

NADIA DO NASCIMENTO PEREIRA

**NOVAS POLÍTICAS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL DA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:
PRÁTICAS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS NA REINSERÇÃO
PSICOSSOCIAL**

**Dissertação apresentada à
Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo
Cruz, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública**

**Área de concentração: Políticas
Públicas e Saúde**

Orientador: Prof^ª Dr^ª Maria Helena Mendonça

Co-orientador: Prof Dr. Paulo Amarante

Rio de Janeiro

2003

Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

**NOVAS POLÍTICAS NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA: PRÁTICAS E CONCEPÇÕES TEÓRICAS NA
REINSERÇÃO PSICOSSOCIAL**

Nadia do Nascimento Pereira

BANCA EXAMINADORA

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/_____

Ao Darcy, Marlene, Rafael e Diogo, minha família, pela solidariedade e apoio, sem o qual não teria sido possível a realização desta tarefa,

AGRADECIMENTOS

A Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz por possibilitar a realização deste trabalho.

A equipe do Programa Clube Ponto de Encontro pelos momentos reflexão e discussão que foram decisivos na construção do meu percurso profissional e no presente trabalho.

Aos adolescentes do Programa Clube Ponte de Encontro com os quais tive o grande prazer de conviver e aprender a cada dia a ser uma profissional da área de saúde mental.

Aos familiares do Programa Clube Ponto de Encontro pelo convívio, amizade e aprendizado.

A Edson Saggese pelo convite para participação no Programa Clube de Encontro e oportunidade de poder coordenar os trabalhos e atividades dirigidas aos familiares dos adolescentes.

A Odila Rangel e Fernanda Borges, Aduino Martins, amigos e imprescindíveis colaboradoras.

A Maria Helena Mendonça, para além de uma orientadora ...

A Paulo Amarante pelos ensinamentos, apoio e paciência.

A civilização não é “razoável”, nem “racional”, como também não é “irracional”. É posta em movimento cegamente e mantida em movimento pela dinâmica autônoma de uma rede de relacionamentos, por mudanças específicas na maneira como as pessoas se vêem obrigadas a conviver. Mas não é absolutamente impossível que possamos extrair dela alguma coisa “razoável”, alguma coisa que funcione melhor em termos de nossas necessidades e objetivos. Porque é precisamente em combinação com o processo civilizador que a dinâmica cega dos homens, entremisturando-se em seus atos e objetivos, gradualmente leva a um campo de ação, mais vasto para a intervenção planejada nas estruturas social e individual – intervenção esta baseada num conhecimento cada vez maior da dinâmica não-planejada dessas estruturas.

Norbert Elias, O processo Civilizador

Sumário

ABSTRACT	7
RESUMO.....	8
Introdução.....	9
I. Políticas Públicas de Saúde para Infância e Adolescência	12
II. Assistência e Práticas à Infância e Adolescência em Saúde Mental ...	29
2.1. Teorias Orientadoras	41
III. O Problema da Prática de Cuidados e Reinserção Social dos Jovens no Contexto da Reforma Psiquiátrica	50
IV. Programa Clube Ponto de Encontro e seus Recursos Terapêuticos ..	58
4.1. Metodologia de Trabalho	58
4.2. O Programa Clube Ponto de Encontro	60
V. Descrição e Análise dos Recursos Oferecidos no Programa Clube Ponto de Encontro	68
5.1. Registros da Ata de Reunião	70
5.2. Atuação e Concepção dos Técnicos do Programa	83
5.3. O Programa sob a Ótica Familiar	111
VI. Considerações Finais	136
VII. Referências Bibliográficas	144
VIII. Anexo I	149
IX. Anexo II	187
X . Anexo III	216

ABSTRACT

The Program Clube Ponto de Encontro is a dispositive from mental disease. It is directed to the attendance in psychosocial rehabilitation of adolescents with severe mental disease, between twelve and incomplete eighteen years old and their results, concerning to specific experiences with their relations and/or their responsible. Adolescents are the subject of the analysis of the following research. The exploratory studies of the implantation of this program and its procedures, practices and instruments used, are analyzed by the social actors look, involved in the process, and by the professional of this team, that work in the program and the relations and/or responsible for the adolescents assisted on it.

Following the context, establishing parameters and treating the question of psychosocial rehabilitation of adolescents with severe mental disease, there is a short historical ransom, through the path done by assistance practice and public polices to this population until this moment. Theories and socio-cultural conceptions are pointed in each of this period.

The spontaneous documented production and the voice of the involved actors are used as subject of reflexion and discussion. Concerning to the possibilities of dissemination of these practice and theory used in other contexts, making possible the transformation of the public polices of mental disease to the children and youth.

Key-words: psychosocial rehabilitation; severe mental disease; adolescence; public polices

RESUMO

O Programa Clube Ponto de Encontro é um dispositivo da área de saúde mental voltado ao atendimento e reinserção psicossocial de jovens com grave padecimento psíquico, na faixa etária de doze a dezoito anos incompletos e seus desdobramentos no que diz respeito às práticas específicas voltadas a familiares e/ou responsáveis, são objeto de análise no presente estudo. O estudo exploratório da implantação e pertinência das práticas, procedimentos e instrumentos utilizados são analisados pela ótica dos atores sociais envolvidos no processo, os técnicos da equipe multiprofissional que atuam no programa e os familiares e/ou responsáveis pelos jovens nele assistidos.

No sentido de contextualizar, estabelecer parâmetros e problematizar a questão da reinserção psicossocial em jovens com grave padecimento psíquico, fazemos um breve resgate histórico percorrendo o caminho efetuado pelas práticas assistenciais e políticas públicas para esta população até o presente momento. Concepções teóricas e sócio-culturais são apontadas em cada um destes períodos.

A produção documental espontânea e a vocalização dos atores envolvidos são utilizadas como material para reflexão e discussão a respeito das possibilidades de difusão desta ação prático-teórica em outros contextos, possibilitando a transformação destas em políticas públicas em saúde mental para a infância e adolescência.

Palavras chaves: reinserção psicossocial; transtorno mental grave; adolescência; políticas públicas.

Introdução

Na entrada de um novo milênio ainda há um reduzido número de serviços ambulatoriais em saúde mental, voltado para o atendimento da população infanto-juvenil e mais ainda, no que diz respeito aos Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPS, novos dispositivos em saúde mental orientados para o atendimento de transtornos mentais graves, objetivando a reinserção deste grupo em seu contexto social. Há portanto, uma rede de assistência para esta faixa etária em lento e precário processo de construção. As consultas mensais como mera checagem ou repetição da medicação prescrita meses atrás – medicalização , como também a internação psiquiátrica nos dispositivos ainda existentes para esta faixa etária – institucionalização, surgem como resposta a um momento de crise. A longa peregrinação pelos serviços, ocasionada geralmente pela incapacidade de acolhimento “destes casos” , quer pela existência de longas filas de espera ou pela ausência de profissionais habilitados podem levar a uma outra face da institucionalização, o isolamento domiciliar. Por conta deste quadro pouco promissor, o presente estudo se propõem realizar a análise de implantação e da pertinência das práticas, procedimentos e instrumentos utilizados no Programa Clube Ponto de Encontro e seus desdobramentos, no que diz respeito às atividades voltadas ao acolhimento dos familiares dos jovens assistidos. Este programa é oferecido à população de jovens entre doze e dezoito anos incompletos portadores de grave padecimento psíquico em situação de risco social, desenvolvidos a partir de uma abordagem terapêutica que se sustenta na interação entre aspectos subjetivos e objetivos, implícitos nas condições sociais adversas em que os indivíduos jovens se encontram.

A partir desta prática de cuidados, se propõe avaliar a possibilidade das mesmas poderem apontar caminhos dentro do campo da reforma psiquiátrica, no sentido de melhorar as condições de vida destes jovens, considerando-se o processo de desenvolvimento humano em curso. Tal abordagem vem sendo operada no referido programa, criado há cinco anos dentro do contexto de reformas sociais recentes, que incluiu a reorientação da política de atendimento ao jovem com base tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente quanto na reforma sanitária e psiquiátrica.

O Programa Clube Ponto de Encontro, teve suas origens no atendimento ambulatorial do Programa de Adolescente sob Risco de Internação oferecido pelo Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência – Instituto de Psiquiatria da

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dentro de seu horário de funcionamento – as segundas, quartas, quintas e sextas-feiras das 09:00 às 16:00 horas – são oferecidas diversas oficinas terapêuticas, objetivando trabalhar questões envolvendo a constituição destes jovens enquanto sujeitos e a promoção da socialização, tentando restabelecer vínculos sócio-afetivos. Todas as oficinas oferecidas levam em conta as necessidades e demandas da faixa etária. Investe-se na transformação da condição destes sujeitos, de suas famílias e da rede social que os cercam.

O objetivo desta análise é fundamentar a pertinência desta abordagem global do problema dentro do campo da reforma psiquiátrica e possibilitar sua difusão como ação prático-teórica legítima para a reinserção psicossocial de jovens com transtornos mentais graves, oferecendo-se como resultado a atuação sobre processos de incapacitação provisória e permanente dos mesmos.

Na perspectiva do estudo proposto, consideramos que a carência de dispositivos assistenciais na área de saúde mental para infância e adolescência e de políticas públicas direcionada a esta área traz um quadro que deve ser revertido. A análise das práticas efetivadas no Programa Clube Ponto de Encontro servem como ponto de partida para a discussão e busca de legitimação de novas políticas públicas para a área.

No capítulo I tomamos como ponto de partida a tarefa de delimitação do conceito de sujeito ao qual o dispositivo assistencial se direciona – o jovem adolescente. A delimitação deste conceito se dá ao longo do percurso trilhado em busca do delineamento, numa perspectiva histórico-social, das políticas de assistência em saúde efetivadas nos dois últimos séculos até o presente momento, para esta população.

No capítulo II descrevemos as práticas de assistência em saúde mental para a infância e adolescência. Do nascimento da medicina social ao posterior surgimento da pediatria e puericultura, passando pelo ideário eugênico até a consolidação da psiquiatria infantil a partir dos anos 30. Discorremos sobre os dispositivos de assistência em saúde, marcando as diferenças existentes ao longo do desenvolvimento destas práticas e as teorias científicas que as embasaram.

No segundo item deste capítulo abordamos o campo teórico da reforma psiquiátrica italiana através de seus principais autores, tendo em vista a utilização deste marco teórico para a realização da análise das práticas de reinserção psicossocial.

No capítulo III através da problematização das práticas de cuidados oferecidas aos jovens no contexto da reforma psiquiátrica, justificamos a escolha do campo e do objeto de estudo amparados na utilização do marco teórico estabelecido.

No capítulo IV efetuamos a descrição do objeto de estudo, o Programa Clube Ponto de Encontro. As oficinas terapêuticas e seus objetivos, como práticas voltadas para os adolescentes assistidos e o Clube de Pais e seus desdobramentos com os recursos terapêuticos para assistência desta clientela. Também foi delineado o desenvolvimento das estratégias utilizadas com o objetivo de dar suporte a aquisição e/ou aumento da capacidade de contratual dos jovens e seus familiares com a escola, espaço institucional relacionado a esta faixa etária, no qual estes jovens devem estar inseridos.

