobre a necessidade de se criar espaços para a infância. "A ausência de tradição de uma luta política organizada dos trabalhadores da saúde mental da infância, já característica da área de adultos"⁸⁹, fez com que só posteriormente fosse colocada na pauta

⁸⁹ BRITO, Maria Mercedes Merry. Novas formas de pensar o coletivo . FERREIRA, Tânia. (org.) A criança e a saúde mental.- enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004,

de discussões de Saúde Mental as necessidades das crianças e adolescentes.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2002, uma das propostas para o campo de saúde mental foi “Criar uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente”⁹⁰ evidenciando a necessidade de haver políticas públicas direcionadas às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nas cidades brasileiras.

Assim, dentro da política de Saúde Mental proposta pelo modelo psicossocial, o Governo possibilita a criação de Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes com a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002⁹¹.

As delimitações dos Centros de Atenção Psicossocial infantis, CAPSi se assemelham às dos CAPS para adultos: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois)

⁹⁰ III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo /Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. –Brasília Ministério da Saúde, 2001.

⁹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2005

turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

As atividades dos CAPSi previstas pela portaria são: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; 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, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

Quanto a equipe profissional presente nos CAPSi a portaria delimita: para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 (um) enfermeiro; 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Tais delimitações expõem as principais características do *acolhimento* proposto pelos CAPSi. Seguindo as mesmas reflexões propostas para o

acolhimento de adultos em sofrimento psíquico, os CAPSi foram pensados para acolher crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, bem como seus familiares e cuidadores, tidos como participantes desse processo.

Os princípios da proposta da Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil visam inserir as crianças e adolescentes na lógica do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Isto significa primeiramente que essas crianças devem ser vistas como *sujeitos*:

“Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada.”⁹² (BRASIL, 2005, p.11)

Propõe-se, assim, que o cuidado em Saúde Mental dê voz às crianças e jovens, reconheça o sofrimento mental das mesmas como próprios destas, respeite a subjetividade destas enquanto seres únicos na medida em que leve em consideração as peculiaridades de sua existência.

O princípio do *Acolhimento Universal* prevê que todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertos a todo sujeito que chega e este deve ser acolhido: recebido, ouvido e respondido:

“Recebida e ouvida a demanda, é preciso que se dê uma resposta. Trata-se de acabar com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum.” (BRASIL, 2005, p.11)

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

O *acolhimento universal*, desta maneira, implica noutro princípio, o de *encaminhamento implicado*: “Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino.” (BRASIL, 2005,p.12.). O acompanhamento do sujeito para onde foi encaminhado, por sua vez, faz parte do princípio da *Construção permanente da rede* que visa interligar os serviços de saúde em busca de uma melhoria no cuidado ao sujeito

“A ideia de rede se desloca de uma acepção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado. Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso.” (BRASIL, 2005, p.13)

A concepção de rede também implica, por sua vez, numa maior aproximação com os sujeitos, por intentar situar-se para fora das instituições. Concepção que se interliga ao princípio de *Território*:

“É uma das categorias nocionais mais importantes com que trabalhamos no campo da Saúde Mental. Podemos entendê-lo como um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O *território* é o *lugar psicossocial do sujeito*.” (BRASIL, 2005, p.13)

No mesmo caminho, a *Intersetorialidade na ação do cuidado* propõe que o trabalho clínico mantenha contato com outros setores não clínicos, que façam parte do cotidiano das crianças e adolescentes, como escolas, igrejas, instituições de lazer, cultura e esporte:

“O trabalho dos serviços de saúde mental infanto-juvenil deve incluir, no conjunto das ações a serem consideradas na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções junto a todos os equipamentos – de natureza clínica ou não – que, de uma forma ou de outra, estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes dos quais se trata de cuidar.” (BRASIL, 2005, p.14)

A partir desses *princípios*, a Política Pública de Assistência em Saúde Mental infanto-juvenil propõe que os serviços públicos fujam das práticas de exclusão, isolamento e da ideologia da deficiência que visa a necessidade de reparo. Baseia-se principalmente no preceito de que o sujeito em sofrimento psíquico, e sua família, devem ser os *protagonistas* do processo de emancipação objetivado pelo serviço de acolhimento, assumindo seu lugar na sociedade.

Baseado nessas propostas, e nesses princípios, delineou-se as diretrizes operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e Adolescentes⁹³ pelo Governo que devem ser seguidas em suas ações de cuidado. Quais sejam:

1. reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o *portador de um pedido legítimo a ser levado em conta*, implicando uma *necessária* ação de acolhimento;

⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

2. tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;
3. conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
4. comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
5. garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
6. manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

As leis e diretrizes do Governo direcionam as práticas de saúde mental da infância, porém não as determinam. A partir dessas diretrizes

e preceitos os CAPSis foram e são criados nas cidades brasileiras de acordo com o contexto histórico, social, cultural em que estão inseridos. Em alguns casos o modelo psicossocial é adaptado, é recriado, é resignificado, a partir de cada contexto, necessidade, orientação acadêmica, influência pessoal...

Em Campina Grande os dois CAPS infantis surgiram a partir da mesma proposta, mas seguiram caminhos que por vezes se entrecruzam e se distanciam.

3.4 Os dois caminhos: CAPSi - Viva gente e CAPSinho – Centro de Intervenção Precoce.

O CAPSi *Viva Gente* segue o caminho de atenção em Saúde Mental da Infância delineado pelo Ministério da Saúde que descrevemos anteriormente. Trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial destinado a atender crianças e adolescentes comprometidos psicologicamente e que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, que trabalha em parceria com a rede pública de saúde, educação e assistência social, ligadas aos cuidados da população infanto-juvenil em Campina Grande. Seu objetivo é contribuir para o desenvolvimento das crianças e adolescentes capacitando-os para a participação ativa na vida familiar, escolar e social.

Quando uma criança ou adolescente chega ao CAPSi Viva Gente, primeiramente é realizado um *acolhimento*, . A criança ou adolescente é acolhido por um profissional assim que chega ao local, nesse momento o profissional escuta a problemática trazida pela família ou pelo cuidador, a criança é *avaliada* numa oficina de observação, posteriormente, juntamente

com o resto da equipe elabora-se um projeto terapêutico individual que deve ser apresentado e discutido com a criança ou adolescente e seu familiar, o caso é discutido em equipe a fim de saber qual o encaminhamento destinado para a criança ou adolescente. Ela é inserida em oficinas terapêuticas ou pode ser encaminhada para outro serviço, caso a equipe veja essa necessidade.

As atividades no CAPSi Viva Gente são, desta maneira, desenvolvidas diariamente, de segunda à sexta, nos turnos da manhã e tarde. Daí o atendimento pode ser intensivo (das 7h às 11h ou das 13h às 17h, três vezes por semana), semi-intensivo (das 7h às 11h ou das 13h às 17h, duas vezes por semana), ou não-intensivo e terá ênfase no atendimento familiar grupal. Como dissemos, o tipo de atendimento é definido pela equipe de profissionais de acordo com a necessidade de cada usuário.

O CAPSi *Viva Gente* acolhe crianças e adolescentes com idades entre 5 anos e 18 anos, em risco psicossocial, ou seja, que apresentem transtornos mentais graves (autismo, transtornos obsessivos) ou sejam crianças com pais psicóticos.

O CAPSi Viva Gente é um centro destinado a atender crianças e adolescentes comprometidos psiquicamente e que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A clientela atendida neste CAPS é principalmente constituída por usuários que apresentam transtornos mentais graves tipo autismo, estados psicóticos, transtornos obsessivos, além de crianças cujos pais são psicóticos e, por essa razão, fazem parte de um grupo de risco. Os usuários são acolhidos por um profissional especializado que elabora um projeto terapêutico individual. O atendimento poderá ser intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo e as atividades desenvolvidas são atendimentos individuais, nas diversas especialidades, atendimentos em grupo, grupos de família, oficinas terapêuticas, atividades sócio-culturais e visitas domiciliares. O

CAPSi funciona das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, na Rua Marechal Deodoro, 631, bairro da Prata.⁹⁴

As atividades desenvolvidas são, em geral, separadas em: atendimentos individuais com os profissionais de cada área; atendimentos em grupo com as crianças e adolescentes acolhidos; grupos de famílias; visitas domiciliares quando a criança não tem condições de ir até o Centro; visitas institucionais; oficinas terapêuticas e atividades sócio-culturais.

A equipe que trabalha no CAPSi *Viva Gente*, atualmente, consiste de: 04 psicólogas, 02 assistentes sociais, 01 fisioterapeuta, 03 fonoaudiólogas, 03 pedagogas, 01 psicopedagoga, 01 enfermeira, 02 auxiliares de enfermagem, 01 médico neurologista e conta com a consultoria de um médico psiquiatra que atende a toda a rede de saúde mental do município. Além da equipe técnica, a equipe de apoio também participa do trabalho e consiste em 02 auxiliares administrativos, 04 auxiliares de serviços gerais, 04 vigias e 02 recepcionistas.

É essa equipe que acolhe e elabora quais atividades serão oferecidas ao sujeito que chega ao CAPS, de acordo com o que escutam, observam e analisam. Semanalmente, às quintas-feiras, não há oficinas nem atendimento, a equipe se reúne para discutir as atividades, as sugestões, as reclamações, os atendimentos e os encaminhamentos. O cuidado de cada criança depende de sua necessidade detectada pelos profissionais, no dia-a-dia das atividades, do que é observado por eles e pelos familiares. Daí se vê se há necessidade de atendimento individual com a psicóloga, ou com a fonoaudióloga, de participação das oficinas de psicomotricidade ou de relaxamento, da psicoterapia de grupo.

⁹⁴ Diário da Borborema, 16 de dezembro de 2009.

A tentativa é de se distanciar do modelo hospitalocêntrico baseado no poder da psiquiatria e instituir um cuidado em que cada profissional desempenhe seu papel com o objetivo de minimizar o sofrimento da criança e fazê-lo viver e conviver com os outros na sociedade. Apesar da insistência dos familiares por um tratamento medicamentoso, a equipe busca através das oficinas um tratamento mais terapêutico.

As atividades chamadas pela equipe de “sócio-culturais” acontecem mais com uma maneira de levar essas crianças, muitas vezes recolhidas aos seus domicílios, aos espaços da cidade: as visitas ao parque da criança, a viagem à João Pessoa durante a colônia de férias desse ano, os festejos juninos, as comemorações de carnaval... São realizadas visando a reinserção, ou pelo menos o início desta, das crianças e adolescentes acolhidas pelo CAPS infantil.

Daí temos o início da bifurcação dos caminhos dos serviços de atenção em saúde mental infantil em Campina Grande, o CAPSi *Viva Gente* foi criado para atender a demanda dos cuidados de Saúde Mental da Infância e como foi exposto segue as diretrizes do Ministério e realiza as mesmas atividades dos CAPS dos adultos, mas se direciona à crianças e adolescentes. Dessa maneira, o trabalho desenvolvido nesse CAPSi é voltado para crianças já em sofrimento psíquico. Esse sujeito é encaminhado para o CAPS pelos profissionais do PSF, pelas escolas ou pelos familiares.

Ao serem identificados por esses indivíduos como sujeitos em sofrimento psíquico que necessitam de atenção, eles são acolhidos e a partir daí, a equipe traça uma lista de atividades a serem realizadas com essa criança e seus cuidadores para melhorar seu convívio em casa, na escola ou na rua em que mora. E mais ainda, consigo mesma.

Em suma, o CAPSi *Viva Gente* objetiva acolher, receber e oferecer atividades a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, já comprometidas psiquicamente, para que essas crianças tenham um atendimento específico, uma atenção específica, um cuidado específico.

Esse caminho se diferencia do seguido pelo outro CAPS infantil da cidade, o CAPSinho - Centro de Intervenção Precoce. Este CAPS, como o nome anuncia, tem um objetivo diferenciado: prevenir o sofrimento psíquico a partir de uma intervenção precoce. As crianças já comprometidas psiquicamente não são mais o alvo, e sim os bebês em risco psicossocial, que demonstram *indícios* de risco psicossocial. Caminho traçado pela coordenadora de Saúde Mental do Município e que, fortemente influenciado pelas teorias da psicanálise, se impõem aos outros serviços de Saúde Mental da cidade. Nas quintas-feiras, como já dissemos, todos os CAPS realizam reuniões de equipes, e antes destas reuniões, todos os profissionais dos CAPS se encontram no CAPSinho para discutir textos sobre a teoria da psicanálise como referencial teórico para os trabalhos desenvolvidos diariamente. A rede de Saúde Mental da cidade começa assim a direcionar seus serviços à Intervenção Precoce. Não se trata mais de comparar, cuidar, incluir os sujeitos em sofrimento psíquico, mas, antes disto, intervir para que este sofrimento não apareça. Detectar indícios de “transtorno”, já na pequena infância, impede que essas crianças se tornem adultos comprometidos psiquicamente, já que, para a psicanálise, a maioria dos transtornos presentes nos adultos tem sua origem na infância.