No capítulo V realizamos a exposição e iniciamos a análise do material coletado. Através da ata de reunião da equipe multiprofissional efetuamos a análise de implantação do programa. As entrevistas com os técnicos da equipe e o grupo focal realizado com os familiares dos jovens assistidos permitiram analisar a pertinência das práticas e ações do programa. Como parâmetro para a análise das discussões trazidas pelas entrevistas utilizamos a portaria de nº 336 de fevereiro de 2002 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. As propostas e estratégias contidas no Projeto Clube “Ponto de Encontro”. Ressocialização para Jovens em Grave Sofrimento Psíquico: Lazer Assistido e Reconstrução de Vínculos Afetivos, projeto inicial anterior a implantação do programa, norteou a análise da discussão provocada pelo grupo focal.

Nas considerações finais apontamos para a importância da criação de um campo de estudo e pesquisa, especialmente no que diz respeito aos transtornos mentais graves, para a área de saúde mental da infância e adolescência no intuito de subsidiar ações e políticas para a área.

I. Políticas Públicas para a Infância e a Adolescência

O campo de intervenção para a infância e a adolescência, no que diz respeito às políticas públicas e a assistência social, é muito controverso devido à própria delimitação de seu objeto. As dificuldades iniciais de delimitação implicaram, dentro do percurso histórico-social, na existência de diversos complicadores relativos a definição do papel e espaço que estes atores deveriam ocupar em seu contexto social. A forma de inserção e as políticas a eles destinadas geralmente eram externas às reais necessidades desta população.

As instituições surgidas com a modernização do Estado, utilizaram a infância e adolescência como um instrumento de controle e promoção de projetos e objetivos inicialmente voltados à família e posteriormente ao Estado. Sob a tutela do Estado foi instrumento das mais diversas propostas. Desde a europeização dos costumes e hábitos da família e sociedade brasileira à aquisição do projeto de Brasil Grande. Paulatinamente foi se delimitando a quem as políticas públicas se dirigiam. Assistencialista, voltava-se para a disciplinarização dos que fugiam e norma, dentro das escolas e de seus próprios lares e aos desvalidos enquadrava, transformando-o em “menor”, para isto fazendo uso das instituições totais – o abrigo de menor.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, dentro do contexto das políticas mais recentes objetivou trazer um novo olhar para estas questões e para as reais necessidades desta população, mas parece ainda estar longe de ser implementada apesar dos doze anos de existência. Mais recentemente, no que diz respeito à área de saúde mental, alvo de nosso estudo, houve a regulamentação da portaria de nº 336 de fevereiro de 2002, onde pela primeira vez se estabeleceu uma modalidade de assistência voltada para a área infanto-juvenil. O que esperar deste novo dispositivo? Como transformá-lo num útil instrumento para efetivação e implementação de novas práticas e modalidades de assistência?

A Criança no Mundo Moderno

No final da Idade Média, crianças e adultos eram uma só massa sem contornos, não havendo o sentimento de infância. Segundo Ariès (1981), ambos freqüentavam os mesmos ambientes, partilhavam das mesmas tarefas. A discriminação de idade não continha valor social. A única distinção feita, na ocasião, foi relativa a criança muito pequena, que não era levada em consideração, em face da alta mortalidade infantil. Superando esta etapa entravam no mundo e com estes se confundiam.

Nos séculos XVI e XVII, quando do surgimento de novo sentimento em relação às crianças, o convívio com elas torna-se agradável, fonte de distração e relaxamento aos adultos, fazendo que estes as desejassem por mais tempo em casa e prorrogando sua entrada no convívio social. Os moralistas e educadores exasperavam-se com esta conduta piegas, repudiavam-na, atribuindo-lhe a má educação destes pequenos adultos e, então, reforçaram a necessidade do afastamento da criança do círculo familiar. Essa segunda perspectiva apontou no sentido da infância como objeto de ordenamento e disciplina que se daria especialmente fora do círculo familiar, e vigorou por séculos.

As escolas clericais da Idade Média se dirigiam igualmente para crianças e adultos jovens. Entrar na escola, para as crianças, era entrar no mundo adulto, pois se afastavam de suas famílias e do resto da sociedade, nelas ocorria o ensino das artes como também o das tarefas domésticas.

A contribuição do renascimento foi intervir para disciplinar e formar para atividades diversas. As escolas, diferente das de hoje, seriam o lugar adequado onde se primaria pela disciplina e racionalidade dos costumes, erradicando a leviandade da infância.

A partir do século XV, na sociedade absolutista, a escola passa a ser voltada para a infância e a juventude, instaura-se a repugnância pela mistura de idades e recrudescer seu papel moral e disciplinador. Buscam-se nas escolas os princípios de comando e hierarquia, estes preceitos trazem novas transformações ao sentimento de infância, que passa então a ser vista como uma fraqueza, aumentando o sentimento de responsabilidade dos mestres.

A vigilância e os castigos corporais se tornam atitudes correntes frente à infância. Mais adiante, segundo Ariès (1981: 181), "a dilatação da idade escolar submetida ao chicote: reservado de início às crianças pequenas, a partir do século XVI ele se estendeu a toda população escolar".

Na França, o rechaço da violência como uma via do autoritarismo disciplinar escolástico propiciou, no séc. XIX a reforma do sistema escolar e substituiu o sentimento de fraqueza relacionado à infância pela necessidade de despertar na criança a responsabilidade para a vida adulta. Institui-se a necessidade de uma disciplina constante e orgânica, instrumento de aperfeiçoamento moral e espiritual, não só dentro da instituição como também extensiva às famílias como uma forma de abalimento da mesma. Ao ciclo escolar longo correspondia à extensão da infância.

O século XVIII presencia a entrada da divisão social dentro do ensino. Primeiramente se criam classes escolares distintas para o povo e para a burguesia. Posteriormente há separação de faixas etárias, as crianças são colocadas em classes separadas dos mais velhos. Estas mudanças são oriundas de uma elite de pensadores e moralistas com funções eclesiásticas ou governamentais.

Ariès nos informa que "a criança bem educada seria preservada das rudezas e da imoralidade, que se tornariam traços específicos das camadas populares e dos moleques. Na França, essa criança bem nascida seria o pequeno-burguês. Na Inglaterra, ela se tornaria o gentleman (...)" (idem: 185)

Estas novas denominações adentram o século XIX, colocam-se como uma confirmação da divisão social em classes e uma resistência ao avanço democrático. Ao povo destina-se um ensino inferior – a escola, aos burgueses um ensino longo e clássico – o liceu ou colégio. O sentimento de infância surge junto à classe social burguesa, e a partir dela se difunde para outras classes, atravessando a idade moderna, transformando as intervenções e chegando ao século XIX.

A Criança e A Família nos Períodos Colonial e Higienista

A vinda da corte portuguesa para o Brasil trouxe transformações significativas, no que diz respeito ao papel dos jovens no ambiente familiar e social. Para Jurandir Freire Costa (1989), o ano de 1808 se torna um marco, delimitando a passagem do período colonial para o ingresso das concepções e teorias higienistas transformando as relações sociais, políticas através da introdução de novos conceitos de doença e saúde.

No período colonial que vai desde o descobrimento até o início do século XIX, o sistema familiar girava em torno da figura paterna em detrimento dos demais membros e das necessidades da família, que envolviam desde o funcionamento

doméstico até questões relativas a propriedade e o desenvolvimento e manutenção econômica do clã, eram norteadas única e exclusivamente pelos desígnios paternos.

A família não se restringia, no que diz respeito aos membros que a compunham, ao que chamamos hoje de família nuclear. Havia além destes, agregados, aparentados e numerosos escravos que se faziam necessários, pois todas as atividades e utensílios necessários ao desenrolar doméstico eram produzidos no interior deste. O meio social era exclusivo aos homens, as mulheres e crianças tinham suas vidas ligadas quase em sua totalidade ao ambiente doméstico. Costa nos traz de forma ilustrativa, a seguinte definição.

(...) A família colonial fundou sua coesão num sistema piramidal cujo topo era ocupado pelo homem, em sua polivalente função de pai, marido chefe de empresa e comandante de tropa. Do homem era exigida toda iniciativa econômica, cultural, social e sexual. Os demais membros do grupo ligam-se mutuamente e ao pai, de modo absolutamente passivo. Toda aliança voluntária em função de objetivos comuns era excluída. O pai representava o princípio de unidade da propriedade, da moral, da autoridade, da hierarquia, enfim, de todos os valores que mantinham a tradição e o status quo da família. (1999: 95)

O papel que cabia à mulher e à criança era totalmente desarticulado de uma visão individualista e de suas próprias necessidades como entes autônomos. Serviam as mulheres para gerenciar e zelar pelo patrimônio e funcionamento familiar, já que num período pré-capitalista, este mantinha funções laborativas importantes para sobrevivência de todos os que nele estavam inseridos. As crianças, dentro da faixa etária que hoje chamaríamos de primeira infância, não possuíam valor significativo devido à incerteza de sua sobrevivência. Passavam a ter relativa relevância quando passavam a contar com seis, sete anos de idade, quando o risco a sobrevivência diminuía significativamente, mas ainda dentro das regras familiares, onde serviria como mais um agente a serviço do mando paterno. O primogênito, era discriminado dentro da prole, por ser o herdeiro paterno em toda sua plenitude.

Os membros da família antiga eram destituídos daquilo que poderíamos chamar modernamente de 'profundidade psicológica'. Eles eram, por assim dizer, psicologicamente extrovertidos, sentimentalmente

centrífgos. Nada, em suas intimidades afetivas, evocaria a representação que o indivíduo urbano e moderno tem de suas necessidades psíquicas. O gosto pela exploração, reconhecimento e cultivo das peculiaridades emocionais não só era estranho ao universo familiar, mas incompatível com a solidariedade do grupo (...) (Idem: 96)

A ergonomia do ambiente familiar traduzia todo este contexto. Os fundos da casa era o local onde essa extensa família se reunia para efetuar trocas, momentos onde se confundiam o lazer, a refeição e as atividades laborativas. As *alcovas*, locais designadas à privacidade das mulheres e crianças, se situavam no interior da casa, impedindo qualquer tipo de contato com o mundo exterior. E foi este ambiente um dos primeiros alvos de crítica e transformação por parte dos higienistas, médicos que atribuíam a si o papel ordenador da saúde e papel social da família e seus membros.

A vinda da família real para o Brasil, trouxe consigo novos hábitos, costumes e códigos sociais, bastante diversos dos que haviam no Brasil Colonial, alvo de críticas e rechaço. A medicina surgiu, então, como regulador, com o objetivo higiênico, de mudanças no sentido daqueles vigentes nas cortes européias. Os médicos passaram a se debruçar sobre vários aspectos do cotidiano das famílias da colônia e seus membros.

O novo código social através das prescrições higienistas opunha-se a presença numerosa dos escravos e a intimidade dentro do ambiente familiar; a ergonomia das residências coloniais; a indumentária e postura no trato social e a educação dos filhos. A criança, até então, mero receptáculo dos desígnios paternos, passa a ser vista inicialmente em seu aspecto físico e sob quais condições higiênicas era submetida.

Inicia-se, portanto, um processo de transformação de um papel meramente utilitário, não-personalizado dentro da família e da sociedade. Segundo Costa (1999: 155), “nem sempre o neném foi ‘majestade’ na família. Durante muito tempo seu trono foi ocupado pelo pai. O universo cultural dos três primeiros séculos, possuído pelo culto à propriedade, ao passado e à religião assim o determinava: ao pai, ao adulto, os louros; ao filho, à criança, as batatas.”

A instituição médica parece trazer aos jovens uma libertação do papel de “coisa” do período colonial, já que a infância passa a ser extensiva aos quatorze, quinze anos de idade com o advento da escolarização, onde se faz necessária à separação das crianças em faixas etárias. Portanto, aos jovens estava designado um novo papel dentro da medicalização do espaço urbano. A eles caberiam as responsabilidades de propagação

dos preceitos éticos e morais compatíveis à nova ordem econômica capitalista, onde o trabalho e a propriedade privada seriam os seus marcos.

Ao invés de servirem à família sob os desígnios ditatoriais paternos, passariam a servir os ditames estatais, tendo como preceptores a instituição médica. Estas transformações trouxeram novas formas de relações interpessoais e sociais nem sempre mais fáceis que as anteriores.

“As velhas regras do certo e do errado, exclusivamente dependentes de Deus e do pai, caíam por terra. O controle higiênico era microscópico, detalhado, improvisado. Não havia um código claro, permanente, que orientasse o sentido das proibições. A higiene deu margem a este jogo de variações infinitas. Quase toda atividade humana podia ser potencialmente mórbida. (Idem: 138, 139)

A Assistência Pública às Crianças Pobres na República Velha e na Era Vargas

Tanto a questão da tutela do Estado à infância, quanto às questões disciplinadoras como forma de ordenamento social foram mantidas na passagem do século XIX para o século XX e ao longo deste. 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.

Direcionava-se aos jovens da população pobre, a mesma visão voltada às famílias coloniais da primeira metade do século XIX. Tidas como nocivas ao desenvolvimento de sua prole, esta era afastada do convívio familiar, tornando-se internas em colégios. Com relação aos jovens das classes pobres do início do século XX, encarava-se a fábrica como substituta da família, transformando-as em “escolas” e afastando os jovens da rua, sinônimo de delinquência e futura criminalidade.

O Código de Menores de 1927 parece ter sido criado para dar conta das questões relativas à infância pobre (Vogel, 1995). Há uma tensão, que se estende até os nossos dias, sobre a relação entre trabalho e a escolarização de jovens de classes populares. Nos vinte anos subsequentes a criação do código de menores, foi mantido o monopólio da gestão da delinquência e do controle da vigilância do trabalho infantil nas mãos dos juízes.

No período de pós-guerra até o início da ditadura militar o código de menores era prioritariamente utilizado em casos de delinquência, mantida posteriormente sob os auspícios do Serviço de Assistência ao Menor – SAM, criado em 1941 (Earp, 1998). 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 o oferecido por elas. Este foi o período de apogeu dos internatos e das internações.

A criação do SAM também se deveu ao fato de centralizar numa mesma instituição a assistência, para dar conta das necessidades surgidas a partir dos novos conhecimentos médicos, psicológicos e pedagógicos sobre as causas do abandono e delinquência e seu tratamento, como também a resolução das questões enfrentadas pelos Juizados de Menores em suas ações jurídico-sociais. O Serviço de Assistência ao Menor, responsável pela assistência aos “desvalidos e transviados” iniciou sua ação em estabelecimentos federais – internatos e pensões agrícolas – posteriormente a partir de 1944 tornando-se prestador de assistência social nos mais diversos aspectos em todo o território nacional.

A falência deste sistema pode ser constatada a partir da década de 50. Corrupção, maus tratos com aplicação de castigos corporais, violência sexual de funcionários a menores internos vêm a tona.

As denúncias mais graves contra a atuação do SAM, marcada pela corrupção e pela impunidade, foram feitas por um ex-diretor, Paulo Nogueira Filho, ao publicar a já citada obra “Sangue, Corrupção e Vergonha” em 1956, pouco tempo depois de deixar o cargo. O ex-diretor não pode comprovar documentalmente os absurdos denunciados, fato que não descarta a importância da obra, pelo seu valor como depoimento histórico. (Rizzini, 1995: 280)

Consenso na opinião pública e na imprensa, o SAM passa a ser denominado por “depósito de menores”, local onde ocorriam abusos e clientelismo. Esta política assistencial deve ser entendida dentro do contexto ideológico da época, no qual o “menor” na rua, fora das escolas e do ambiente de trabalho representavam risco à sociedade. Esta população sem vocalização político-econômica e sem possibilidade de barganha dentro de um Estado Ditatorial sucumbiu aos seus instrumentos de proteção e recuperação marcando negativamente o SAM no imaginário popular. (Rizzini: 1995)

A Legião Brasileira de Assistência – LBA, criada em 1942 por Darcy Vargas com o objetivo de prestar assistência à família e à criança, também fez parte das políticas a população pobre na era Vargas. A extinção de órgãos assistenciais voltados para a emergência e sua substituição pelo Departamento de Maternidade e Infância, como também a unidade de ação foram alcançados com o novo regimento da LBA de outubro de 1943. Ao Departamento de Maternidade e Infância cabia o estudo, planejamento e execução da assistência através dos serviços de assistência à família, de puericultura e medicina, de obras sociais e de cadastro e estatística.

A escolha desse “campo” justificou-se pelos problemas que atingiam a “criança brasileira”, mais especificamente os referentes à sua educação e a saúde, responsabilizados pelo “atraso econômico” do país (LBA, 1946). O preparo de “gerações de homens fortes” continua sendo percebido pelo Estado como uma questão de “defesa nacional”(ibidem).(Idem: 292)

A linha mestra da instituição manteve-se ao longo dos anos, adaptando-se a demanda de cada período.

Da Política do Menor à Reforma Psiquiátrica

A Fundação Nacional do Bem Estar do Menor - FUNABEM, apesar da descrença já existente sobre as “instituições totais” e das críticas de toda ordem dirigidas ao SAM, foi criada 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.

As várias mudanças ocorridas no sistema assistencial, incluindo a criação da FUNABEM, se deram sob os auspícios da revolução de 64. A meta principal deste período era formular e implantar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor – PNBEM, com base nos estudos a nível nacional do levantamento do problema desta população. Planejar e articular soluções junto a instituições públicas e privadas; dar subsídio técnicos a equipes de assistência fossem elas estaduais, municipais, de entidades públicas ou privadas; fiscalizar contratos e convênios como também o cumprimento das políticas de assistência ao menor fixadas pelo Conselho Nacional faziam parte das competências da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, entidade autônoma que fazia parte tanto da esfera administrativa quanto financeira, fora criada para formular e implantar políticas na área.

Este aparato foi criado pra dar conta de uma questão social surgida na segunda metade da década de 60. O incremento das regiões metropolitanas ocorrendo em paralelo com aumento da pobreza e conseqüente processo de marginalização, onde boa parte da população se mantinha excluída do direito ao acesso aos bens sociais, criou uma massa de desassistidos que em pouco tempo se tornou um grave risco para o desenvolvimento do país, portanto matéria de segurança nacional.

A massa crescente de crianças e jovens marginalizados fazia prever, a curto e médio prazo, prejuízos consideráveis, quer do ponto de vista sócio-econômico, quer do ponto de vista político. No primeiro caso, em virtude da riqueza que se deixava de gerar e do dispêndio com o qual se teria de fazer, face aos problemas sociais decorrentes da marginalização. No segundo, em virtude do risco de que o potencial constituído por esses “irregulares” viesse a ser capitalizado por forças contrárias do regime. (Vogel, 1995: 304)

A declaração dos Direitos da Criança aprovada pela assembléia das Nações Unidas em 1959 era partilhada pela FNBEM, que considerava ser o bem-estar do menor atendimento de suas necessidades básicas e que esta se realizaria através da reintegração ao ambiente familiar e ao fortalecimento econômico e social destas famílias. A FUNABEM, então, se tornou o órgão central destas propostas. Possuía um caráter normativo e a incumbência básica de repasse de recursos tanto financeiros como técnicos, calcados para tal em bases científicas. Prevenir e/ou corrigir as causas da conduta do menor anti-social e do menor desassistido, rompendo com o uso das práticas

repressivas era a pedra angular das ações desta instituição. As Fundações Estaduais – FEBEMs, ficariam então encarregadas da aplicação de recursos no nível local, sob a lógica metodológica e ideológica da Fundação Nacional.

Apesar do lema: “Brasil Jovem: A base do futuro sem fronteiras” (Vogel apud Bazílio, 1995), os internatos, herança do SAM, trouxeram uma armadilha da qual a FUNABEM não conseguiu escapar. A instituição convivia com o paradoxo da estrutura asilar lado a lado das estratégias de prevenção, com o clientelismo de um lado e os métodos e técnicas com base numa ação terapêutica em relação ao menor e preventiva em relação à família, do outro. A crescente marginalização da população infanto-juvenil na década de 70, deixou claro que a FUNABEM e as FEBEMs não dispunham de recursos suficientes para enfrentar a situação.

Os dez últimos anos de existência da FUNABEM foram de grandes transformações. Primeiramente constatou-se falência do modelo e a inviabilidade da convivência da assistência correcional-repressiva com o assistencialismo, o que gerou uma busca de abordagens inovadoras sob os auspícios da ainda insipiente abertura democrática e dos movimentos sociais. O próximo passo então, foi observar e tentar aprender com uma nova modalidade de trabalho e experiências bem sucedidas realizadas com meninos e meninas de rua – Projeto Alternativas de Atendimento a Meninos de Rua. A partir de 1984 a instituição criou uma nova identidade política, em paralelo acontecia a abertura democrática e a proximidade do primeiro governo eleito concretizando-se a abertura democrática após longo período de ditadura. A militância neste momento foi a favor das crianças e dos adolescentes. Nova legislação surgiu a partir da criação do Código do Menor de 1979 e vários movimentos culturais e técnico-científicos aconteceram. Em 1986 surgiu, sob a égide de que o atendimento a crianças e adolescentes era um direito, patrocinado pela FUNABEM, o Projeto Diagnóstico Integrado Para Uma Nova Política de Bem-Estar do Menor, que chegou aos seguintes resultados:

Em seu relatório final, o Projeto apresentava uma análise detalhada das políticas de atendimento ao menor. Demonstrava que, até 1975, havia predominado um paradigma corretivo, para o qual os menores carentes e/ou abandonados constituíam a base estrutural de recrutamento da criminalidade urbana. Combater a pobreza e reduzir as desigualdades sociais era um empreendimento socialmente útil, na

medida em evitasse que o menor carente viesse a se tornar abandonado e, este, por sua vez infrator. (Idem: 319)

O documento Compromisso Político e Diretrizes técnicas – 1987/1989 foi gerado a partir dos comentários finais do Diagnóstico com o objetivo de promover a defesa dos direitos básicos desta população. Tinha-se como situação de alto risco a vitimização, as situações de exploração, drogadição, deficiência física e/ou mental, entre outras. O último período da FUNABEM foi marcado pela tentativa de melhoria da imagem já tão desgastada. Foram criados os Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Menor – CRIAMs para substituir as escolas-internatos desativadas principalmente no Rio de Janeiro e Minas Gerais. Um último esforço de adaptação aos novos modelos foi a preocupação com os meninos de rua. Em 1990 foi extinta a FUNABEM, sendo substituída pelo Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência – CBIA com o intento de apoiar a implantação do Estatuto da Infância e Adolescência em todo o país.