A política de Saúde Mental em Campina, e não só a da infância, inclui no alvo de suas ações crianças com problemas na escola, crianças com doenças genéticas como Síndrome de Down, deficientes físicos... Em suma,

qualquer criança que fuja do que se tem como padrão normal. É sobre esse caminho as discussões do próximo capítulo.

Capítulo 4 CAPÍTULO III - Por uma Intervenção Precoce: O CAPSinho e as práticas de Saúde Mental direcionadas à criança pequena em Campina Grande

“Centenas de crianças campinenses sofrem no dia a dia com os problemas de saúde mental e algumas enfrentam o preconceito e o isolamento da sociedade. Porém, no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Campina Grande, voltado para a população infanto-juvenil, esses pacientes têm ganhado a chance de ter uma vida normal, convivendo com as adversidades. (...) De acordo com a coordenadora Ana Amélia Arruda, o trabalho tenta não só a reinserção social, mas também a promoção dessas crianças para que se tornem adultos mais saudáveis no futuro.⁹⁵

Numa primeira visita ao Centro de Atenção Psicossocial CAPSinho – Centro de Intervenção Precoce, é difícil acreditar que aquela casa se trata de um espaço destinado à crianças. Uma casa adaptada para ser um espaço público de atendimento à crianças e adolescentes, com paredes amarelas e sujas, uma grama seca no jardim, portas deterioradas. No pátio da frente mesinhas e cadeirinhas de madeira pintadas de cinza e o único indício de que alguma criança passou por ali é um prato de plástico cinza com duas bolachas de maisena em cima de uma das mesinhas.

O CAPSinho é o espaço destinado às práticas de Intervenção Precoce na cidade de Campina Grande, que como destacou o fragmento citado acima, se propõe a intervir na infância objetivando uma vida mais saudável à criança e para que esta seja também um adulto mais saudável.

O CAPSinho parte do caminho traçado pelo Ministério da Saúde para os CAPS infantis, e do trabalho que já era desenvolvido no CAPSi Viva Gente, e cria uma bifurcação. Se por um lado o CAPSi Viva Gente continuou e continua acolhendo crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o

⁹⁵ Diário da Borborema, 27 de Março de 2010.

CAPSinho abre um caminho para inserir os bebês como alvo das práticas de saúde mental. Mais ainda, o CAPSinho veio alargar o público alvo do serviço público de Saúde Mental, incluindo crianças pequenas com qualquer indício de *risco psicossocial*, incluindo os transtornos de desenvolvimento, de comportamento na escola e na família.

A ideia de *prevenção* aparece dominante e nos parece resignificar alguns conceitos da medicina social, do controle dos corpos infantis, e higiene mental ela toma o espaço do cuidar da criança em sofrimento psíquico e coloca a observação da criança pequena como uma prática importante para evitar que a mesma desenvolva práticas, hábitos e costumes não saudáveis.

4.1 Por uma intervenção precoce nos bebês: O CAPSinho - Centro de Intervenção Precoce.

O CAPSinho – Centro de Intervenção Precoce foi inaugurado em Junho de 2006 e sua criação foi consequência de um trabalho desenvolvido anteriormente, desde 1999, no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC. Segundo os profissionais do Hospital, a necessidade de abrir espaço para um grupo de Intervenção precoce veio do fato de assistirem, com frequência “mães com crianças cada vez menores que apresentavam dificuldades relacionadas ao desenvolvimento e a angústia dessas mães de não saberem lidar com tais dificuldades”. Assim alguns profissionais uniram-se e formaram um grupo de estudos interdisciplinares sobre intervenção precoce. O grupo passou a funcionar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida- ISEA, conhecida maternidade da cidade, com atendimentos

interdisciplinares às crianças e suas famílias, acompanhadas de discussões fundamentadas na Psicanálise.

Posteriormente, o grupo propiciou a criação do Centro de Intervenção Precoce:

“Em Junho de 2006 inaugurou-se o CAPSi - Centro de Intervenção Precoce, como parte integrante da rede de Saúde Mental do Município de Campina Grande – PB, alicerçado na compreensão de que não se pode cuidar do adulto sem olhar para a infância e que não se faz saúde mental sem cuidar das crianças.”⁹⁶ (SILVEIRA, et al, 2010, p. 63)

Desta maneira, houve uma expansão do público alvo do Serviço de Saúde Mental na cidade, que passou a atender crianças com: autismo; paralisia cerebral; atrasos isolados da marcha; transtornos de linguagem; síndromes hipotônicas; síndromes genéticas; retardo mental; erros inatos do metabolismo; transtornos de aprendizagem; transtornos específicos de desenvolvimento motor; dentre outros.

O trabalho de acolher e fazer a criança lidar melhor com o seu problema, visando diminuir seu sofrimento, ganha mais uma face: quanto mais cedo o *risco psicossocial* dessa criança for identificado, e assim essa passe por uma intervenção, melhor será o resultado desta e maior a sua qualidade de vida:

“Mães e filhos encontram no Centro Campinense de Intervenção Precoce (CAPSinho), um alívio para o dia a dia e a esperança de que tudo melhore no futuro. De acordo com a coordenadora do centro e psicóloga, Vitória Bulcão, o objetivo de todo o trabalho desenvolvido no local, único no Brasil que acompanha as crianças desde o nascimento, é oferecer mais qualidade de vida para os pequenos com algum tipo de deficiência mental, e também para toda a família.”⁹⁷

⁹⁶ SILVEIRA, Grazielle Batista Keller ET al. Estudos dos encaminhamentos de crianças oriundas de outros municípios pra município sede. IN Revista Escritos de Saúde Mental. Universidade Federal de Campina Grande. Ano I, n.1, 2010- Campina Grande: RgEditora 2010.

⁹⁷ Diário da Borborema, 23 de Junho de 2010.

A propósito de divulgar a comemoração do carnaval pelos usuários do CAPSInho. A reportagem do Diário da Borborema de 14 de fevereiro de 2010 intitulada “Dedicação a crianças especiais. CAPSInho atende a 750 crianças portadoras de transtornos mentais desde o nascimento em serviço inédito no Brasil” chama a atenção para a importância dos serviços do CAPSInho para os familiares e nos explicita alguns dos conceitos que permeiam as práticas desenvolvidas pelos profissionais desse espaço, os quais servem como apoio para os familiares com crianças portadoras de transtornos mentais e que trabalham para trazer às crianças e seus cuidadores uma vida mais tranqüila.

Ainda chama a atenção para o trabalho desenvolvido no CAPSInho e a sua importância para a sociedade:

O trabalho realizado no CAPSInho é multidisciplinar e conta com a ajuda de profissionais em várias áreas, na tentativa de oferecer às 750 crianças portadoras de transtornos mentais, atendidas no local, um tratamento psicológico e fisioterapêutico adequado. A mãe de uma das crianças, se emocionou ao falar das expectativas de futuro para o filho. Ela contou que há dois anos descobriu que a criança tinha um tumor na cabeça e teve que passar por uma cirurgia muito delicada. "Ele ficou com sequelas por causa da doença. Não consegue enxergar e também não estava conseguindo andar, mas graças ao trabalho do CAPSInho, ele hoje é uma criança feliz e está se desenvolvendo bem. Eu espero que ele tenha muita coisa ainda para viver", disse ela entre lágrimas.⁹⁸

E destaca os objetivos do trabalho desenvolvido no espaço:

“Conforme a coordenadora do CAPSInho, o centro atende qualquer criança que tenha um transtorno psíquico, e diferentemente de outros centros similares no País, acompanha a criança desde seu nascimento. "Nós orientamos os pais para que procurem desenvolver as habilidades das crianças, para que elas cresçam mais independentes. Apesar destes meninos e meninas apresentarem uma deficiência, eles podem viver normalmente”, disse. Vitória

⁹⁸ Diário da Borborema, 14 de Fevereiro de 2010.

explicou que a grande parte dos pais que acompanham seus filhos temem pela perda da criança, ou ainda não aprenderam a lidar com os problemas que os envolvem. No centro, todos aprendem, inclusive com a experiência de outras famílias, a ter mais qualidade de vida, além de esperança de que no futuro tudo possa melhorar. O atendimento pode ser feito nas segundas, terças, quartas e sextas-feiras, no endereço do CAPSinho, localizado na Rua Otília Donato, no bairro da Prata.”⁹⁹

As atividades dos profissionais que acompanham as crianças visam, assim, uma melhoria da qualidade de vida destas e de seus cuidadores na medida em que eles passam a conviver melhor com a sua deficiência.

É nesse sentido que há um investimento em atividades sócio-culturais, educativas, de convivência e também de relação com a sociedade e espaços da cidade. Principalmente porque as crianças atendidas pelos CAPS infantis, na maioria das vezes, não frequentam esses espaços com a família.

Um exemplo dessas atividades é a colônia de férias que acontece nas férias de fim de ano e do meio do ano. Com atividades de lazer para as crianças e as famílias:

“A socialização de crianças e adolescentes com transtornos mentais é um grande passo para a oferta de mais qualidade de vida destes jovens. Os Centros de Atenção (Caps), infanto-juvenil, o CAPSi e o CAPSinho, que atendem juntas cerca de 600 crianças estão oferecendo colônias de férias, com o intuito de trabalhar estes jovens nos ambientes de convivência externos. A visita ontem aconteceu no Parque da Criança, com direito a brincadeiras e até piquenique literário. A colônia ainda vai durar todo o mês de janeiro, oferecendo também outras atividades como gincanas e dinâmicas em grupo.”¹⁰⁰

Além de ocupar o tempo dessas crianças que estão sem frequentar as escolas, as colônias de férias reforçam os preceitos da Reforma psiquiátrica

⁹⁹ Diário da Borborema, 14 de Fevereiro de 2010.

¹⁰⁰ Diário da Borborema, 13 de Janeiro de 2011.

de retirar os usuários dos espaços internos, buscando romper a exclusão com que essas crianças lidam diariamente:

"As colônias de férias foram criadas justamente com o intuito de oferecer lazer e é por isso que nós saímos dos ambientes internos. No externo elas se sentem mais livres para brincar e se socializar, mas nós continuamos em observação com um olhar terapêutico', disse. Uma das distrações preferidas das crianças é o piquenique literário, onde a atenção também é trabalhada. O trabalho em conjunto com uma equipe de profissionais procura também capacitá-los para a participação ativa dentro da própria família do usuário." ¹⁰¹

No mesmo sentido as atividades de férias do meio do ano propõem uma reinserção social buscando inserir as crianças nos mesmos espaços frequentados por outras não atendidas pelo serviço:

"Reinserir as crianças que apresentam transtornos do desenvolvimento na sociedade, fazendo com que elas ocupem os mesmos espaços que as demais crianças já ocupam. É com esse objetivo que o Centro Campinense de Intervenção Precoce (Capsinho) está realizando, até amanhã, a sua colônia de férias. Iniciada há cerca de duas semanas, a colônia de férias tem proporcionado uma série de atividades as crianças assistidas pelo Capsinho. As crianças já visitaram o Parque da Criança, Biblioteca Municipal e o Posto Dallas, que possui um jardim com esculturas de animais silvestres, e desde ontem estão se divertindo no Game Station e Estripulia no Boulevard Shopping. A psicóloga Daniela Nogueira de Menezes não tem dúvida. As crianças que apresentam transtornos do desenvolvimento necessitam de atividades de lazer para se sentirem incluídas na sociedade. Esse tipo de atividade, segundo a psicóloga, é necessário para ajudar no tratamento das crianças. "Essas crianças precisam saber que também têm direito a participar das mesmas atividades desenvolvidas por outras crianças. O tratamento é igual a todos", explicou a psicóloga. A colônia de férias do Capsinho será encerrada amanhã, com um passeio ao Litoral de João Pessoa." ¹⁰²

¹⁰¹ Diário da Borborema, 13 de Janeiro de 2011.

¹⁰² Diário da Borborema, 28 de Julho de 2009.

Se em 2009 as crianças fizeram atividades no shopping, em 2010 o passeio junino em comemoração ao São João chamou a atenção da sociedade e reforçou o discurso de reinserção social:

Mães e filhos encontram no Centro Campinense de Intervenção Precoce (CAPSInho), um alívio para o dia a dia e a esperança de que tudo melhore no futuro.(...) Ontem mais de 100 crianças que recebem o atendimento no local tiveram uma manhã alegre, depois que participaram de um passeio junino por diversos pontos turísticos de Campina Grande. De acordo com a coordenadora do centro, Vitória Bulcão, o percurso incluiu pontos turísticos relacionados ao Maior São João do Mundo, como o Parque do Povo e Parque da Criança. De acordo com ela, estes momentos são promovidos constantemente através de diversas atividades lúdicas e que objetivam inserir os usuários dentro do convívio social. "Nós atendemos hoje 450 crianças, alguns desde o seu nascimento, oferecendo um atendimento multidisciplinar, mas é importante que os usuários tenham a oportunidade de frequentar estes espaços e ambientes sociais, como forma de minimizar os efeitos do preconceito do qual são alvo todos os dias", disse Bulcão." ¹⁰³

Partindo da inclusão de crianças com transtorno de desenvolvimento no grupo de crianças em sofrimento psíquico, a equipe de saúde mental, principalmente, do Centro de Intervenção Precoce, objetiva a não exclusão dos mesmos.