Paralelamente, a reforma sanitária e os debates entre os profissionais de saúde mental, a partir da década de 70, trouxeram ao cenário do sistema de saúde, críticas e novas propostas de assistência. Os prenúncios da reestruturação da área de saúde mental se deram através das deliberações do Ministério da Saúde no final da década de 70, reorientando a área e possibilitando posteriormente, o processo de co-gestão dos hospitais psiquiátricos públicos pelo Ministério da Saúde – MS e o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Este processo fomentou discussões relativas às mudanças do modelo hospitalocêntrico e segregacionistas em novas práticas de cuidados com uma visão mais singularizada direcionada ao chamado doente mental. Vemos, no entanto, o avanço lento desta disposição nas décadas seguintes em termos de políticas públicas.

Ao longo da década de 80 ocorreram lutas e transformações significativas na área de saúde como um todo e especificamente à área de saúde mental, tornando este um período fértil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, firmou diretrizes para a constituição do Sistema Único de Saúde. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental manteve intenso combate ao modelo asilar e lutou pela revisão da legislação psiquiátrica, sendo, portanto fomentador da I Conferência Nacional de Saúde Mental em julho de 1987, como também do projeto de lei Paulo Delgado de 1989.

Como decorrência das conquistas ocorridas deste período temos a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Paulo e o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS) de Angra dos Reis, no final da década de 80 e início da década de 90.

Apesar do grande avanço nas políticas de saúde mental como um todo neste período, é evidente a disparidade relativa ao setor infanto-juvenil. Não há legislação nem políticas específicas para esta faixa etária. As propostas existentes dizem respeito a esta população como um todo e o dispositivo criado em 1986 pela Previdência Social através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), foi a publicação da resolução nº 123 de 27 de maio, instituindo procedimentos e rotinas para a assistência integral aos adolescentes, em redes básicas de serviços de saúde.

Somente em 1989, a Comissão Interinstitucional de Assessoramento à Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente é formada para propor ações de relevância para seu crescimento e desenvolvimento, para imunização, para atender doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, concepção e situações de risco como violência, acidentes, drogadição, patologias prevalentes etc.

Não havia qualquer referência à saúde mental do adolescente, embora em 1986, o Relatório Final do Grupo de Trabalho em Saúde Mental do INAMPS indicasse a importância do acompanhamento familiar como um recurso terapêutico fundamental na assistência a esta faixa etária. Até a presente data inexistente uma sistematização da abordagem às famílias. Como nos aponta Pitta e Alves (1993: 126):

As intervenções de medicina em geral e, da medicina mental em particular, não deveriam mais ter como objetivo principal acabar com as disfunções patológicas, mas sim desenvolver as potencialidades do sujeito e intensificar o seu funcionamento 'normal' a fim de encontrar caminhos significativos para que as pessoas vivam suas vidas da melhor maneira possível.

O relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental em julho de 1987, propôs mudanças no modelo hospitalocêntrico, priorizando a criação de novos dispositivos como os hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial, dentre outros. Neste primeiro momento a questão da saúde mental na infância e adolescência e os dispositivos a ela destinados ainda não haviam sido contemplados.

Reflexões sobre as Políticas Atuais

O Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, na tentativa de trazer novos ares liberalizantes às políticas de assistência ao menor, não conseguiu ganhar adeptos para além dos juízes e dos envolvidos no seu processo de criação. Foram identificadas virtudes neste dispositivo jurídico, mas as queixas se concentram na capacidade de aplicabilidade do Estatuto dentro do atual quadro da realidade brasileira.

Os Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares, desdobramentos da nova legislação e instâncias ligadas diretamente a possibilidade de ação e efetivação do Estatuto da Criança e Adolescência, até hoje são alvo de críticas dos vários segmentos, direta ou indiretamente envolvidos com as questões da infância e adolescência. Os próprios militantes do ECA encontram-se divididos quanto a melhor forma de atendimento a esta população. Jovens carentes ou jovens infratores? Este ainda continua sendo um entrave ao avanço das políticas públicas nesta área. Há os que advoguem o retorno às práticas repressivas e os que defendam o avanço da implantação do Estatuto.

A essa postura regressiva dos que acham que se foi longe demais, opõem-se os defensores do Estatuto, convictos de que, se houve pecado, foi por timidez e não excesso. Ao mesmo tempo, não podem deixar de reconhecer que, se o Estatuto consagrou a proteção integral, é necessário, para que esta se torne efetiva, consagrar o Estatuto. Quanto ao que deve ser feito neste sentido parece não haver dúvida, nem divergência, entre eles. Para garantir a Lei 8069/90 contra investidas daqueles que já reivindicam a sua próxima e radical revisão, não há senão uma única estratégia passível de êxito: ampliar drasticamente a criação e atuação dos Conselhos Municipais de Direitos e Conselhos Tutelares, antes que a posição do Estatuto se torne insustentável. (Vogel,1995: 325, 326)

Parece ser impossível, até o momento, ver-se de forma global o fenômeno da Juventude, independentemente das questões de hierarquia social, da inserção escolar e do *status* jurídico.

A adolescência, fenômeno social surgido a partir da Segunda Guerra Mundial, foi construído e definido pela própria ordem social constituída, ou seja, as instituições.

Os papéis e *status* atribuídos, que estabelecem as possibilidades de integração e atuação social, são cada vez mais dificultados pelo próprio contexto social e seus constituintes.

O adolescente, que com o passar dos anos tem sua faixa etária cada vez mais extensa, não possui o estatuto de cidadão por inteiro, dependendo ainda do Estado ou de outra instituição que o represente. Seu posicionamento jurídico dentro da ordem social é dúbio. Imaturidade e irresponsabilidade jurídica e civil se equivalem trazendo a cassação de seus direitos enquanto cidadãos. A juventude, assim, é vista com desconfiança e hostilidade e se torna um problema a ser tratado. Luz (1993: 13) nos traz várias reflexões:

Podemos observar, deste modo, nas sociedades industriais, inclusive na sociedade brasileira atual, uma contínua construção simbólica do 'jovem' como modelo de aspirações e de conduta nos mais diversos campos, que visa basicamente assimilá-lo a ordem, sem nela integrá-lo, a não ser no plano imaginário. Ao contrário, tende a excluí-lo permanentemente como sujeito social e político. (...)

A exclusão social dos jovens parece se dar em dois âmbitos. Por um lado através da ordem econômica via mercado de trabalho. Por outro através da depreciação de sua figura, rotulando-o de imaturo e rebelde. Esta última sendo utilizada no esvaziamento das críticas dos jovens, muitas vezes pertinentes, a sociedade que os cerca e também, como justificativa, as ações coercitivas direcionadas a este grupo. A ordem social parece incapaz de absorver o novo por se mostrar diferente das relações sociais já estabelecidas. A ordenação do jovem parece ser objetivo final deste processo, fazendo o velho da ordem social, emergir no jovem. Ainda para Luz,

Os agentes sociais mencionados se comportam vigilantemente amorosos, amigáveis, preocupados, hostis, de acordo com a gravidade do desvio do modelo social dominante. Aos primeiros sinais de grande inquietação do adolescente em relação à sua identidade face aos valores que lhe são transmitidos no cotidiano, movem-se os agentes institucionais em busca de amparo nos discursos competentes, únicos legitimados pelas sociedades atuais. Em caso de práticas claramente desviantes das regras instituídas dá-se a passagem da inquietação à repressão, numa escala que termina no internamento (hospício ou

prisão) ou na eliminação. O jovem que não se enquadra nas regras é por ela enquadrado. (1993: 14)

Dentro deste contexto, os jovens com graves padecimentos psíquicos parecem se encontrar em dupla desvantagem. Como se comportam então, diante deste impasse, o Estado e suas Instituições? São exercidas pelo Estado, as funções de proteção a si atribuídas?

Especificamente relacionado à área de saúde mental, constatamos que no início do século XX e mais acentuadamente na segunda década deste século, o Higienismo apoiado no ideário médico positivista, voltado à prevenção, implantava como princípio filosófico e estratégico fundamental para tratamento de crianças com distúrbios psíquicos, a intervenção no grupo familiar. Esta estratégia consistia na retirada da criança do seio familiar, já que os pais eram considerados causadores dos distúrbios, sendo então lesiva a permanência junto a eles.

Podemos perceber o cerne deste ideário tendo início nos primeiros cinquenta anos do século anterior, com a introdução na sociedade colonial da instituição médica, que por um longo período, teve como regra afastar das famílias abastadas, seus filhos, e confiá-los a escolas onde poderiam ser adequadamente orientados e salvos do contato pernicioso com a família.

Esses jovens eram levados a reformatórios, onde seriam ortopedicamente “re-educados” dentro de parâmetros positivistas de disciplina, ordem, progresso, trabalho e liberdade, sem levar-se em conta as demandas individuais e as respectivas “culturas familiares”. Após este saneamento educacional os jovens eram devolvidos às famílias de origem e à sociedade, mas já como “novos” indivíduos prontos para exercer as atividades esperadas pelo contexto social.

Apesar da passagem de pelo menos seis décadas, houve poucas mudanças efetivas na área de saúde mental voltada à infância e a adolescência dentro das políticas públicas. A preocupação estava voltada aos desviantes e havia uma clara ambigüidade no que diz respeito à proteção desta população. As instituições totais – reformatórios, internatos e asilos – eram os aparelhos destinados ao “tratamento” deste contingente populacional, incluindo-se neste os “doentes mentais”.

Ao focalizarmos especificamente a área de saúde mental, vemos que na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, havia pouco relato das ações voltadas para a área infanto-juvenil. Foi referida a criação de programas de atenção às pessoas portadoras de deficiências, que buscavam incluí-las em escolas públicas e

privadas por meio de atendimento especializado, opondo-se de forma enfática à existência de instituições para menores e de classes especiais com características asilares.

A Unidade Hospitalar de Neuropsiquiatria Infantil/Núcleo de Adolescentes do Complexo Psiquiátrico Pedro II, dispositivo asilar, criada ainda na década de 50, permaneceu como o único dispositivo no estado do Rio de Janeiro disponível para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos por pelo menos três décadas. Os cinco Centros de Atenção Diária, criados a partir de 1998, são os recursos existentes na cidade do Rio de Janeiro, área com grande contingente populacional e um dos pólos nacionais de desenvolvimento técnico, para lidar com a questão do grave adoecimento psíquico da clientela infanto-juvenil.

A partir do ano de 2001 há o prenúncio de mudanças. A I Conferência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro e a II Conferência de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, ambas em 2001, tiveram como tema de grupos de discussão, a saúde mental da infância e adolescência.. A Pré-Conferência Nacional de Saúde Mental da Infância e Adolescência, realizada com o objetivo de dar corpo às necessidades e também apontar políticas para área, foi a materialização dos esforços e sucessos da temática dentro do contexto geral das Conferências Municipais e Estaduais em todo Brasil. Uma de suas funções era de aglutinar propostas e profissionais ligados a temática, tendo em vista a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Amplo debate foi realizado e extenso material foi compilado, sem sombra de dúvida um grande salto, principalmente se tomarmos como referencial o quadro acima descrito.