É como se, ao contrário do que propunha a Reforma psiquiátrica e a adoção do modelo psiquiátrico, o grupo de exclusão aumentasse. Transtornos de desenvolvimento, transtornos de comportamento, transtornos de desenvolvimento maior, com sequelas físicas derivadas de doenças, com transtorno de aprendizagem, passam a fazer parte do mesmo grupo das crianças autistas, com transtornos obsessivos, psicóticos.

Entretanto, o que talvez chame mais atenção é o caminho da prevenção adotado pelo serviço, e as atividades destinadas às crianças já acolhidas pelo

¹⁰³ Diário da Borborema, 23 de Junho de 2010.

CAPSinho que também incluem, na maioria das vezes, as crianças e adolescentes acolhidas no CAPSi *Viva Gente*. O propósito do CAPSinho vai muito além disso, e para que a Intervenção Precoce, que é o objetivo principal, aconteça cada vez mais cedo, e mais rápido, é preciso que se reconheçam os indícios de risco psicossocial nos bebês.

Assim que foi fundado, o CAPSinho deu início mais efetivamente as ações do Programa de Intervenção precoce. Já em 2006, há a criação do Projeto Saúde na Escola, ficou sob a orientação da Dra. Cláudia Mascarenhas, que ministrou seminários para as equipes de saúde mental, médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e cuidadores de gestores de escolas e creches do município.

Nesse Programa o CAPSinho participa com a *Contalina* e o *Brincar Itinerante*, atividades com oficinas de contar histórias e de brincadeiras, os profissionais visitam creches e abrigos da cidade com o objetivo de produzir *uma modificação no olhar* dos cuidadores e gestores com relação aos bebês e as crianças pequenas, buscando *diagnosticar* em tempo hábil os riscos psicossociais e definindo funções e responsabilidades de cada envolvido no projeto.

Em 09 de novembro de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com os profissionais do CAPSinho, realizou a terceira etapa do Programa Saúde na Escola:

O evento contou com as presenças da coordenadora municipal de Saúde Mental, Ana Amélia Arruda, Ângela Nicoletti, representando a Equipe Matricial e Cláudia Mascarenhas Fernandes, que realiza um trabalho de consultoria e supervisão nos trabalhos dos dois CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) infantis que funcionam no município. Na abertura do evento, Cláudia Mascarenhas enfatizou a

responsabilidade em modificar a ideia e a forma que o cuidador escolhe para responder aos apelos da criança, e reforçou, ainda que a primeira escuta pode ser determinante, e a ideia de intervenção precoce em saúde mental é imprescindível. Ela afirmou que a primeira forma de exclusão é o silêncio, e a primeira forma de lutar contra a exclusão é dar palavras àqueles que sua própria exclusão condena. O Saúde na Escola é uma das ações desenvolvidas pela Saúde Mental, reconhecida nacionalmente como referência pelas mudanças que tem implementado no tratamento dos portadores de transtornos mentais do município.¹⁰⁴

Foi nesse momento que os profissionais da equipe do CAPSInho, sob organização de Ana Amélia Arruda, atual coordenadora de Saúde Mental do Município de Campina Grande, publicou a cartilha *ABC – Atenção Básica à Criança Pequena*¹⁰⁵ e ministrou o curso sobre o Psiquismo na 1ª Infância para cuidadores e gestores de creches e abrigos municipais.

A cartilha foi escrita e publicada para os profissionais envolvidos no Programa de Intervenção Precoce inserido no Programa Saúde na Escola, da Prefeitura Municipal de Campina Grande: professores, cuidadores, profissionais da atenção básica em saúde.

Acreditamos que esta cartilha nos dá a ver de maneira mais enfática como acontece o reconhecimento dos indícios de risco psicossocial na pequena infância no cotidiano de bebês e crianças.

Por se tratar de uma cartilha, a linguagem é mais fluente e didática, e dá a ver os discursos produzidos por cada segmento da equipe sobre as crianças em risco psicossocial, que estejam em sofrimento psíquico ou que corram o risco de estar. Assim como na cartilha, destacaremos os discursos separando-os de acordo com as áreas dos profissionais envolvidos na produção.

¹⁰⁴ Correio da Paraíba, 09 de Novembro de 2007.

¹⁰⁵ ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) *ABC-Atenção Básica à Criança Pequena*. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

4.2 A cartilha ABC: Atenção Básica à Criança pequena e os discursos sobre a criança deficiente.

A *cartilha* começa anunciando as propostas do Programa de Intervenção Precoce e seus objetivos, ressaltando a importância do diagnóstico em tempo hábil dos riscos psicossociais nas crianças pequenas:

A implantação do Programa de Intervenção Precoce supõe duplo objetivo: intervencionista e pesquisa. Apresenta como objetivos específicos o diagnóstico em tempo hábil dos riscos psicossociais através da capacitação das equipes para identificar e acompanhar os sinais de sofrimento psíquico bem como diagnosticar e encaminhar os riscos de fracasso constitutivo aos centros especializados. (...) Pretende produzir modificação no olhar dos médicos e enfermeiros da ESF em relação ao Bebê e à Criança Pequena bem como a preocupação com a proteção e os direitos da criança.(ARRUDA, 2007, p.11)

Antes de adentrar nos *fazeres* de cada área da equipe multidisciplinar, a Coordenadora de Saúde Mental do Município, explicita como se dá o funcionamento do Centro Campinense de Intervenção Precoce:

Assim, o CAPS infantil funciona como centro de referência para atender às crianças com *risco psicossocial* ou que apresentam *transtornos do desenvolvimento*¹⁰⁶ que favoreçam tais riscos. E desenvolve o *Programa de Intervenção Precoce* voltado para creches, abrigos e demais instituições do município de Campina Grande, sendo que nas creches e pré-escolas este programa se desdobra no Projeto Saúde na Escola.¹⁰⁷

A *clientela* atendida pelo programa são crianças de 0 a 7 anos que apresentam *transtorno do desenvolvimento*: qualquer que seja sua etiologia,

¹⁰⁶ Destacamos em itálico alguns conceitos utilizados pelos profissionais que acreditamos merecer nossa atenção e reflexão sobre os mesmos.

¹⁰⁷ ARRUDA, Ana Amélia Araújo. Programa desenvolvido pelo CAPS infantil Centro Campinense de Intervenção Precoce. IN: ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) **ABC-Atenção Básica à Criança Pequena**. Campina Grande, EDUFCEG, 2007.

“crianças sindrômicas, paralisia cerebral, miopatia, hidrocefalia, ou qualquer transtorno que *possibilite danos à constituição subjetiva.*” E crianças de 0 a 12 anos que apresentam *transtornos psíquicos* moderados ou invasivos, tais como estados autísticos, ou psicóticos, e sintomas pertinentes a tais estados.

A Equipe que forma o Centro de Intervenção Precoce se constitui de: psicanalista, pediatra, neurologista, psicólogos, pedagogas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeira, terapeuta ocupacional, técnica em enfermagem, artesã e cuidadores. Tal equipe realiza atendimento individual ou em grupo.

Os grupos são formados a partir dos seguintes arranjos:

- Família com a fisioterapeuta – para relaxamento e alongamento;
- Crianças com fonoaudióloga;
- Família e suas crianças com fonoaudióloga;
- Crianças com a psicopedagoga;
- Pais, crianças e equipe interdisciplinar;
- Terapeuta ocupacional com as cuidadoras e crianças;
- Famílias com a artesã e assistente social;
- Equipe interdisciplinar com a psicanalista.

A equipe realiza oficinas terapêuticas com as crianças, familiares e cuidadores como maneira de socializar através do brincar:

“O centro realiza algumas oficinas terapêuticas que foram criadas a partir do trabalho de intervenção precoce realizado pelo Grupo de Intervenção Precoce do HU/ISEA/UEPB. Tais oficinas têm caráter experimental, são construídas à medida que vão sendo produzidas e constituem um espaço onde brincar pode ser ‘instigado’ de forma socializada, supondo sempre um sujeito em cada um daqueles bebês ou crianças pequenas.” (ARRUDA, 2007,p.12)

Mais ainda, as oficinas aparecem como espaço de *aposta* nessas crianças, objetivando que a sua constituição subjetiva ocorra na *fase adequada do desenvolvimento*

Neste espaço, procura-se atribuir significado às mínimas produções de cada um deles, 'ficando bem claro' para todos os oficinairos que se faz necessário 'apostar' em cada criança atendida pela equipe. Sabemos que o desenvolvimento por si só não produz a constituição subjetiva e compreendemos que tal construção precisa ocorrer numa determinada fase do desenvolvimento até para que tal desenvolvimento aconteça adequadamente. Todo esse processo é alavancado pelo outro, o que nos faz permanecer atentos a certas condições fundamentais sem que as quais o sujeito não se produz e, através do brincar, apostamos em cada criança ao mesmo tempo em que funcionamos como "ordenadores" das produções em questão, atuando como função paterna" (ARRUDA, 2007, p 12.)

Antes mesmo de identificar indícios de transtorno nos bebês, os profissionais criam condição para que a constituição subjetiva das crianças aconteça na fase adequada de maneira correta. Desta forma para a coordenadora, a *prevenção*, no Programa de Intervenção Precoce, atua no sentido de oferecer à criança um lugar no simbólico:

O sentido da 'prevenção' na clínica da Intervenção Precoce consiste em oferecer à criança em questão um lugar no simbólico, funcionando e fazendo funcionar uma ordem que permita sustentar esse lugar. Assim, não se trata de prevenção no sentido de deixar vacinado contra qualquer problema, mas de um problema que já está havendo e a respeito do qual se adverte porque, certamente, virão consequências do ponto de vista sintomático (ARRUDA, 2007, p 13.)

Os objetivos delineados pelo programa são neste sentido: produzir uma *modificação no olhar* dos cuidadores, gestores de creches e demais parceiros, em relação ao bebê e à criança pequena, *diagnosticando em tempo hábil* os *riscos psicossociais*. Isto significa que, todos os profissionais envolvidos no programa devem estar *sensibilizados* para reconhecer os *indicadores de risco psíquico*, cujo principal fundamento diz respeito à relação que se estabelece

entre o bebê e seu cuidador primordial, numa dinâmica tal que possa produzir um sujeito constituído, ou não.

A Intenção é que ao mesmo tempo em que os profissionais do programa conhecem mais sobre *risco psíquico* também vão desenvolvendo mais preocupação com a *proteção e os direitos da criança*, de tal modo que as funções e responsabilidades de cada um tornam-se mais evidentes.

Quanto às estratégias propostas pelo no programa, estas estão fundadas na questão da *circulação da palavra e da fala*, através de uma escuta atenta dos cuidadores e das crianças e não apenas durante as entrevistas clínicas, mas nos momentos de brincadeira com as crianças, quando também são realizadas intervenções terapêuticas no âmbito das próprias creches e abrigos.

Diante da implantação do Programa de Intervenção Precoce ficou evidente que a Psicanálise atua como a linha que “costura” os saberes da equipe interdisciplinar sendo possível um encontro profícuo entre ela e os trabalhos na rede pública de saúde mental. Aprendemos que realizada a intervenção em tempo hábil, é possível modificar a direção de algumas situações que são constituídas para a criança através da produção de um novo olhar que permita a construção de um outro lugar para ela na família, na creche/escola/abrigo conferindo ao social o status de lugar adequado para a constituição do sujeito. (ARRUDA, 2007,p15)

Espera-se, como resultado do Programa, a diminuição do uso de medicação para as crianças acompanhadas pelo programa; diminuição dos diagnósticos que fecham as possibilidades da criança em questão; diminuição de indicação de psicoterapia para as que participam da “Contalina” e do “Brincar itinerante”; mais atenção por parte dos seus professores e cuidadores; diminuição do preconceito dos adultos em relação à sexualidade

e agressividade das crianças. Espera-se, assim, construir um novo olhar sobre a elas.

Psicologia. Roteiro de condutas precoces.

O capítulo destinado à psicologia expõe alguns indicadores de risco, reconhecidos pela psicologia, que podem surgir quando a parceria escola/creche/família não se apresenta *adequada*, ou quando a criança tem *comportamentos diferentes* que preocupam seus cuidadores, buscando uma reflexão prática dos educadores e seu papel junto aos bebês ou criancinhas e suas famílias. “Consideramos ainda que, desde bem cedo, e especialmente nessa época, as criancinhas apresentam sinais que nos mostram que ‘ela não está bem’”¹⁰⁸

A partir da prática de observação dos corpos das crianças e do comportamento delas, algumas demonstrações de risco podem ser detectadas e devem sofrer intervenção, os psicólogos recomendam algumas ações diante de tais demonstrações:

- Crianças que chegam à escola ou creche sujas, mal vestidas, com unhas grandes, cabelos grandes demais. Podem apresentar-se como crianças que estão sendo negligenciadas, em seus cuidados, por seus responsáveis. Neste caso deve-se conversar com os pais, caso não seja resolvido, é importante que seja feita visita a casa da criança para verificar as condições de vida que ela vivencia.

- Manchas pelo corpo, cortes e queimaduras podem ser sinais de que a criança vem sofrendo maus tratos e esses fatores podem desencadear nelas

¹⁰⁸ LIMA, Ana Michelly Franklin de. ET al. Psicologia . Roteiro de condutas precoces. IN: ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFCG, 2007.

reações a pessoas novas ou até mesmo ao agressor, apresentando características que variam bastante: irritabilidade, agressividade, temor constante, perturbações na alimentação e/ou sono. Recomenda-se que se converse com a criança, caso ela já consiga verbalizar. Caso haja suspeita de maus tratos o professor deve acionar o Conselho Tutelar.

- Condutas precoces acerca da masturbação, como tocar em seus próprios órgãos genitais ou buscar em excesso ver os coleguinhas sem roupa podem ser sinais de que essa criança tem tido acesso a meios de comunicação que estimulam essas atividades, ou pode estar presenciando os pais tendo relações sexuais, ou ainda um sinal de abuso sexual. A recomendação é que se ouçam os pais e a criança a respeito do assunto. Caso não estejam satisfeitos com as respostas, ou tenham alguma suspeita, procurem conversar mais sobre o assunto.

- Comportamentos de morder, cuspir, beliscar, podem ser percebidos nas crianças pequenas como uma reação de defesa a algo que as tenham incomodado. Já nas maiores como uma forma de chamar atenção para si. Em ambos os casos, ressaltam a importância de conversar abertamente com a criança, independente da idade, e explicar que existem outras formas de expressar suas sensações, que não sejam essas, e que não será permitido ele agir assim com seus colegas.

- Distúrbio na alimentação e no sono podem se apresentar quando a criança passa por alguma situação conflitante. O nascimento de um irmãozinho, a mudança de casa ou de escola e até mesmo de professora, por vezes, pode ocasionar nas crianças reações que só podem ser percebidas por meio de um *olhar atento do educador* e um *cuidado especial* no trato com as mesmas.

- Choro excessivo, timidez aguçada, quadro de irritação, agressividade, intolerância às frustrações e medo constante apresentam-se também como aspectos que devem ser vistos com atenção, detalhadamente, junto às famílias. É preciso que se mantenham conversas frequentes com os pais das crianças, especialmente na fase da adaptação, se essas conversas não auxiliarem na compreensão acerca da conduta da criança, e nem modificarem suas reações, encaminhe-a para uma avaliação na Rede CAPSi de sua cidade.

- Internações hospitalares constantes, doenças repetitivas, conflitos entre os pais ou parentes acerca da guarda da criança, problemas com a escola/creche são aspectos relevantes quando se tratando de bebês e crianças. Tais situações merecem ser vistas com atenção e acompanhadas em sua periodicidade através de conversas com a família da criança.

Ainda sob a perspectiva do que se deve esperar da conduta de cada fase da criança, existem algumas características de condutas que merecem atenção dos professores e cuidadores das crianças.

Em relação à conduta de bebês de 0 a 2 anos, deve-se prestar atenção em algumas atitudes: a recusa ativa na forma de se alimentar, o evitamento extremo em fixar o olhar, movimentos estereotipados e repetitivos, a persistência em gritos inarticulados, sem sentido, como se fosse soltos no ar e crianças passivas que 'não incomodam'. Crianças que não choram, nunca reclamam, dormem de olhos abertos e nunca demandam atenção, respectivamente, são sinais de que algo pode estar errado.

O educador deve ser sensível à necessidade de ligação, de apego, e de afetividade dos bebês. Na hora dos cuidados primordiais - como a

alimentação, o banho, as trocas e o sono. Devem garantir uma interação de qualidade entre cuidadores/educadores e bebês.

É necessário, também, estar atento a sinais de sofrimento do bebê, promovendo um espaço de escuta de sua subjetividade, que assegure, por parte dos educadores, a aquisição de atitudes e habilidades neste pequeno ser que está se constituindo psiquicamente. Os cuidadores/educadores devem supor em cada bebê ou criança pequena, um sujeito que deseja para além do desejo que se possa ter sobre ele, e que por esse motivo ocupa um lugar singular. (p.20)

Em relação a crianças entre 2 e 7 anos, ressaltam outras condutas que merecem atenção: conduta agitada, hiperativa, agressiva, com grande dificuldade de concentração e atenção podem apresentar-se como um quadro que necessita de uma intervenção pontual.

Entretanto, deve-se diferenciar um comportamento agitado de uma conduta hiperativa, afinal tais condutas não indicam um quadro patológico e sim um provável *funcionamento diferencial* em sua rotina familiar ou social. No caso do comportamento agitado, a criança atende comandos com grande facilidade e apresenta esse comportamento esporadicamente, enquanto que com crianças com a conduta hiperativa os comandos são difíceis de ser atendidos, e ela apresenta grande dificuldade em concentrar-se ou realizar atividades complexas, dentre outros aspectos. No caso de surgimento de dúvidas é necessário encaminhar essa criança para uma avaliação no CAPSi, e este decidirá sobre a possibilidade de intervir com terapia medicamentosa associada ao tratamento com psicólogos, psicopedagogos, dentre outros profissionais.

Também merece uma atenção maior uma criança que está sempre se isolando ou quando está em um ambiente com outras crianças, procura não

participar das brincadeiras, ou ainda, quando não permite que outras crianças participem das suas brincadeiras e também quando não compartilha seus brinquedos. Deve-se conversar com a criança, ressaltando a importância de vir para junto dos coleguinhas, brincar e se divertir, sabendo compartilhar os brinquedos, e se houver grande resistência, tente programar atividades que provoquem na turma a necessidade de interagir com todos da sala.

A criança que não consegue ficar sem a mãe deve receber atenção. O fato de uma criança não conseguir ficar sem a presença materna, pode alertar para uma insegurança excessiva, provavelmente gerada por temores próprios ou até pela superproteção dos pais. A dica é que o professor converse com a criança e tranquilize-a, tente criar brincadeiras que chamem sua atenção, sempre afirmando que a “mamãe vai voltar e lhe buscar na hora certa”. No caso de surgimento de dúvidas pode-se encaminhar essa criança para uma avaliação no CAPSi de sua cidade.

A equipe de psicologia do Centro de Intervenção Precoce chama a atenção assim para que crianças com algumas características físicas e condutas que podem colocá-las como crianças que podem ter algum problema futuro ou até mesmo que já tenham algum problema. A intenção é que se perceba esse *problema* o mais rápido possível, para que se possa intervir e resolver esse *problema*. O que vemos é que algumas condutas continuam sendo, de certa forma, reprovadas pela sociedade como a relação *excessiva* com os órgãos sexuais; a falta de higiene e cuidados com as roupas; agressividade; desrespeito a autoridade, e outras atitudes passam a chamar atenção, como tristeza, isolamento, a recusa a se socializar com as outras crianças, inibição, timidez.

Mesmo propondo que cada criança deve ser vista como sujeito, e assim suas subjetividades devem ser consideradas, os discursos dos profissionais acabam por construir generalizações sobre as condutas tidas como desviantes.

Pediatria. Cuidar do bebê: recomendações básicas.

O texto da pediatra da equipe ressalta a importância do cuidado de bebê mesmo antes de nascer, já no pré-natal, lembrando que o bebê merece uma atenção especial por parte dos pais e cuidadores. O cuidado com a criança deve começar antes mesmo dela nascer,

A criança é um ser muito delicado a quem temos de dar toda atenção e cuidar com todo amor. Todos os animais têm seus filhos e eles logo se cuidam sozinhos; o ser humano não, pois a criança é dependente, precisa de adultos para cuidar dela e encaminhar sua vida. Assim precisamos reconhecer esses cuidados para que ela cresça com saúde e feliz.(FLORINDO, 2007, p. 23)¹⁰⁹

Desta maneira, logo que se confirma a gravidez, a mãe deve procurar um serviço de pré-natal para ser acompanhada pelo médico, enfermeiro e outros profissionais de saúde. Caso seja necessário tido para que o bebê nasça saudável. A assistência ao parto deve ser feita na maternidade ou hospital com médico e equipe que possa acompanhar o trabalho.

No mesmo sentido, os cuidados ao bebê que nasce deve ser feito pelo pediatra, na sala de parto em todos os casos, pois muitos dos problemas que prejudicam a criança acontecem na sala de parto durante o nascimento.

¹⁰⁹ FLORINDO, Santana Maria. *Pediatria. Cuidar do bebê: recomendações básicas*. IN: ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) *ABC-Atenção Básica à Criança Pequena*. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

O hospital deve ter Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para recém-nascido, alojamento conjunto para mãe-filho e estimulação à amamentação logo após o nascimento. Os pais, também, têm que fazer as vacinas do período, BCG e 1ª dose contra hepatite b. E o teste do pezinho deve ser feito para se evitar muitas doenças que vão prejudicar a criança e que tratadas a tempo fazem com que a criança possa se *desenvolver normalmente*. O objetivo é impedir que algo desvie o bebê do seu desenvolvimento normal.

A pediatra ressalta que todas as vacinas são importantes, pois com elas estão sendo evitadas muitas doenças que “quando não matam deixam problemas para o resto da vida.”

Sobre a alimentação, o leite materno é o mais correto para o bebê, não existe leite fraco, e a criança pode mamar exclusivamente até os seis meses.

O cuidado com o bebê necessita de uma observação sistemática: todo mês a criança deve ser pesada, medida e atendida pelo pediatra e receber as orientações de dieta vacina e outros cuidados. Após completar um ano de idade pode voltar a cada dois ou três meses e a partir dos 2 anos voltar a cada seis meses ou quando apresentar febre, diarreia ou outro problema.

É responsabilidade do médico pediatra tratar da criança de 0 a 17 anos, podendo encaminhar quando for o caso, para outro especialista.

Assim, vamos cuidar das nossas crianças, mãe, familiares ou cuidador, pois estamos dando uma qualidade de vida a elas que confiam em nós e preparando-as para o amanhã quando chegará a sua vez de cuidar de outras crianças. (p. 25)

As recomendações da área de pediatria reforçam a idéia de que a criança precisa de uma atenção e de uma assistência específica, inclusive no que diz respeito à medicina. A pediatria, especialidade médica que trata da

infância, é responsável por promover a saúde nessa faixa etária e, principalmente, prevenir alguma alteração no crescimento e desenvolvimento da criança. Ela dedica sua atenção a um cuidado sistemático do corpo, de vigilância frequente do peso, altura, alimentação, vacinação, doenças. O objetivo é manter as crianças longe do que não é saudável desde bem cedo, daquilo que possa atingir seu corpo.

Pedagogia. Significado da aprendizagem dentro da Intervenção Precoce.

Os aspectos ressaltados pela equipe de pedagogia nos mostram que o professor é visto como principal agente no reconhecimento dos indícios de transtorno ou sofrimento psíquico nas crianças, além de servir como um elo entre os serviços do CAPS e a família.

O serviço de pedagogia, dentro do contexto da interdisciplinaridade, busca trabalhar em sintonia com as demais áreas de conhecimento, oferecendo apoio e orientação que auxiliem para um melhor desenvolvimento e aprendizagem da criança dentro da intervenção precoce. ¹¹⁰

No contexto educacional é comum a vivência de situações nas quais se torna necessário uma intervenção em função de algumas dificuldades que surgem na infância. Essas questões envolvem o ambiente familiar e educacional e, podem ser consideradas sinais de risco para interferir no desenvolvimento saudável da mesma. Diante de situações como estas, é necessário que o professor tenha um olhar diferente sobre a criança, sabendo escutá-la, observá-la e quando for necessário encaminhá-la em tempo hábil, para outro profissional. (FRANÇA, 2007, p.27.)

¹¹⁰ FRANÇA, Ana Maria T. de. Et al. Pedagogia . Significado da aprendizagem dentro da intervenção precoce. IN: ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFCG, 2007.

O professor, nesse caso, deve ter a consciência do papel que desempenha, devendo estar atento aos fatores que podem interferir no *desenvolvimento global* da criança orientando as famílias para os direitos que a mesma possui.

Os aconselhamentos da equipe de pedagogia para os professores das creches e escolas diante de crianças em possível sofrimento psíquico são os seguintes:

- escutar a criança, indagar sobre os comportamentos e atitudes que ela apresenta;
- procurar a coordenação da creche para discutir o comportamento observado;
- preparar-se e se disponibilizar para ajudar a essa criança;
- a coordenação e os professores deverão chamar os pais, imediatamente, para uma conversa, perguntar se já tinham alguma desconfiança e orientá-los com esclarecimentos sobre o fato e desenvolver planos de trabalho conjunto a curto e médio prazo.

É possível que mesmo a criança dita *normal*, em certos momentos da sua vida, apresente sofrimento na escola, podendo esse ser oriundo da família ou de outro vínculo antes de iniciar a vida escolar, por isso se faz pertinente a apresentação de alguns exemplos de comportamentos que exigem o *alerta* dos professores e cuidadores de crianças em período escolar.