Outro passo fundamental para o avanço neste processo foi a criação da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta a Lei 10.216, propondo um novo modelo de atenção – Centros de Atenção Psicossocial/CAPS, introduzindo a noção de território apesar de utilizar como referencial para implantação do serviço e atendimento a área adscrita em termos de espaço geográfico e definindo modalidades de atendimento. Pela primeira vez, nesta portaria, foi contemplada a questão da infância e adolescência, ao se estabelecer um dispositivo voltado especificamente a esta clientela acometida por transtornos mentais graves, reconhecendo a importância e necessidade do atendimento a esta população e as instituições e atores sociais com ela envolvidas.

Mas não podemos esquecer que estamos diante de um longo processo de construção e validação de práticas com o objetivo de implantar e sedimentar políticas para uma área importante, mas ainda tão carente. Cabe-nos então, lançar questões para futuras discussões.

Vivendo num país de muitos e graves problemas, convém perguntar qual a dimensão, tanto ética quanto epidemiológica, das questões de saúde mental nas crianças e adolescentes? (...) Quais as nossas ações quanto a este problema em crescimento? (...) Por que a saúde mental de crianças e adolescentes continua sendo uma questão menor? Haveria, dentre explorados e excluídos do Brasil, uma subcategoria ainda mais desprovida de direitos e voz? (Saggese, 1995: 11, 12 e 13)

II. Assistência e Práticas à Infância e Adolescência em Saúde Mental

A assistência à saúde da infância e adolescência nem sempre ocorreu da forma como atualmente é efetuada. A integridade física e mental era vista como um todo e várias práticas e políticas eram a elas destinadas. Num período que se inicia na segunda metade do século XIX, houve maior interesse pelas questões da infância e adolescência surgidas no bojo dos parâmetros da medicina social. Salubridade, taxa de mortalidade, aleitamento materno foram alvo de atenção, observação e intervenção, pela primeira vez sob o olhar científico. A pediatria e puericultura surgidas deste momento, ultrapassavam as questões a elas destinadas, os cuidados com a infância, avançando pelo campo da moral e da política de estado, já que, desde este período se inicia a temática do cuidado as populações jovens em prol da identidade e crescimento da nação.

Nas duas primeiras décadas do século XX o ideário de crescimento e identidade do país se intensifica num movimento pendular, que ora buscavam estes objetivos através da utilização de práticas estrangeiras e em outros momentos enfatizavam as peculiaridades locais e a valorização das produções nacionais. Neste contexto várias disciplinas contribuíram para a disciplinarização da infância e a domesticação dos desvios que por ventura ocorressem nos primeiros anos de vida. A pedagogia como representante do campo da educação e a psiquiatria, um ramo emergente da medicina, se mesclaram neste intento.

Na psiquiatria, cuja clínica voltada a crianças até então não se distinguia da clínica dos adultos, começaram a surgir a partir dos anos 30 uma nova abordagem com compreensão distinta da fase anterior. A busca das doenças e posteriormente das etiopatogenias na configuração de uma patologia mental da infância, levando em conta suas fases desenvolvimentistas, que fez surgir uma investigação metodologia desta clínica. A psicanálise, com sua marcante influência desde a década de 30 até os dias de hoje, estruturou em grande parte o percurso desta disciplina, a psiquiatria infantil, que carece de identidade e estruturação até os dias de hoje.

Da Medicina Social a Pediatria

A medicina social, surgida inicialmente na Europa e posteriormente trazida ao Brasil pela família real portuguesa em 1808, efetivou uma série de transformações nos hábitos higiênicos das famílias brasileiras tornando-as cada vez mais dependentes dos médicos e incapazes de gerir até mesmo pequenos problemas surgidos no seu ambiente. Estas transformações ultrapassaram o âmbito doméstico, se estendendo ao espaço arquitetônico das casas e das cidades, levando até a criação de um esboço de política sanitária. A alteração nos espaços com transferência dos cemitérios para os arredores das cidades, a mudança da disposição geográfica com o aterro dos pântanos e terraplanagem dos morros e o encanamento de águas e tratamento de esgotos foi um retrato destas políticas sanitárias.

As altas taxas de morbidade e mortalidade foram os dados através dos quais, inicialmente de forma sutil, a medicina social impôs uma educação física, moral e sexual à população. Com a introdução destes novos hábitos, que foram se transformando em instrumentos de controle político e de classes, as crianças tornaram-se alvo primordial destas ações por serem o meio mais eficiente de atuação nas famílias. Famílias que, através do discurso normatizador da medicina voltado para atingir seus costumes domésticos e organizacionais, teriam o seu poder reduzido.

Surgiu, a partir de então, uma rede de aparatos institucionais, assistenciais e de aprimoramento científico para dar conta deste controle e destas políticas. Ao longo do século XIX surgiram vários guias maternos com vários artigos sobre higiene infantil. Deu-se então, o surgimento da medicina social da criança, que no final do século formalizou sua constituição através da criação da primeira cadeira de moléstias da criança na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A medicina social sempre atuou em vários períodos históricos acompanhando as problemáticas existentes propiciando transformações que beneficiassem o Estado.

A Casa dos Expostos era uma outra face desta política de controle da higiene e da moral das famílias. Criada no Brasil no século XVII, seu objetivo era proteger a honra da família colonial e da vida das crianças enjeitadas, desde seu início passou a ter o efeito oposto incentivando a libertinagem e a mortalidade infantil. No período higienista, a Casa dos Expostos passou a ser apontada por contribuir com uma das grandes causas de mortalidade infantil, devido aos precários cuidados oferecidos às crianças e as péssimas condições de higiene e acomodações. Outro fator causador da alta taxa de mortalidade, segundo Costa (apud Teixeira, 1989) seriam a falta de

educação física, moral e intelectual das mães que entregavam seus filhos aos cuidados de escravas e amas-de-leite ignorantes e parteiras inábeis. O sentimento de infância foi modificado neste período por conta do persuasivo e insistente trabalho de médicos moralistas e educadores e esta mudança se deu primeiro nas classes abastadas por conta de seu papel e importância no contexto econômico e político.

O aleitamento materno e o aleitamento de aluguel oferecido por amas ou escrevas se tornou um campo de intenso embate na passagem do século XIX para o século XX. Esta questão passou a ter grande significação ao pertencer a um problema de foro nacional. Em função deste impasse foi fundado no Distrito Federal em 1901, por Moncorvo Filho, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, idealizado para ser um serviço de exame e atestação de nutrizas mercenárias. Dois anos depois, foram apresentados dois projetos de lei voltados à proteção da infância pela fiscalização oficial do aleitamento mercenário no V Congresso Brasileiro de Medicina.

A pediatria social tornou-se então, ao fornecer carteiras com atestado e exames cada vez mais rigorosos, uma medicina de classe ao dificultar o comércio de amas de aluguel e controlar a saúde das populações pobres, tornando-as menos perigosas para as classes ricas (Orlandi, 1995). Nas três primeiras décadas do século XX, o leite materno foi substituído primeiramente pelo leite condensado e finalmente pelo leite em pó, já que com a abertura do mercado de trabalho após a Grande Guerra houve o desaparecimento das mães de aluguel.

As organizações religiosas e os filantropos foram, e não somente os pediatras e puericultores, os promotores da melhoria dos cuidados às crianças no século XIX. Estas instituições se transformaram para serem no século XX assumidas pelos poderes oficiais. As Casas dos Expostos tiveram longa existência e o Hospital N^a S^{ra} da Saúde, na Gamboa, Rio de Janeiro, criado para dar conta das epidemias, acabou por recolher crianças doentes ou crianças cujos pais internados faleceram, por não a quem entregá-las. A Policlínica das Crianças, inaugurada por filantropo, teve como seu primeiro diretor Fernandes Figueira. Nos anos 10 e 20 houve incremento do interesse em torno da criança. Creches, jardins de infância, maternidades, cursos e publicações foram criadas.

Na verdade, desde o século XVII, a assistência social no Brasil foi sempre privada, antecipando-se à ação governamental, até a década de 30 deste século, quando o Estado começou a se atribuir e assumir a proteção à infância, mas sempre convocando indivíduos e

associações particulares a colaborarem monetariamente com as instituições assistenciais. Percebem-se nessa atitude duas tendências que até os dias atuais caracterizam o atendimento à criança: o Governo proclama sua importância e mostra a impossibilidade de arcar com ele pelas dificuldades financeiras em que se encontra. O atendimento não constitui direito, mas favor. Ambas as tendências ajudam a esconder que o problema da criança se origina na divisão da sociedade em classes sociais. (Orlandi apud Kramer, 1995: 84)

A Disciplina Escolar e A Eugenia

Os discursos das quatro primeiras décadas do século XX buscaram legitimar o saber pedagógico como novo, moderno, experimental e científico. A escola como instituição intrinsecamente disciplinar que se constituiu ao longo dos últimos séculos e que na modernidade alcançou seu apogeu, tornando-se nela a sociedade da escolarização. No Brasil, do final do século XIX até a década de 20 as práticas discursivas e institucionais buscavam legitimação nesta pedagogia.

Em 1914, no Estado de São Paulo, foi instalado anexo à escola normal secundária, o Laboratório de Pedagogia Experimental no Gabinete de Psicologia e Antropologia Pedagógica. O professor Ugo Pizzoli veio da Itália trazendo maquinário complexo de medição com o encargo de instalar, tal qual no exterior, o laboratório para estudo científico da infância. Ao acompanhar o movimento científico moderno, através do exame metódico de todas as energias da criança poderia se generalizar todos princípios, universalizar todos os meios, como se todos os indivíduos pudessem para comodidade do pedagogo e do professor, adaptar-se à forma de um só modelo decretado (Carvalho, 1997).

A Carteira Biográfica Escolar, instrumento e dispositivo de produção de conhecimento sobre o aluno, deveria ser utilizada em todos os grupos escolares e manteria em seus registros toda a vida do aluno ao longo dos cinco anos de curso. Fotos anuais do aluno e registros de mensuração advinda das observações antropológicas, fisiopatológicas, amnésicos da família e individuais obtidas através de exame médico deveriam constar dos registros da Carteira Biográfica. O conjunto destes dados

forneceria o caráter específico do aluno decodificado através de índices de normalidade, anormalidade e degenerescência.

A Árvore de Pizzoli, forma de representação do campo epistemológico da pedagogia da época, utilizava as raízes suspensas, o tronco e as folhas e frutos para designar aspectos do campo e suas interfaces. A raiz representava as outras ciências que podiam subsidiar o processo pedagógico, tais como: pediatria, ortofrenia, fisiologia, antropologia, psicologia, anatomia, etc. O tronco representava o processo de educação que poderia desdobrar-se tanto na educação normal quanto na emendatória, que por sua vez se desdobraria nas folhas e frutos murchos destinada aos desviantes – criminosos, amorais, surdo-mudos, idiotas, etc.

A psicologia, segundo Oscar Thompson, diretor da Escola Normal na ocasião e incentivador do novo movimento científico, seria a ciência que forneceria a ciência da educação subsídios importantes. O psicodiagnóstico e a pedotécnica, além de estudar o caráter específico da criança nas diversas fases da vida segundo parâmetros da normalidade, traçaria normas ao método e didática de ensino harmônicas a natureza psicológica do aluno.