Quanto à socialização, um exemplo é a criança apresenta dificuldade na interação com pessoas, ambiente e objeto, exibindo sinais de isolamento e retração, podendo também apresentar medo e agressividade.

Quanto ao denominado desenvolvimento motor, a criança que apresenta dificuldade na coordenação motora fina como: colar, cortar, rasgar,

desenhar, pintar entre outras; que não consegue realizar exercícios de encaixe; dificuldade de andar com firmeza e equilíbrio, não sendo capaz de superar obstáculos ou cai bastante; demonstra também dificuldade em realizar movimentos isolados com o corpo. Neste sentido é importante a *observação frequente*, pois “o problema motor pode também estar associado com as faculdades intelectuais e muitas outras funções regidas pelo cérebro”. Mais uma vez, vemos a necessidade de observação sistemática do corpo e do comportamento das crianças.

No que diz respeito à concentração, requer atenção a criança que parece desligada e cansada em alguns casos, esse cansaço pode ser substituído por uma agitação em função do incremento de angústia e ansiedade sendo estas acompanhadas por rejeição em realizar atividades individuais e/ou grupais não conseguindo se concentrar até o final das atividades, distraíndo-se com facilidade.

Acerca da percepção, é preciso ter atenção com a criança que apresenta dificuldade de percepção temporal, espacial, auditiva, olfativa, gustativa, tátil e sensório-perceptiva. Quanto ao esquema corporal, a criança que apresenta dificuldade na localização, nomeação e funções das partes do corpo.

Assim, é importante a observação das atividades dirigidas bem como nas atividades livres para que esses sinais de risco possam ser identificados.

Enfermagem . A enfermagem e o cuidar na intervenção precoce.

A ações da equipe de enfermagem, por sua vez, partem do conceito de intervenção precoce enquanto uma “ação de natureza sócio-educativa e

terapêutica junto a crianças na faixa etária de 0 a 7 anos” , que apresentam risco ou alterações no seu desenvolvimento, quer por razões internas a própria, quer por razões que lhes sejam externas. Ao mesmo tempo,

A enfermagem não se restringe a ver a intervenção precoce como atenção só a crianças, mas sim aos vários contextos socializantes nos quais a mesma vive inserida, sejam eles a creche, o jardim da infância e, principalmente, a família, pois melhoria da saúde e do bem-estar familiar, bem como a resultante melhoria do processo de aceitação e relação pais-filho vão, esses sim, ter efeitos desejados no desenvolvimento e comportamento da criança..¹¹¹

Partindo do princípio de que tanto criança quanto a mãe/família constituem o núcleo de atenção da enfermagem, a equipe desenvolveu um Projeto intitulado “Sala de espera” – este ambiente é o local onde familiares aguardam suas crianças retornarem dos atendimentos específicos, configurando-se, portanto, em tempo ocioso-ideal para programarmos as perspectivas do cuidar, tendo em mente que quando alguém cuida, ele está, também, sendo cuidado.

Nesse espaço são realizadas oficinas de auto-cuidado com os pais, atividades educativas envolvendo o familiar e a criança, bem como chamamos a atenção para a boa manutenção das necessidades básicas da criança, como: higiene, sono e repouso, alimentação, linguagem e pensamento, jogos/brincadeiras e outras que as demandas do dia-a-dia vem a exigir para a boa qualidade do trabalho. (p. 32)

As recomendações da equipe de Enfermagem do Programa de Intervenção Precoce ressaltam os *Cuidados familiares e as orientações básicas*.

¹¹¹ SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Et al. Enfermagem. A enfermagem e o cuidar na intervenção precoce.. IN ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFCEG, 2007.

Sobre os pais e a *necessidade de auto-cuidado*, a equipe destaca que a filosofia de cuidados centrados na família reconhece esta como uma constante na vida da criança e, devido a isso, os profissionais da Enfermagem buscam *apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência dos familiares*. São consideradas as necessidades de todos esses e, não somente das crianças, na busca da compreensão das suas metas, jogos e estratégias.

Dois conceitos básicos fazem parte dessas atividades, os quais são a capacitação e a potencialização dos pais, para que estes compreendam o seu dia-a-dia em função da criança, dando a eles subsídios para enfrentarem os problemas diários de forma mais construtiva e resolutiva, aumentando assim sua qualidade de vida.
p.33

A educação para a saúde se apresenta como uma *meta direta* da Enfermagem, que por sua vez busca ajudar os pais e as crianças a compreenderem o diagnóstico e/ou tratamento feito no CAPSi, encorajando a formularem questões sobre o desenvolvimento infantil, inserindo as famílias em grupos de apoios relacionados com questões de saúde, suprimindo todas as suas dúvidas e questionamentos, promovendo, assim, *orientações preventivas para o bem-estar*.

Nesse caminho, algumas *necessidades básicas das crianças* merecem destaque e atenção dos profissionais que lidam com elas e seus familiares.

A primeira necessidade básica destaca é a *Higiene*. Durante as oficinas, há uma orientação aos cuidadores para a importância de *asseio corporal* das crianças, da *adequada higiene íntima*, da *troca de vestimentas*, da *higiene da boca* e do *ouvido*, do *couro cabeludo*, das *unhas*. Isso porque a criança, em boas condições higiênicas, além de ficar menos exposta a agentes causadores de doenças, tem também sua auto-estima elevada. A equipe faz

questão de salientar que não é preciso ter elevadas condições financeiras para se ter uma boa limpeza em casa e com os filhos, porém, é necessária a dedicação dos pais para a sua manutenção.

A segunda necessidade básica da criança destacada é o *Sono e repouso*. Esse é um ponto que exige bastante atenção da equipe, pois, “o sono é uma função protetora em todos os organismos, permite a reparação e a recuperação dos tecidos após a atividade”, mesmo que, para cada fase ou idade, o tempo de sono e repouso sofra uma variação. Na medida em que as crianças amadurecem há alterações no tempo que elas despendem em relação ao sono e o repouso, e essas particularidades devem ser levadas em consideração.

Ainda sobre o sono, chama-se a atenção dos pais para que estes fiquem atentos ao local onde seus filhos dormem, prestando atenção na presença de ruídos que prejudiquem o sono, na alta luminosidade e na ventilação. Também é importante que exista um local exclusivo pra dormir, como: cama, berço ou rede, sem a necessidade de estarem dormindo com os pais, pois, para um bom sono/repouso esses aspectos são fundamentais.

A Alimentação é a terceira necessidade destacada. A boa alimentação é, provavelmente, a mais importante e influencia diretamente no crescimento infantil. Os fatores alimentares são responsáveis por regular o crescimento em todos os estágios do desenvolvimento, e os efeitos de uma alimentação inadequada trazem problemas para a vida da criança como a desnutrição e a carência de vitaminas.

Nesse sentido, a Enfermagem busca trazer a compreensão dos pais para a higiene e qualidade dos alimentos. Muitas vezes os pais acreditam que a criança está alimentada, mas na verdade ela não está nutrida, ou seja, “na

maioria das situações os pais oferecem alimentos que satisfazem à fome do seu filho, porém, não possuem todos os nutrientes necessários para o seu crescimento”.

A linguagem e pensamento infantil também merecem atenção. O desenvolvimento da linguagem e do pensamento oferece uma estrutura de referência para saber como comunicar-se com as crianças.

“Muitas vezes a criança utiliza uma linguagem não-verbal para expressar seus sentimentos, medos, necessidades, por isso orientamos os familiares para prestarem atenção na fisionomia de suas crianças durante suas atividades da vida diária, para que seja feita à intervenção precoce sobre algo que venha trazendo desconforto no seu filho.”p.34

Os Jogos e brincadeiras são outras necessidades básicas da criança, porque é através do meio universal de jogos/brincadeiras, que “as crianças aprendem o que ninguém poderia ensiná-las”. Nas brincadeiras elas aprendem sobre seus mundos e como lidar com o ambiente de “objeto, tempo, espaço, estrutura e pessoas”. Aprendem também o que é permitido fazer, como se relacionar com as coisas e situações e como adaptar-se às demandas que a sociedade impõe sobre elas. Então, faz parte das atividades da equipe desenvolver um trabalho interdisciplinar entre a Enfermagem e a Terapia Ocupacional para mostrar aos cuidadores/pais a necessidade de suas crianças terem um período do dia para desenvolver suas brincadeiras.

É nesse momento que também se estabelece uma comunicação entre os profissionais e os cuidadores/família, através de uma linguagem verbal ou não verbal, com o intuito de se informar sobre os problemas, dilemas, dúvidas, pois, tudo que fica solto no ar, mal compreendido, cria a possibilidade de desenvolver fantasias, que por vezes são vivenciadas mais

intensamente do que a própria realidade, impossibilitando, dessa maneira, a compreensão da real situação que estão presenciando.

A família aparece aqui, no discurso da equipe de Enfermagem, como mediadora da criança no CAPSi, uma vez que ela age como porta-voz das preocupações e sentimentos daqueles que acompanham, transmitindo à equipe os *sinais* e as mensagens enviadas pela criança. Essa interação também é importante para auxiliar o profissional envolvido no acolhimento a rever sua conduta e promover mudança na assistência, caso seja necessário.

Fonoaudiologia. Fatores psíquicos e psicológicos que interferem no desenvolvimento da linguagem.

A equipe de Fonoaudiologia parte da concepção que, para que ocorra um *desenvolvimento adequado* da fala e da linguagem, muitos fatores estão envolvidos desde o nascimento do bebê. Assim, os dois primeiros anos são os períodos tidos como *ideais* para a aquisição da fala e da linguagem.

Desta maneira, a estimulação através da *conversa, proteção, brincadeiras e leitura* propiciam a aquisição de habilidades que favorecem o desenvolvimento da linguagem. Para que comece a ocorrer um processo de comunicação, a criança deve se sentir motivada a isso. Deve existir, portanto, uma *intenção comunicativa* (através da fala serão conseguidos objetos de interesse da criança). Este aspecto surge através do *contato diário com as pessoas* e da *estimulação* que essa interação propicia. O adulto deve ainda oferecer modelos de fala *adequados* para a criança, evitando imitá-la ou corrigi-la. Caso a criança demore a falar, ou fale de forma que ninguém compreenda (trocando muitos sons), ou gaguejando muito, isso indica um

risco, já que ela poderá ter dificuldades de se relacionar socialmente e de se adaptar à escola, o que trará consequências para o seu desenvolvimento sócio-emocional.¹¹²

Sobre fatores que podem alterar a evolução normal da linguagem a equipe destaca: os fatores orgânicos (deficiência mental; surdez; fissura lábio-palatina; síndromes genéticas; doenças neurológicas; cegueira; desnutrição) e os fatores psicológicos (separação prolongada; rejeição; superproteção; apatia do cuidador; maus tratos).

A criança pode apresentar alguns distúrbios da fala que merecem uma intervenção. Um exemplo é o distúrbio articulatorio, que consiste na dificuldade relativa à aprendizagem dos sons ou fonemas da língua. Embora a criança tenha um domínio da linguagem em seus aspectos gerais, apresenta, em sua fala, omissões, trocas, distorções dos sons que compõem as palavras (trocar a letra B por P, T por D, R por L).

Outro problema destacado é quando as crianças permanecem com padrões mais infantis de pronúncia, ou que apresentam uma fala compreensível somente para os que com ela convivem, e que necessitam de tradutores para que outras pessoas a compreendam. Essas crianças estão evidenciando um possível distúrbio articulatorio.

Os distúrbios articulatorios podem resultar de diversos tipos de problemas, como fatores neurológicos, alterações de estruturas ósseas ou musculares envolvidas na fala ou de uma dificuldade funcional na articulação dos fonemas, embora não haja comprometimentos físicos. p.39

¹¹² FARIAS, Rachell de. Et al. Fonoaudiologia. Fatores psíquicos e psicológicos que interferem no desenvolvimento da linguagem. IN: ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) **ABC-Atenção Básica à Criança Pequena**. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

A gagueira se apresenta com outro distúrbio que altera a fluência e o padrão rítmico da fala e que pode ser visto em crianças. As primeiras características indicadoras da gagueira incluem “bloqueios, repetições de sílabas ou sons, prolongamentos dos sons e palavras produzidas com excesso de tensão.”

Crianças pequenas podem apresentar uma disfluência ou gagueira de evolução, marcada por repetições, prolongamentos e outros tropeços que são normais na experiência de uma criança aprendendo a falar. Mas, tais problemas, se persistem, devem ser tratados para que não comprometam a socialização das crianças.

A surdez infantil é um problema que exerce um importante impacto sobre a comunidade, seja do ponto de vista econômico, envolvendo altos custos na sua detecção e reabilitação, seja do ponto de vista psicossocial, não apenas para o próprio indivíduo como também para sua família e mesmo para a sociedade em geral.

Esse problema interfere, portanto, de forma definitiva no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem da criança, o que acarreta dificuldade de aprendizagem e de efeitos deletérios sobre a *evolução social, emocional cognitiva e acadêmica*. Por isso, torna-se fundamental diagnosticar precocemente a surdez nas crianças.

Os problemas de audição podem ser observados na criança através de sintomas como: atraso do desenvolvimento da linguagem oral, pelo surgimento de uma fala incorreta, por dificuldades em compreender o que os outros dizem e por falar muito alto. Em crianças muito pequenas pode-se observar se ela vira a cabeça em direção ao som (direita e esquerda), se

apresenta susto quando uma porta bate muito forte, som de panela caindo ou até mesmo se uma pessoa chegar falando muito alto ao seu redor.

Atualmente, faz parte das recomendações do Ministério da Saúde que, recém-nascidos, façam logo após o nascimento o teste da orelhinha, oferecido em algumas maternidades públicas, que detecta indícios de problemas na audição no bebê, possibilitando que esse problema seja detectado o mais cedo possível para que possa ser tratado em tempo hábil.

Mais uma vez, a alimentação é destacada como um aspecto que merece uma atenção especial dos pais, cuidadores, professores e profissionais. Para a equipe de Fonoaudiologia do Centro de Intervenção Precoce, os hábitos orais (chupeta, mamadeira, sucção digital, onicofagia - roer unhas -, apertamento dentário, bruxismo) quando utilizados de modo inadequado ou por um período prolongado, podem causar ou manter alterações orofaciais e dentárias comprometendo as funções estomatognáticas.

Desta forma, mostra-se importante conhecer como ocorreu e se já aconteceu a transição alimentar, ou seja, como foi a mudança da consistência de um alimento para o outro (alimento líquido – alimento pastoso – alimento sólido) já que essa transição é de extrema importância para a adequação da musculatura orofacial, que será utilizada futuramente, para a produção de fonemas.

Quando a criança já faz uso da mastigação é necessário observar alguns aspectos que podem indicar riscos para ela: se a mastigação ocorre preferencialmente ou predominantemente em um dos lados da boca (unilateral) ou se há alguma dificuldade específica para mastigar algum tipo de alimento. A observação também pode ser realizada a partir da uma

simples conversa com a criança, prestando atenção se há omissão, substituição, excesso de salivação, desvio de mandíbula ou qualquer tipo de dificuldade articulatória, se a criança permanece de boca aberta quando está prestando atenção em algo, ou quando dorme, se há interposição lingual ao falar (falar muito com a língua entre os dentes)

Diante dos possíveis problemas destacados pela equipe, algumas sugestões foram elaboradas: dizer coisas para a criança; ouvir o que a criança tem para dizer; apresentar, em situações dinâmicas de comunicação, a língua que ela irá adquirir; mostrar-se interessado por tudo que a criança fizer e contar; valorizar as coisas que a criança fizer e contar; valorizar as tentativas que a criança faz para falar melhor. Os pais podem ajudar sempre repetindo a palavra corretamente; encorajando, sem insistir, para que seu filho conte algo; dando a chance para que a criança assuma suas primeiras responsabilidades; não rindo dos seus erros e falando corretamente.

Fisioterapia. A fisioterapia na Intervenção Precoce.

O discurso da equipe de fisioterapia parte do conceito de *Desenvolvimento motor normal* para relacionar quais ações são tidas como normais nas crianças de acordo com a sua faixa etária, construindo assim uma imagem do que seria uma criança normal. Desta maneira, o que foge desse desenvolvimento normal, merece atenção dos pais e, conseqüentemente, dos fisioterapeutas.¹¹³

¹¹³ MAIA, Adriana Costa. A fisioterapia na Intervenção Precoce. IN ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

Neste sentido, os anos iniciais de vida da criança aparecem mais uma vez como um período-chave para a intervenção pontual, visto que a partir do nascimento o cérebro infantil encontra-se em constante evolução, sendo, portanto, uma *fase ideal para mapear o sistema neuromotor, identificando desajustes em sua formação*. Entende-se por desenvolvimento “o processo de mudanças complexas e interligadas onde participam os aspectos de crescimento e maturação dos aparelhos e sistemas do organismo”. Assim, *desenvolvimento motor normal* é o desabrochar gradual das habilidades de uma criança.

Observar os bebês, através de um *novo olhar*, com apoio de educadores, cuidadores e equipe interdisciplinar, através de atividades específicas (atividades lúdicas) dirigidas ao bebê e crianças pequenas é, dessa maneira, necessário para o reconhecimento de indícios que podem sinalizar risco real para o desenvolvimento da criança.

Assim sendo, o Fisioterapeuta deve pontuar suas observações através dos seguintes comportamentos: bebês que chamam mais a atenção dos adultos; os bebês que choram muito, e os que não incomodam; os super-quietos ou agitados; bebês que têm recusa ativa do olhar; que não têm fixação ocular ou olhar vago (estrabismo nistagmo); a persistência de gritos (inarticulados/inconsolabilidade); bebês que abandonam a tentativa de estabelecer contato (desistiu de apelar); que têm dificuldade de separação, ou seja, bebê que luta contra a confrontação com a ausência/separação; que apresentam hipersonia ou insônia; bebês com tremores (clônus); que sorriem ou não.

Ainda seguindo o conceito de *desenvolvimento motor normal*, ressalta-se as características normais de cada fase do bebê, mês por mês, até os dois

anos, e das crianças, até os cinco anos. Detalhadamente, há a apresentação da “evolução” do bebê e da criança. Como se instituísse um guia para a observação se seu filho está evoluindo adequadamente. Quando deve sentar, começar a andar, falar as primeiras palavras, correr, subir escadas e outras tantas características do desenvolvimento do bebê e da criança.

Diante de tais evidências, estes bebês e crianças pequenas necessitam de uma intervenção *pontual* e em *tempo hábil*, realizada a partir de uma programa de Intervenção Precoce que se refere à clínica com bebês que apresentam sintomas na constituição psíquica e também no seu desenvolvimento, com ou sem problemas orgânicos de base, sendo que esta intervenção deve acontecer nos primeiros meses de vida ou ser estabelecida antes que os sinais clínicos estejam visíveis, no máximo esboçados e jamais definitivamente instalados, permitindo assim resignificar o lugar desta criança no meio familiar e social.p. 54.

Para a equipe, os bebês e as crianças pequenas que apresentam dificuldades para estabelecer um ritmo de seu desenvolvimento são passivos e geram poucas mudanças no meio que os rodeiam. Quando isto ocorre, pode-se estar diante de alguma intercorrência durante o período gestacional; no momento do parto, após o nascimento, ou mesmo uma falha no vínculo afetivo mãe-bebê, de intensidade suficiente para comprometer a formação do Sistema Nervoso.

Por isso, se mostra importante conhecer o *desenvolvimento normal* incluindo os *padrões básicos de movimento* que fundamentam as atividades futuras, para que se possa identificar e entender as mudanças no desenvolvimento da criança que apresenta algum transtorno neuropsicomotor.

Terapia Ocupacional. A Terapia Ocupacional e a Intervenção Precoce.

A terapia ocupacional é apresentada como a área que visa às crianças que apresentam *necessidades especiais* que interferem no *curso do seu*

*desenvolvimento normal*¹¹⁴, ou seja, lidam com crianças que já apresentam problemas de desenvolvimento, comportamento, deficiências. Seu papel dá-se na reabilitação dessas crianças para que possam desenvolver suas atividades cotidianas.

Neste sentido, a contribuição da terapia Ocupacional na Intervenção precoce acontece a partir do desejo instalado em cada criança de realizar de forma ativa e funcional seus movimentos incluindo suas *AVD's* e *AIVD's* (atividades da vida diária e atividades instrumentais de vida diária). Parte da utilização a teoria *neurodesenvolvimental*, com a abordagem da integração sensorial, onde o instrumento de trabalho é o *brincar em todas as etapas*.

A teoria *neurodesenvolvimental* diz respeito à maneira que o movimento e o controle humano se desenvolvem com o tempo, ligada à atividade funcional, onde os movimentos são vistos como interpretações de sensações. Para que tais movimentos tenham forma funcional, a Terapia Ocupacional se utiliza da abordagem de integração sensorial, com brincadeiras que favoreçam as atividades sensório-motoras, para através delas estimular a percepção e a propriocepção utilizando o toque, a vibração, o som, o cheiro, a cor, que possam promover um aprendizado cognitivo-motor para essas crianças, para que tais aprendizados venham contribuir nas suas aquisições de habilidades.

A Terapia Ocupacional promove também adaptações físicas em instrumentos que venham facilitar a ação motora, que por si só, fornecem uma influência sobre experiências perceptivas únicas para cada indivíduo, além de orientações para as mães.

¹¹⁴ FONSECA, Tathianne J. Rocha da Fonseca. A terapia ocupacional e a intervenção precoce. ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

A intervenção precoce da Terapia Ocupacional, afirma a terapeuta, vem contribuir substancialmente, e interdependentemente, para o resultado do desenvolvimento funcional, onde a mesma age como facilitadora deste desenvolvimento, tendo como meta construir funcionalidade a partir do desejo de cada criança.

Serviço Social. Serviço Social e Intervenção Precoce

A equipe de Serviço Social inicia sua escrita destacando que o Assistente Social no âmbito da saúde mental infantil - assim como as demais categorias de profissionais – vem sendo desafiado a construir novas práticas e saberes. E é nesse sentido que a proposta básica do Assistente Social no Centro de Intervenção Precoce é o atendimento aos familiares das crianças assistidas por este serviço, objetivando a conscientização e integração destes em seu meio. ¹¹⁵

O assistente social participa, assim, de forma integrada com a equipe técnica na discussão e encaminhamento dos casos em atendimento, oferecendo subsídios para melhor compreensão do contexto social em que o grupo familiar e as crianças acolhidas estão inseridas.

Algumas questões sociais, que podem desencadear transtornos mentais e que devem ser objeto de observação e intervenção do Serviço Social, são ressaltadas: Conflitos e Desestruturação dos laços familiares; Sinais de maus tratos físicos, como o abuso sexual, ou maus tratos

¹¹⁵ LIMA, Francisca Eugenia B. Casimiro & FARIAS, Geovanna Queiroga e. Serviço Social e Intervenção Precoce. ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

psicológicos, como a negligência da família; Dependência química da família, como o alcoolismo ou outras drogas; a Situação sócio-econômica, como a escassez de recursos financeiros, o Desemprego e o Trabalho Infantil; a Precarização da vida familiar; a Presença de transtornos mentais na família, que aumenta a probabilidade de risco psicossocial na criança; Casos de Suicídio na família, que exigem uma orientação aos familiares; Dificuldades de acesso à rede de Saúde Mental.

As ações desenvolvidas pelo Assistente Social no CAPS infantil são ressaltadas:

- Desenvolver ações que garantam a inclusão do paciente no atendimento, para que assim, o seu desenvolvimento possa ser impulsionado pela intervenção precoce com vistas a proporcionar sua *integração social* de forma satisfatória.
- Desenvolver atividades sócio-educativas com vistas à socialização das crianças e familiares, tais como: passeios culturais e atividades de lazer.

Para a equipe, a partir dessas ações os principais resultados obtidos pela equipe de Serviço Social no Centro de Intervenção Precoce foram: a participação mais efetiva nas ações desenvolvidas; a melhoria da auto-estima das famílias assistidas; um maior envolvimento das famílias no processo de luta pela inclusão social; uma maior conscientização das famílias sobre os direitos das crianças com necessidades especiais.

No lugar de historiadores, lemos esses discursos não apenas como recomendações. Tais discursos são permeados por conceitos que merecem ser destacados. A política de Saúde Mental da Infância, construída em Campina Grande, notadamente com influência dos profissionais do

CAPSinho, nos é dada a ver nesses discursos e nas práticas que estes recomendam.

Ao ler a cartilha ABC buscando questionar e refletir sobre o que destaca, ressaltamos que os discursos dos profissionais, mesmo enfatizando a importância de se considerar o contexto social dos sujeitos envolvidos no Programa de Intervenção Precoce, acabam reforçando a necessidade de observar, reconhecer e diagnosticar algumas características.

Ressaltamos alguns indícios de risco (de deficiência de transtorno, de sofrimento) que nos são destacados. As crianças devem ser observadas pelos pais, pelos professores, pelos profissionais que desenvolvem atividades nas escolas e creches, e esses indícios devem ser reconhecidos o mais cedo possível. São alguns deles: falta de higiene, sinais de violência, má alimentação, doenças repetitivas, dificuldades de falar corretamente, desenvolvimento motor anormal, surdez, gagueira. Os desvios de comportamento ressaltados também como fatores de risco que necessitam de intervenção, são: agressividade, isolamento, agitação, dificuldade de concentração, masturbação. Destacamos, a partir dessas recomendações, alguns conceitos e preceitos: a necessidade de observação do corpo; observação da conduta, do comportamento; a noção de desenvolvimento normal; a necessidade do envolvimento da família nos cuidados de higiene, na alimentação, na proteção da criança, da perda de valores e das doenças; a necessidade de uma educação para a saúde na família e na escola.

A família ainda aparece como um dos principais agentes na promoção da saúde, seu papel se alia ao desenvolvido pelos professores/cuidadores e pelos profissionais envolvidos.