O estudo desse assunto e dos meios de correção assume cada dia importância maior e só ele bastaria para pôr em relevo o fim humanitário da pedagogia científica. Sem uma psicologia científica não saberíamos estudar a criança no seu caráter especial não poderíamos distinguir o aluno inteligência tarda do cretino, o imbecil do idiota. Se há pouco essa criança estava perdida para a sociedade e relegada ao manicômio a expiar a culpa dos pais, vêmo-la atualmente, mercê de um melhor estudo, entregue a institutos especiais ortofrênicos, onde se educa e corrige para ocupar o seu posto no convívio social (...) Os casos de correção devidos à ciência pedagógica não se praticam em prisões, mas em institutos educativos, com métodos racionais e científicos. (Carvalho apud Thompson, 1997: 299)

A menção de Thompson aos *manicômios*, em que crianças espiariam a *culpa dos pais*, seria uma referência ao Pavilhão Bourneville criado em 1903 no Hospício de Pedro II, uma *secção de creanças, (...) confiado a um medico (...) actualmente*

n'aquelle posto humilde e sagrado de medico e educador de creanças infelizes. (Bilac, 1905)

Esta pedagogia pretendia conhecer o escolar através das etiologias, enquadrando-o numa tipologia através da leitura de sinais no seu corpo, que uma ciência determinista constituiria em índices de normalidade, anormalidade e degenerescência¹. Sendo que na degeneração operariam parâmetros impostos por teorias raciais que inundavam o campo intelectual da época – a Eugenia. A distribuição de crianças por escolas, casas de correção, hospícios ou prisões se tratava de uma prática humanitária.

Lourenço Filho, em 1930, foi o primeiro a utilizar o termo *escola nova* ao publicar artigo sobre curso ministrado no Instituto de Educação. Sob esta designação encontrava-se um comprometimento com a pedagogia científica mesclado com um revisionismo de fins sociais, expelindo as questões da anormalidade e regeneração do contexto pedagógico para outros saberes e poderes. Motivações políticas e sócio-econômicas atraíram profissionais de diversas categorias para a causa educacional. Educar seria a saída para o grande problema nacional – saúde e educação – por sua capacidade de regenerar a população doente e inculta.

Paralelamente, neste período, a psiquiatria brasileira se debruçava sobre a questão da infância, propondo intervenções psiquiátricas preventivas. Há neste período uma expansão de instituições psiquiátricas públicas e privadas nos principais centros urbanos. Também tentando se legitimar enquanto instância reguladora do espaço social, para além dos espaços asilares, surgia a psiquiatria infantil vinculando-se a um saber preventivo. A psiquiatria foi então convocada a intervir de forma disciplinadora na população rebelde infantil.

O aparecimento da psiquiatria infantil não se deveu a descoberta de uma patologia mental própria da infância, mas da designação de um possível objeto de intervenção para uma prática que não se limitaria a gerir reclusos, mas sim presidir a inclusão social. (Schechtman apud Donzelot, 1981)

O primeiro passo para este processo se iniciou com Gustavo Riedel, diretor da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, ao criar em 1919 o Ambulatório Rivadávia Correa, embrião do Instituto de Profilaxia Mental. Em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, com o objetivo de ampliar a obra de

¹ Estes índices seriam aferidos a partir de um roteiro de observação e medidas da compleição física, tipo racial, traços morais, marcas de hereditariedade e ambiente familiar.

Higiene Mental já iniciada no Engenho de Dentro. A LBHM, dentre seus vários objetivos, tinha como principal meta a realização de um programa de higiene mental e eugenia visando a melhoria da saúde mental coletiva e a formação moral mais adequada nas massas. O sistema de formação moral *previniria as psiconeuroses e distúrbios elementares do sistema nervoso que podem gerar paixões, crimes, idéias extremistas, reivindicadoras ou revolucionárias*. (Schechtman, 1981: 25)

Os Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, revista produzida pela LBHM, que circulava no Brasil e fora dele, veiculava seu ideário eugênico não só para médicos, mas também para professores, juristas e intelectuais sendo este movimento amplamente divulgado por ocasião da distribuição gratuita a vários colégios, bibliotecas públicas e demais locais onde houvesse ampla circulação de pessoas. A Higiene Mental, para a psiquiatria, se iniciaria logo após o nascimento da criança e a acompanharia por toda vida, justificando o controle e orientação à família.

No que dizia respeito a higiene da criança, houve a partir de então a regulamentação e padronização dos métodos obstétricos com o estabelecimento do serviço pré-natal, controle e fiscalização de crianças na escola, pré-escola e no trabalho com o intuito de reduzir o índice de mortalidade. Estas atividades estariam ligadas ao serviço de Higiene Mental

Renato Kehl funda em São Paulo no ano de 1918 a Sociedade de Eugenia e em 1931 a Comissão Central Brasileira de Eugenia, que contava com dez membros também pertencentes a LBHM. Em 1929 se realiza o I Congresso Brasileiro de Eugenia na Academia Nacional de Medicina, dando mostras da penetração que o ideário eugênico havia alcançado nos meios intelectuais e médicos.

O movimento eugênico, ao relacionar-se com a melhoria da raça, criou um forte apelo enquanto ciência pudesse possibilitar condições para a “ordem e progresso” no Brasil. A ansiedade em relação ao perfil e identidade nacional poderia ser abrandada pela incorporação desta ciência aos nossos meios acadêmicos (Santos, 2003). A Eugenia foi uma teoria de grande prestígio na época por seus propósitos de melhoramento da espécie humana com a extinção dos degenerados e a seleção dos procriadores. Para os eugenistas haveria sempre uma minoria selecionada para servir de modelo a uma maioria de seres improdutivos e atrasados. Vários procedimentos e ramos da medicina foram marcados pela eugenia.

Na revolução de 30, o Estado Novo de Getúlio Vargas, muitos membros da Liga Brasileira de Higiene Mental ocuparam cargos no Ministério da Saúde e Educação, este fato permitiu a atuação de vários de seus membros em estabelecimentos municipais que

se desdobrou na implantação de serviços para tratamento das neuroses e psicoses e na instalação do Gabinete de Psicologia Aplicada que atendia à doentes dos ambulatórios e aos alunos da rede pública. A Clínica Eufrenica direcionava seu atendimento a pré-escolares e escolares das primeiras séries com o objetivo de garantir a boa formação psíquica e prevenir doenças nervosas da infância, corrigindo-lhes as reações anormais e canalizando adequadamente o caráter da juventude. Suas ações tinham duas vertentes principais. A primeira seria a Eufrenia genealógica, que confundia com os objetivos e domínio da eugenia e a segunda seria a Eufrenia médico-pedagógica, cujas ações educacionais estimulariam as qualidades inatas e amenizaria as predisposições hereditárias.

Assim, um dos mecanismos possibilitadores da intervenção psiquiátrica sobre a criança será dado pela atuação dos médicos na assistência ao escolar, através dos serviços de higiene e saúde escolar. Essa atividade médico-escolar teria uma dupla finalidade, pois, além de constatar possíveis “distúrbios degenerativos”, serviria também para classificar e separar crianças conforme sua evolução psicológica individual. (Schechtman, 1993: 89)

Os programas oferecidos pela LBHM e efetivados pela Clínica Eugênica às crianças eram o atendimento individual com a avaliação clínica e exames psíquicos para a compreensão da personalidade com inquéritos médico-sociais das crianças nervosas. Em caráter coletivo eram realizadas conferências, publicações técnicas avulsas e periódicas.

A cooperação entre a medicina e a pedagogia, sob os auspícios da LBHM, com forte conotação político-idealista se manteve de forma estreita até os primeiros anos da década de 40. Em 1941 se realizou o I Congresso Nacional de Saúde Escolar com temáticas direcionadas à higiene mental da criança, mais particularmente a “psiquiatria infantil e saúde escolar”. Em 1942, Getúlio Vargas deu apoio e foi presidente de honra da Iª Semana da Saúde da Raça, promovida pela Sociedade Brasileira de Urologia. Segundo Bitencourt (Schechtman, 1981) seria justificável a intervenção psiquiátrica no ambiente escolar devido ao desajustamento entre este e o meio familiar, como também na correção dos pais ao gerar um ambiente desfavorável, causador de desajuste mental às crianças. Para Danilo Perestrello (Idem, 1981) criar e educar filhos seria então uma missão científica quase impossível de ser cumprida por pais leigos. A fronteira entre a

pedagogia, psiquiatria infantil e a ideologia política se confundiam gerando mútua dependência.

A História da Psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas. A LBHM herdou esse tipo de pensamento, reforçando-o e desenvolvendo-o, graças a incapacidade que tiveram seus psiquiatras em discriminar aquilo que nas suas teorias era determinado pelos conceitos da cultura. (Costa, 1989: 73)

Psiquiatria Infantil e Psicanálise

A história clínica da psiquiatria da criança tem sua existência em termos cronológicos similar a psiquiatria de adultos, mas diverge quanto ao seu percurso e em relação ao seu estabelecimento enquanto um campo de conhecimento científico específico. Bechère (1992) destacou a existência de três grandes períodos no processo de construção e aquisição de conhecimento na psiquiatria infantil.

O primeiro período foi voltado exclusivamente para a questão do retardo mental, também denominada por Esquirol em 1820 de idiotia. Esta denominação derivava da observação de adultos e concebia-se na ocasião que a afecção poderia ser reversível, portanto adquirida ou irreversível devido ao caráter congênito. Para Esquirol, ao ser adquirida, o idiotismo seria uma forma aguda de demência e quando congênito, as faculdades mentais do indivíduo nunca se manifestariam ou poderiam se desenvolver, não se categorizando portanto como doença. Desde Esquirol a descrição clínica de idiotia fora complexa com a descrição de diferentes graus de acometimento.- idiotia, retardo infantil, imbecil. A loucura das crianças neste primeiro período era a idiotia, que mais tarde foi acrescida dos problemas epiléticos, já bem descritos anteriormente. Mas para alguns autores não existia a loucura propriamente dita nas crianças.

O segundo período, que iniciou na segunda metade do século XIX e se estende até as duas primeiras décadas do século XX, se caracterizou por uma reprodução da clínica clássica de adultos. Inicialmente esta clínica desvelaria doenças e não estados, portanto estabelecendo ciclos de quadros clínicos que ocorreriam ao evoluir do tempo.

O modelo básico seria a paralisia geral com suas fases delirante, maníaca, demencial e finalmente a estuporosa terminal. Seguiu-se posteriormente a clínica com inclinações etiopatogênicas, onde cada quadro estava apoiado numa determinada quantidade de causas e mecanismos patológicos típicos. Morel, dentro deste quadro, opôs as doenças mentais adquiridas, ligadas a medicina do corpo, a das doenças mentais constitucionais que seriam do terreno psicológico particular, degenerescência mental hereditária ou adquirida bem cedo. Ele e seus conceitos dirigiram-se a alienação e patologias mentais da infância, buscando encontrar na criança síndromes mentais paralelas ao retardo.

Na virada do século com a nosologia do psiquiatra alemão Kraepelin, houve um incremento nas descobertas neste campo devido a investigações clínicas com parâmetros e metodologia mais avançadas. Surgiu uma nova geração de tratados. Avanços também ocorreram no campo do retardo mental ao surgir a distinção das formas congênicas clássicas – a demência precocíssima. A partir de 1926 se começou a se falar sobre a esquizofrenia infantil, abrindo maior espaço para a distinção entre a idéia da existência de psicoses autistas e dissociativas e do retardo mental e das manifestações de caráter e constitucionais. Teve início neste período a noção moderna de psicose infantil e dos seus desdobramentos.

O terceiro e último período da psiquiatria infantil, iniciado na década de 30 do século XX até os nossos dias, surgiu sob a influência marcante da psicanálise. O *conflito psíquico* e seus desdobramentos psicopatológicos trouxeram para a clínica infantil uma configuração específica, principalmente por envolver uma situação atual ou recente. Manifestações dispersas passam a ser pensadas sob o modelo da *histeria* e a sintomatologia psicossomática surgiu de forma rápida e reveladora, com a colaboração da pediatria, enriquecendo o surgimento de uma nova clínica. Foram acrescentados as categorias dos dois períodos antecedentes, as doenças psicossomáticas, os distúrbios de comportamento, os distúrbios afetivos e as perturbações elementares do desenvolvimento.

A psicanálise e suas noções se incorporaram as teorias psiquiátricas da infância na Europa por justaposição e nos Estados Unidos através do funcionalismo. Os grandes tratados criados na década de 30 na Europa – Kanner (1935), Pichon (1936), Robin (1939) – criaram um corpo teórico de suporte e ação na clínica, havendo maior destaque para a produção realizada na Inglaterra por sua concepção de conjunto, homogeneizando as intervenções na clínica. Já nos Estados Unidos, desde o início do século XX, havia uma integração das teses psicanalistas no conjunto do campo da psicologia e da psicopatologia, denominado funcionalismo. Esta abordagem, a

funcionalista, intimamente inscrita na vida americana, permite incorporar facilmente uma variedade de sistemas de idéias – psicanálise, gestaltismo, pavlovismo – e se caracteriza pela idéia de um todo orgânico explicitado na dualidade espírito-corpo e que este se mantém numa tarefa permanente, contínua e vital de adaptação ao meio. Determinar a função da atividade psicologia seria de capital importância para a compreensão sobre as formas de adaptação do psiquismo, parte integrante do organismo, ao ambiente. O estudo da clínica psicopatológica da criança se deu essencialmente através dos estudos dos psicanalistas de suas práticas da clínica psicoterápica como também do imenso material das pesquisas, das etapas do desenvolvimento da criança dentre outras coisas, de inspiração funcionalista e behaviorista. O conjunto deste material – clínica e pesquisa – marca, estrutura e funda a psiquiátrica da criança, ou pedo-psiquiatria, nos Estados Unidos.

Se nós lançamos, agora, um olhar de conjunto sobre esse diferente processo histórico e sobre os três períodos bem diferentes que ele recobre, logo aparece algo que certamente não está inscrito na idéia de uma clínica: é a importância das concepções, das teorias psicológicas (no sentido amplo) nas quais se inscreve a clínica psiquiátrica da criança no decorrer de seu desenvolvimento. O que determina as questões, procedimentos e observações dos clínicos, é o olhar que eles lançam sobre a infância, a concepção que têm de seu desenvolvimento e de seu papel na formação do adulto. (Berchérie, 1992: 33)

Karl Yaspers (apud Berchérie, 1992) responde a esta questão, a disparidade na clínica psiquiátrica da criança e do adulto ao enfatizar as “relações de compreensão”, o engendramento dos estados sincrônicos – compreensão estática e fenomenológica – e dos estados diacrônicos – compreensão genética – como um esforço para representar o vivido pelo doente. A subjetividade guia e delimita o próprio campo de observação. Para ele, o observador no ato de observar traz consigo seu conhecimento espontâneo e sua intuição psicológica permitindo-lhe compreender e classificar o que diz, experimenta, o que cala e não experimenta o doente e deste material criar um índice de princípios, hipóteses e resultados pertinente.

Para Berchère (1992) falta qualquer compreensão ao observador adulto de uma medida comum entre o adulto e a criança, sendo este o impeditivo da constituição de uma clínica psicopatológica. Por um lado há a importação acrítica da clínica dos adultos. Por outro, na clínica moderna, distanciada dos paradigmas médicos e impregnada pela psicanálise, há uma abertura para o conjunto da clínica.

2.1. Teorias Orientadoras

O isolamento e enclausuramento do louco, dentre outros desviantes sociais, foi uma prática utilizada em resposta ao caos social e a crise econômica gerada pelas mudanças nos meios de produção a partir do século XVII. Enorme contingente populacional se encontrava enclausurado nos hospitais, sendo esta uma das formas de ocultação da miséria, dentro dos ditames absolutistas da época.

A nova ordem social trazida pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, o Contrato Social com a livre circulação de indivíduos e bens de consumo, ou seja, as bases de contrato social estabelecidos pelo Liberalismo, refletiam sobre os limites da liberdade, conseqüentemente exigindo uma nova conceituação da loucura. O enclausuramento absolutista não poderia mais coexistir com as novas regras sociais de desenvolvimento econômico baseado nas liberdades individuais. O isolamento e enclausuramento do louco passaram a ser visto como forma de tratamento, já que o mundo exterior seria o agente perturbador, mobilizando irritações e paixões irracionais. O confinamento seria a condição primeira do tratamento moral, da domesticação dos apetites e posteriormente da cura. O movimento alienista tinha como base terapêutica o isolamento e o tratamento moral e a psiquiatria era, então, o que trazia a legalidade a privação de liberdade. A promulgação da Lei de 1838, na França, legitimadora da psiquiatria e do manicômio, jurídica e administrativamente, estabeleceu a tutela médica da doença mental. Sua influência se exerce até a presente data em toda a legislação psiquiátrica no ocidente, transformando a loucura em algo a ser tutelado pelo saber médico e a reclusão como método terapêutico imprescindível ao tratamento do “doente mental”. O controle do indivíduo que não respondia a imposição da lei, desviante em suas condutas e transgressor da nova ordem social era confiado à tutela da psiquiatria. O reconhecimento de algum tipo de razão e subjetividade ao alienado servia somente para intermediar o contato e a relação com seu tutor, o médico, o qual seria responsável por seu tratamento, antes de tudo moral e sob a ótica da instituição psiquiátrica.

As Reformas Reformistas

A partir da primeira metade do século passado, surgiram vários movimentos e críticas em resposta ao tratamento oferecido ao doente mental. O crescimento econômico e a reconstrução social do pós-guerra, com parâmetros igualitários em busca de uma sociedade pautada na solidariedade, incrementaram este processo. O hospital psiquiátrico tornou-se, então, alvo de crítica às formas de exclusão social.

Quatro são os movimentos marcantes dentro do contexto da reforma psiquiátrica. A comunidade terapêutica na Inglaterra, a psicoterapia institucional e política de setor na França e psiquiatria comunitária nos Estados Unidos. Na Inglaterra, este movimento iniciou-se sob os auspícios de Bion e Rickman no hospital de Northfield, que tinham como tarefa tratar de soldados com distúrbios mentais em decorrência da guerra e retorná-los para o *front*. Utilizavam para tal, grupos de discussão no interior do hospital psiquiátrico, no qual pacientes, médicos e auxiliares se tornavam uma massa orgânica e sem posições hierárquicas, submetidas às mesmas regras e leis, regidas a partir de então pela decisão do todo. Todos os recursos institucionais eram utilizados no tratamento. Dentro dos limites da instituição, norteava-se o tratamento pela democratização das opiniões, tolerância, intenções e objetivos compartilhados no confronto com a realidade.

A política de setor e a psicoterapia institucional na França, apoiada na psicanálise, iniciaram-se por volta de 1940. Tosquelles, juntamente com Bonnafé, Oury, entre outros, criaram no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, uma experiência transformadora baseada no preceito de que “Não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem neles” (Desviat apud Dessauant, 1999: 25). O hospital psiquiátrico se transforma então, num campo de relações significantes permitindo a criação de múltiplos focos transferenciais, através de uma “escuta analítica coletiva”, se tornando também num instrumento para análise da instituição. Estas mudanças se devem as experiências de ocupação nazista e dos campos de extermínio ocorridas na Segunda Guerra Mundial, resultando na transformação da base asilar de tratamento. No recente pós-guerra se tomou como princípio para organização dos serviços psiquiátricos, o setor. Este propunha colocar à disposição da população serviços de qualidade em suas várias formas de atendimento. O conceito de assistência seria abandonado em prol de projetos terapêuticos individualizados sem abrir mão da dimensão pública e coletiva destes procedimentos em saúde.

A psiquiatria comunitária surgiu nos Estados Unidos após a declaração do Presidente Kennedy, em 1963. Esta propunha, na ocasião, um Programa Nacional de Saúde Mental, no qual a doença e o doente seriam vistos sob novo prisma e o tratamento passaria a ter nova valoração, sendo a assistência comunitária o eixo central. Desde o início do século havia o Movimento de Higiene Mental, que teve como uma de suas maiores conseqüências à criação em 1909 do Comitê Nacional de Higiene Mental – atual Associação Nacional de Saúde Mental, contrário às formas custodiais de atendimento, advogando por uma forma de tratamento no seio da comunidade (Desviat, 1999). Poucos resultados foram obtidos neste período e nos anos subseqüentes, já que o atendimento asilar manteve-se como forma prioritária de tratamento ao doente mental.

Os Centros de Saúde Mental Comunitária, criados a partir do *Community Mental Health Centers Act of 1963*, que levavam em conta a facilidade de acesso à clientela atendida, tinham como alguns dos princípios básicos: disponibilidade, gratuidade, ênfase na prevenção, informação sobre a forma de tratamento disponível a população alvo e levantamento de necessidades da população com um todo. A psiquiatria preventiva preconizada por Gerald Caplan era o suporte teórico da psiquiatria comunitária, o atendimento ao indivíduo adoecido não era o objetivo alvo, este transcendia à comunidade em suas mais variadas possibilidades – as escolas, os trabalhos, os asilos, a sociedade de forma geral – na tentativa de produção de mudanças positivas e bem-estar. Sob esta ótica, além dos profissionais da área de saúde mental, os agentes comunitários possuíam papel importante na identificação dos fatores ou práticas de risco, corrigindo-os positivamente.

Os Centro de Crise, substitutos a internação convencional, surgiram como modelo de aplicação clínica à teoria da crise criada por Langsley e Kaplan. Dentre várias atribuições, podemos destacar a identificação de grupos em situação de risco, o planejamento de atividades terapêuticas visando rápida resolução da crise e no pós-crise, a realização de nova avaliação visando, quando necessário, a confecção de novo planejamento terapêutico. Estes centros situavam-se em hospitais gerais, centros comunitários ou locais onde a população era considerada de risco. Como fator de risco entendia-se fatores ou práticas que exerciam influência negativa contínua no desenvolvimento da personalidade e os que interferiam de forma pontual em situações de desequilíbrio.