A concepção de “deficiência” do século XX, como já destacamos no 2º capítulo, é fortemente influenciada pela medicina. Ela aparece como uma condição determinada por uma “anomalia”. Neste sentido, a concepção médica enquadra as “crianças deficientes” como “doentes” e essa condição acaba por construir, para esses sujeitos, um espaço de exclusão, já que os diferentes são frequentemente declarados doentes “a deficiência é vista como um problema inato do indivíduo, e, por isso, o próprio indivíduo deve adaptar-se a sociedade”.

O caso é que, a partir do momento que a deficiência passa a ser vista como um problema inato do sujeito, outra concepção vem no caminho: cabe, assim, ao indivíduo se adaptar à sociedade. É aí que está a importância dos profissionais e das Instituições: auxiliar os “sujeitos deficientes” numa reabilitação ou até cura.

O movimento de Inclusão Social dos Deficientes, parte do modelo médico de deficiência para propor uma nova concepção: a de que os problemas das pessoas com necessidades especiais estariam tanto nos indivíduos como na sociedade. Dessa forma, chama-se a atenção da sociedade para o fato de que ela cria dificuldades para esses sujeitos, assim, caberia a esta a tarefa de diminuir essas dificuldades construindo espaços acessíveis, e criando políticas de inclusão não só nesses espaços, mas também na educação. As escolas deveriam dar educação diferenciada e inclusiva, ou seja, uma educação em comum para crianças normais e crianças com alguma deficiência (mental; visual; auditiva; física; múltipla), portadores de problemas de conduta e também de altas habilidades, crianças que precisam de materiais e métodos adequados para a sua formação escolar.

O que percebemos é que, devido a falta de preparação dos professores, as escolas ainda são mantidas nos moldes tradicionais, e o papel do professor é, notadamente, de observador.

Como vimos na cartilha, o papel do professor nas escolas e creches é frequentemente, o de agente no reconhecimento das deficiências das crianças. Ao professor cabe observar os corpos infantis, o comportamento diário, as relações entre as crianças para que, a partir dessas ações, possa detectar qualquer indício de transtorno e indicar desta maneira, tal criança a um tratamento específico, nesse caso, pela equipe Multidisciplinar do Serviço de Saúde Mental. Ao professor é dada uma função primordial no Programa de Intervenção Precoce, porque ele tem a oportunidade, por estar convivendo de perto diariamente com bebês e crianças, o poder de, a partir dessa convivência e observação sistemática, de propiciar uma intervenção em tempo hábil, permitindo que essa criança seja tratada o mais cedo possível.

Aos pais cabe, além da observação sistemática, o dever de encaminhar seus filhos com indícios de transtorno, ou deficiências inatas, para o tratamento médico ou terapêutico, para que assim, com o seu auxílio, a criança tome o caminho da adaptação, da normalidade, trazendo alívio e bem-estar aos pais que podem assim vislumbrar um novo futuro e projetar novos desejos em relação aos filhos.

O risco que se corre é o de legitimar um diagnóstico, mesmo que o objetivo seja um tratamento, pelo fato de observar, diagnosticar e nomear, fazendo com que assim a criança passe a carregar tal diagnóstico, podendo até se tornar o nome da criança. Ela pode, dessa maneira, passar a ser reconhecida pela síndrome que possui, reduzindo a criança ao registro orgânico e negligenciando sua subjetividade.

Destacamos um trecho de Vorcaro (apud SENRA, p.48)¹¹⁶

Estabelece-se assim, sua nova filiação, já que a paternidade, dada pelo nome-da-síndrome, baliza, referencia e justifica os atos, falas e condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua própria filiação.

4.3 A psicanálise e a Intervenção Precoce.

A partir do momento que a coordenação de Saúde Mental do município de Campina Grande passou a investir num discurso de Intervenção Precoce, a política de saúde mental na cidade tomou um novo rumo: o da prevenção.

Os discursos de Intervenção Precoce, proferidos pelos profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental da cidade, notadamente nos CAPS, afirmam ser necessário intervir nas práticas dos bebês e crianças e nas práticas de seus pais e cuidadores para que estes possam ter uma vida mais saudável, ou seja, sem sofrimento psíquico. Assim, como vimos, qualquer indício de transtorno de desenvolvimento, ou de comportamento, deve sofrer intervenção, para que o sofrimento não chegue a existir.

A ideia de Intervenção parte dos conhecimentos psicanalíticos sobre a constituição do sujeito, que revelam como o ser humano se constitui em uma relação com o outro, que nos primeiros momentos da vida é caracterizado pela mãe. Neste sentido, a maneira como o ser é acolhido no mundo, pela família, pela sociedade seriam *determinantes* para a sua futura saúde, principalmente saúde mental. Assim, em relação aos distúrbios psíquicos, a psicanálise acredita que quanto mais grave é o distúrbio, mais arcaica é sua origem na história do sujeito.

¹¹⁶ SERNA, Ana Luiza. **A escola débil e seus efeitos alienantes sobre o portador de deficiências.** IN: FERREIRA, Tânia. (org.) A criança e a saúde mental.- enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

Para pensar em Intervenção Precoce é preciso que o trabalho junto a estas crianças envolva a participação de uma equipe interdisciplinar, pois a interdisciplina possibilita a interlocução entre as diversas especialidades e a Psicanálise atua como a linha que “costura” os saberes da equipe interdisciplinar, sendo possível o encontro profícuo entre ela e os trabalhos na rede pública de saúde mental:

A intervenção interdisciplinar sob a perspectiva psicanalítica tem o seu olhar voltado para a subjetividade do bebê (sujeito à espera de ser construído e que ainda não tem estabelecido o Eu) e da criança pequena como sujeito desejante; para o estabelecimento do laço afetivo “mãe-bebê” e investimentos do outro materno; para as vertentes do laço primordial, ou seja, função materna e função paterna, bem como na escuta das queixas e desabaços dos familiares tanto nas atividades em grupo quanto nas individuais.¹¹⁷

Além disso, a psicanálise acredita que, para que haja uma intervenção mais eficaz, ela deve ser feita nos primeiros meses de vida visto que:

Ao longo desse período, a prática clínica tem demonstrado que, para efeitos de uma intervenção primária e pontual, em nenhum outro momento da vida (o tempo de ser bebê e criança pequena) se pode contar tanto com a extrema permeabilidade às inscrições simbólicas, visto os primeiros 36 meses de vida serem fundamentais para a formação cerebral e para a constituição do psiquismo.

Deste modo, a proposta de intervenção ocorre por meio da Estimulação Precoce, que é o conjunto de ações que propiciam aos bebês e crianças pequenas experiências que estas necessitam desde o nascimento, estabelecendo condições que possibilitem a constituição psíquica e o desenvolvimento. Tais ações acontecem a partir de um novo olhar voltado a estes pequenos, proposta esta que visa uma atuação em tempo hábil para aquela população considerada de risco para saúde mental.

¹¹⁷ ARRUDA, Ana Amélia. O programa de Intervenção precoce em Saúde Mental sob a perspectiva psicanalítica e abordagem interdisciplinar . **Revista Biofar. Volume 05, Numero 01, 2011.**

Outros serviços de Saúde Mental se dedicam à pequena infância, com exemplo em Belo Horizonte, mas, nesse caso, as ações são diferenciadas da Intervenção Precoce: se denominam como intervenção a tempo. A diferença é que, enquanto o trabalho desenvolvido aqui pressupõe uma clínica interdisciplinar com bebês baseado na prevenção precoce, a intervenção a tempo não deseja agir nem antes nem depois, mas sim, no tempo certo, reconhecendo o sofrimento psíquico e agindo.

Em ambos os casos, a necessidade de desenvolver serviços de saúde mental da pequena infância, através das teorias de psicanálise, foi despertada na clínica com crianças e adultos em serviços de saúde.

A Intervenção Precoce, baseada nas teorias da psicanálise, que por sua vez, formularam uma série de maneiras de intervenção: propõe a aplicação de terapias da primeira infância; a psicoterapia acompanhada de uma psicanálise exclusiva para a mãe; propõe a abordagem pelo jogo, pelo desenho e a interpretação com a criança.

Como ressaltamos, a observação é a principal maneira de reconhecer os sinais de sofrimento precoce nas crianças, notadamente, a observação do corpo, das expressões físicas, orgânicas, bem como de sociabilidade e psíquicas. Essa observação se faz mais importante em alguns momentos da vida da criança, como o momento da amamentação e do desmame, e de alguns aspectos importantes na constituição desse sujeito como o olhar e a visão; a voz, a linguagem e a escrita; o desejo da mãe e a percepção que ela tenha do bebê; o lugar que esse bebê ocupa para a mãe, pai e familiares¹¹⁸.

¹¹⁸ BRAGA, Heuthelma Ribeiro. (et. al.) **Identificação de sinais de sofrimento na criança: uma abordagem fundamental na clínica precoce.** IN: Revista Escritos de Saúde Mental. Universidade Federal de Campina Grande. Ano I, n.1, 2010. Campina Grande: RgEditora, 2010.

Uma das atividades do Programa de Intervenção Precoce é o “Brincar Itinerante”, uma atividade que leva a brincadeira às creches, escolas e artigos na cidade. Essas atividades se baseiam na ideia de que brincar não pode ser considerado apenas como passatempo, o brincar, na concepção de Saúde Mental da Infância, defendida pela Intervenção Precoce, deve ser mais do que um prazer para a criança¹¹⁹, deve ser também um espaço para ajudá-la a se constituir como sujeito e como um espaço de interação com a mãe, ou familiares, objetivando trabalhar a maneira como os familiares vêem e lidam com os transtornos de suas crianças.

Assim, o brincar se torna uma atividade importante nos serviços de Intervenção Precoce por servir para uma constituição do sujeito adequada, no momento certo, propicia um melhor relacionamento das crianças com os pais, já que os profissionais incluem as mães, os pais, os familiares nas brincadeiras, realizadas no CAPSinho e nas Instituições, e incentivam os familiares a não só promover atividades lúdicas para elas em casa como também ressaltam a importância da participação deles na brincadeira dos filhos.

Essa importância de promover atividades lúdicas com as crianças parte do princípio que é nesses momentos que os infantes simulam sua participação no mundo, sua maneira de se relacionar com outras pessoas, com as coisas que o circulam e consigo mesmo. É nesse sentido que tal momento se torna um espaço para a observação porque as atitudes, simuladas no brincar, que as ações das crianças são avaliadas, os riscos podem ser reconhecidos e o tratamento pode ser pensado e efetivado

¹¹⁹ NASCIMENTO, Adriana Soares.(et al). **O lúdico no cuidar de crianças/adolescentes com transtorno mental grave**. IN: Revista Escritos de Saúde Mental.Universidade Federal de Campina Grande. Ano I, n.1, 2010. Campina Grande: RgEditora, 2010.

As brincadeiras, o brincar, serve como linguagem para as crianças, uma relação com o outro, uma comunicação não-verbal que permite a assimilação das experiências vividas e dos aprendizados cotidianos. Além disso, as brincadeiras de “faz-de-conta” podem propiciar uma “revivência” de situações e de emoções muitas vezes difíceis e que causam sofrimento. Logo, essa possibilidade de revivê-las num espaço simbólico, permite uma maior compreensão dessas emoções e, conseqüentemente, uma aceitação das mesmas.

O que destacamos é que seguindo esses caminhos teóricos da Psicanálise, o Programa de Intervenção Precoce em Campina Grande intenta ir além do espaço das escolas, creches e abrigos, que já são espaços de intervenção nomeados pelo Programa, este deseja também produzir uma mudança no olhar dos médicos e enfermeiros da ESF – Estratégia de Saúde da Família com relação ao bebê e à criança pequena, para que estes possam, além dos professores, pais e cuidadores, diagnosticar precocemente os riscos psicossociais, e intervindo para prevenir a instalação de uma doença psíquica grave na sua fase adulta.

Essa proposta intenta criar uma ampla rede de observação e intervenção, cria olhares vigilantes cotidianos em casa, na escola, nos postos de saúde, nos hospitais. Amplia os serviços do CAPSinho para o dia-a-dia das crianças.

O programa visa, assim, atingir três esferas da sociedade: a esfera da Saúde, capacitando e orientando os profissionais da saúde a reconhecer os sinais de sofrimento psíquico nas crianças pequenas, intervindo nos casos mais leves e encaminhar os casos graves (os que ameaçam a constituição da criança enquanto sujeito); na esfera das crianças, que passam a ter

identificados seus sinais de sofrimento psíquico com precocidade evitando-se assim possíveis fracassos constitutivos; e na esfera da difusão do saber, ao introduzir cuidados em saúde mental às crianças de 0 a 5 anos nos hábitos de saúde da comunidade, o desejo é de que esta passe a introjetar esse saber na própria cultura, melhorando a qualidade da relação familiar, sobretudo na relação mãe-criança.

Este último aspecto nos chama maior atenção por demonstrar esse interesse de fazer com que esses conceitos, esses sinais de “que alguma coisa não vai bem” destacados pela cartilha e essa preocupação em intervir com ações de saúde mental façam parte do nosso cotidiano, façam parte da nossa cultura.

Apesar de ser um serviço público de saúde mental para a infância e existir diretrizes delineadas pelo Ministério da Saúde para esses serviços, o CAPSInho, pensado e estruturado a partir de motivações pessoais e acadêmicas dos profissionais envolvidos, construiu para si um lugar diferenciado fundamentado num discurso diferenciado em saúde mental da infância. Intenta, como vimos, imprimir a toda a rede de saúde mental e da saúde básica da cidade esses discursos e mais ainda em construir no cotidiano da população, notadamente a parte da população que recorre aos serviços públicos de saúde e educação do município, essa necessidade de intervenção precoce.

Capítulo 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"As minhas enfermidades trazem-me
um tríplice melhoramento:
mais saber, mais força, mais poder!"¹²⁰

Temos na nossa cidade dois Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes que acolhem crianças em sofrimento psíquico. Mas quem são essas crianças?

Frequentemente vemos crianças sendo chamadas de vagabundas, violentas, transgressoras, hiperativas. Vemos crianças que desrespeitam os pais, fogem de casa, roubam e usam drogas. Que desafiam os professores, se recusam a estudar e a seguir regras, brigam com os colegas. Vemos também crianças portadoras de deficiência, com síndrome de down, autistas. Que se recusam a comer, têm dificuldades de falar, de interagir com as outras crianças. Que se sente mal porque é gordinho, porque tem orelhas grandes ou possui menos condições financeiras que os amigos. Mas o que faz com que reconheçamos uma dessas crianças como uma criança com transtorno mental ou uma criança em sofrimento psíquico ou, mais ainda, uma criança em sofrimento psíquico que pode se tornar um adulto com doença mental?

Parar e pensar acerca da loucura infantil nos faz parar pra refletir sobre quem são essas crianças que necessitam de um acolhimento e acompanhamento de profissionais de saúde que os ajudem a lidar com seus problemas diminuindo assim seu sofrimento?

Mesmo pra quem já leu livros e discussões sobre o sofrimento psíquico em crianças, que já sai de casa *sabendo* o que vai presenciar nos CAPS

¹²⁰ QORPO-SANTO. Poemas. Rio de Janeiro: Editora Contra-capá, 2000.

infantis, o encontro com crianças de olhares perdidos, com adolescentes que tiram a roupa no corredor e que gritam constantemente durante o atendimento não acontece de maneira fácil e sem tensões. Vemos aquelas crianças dentro de um espaço que as têm como diferentes com postura e olhar de quem já se vê como diferente. Para a nossa sociedade a relação com a loucura já não se dá de maneira fácil e essa dificuldade aumenta com relação à criança. Isso porque a criança ainda tem um espaço privilegiado nas nossas ações: dedicamos a elas o nosso carinho, atenção e cuidado.

Se por um lado ainda é difícil inserir o adulto em sofrimento psíquico no convívio com a sociedade, basta presenciar a saída de alguns moradores de uma das residências terapêuticas da cidade para ver o estranhamento que esses sujeitos causam nos sujeitos *normais*, no que se refere à criança a dificuldade se inicia já no reconhecimento de que ela está em sofrimento psíquico e mais ainda porque ao diagnosticar uma criança como um sujeito que necessita de uma atenção e até intervenção em saúde mental, baseando-se em *indícios*, pode construir já para a criança pequena um espaço de exclusão, espaço este que tanto se busca desconstruir.

É nesse sentido que as reflexões acerca das políticas públicas de saúde, e de saúde mental, se fazem necessárias.

As ações de reforma psiquiátrica em Campina Grande seguiram o caminho da “desinstitucionalização como desospitalização”¹²¹, modelo de Reforma pensado nos Estados Unidos que parte da falência do sistema psiquiátrico, aqui exemplificado pela situação em que se encontrava os pacientes do ICANERF, para reorganizar as práticas de assistência a sujeitos com transtornos mentais.

¹²¹ AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

Essa reorganização se estrutura em reformas de base preventiva e comunitária, por um lado, e medidas saneadoras e racionalizadoras, com a diminuição de leitos e de tempo de permanência nas emergências psiquiátricas, o aumento de altas e a criação de serviços intermediários e alternativos.

A tentativa de construir um “ideal da saúde mental” na sociedade, que vemos tão presente nos discursos de Intervenção Precoce, ou seja, o ideal da ausência das doenças mentais no meio social se baseia nessa corrente de pensamento que de certa maneira foge mais do modelo de antipsiquiatria nos apresentado por Basaglia que coloca a “desinstitucionalização como desconstrução”.

Nas práticas de assistência em saúde mental ainda é difícil ver a construção de uma outra realidade para a loucura na nossa sociedade que acolha, aceite e insira o sujeito em sofrimento psíquico no convívio social.

Ao conhecer as obras de Arthur Bispo Rosário, pensamos que este tenha conseguido se colocar num espaço que não se insere na anormalidade, nem na normalidade, através de sua arte.

Bispo do Rosário, marinheiro e residente no Rio de Janeiro, acabou sendo detido como indigente e demente, por acreditar ser um enviado de Deus, por quem teria sido designada sua tarefa de julgar os vivos e os mortos. Foi encaminhado ao Hospital dos Alienados na Praia Vermelha e posteriormente transferido para a Colônia Juliano Moreira onde permaneceu cerca de cinqüenta anos sob o diagnóstico de “portador de esquizofrenia paranóide”.

Nesse período Bispo do Rosário começa a produzir seu trabalho artístico, motivado por um pedido de Deus e não por uma atividade

terapêutica ocupacional. E suas obras, que poderiam simbolizar a efetivação de sua loucura, de sua demência, nos aparece como obras de arte.

Essa possibilidade de ver beleza em obras de um louco que se diz escolhido por Deus para julgar os vivos e os mortos e que veste um manto bordado que simboliza a importância do seu lugar na Terra como um verdadeiro escolhido nos faz pensar que a loucura pode sim ser vista com outros olhos. Assim como as obras de Vincent Van Gogh, Qorpo-santo,

Mas esse é um caminho, que se constrói no nosso cotidiano, ainda parece ser longo e requer uma mudança de sensibilidades e sabemos que apenas o fechamento de um hospital psiquiátrico não pode efetivar essa mudança e nem sabemos se essa deve ou poderá ser feita. Somos sujeitos que constroem nossas histórias, que escolhemos, diante de tantas opções, nosso caminho a seguir construindo nossa cultura. E é aí, nessas práticas cotidianas que os discursos sobre loucura, infância, reforma, inserção social e inclusão são construídos e desconstruídos. E só aí podemos realizar mudanças.

Capítulo 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **História: a arte de inventar o passado. Ensaio de teoria da história.** Bauru: Edusc, 2007.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio de (org.). **Cartografias de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França (organizadoras). **Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da história brasileira.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

AMARANTE, Paulo Eduardo de Carvalho.(Org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. (org) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

_____. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

ARRUDA, Ana Amélia Araújo (org) ABC-Atenção Básica à Criança Pequena. Campina Grande, EDUFPG, 2007.

_____. (Org.) **1º Encontro Nordestino de CAPS Infantil.** Campina Grande: Realize Editora, 2010.

ASSIS, Machado de. **Fuga do hospício.** 3. ed. São Paulo: Ática, 2005.

BAREMBLITT, Gregório. et al. **Saúde e loucura 5.** São Paulo: Editora Hucitec.

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília, Brasil: 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar, sim. Excluir, não. Caderno informativo.** Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De volta para casa”.** Brasília, 2003.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: O que são para que servem**. Brasília, 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Florianita B. e LANCETTI, Antônio. (org). **Saúdeloucura 9**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

CAPONI, Sandra. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CASTEL, Robert. et al. **Saúdeloucura 4**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

CHARTIER, Roger. **A História cultural: entre práticas e representações**. São Paulo: Bertrand, 1992.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado em Saúde Coletiva.2006.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, Flávio Moreira da (org). **Os melhores contos de loucura**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

DANIEL, Herbert. et al. **Saúdeloucura 3**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

DE MORAES, Janaína Amado (org.). **Usos & abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

FERREIRA, Tânia. (org.) **A criança e a saúde mental.- enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

FONSECA, Tania Mara Galli (et al). **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.

_____. A poeira e a Nuvem In: **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b, pp. 323-334.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. In: História, Ciências e Saúde. v.11 nº 01. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2004.

GUATARI, Felix. et al. **Sáúdeloucura 2**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

GROS, Frédéric (org). **Foucault, a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

KODA, Mirna Yamazato, **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. Dissertação de Mestrado. 2002. 186p. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo.

LANCETTI, Antonio. et. al. **Sáúdeloucura 1**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

_____. et al. **Sáúdeloucura 7**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

LANDIN, Ossian Soares. **Discursos da loucura no Brasil. In: tendências: caderno de ciências sociais: - v.2 – n.5 – Saúde em Perspectiva, Cariri.** Universidade Regional do Cariri – URCA, 2008.

LIMA, Elizabeth Araújo. **Arte, clínica e loucura: território e mutação.** São Paulo: Summus: FAPESP, 2009.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MARCONDES FILHO, Ciro. **A produção social da loucura.** São Paulo: Paulus, 2003.

MARTINS, Ana Luiza & LUCA, Tânia Regina de. (orgs.) **História da Imprensa no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JUNIOR, Carlos. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

NEVES, Lucia Barros; MOREL, Marco; FERREIRA, Tânia Maria Bressone. (Org) **História e Imprensa: representações culturais e práticas de poder.** Rio de Janeiro: Faperj, 2006.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. Há va(r)gas na escola: o discurso higienista e a limpeza da infância escolar nos anos 20 e 30. IN: **Cidade e Região. Múltiplas histórias.** João Pessoa, Idéia, 2005.

OLIVEIRA JÚNIOR, Alberto Vouban Burity. **No Jardim dos caminhos que se entrecruzam: Direito Sanitário, Loucura e a Lei Paulo Delgado.** Monografia. Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2008

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: discursos, práticas e significações sociais.** Belo Horizonte: Arvmentvm, 2009.

PEREIRA, Nadia do Nascimento. **Novas políticas na área de Saúde Mental da Infância e Adolescência: Práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

PINSKY, Carla Bassanezi. (org.) **Fontes Históricas.** Editora Contexto, 2005.

PITTA, Aurea M. da. **Saúde & Comunicação. Visibilidades e silêncios.** São Paulo: Hucitec, 1995.

RABELO, Miriam Costa et al. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

REIS, J. R. F. **De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental.** História, Ciências, Saúde –Manguinhos, VII(1): 135-157, mar.-jun. 2000.

Revista Escritos de Saúde Mental. Universidade Federal de Campina Grande. Ano I, n.1, 2010. Campina Grande: RgEditora, 2010.

RIBEIRO, Renato Janine. **Recordar Foucault - os textos do colóquio de Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 1985.

RODRIGUES, Helena de Barros C. e ALTOÉ, Sônia. (org). **Saúdeloucura 8.** São Paulo: Hucitec, 2004.

ROBORTELLA, Suzana Campos. **Relatos de usuários de Saúde Mental em liberdade: o direito de existir.** Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual

SZASZ, Thomas. **Cruel Compaixão.** Campinas: Papyrus, 1994.

STEARNS, Peter N. **A Infância.** Tradução Mirna Pinsky. São Paulo: Contexto, 2006

ROLNIK, Suely. et al. **Saúdeloucura 6.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

VIGARELLO, Georges. **O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. CAPÍTULO I – Homem tem que ser homem: Reforma Psiquiátrica, desospitalização e o Modelo Psicossocial.	27
2.1 Homem tem que ser homem: a Intervenção e o processo de descredenciamento do Hospital psiquiátrico de Campina Grande.....	33
2.2 A Intervenção no ICANERF e os discursos contra o modelo asilar.	43
2.3 O modelo asilar nem sempre incomodou: História da loucura e a loucura como alvo da Psiquiatria.	48
2.4 Desinstitucionalização e desospitalização: a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.	54
2.5 <i>De volta para casa</i> : o Modelo Psicossocial.....	59
3. CAPÍTULO II - De como os corpos das crianças e adolescentes foram eleitos como alvo de políticas de Saúde Mental específicas.	66
3.1 A construção da infância na modernidade: a infância como alvo da medicina social e as tentativas de docilização dos corpos infantis.	76
3.2 A Loucura infantil: como a infância passa a ser alvo específico da psiquiatria e das práticas de Saúde Mental.	94
3.3 Os CAPS infantis e o serviço público de Saúde Mental da infância.	100
3.4 Os dois caminhos: CAPSi - Viva gente e CAPSinho – Centro de Intervenção Precoce.	112
4. CAPÍTULO III - Por uma Intervenção Precoce: O CAPSinho e as práticas de Saúde Mental direcionadas à criança pequena em Campina Grande	118
4.1 Por uma intervenção precoce nos bebês: O CAPSinho - Centro de Intervenção Precoce.	119
4.2 A cartilha <i>ABC: Atenção Básica à Criança pequena</i> e os discursos sobre a criança deficiente.....	127
4.3 A psicanálise e a Intervenção Precoce.....	158
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	168