As reformas psiquiátricas inglesa e francesa conseguiram imprimir uma nova forma de tratamento e de leitura do adoecimento mental; sob estes novos parâmetros, o doente mental passou a sofrer novo tipo de ação e proteção do Estado. Ainda como

cidadão tutelado, o indivíduo se manteve na condição de doente e submetido às regras e limitações estabelecidas pela própria instituição – o manicômio. A exclusão e o estigma social mantiveram-se sob forma humanizada. Aos doentes mentais a igualdade e liberdade eram asseguradas, contanto que fosse intramuros ou em locais substitutivos. Já a reforma psiquiátrica dos Estados Unidos, apesar de valorizar o papel da comunidade e as possibilidades da rede social, mostrando-se flexível quanto à imprevisibilidade do tempo de tratamento, parece arrastar os muros que circundam a instituição para toda a sociedade. Os doentes mentais não foram libertados e sim a sociedade que se tornou refém de regras normatizadoras de conduta, tendo nos profissionais de saúde e agentes comunitários os guardiões e agentes correcionais do bem-estar da população.

A Reforma Psiquiátrica Italiana

A Reforma Psiquiátrica Italiana e seus principais autores, na qual nos deteremos de forma mais pormenorizada, por se tratar de uma das bases teóricas utilizadas para orientar a análise das práticas e procedimentos efetuados em Centro de Atenção Diária a adolescentes com grave padecimento psíquico, por possibilitar um entendimento e intervenção de forma mais completa possível do indivíduo acometido por transtorno psiquiátrico. Sob esta ótica, o sujeito não está somente recluso em sua doença, é também partícipe do contexto social com todos os seus desdobramentos. As escolhas individuais são dotadas de sentido não só dentro dos aspectos subjetivos da doença, estas também possuem valor social e correspondem a respostas do meio. Este aspecto se torna de suma importância, quando o sujeito a que estamos nos referindo é um adolescente, em processo de construção da individualidade psíquica e social, necessitando do ambiente ao seu redor subsídios para exercer sua capacidade contratual e o exercício de sua cidadania. Outro aspecto importante trazido por alguns autores da reforma psiquiátrica italiana, são os caminhos apontados para uma prática de reinserção social, de forma flexível, saindo da conceituação teórica para o enfrentamento de impasses cotidianos, respeitando as possibilidades e potencialidades do sujeito adoecido.

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, após vários anos voltados para a prática docente, inicia experiência institucional assumindo a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Voltado para a transformação da forma de atendimento aos pacientes

psiquiátricos, foi buscar referências para sua prática clínica nas reformas psiquiátricas da França e da Inglaterra. As influências também presentes do pensamento fenomenológico existencial de Sartre, como também de Foucault e Goffman, foram marcantes para analisar criticamente suas práticas clínicas e a instituição psiquiátrica.

O ato terapêutico se revela, nesse ponto, uma reedição revista e corrigida da precedente ação discriminatória de uma ciência que, para se defender, criou a “norma”, cuja infração pressupõe uma sanção por ela própria revista. (Basaglia, 1991: 102)

A reflexão, a partir deste novo prisma, traz a luz o papel da instituição psiquiátrica frente aos pacientes e sua forma de intervenção. O poder, o controle e a segregação mal conseguem ser disfarçado sob a maquiagem da assistência. Para tratar-se faz necessário negar todo o contexto institucional e romper com a neutralidade que afasta o profissional de saúde do verdadeiro sofrimento do sujeito diante de si, até então camuflado na sua condição de indivíduo institucionalizado.

Encontramo-nos, portanto, diante da necessidade de uma organização e da impossibilidade de concretizá-la; diante do imperativo de formular um esboço de sistema que funcione como ponto de referência para em seguida transcendê-lo e destruí-lo; diante do desejo de provocar mudanças a partir de cima e da necessidade de esperar que elas se elaborem e se desenvolvam a partir da base; diante da busca de um novo tipo de relação entre doente, médico, equipe hospital e sociedade, em que o papel protetor do hospital se divida eqüitativamente entre todos ...; diante da necessidade de manter um certo grau de conflito, capaz de estimular e ao mesmo tempo reprimir a agressividade, as forças individuais de reação de cada doente em particular. (Idem: 117)

O trabalho realizado por Franco Basaglia no hospital de Gorizia, envolve nova demanda para técnicos, pacientes, suas famílias e a sociedade. Este se organiza sobre três pontos centrais de intervenção na prática cotidiana: origem e pertencimento de classe dos *usuários*; a pretensão de neutralidade e conseqüente produção de verdades científicas e, finalmente, a função social da tutela como controle social da instituição

psiquiátrica. A doença como produção psiquiátrica, passa então, a ser colocada entre parênteses, permitindo a aproximação e relação com o sujeito dentro de sua real condição de sofrimento psíquico. Despojam-se do indivíduo os valores institucionalizados da doença, o seu duplo. A periculosidade, a irrecuperabilidade e incompreensibilidade da doença precisam ser desconstruídas, necessitam ser vistas por outro prisma, diverso da sintomatologia gerada pelas condições institucionais. A contratualidade, poder de negociação dos indivíduos nos vários espaços por onde circula e reinserção psicossocial se tornam metas prioritárias na reconstituição dos sujeitos que sofrem.

A desinstitucionalização, dentro dos parâmetros da reforma psiquiátrica italiana, significa, dentre outros aspectos, desmontar o aparato teórico-clínico gerado pela instituição psiquiátrica. A cura passa a ter sua importância deslocada para um conjunto complexo de estratégias indiretas e mediatas, na prática cotidiana, de enfrentamento dos problemas de forma crítica. Priorizam-se projetos de reprodução social, nos quais são valorizados os recursos positivos do serviço e de todos que estão nele inserido, objetivando uma inserção saudável destes indivíduos no meio.

(...) os diversos tipos codificados de 'terapia' (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social etc ...) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados (...) Se se trata de pensar que "a liberdade é terapêutica", cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Ao se tratar de desinstituir a doença como experiência que não é superável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda. (...) o trabalho terapêutico deve enfrentar efetivamente um campo de ação complexa.
(Rotelli, 1990: 46)

A desinstitucionalização tem dentre seus objetivos a supressão da internação, construindo serviços substitutivos com a responsabilidade de suprir todas as necessidades em saúde mental da população assistida. Estes, dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica italiana, se tornam o eixo de todo o sistema de saúde mental, orientando outros recursos e possibilidades correlatas, tais como: moradias assistidas, cooperativas de trabalho, etc., também dando suporte junto à rede de instituições da

organização social, dentre elas, escolas e tribunais. O enriquecimento das competências técnicas é mais um desdobramento deste processo.

A complexidade do lidar diário com o padecimento psíquico de indivíduos em Centros de Saúde Mental, impõem um rearranjo nas modalidades e recursos de intervenção. Valorização e centralização no trabalho em equipe com auto-avaliação constante do desenvolvimento do trabalho substituem as verdades científicas, assim como a priorização da dimensão afetiva na relação médico-paciente surgem para tomar o lugar da neutralidade terapêutica.

(...) a nova política de saúde mental é um campo no qual se formam “culturas das necessidades e dos recursos” no qual os cidadãos, as comunidades locais, os “usuários” se mobilizam como atores em conflito, se organizam, constroem soluções e produzem inovações no modo de funcionamento das estruturas institucionais.
(Idem: 55)

No que diz respeito à produção de recursos e ao enfrentamento da crise fiscal nas instituições, da burocratização e desperdício, a desinstitucionalização, traz como contribuição a possibilidade de produção efetiva através de recursos escassos deslocando os investimentos em aparatos tecnológicos e materiais para o material humano, promovendo eficácia e autonomia das pessoas.

A *crise produtiva* trazida pelo novo modelo de atendimento impele aos serviços organizar as diversas modalidades de contato, encurtando os tempos de latência nas crises e tornando mais precoce a intervenção. A prevenção, cura e reabilitação transformam-se numa prática única, suscitando, portanto, modalidades mais flexíveis de intervenção, com maior prontidão e adequação as questões demandadas. O papel dos serviços passa a ser a promoção das mais variadas formas de reprodução social, tanto dos usuários quanto de seus familiares.

(...) Na nossa experiência, a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede de suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim,

de recuperar a relação entre valências de saúde, os valores de vida e a própria crise . (Dell'Acqua & Mezzina, 1991: 56)

A invenção de novas estruturas terapêuticas, gerando a *Instituição Inventada*, que objetiva produção de vida, investindo na reconstrução de sentido e produção de valores permitindo ao indivíduo reingressar ao meio social com novos papéis, desenvolve estratégias levando ao encontro de um novo tipo de relação, implementando contratos entre usuários, técnicos e a sociedade, onde responsabilidades são compartilhadas abandonando critérios de uma ciência abstrata e de instituições pautadas na violência e na tolerância. A coexistência nos serviços de usuários das mais diversas patologias – crônicos e agudos – e das mais variadas classes sociais e faixas etárias através da troca de experiências, permite o crescimento mútuo ao partilhar problemas.

(...) Elementos, traços, segmentos, partes sãs, 'normais', são particularizáveis em cada sujeito 'doente' e é sempre possível reconhecer um significado e valorizar o nexos entre normalidade e anormalidade, entre estar bem e estar mal, entre estar em condição de agir e precisar de ajuda. Enquanto a psiquiatria clínica tende a reconhecer apenas os traços patológicos, anormais, insanos, os sintomas da doença, a prática do serviço, já descrita, consegue valorizar o nexos dialético entre saúde e doença e, em consequência, também os componentes sãos, as expressões de saúde, de normalidade. (Idem: 77)

Nas estratégias desenvolvidas e utilizadas na *Instituição Inventada*, o momento de crise perde o caráter de ruptura no curso da existência do indivíduo, são levados em conta a história de vida, os percursos institucionais anteriores, contexto familiar, possibilitando a reconstrução de sua história, dando sentido a todo este contexto sem o objetivo de explicá-lo. A crise então, assume um valor dinâmico, de solução e reconstrução do percurso institucional, social e familiar, como também da própria ruptura gerada pelo advento da crise. Apesar do caráter inovador e criativo mediante as demandas apresentadas, por se tratar de um espaço institucional, as atenções devem estar sempre voltadas aos aspectos regressivos gerados pela própria institucionalização, que podem ser suscitados tanto por usuários quanto técnicos. Repensar, como exercício constante inerente às práticas do serviço e sobre as práticas do serviço, torna-se a

palavra-chave, tanto no enfrentamento dos riscos da institucionalização quanto para manutenção da riqueza de trocas existentes dentro deste espaço, aberto as contribuições da comunidade, influenciando qualitativamente nos percursos individuais de todos envolvidos.

III. O Problema da Prática de Cuidados e Reinserção Social dos Jovens no Contexto da Reforma Psiquiátrica

A prática de cuidados e reinserção psicossocial de adolescentes com grave padecimento psíquico através dos dispositivos de atenção diária têm como pressuposto básico os procedimentos orientados pela reforma psiquiátrica. Por se tratar de uma clientela jovem, esta questão do “desvio da norma” parece estar mais ligada às instituições da área da educação e da justiça, do que da saúde propriamente dita. Há poucos serviços e dispositivos na área de saúde mental voltados para seu tratamento.

Institucionalizar esta clientela não parece ser tarefa difícil. Dá-se, no entanto, de forma sutil. É uma rotina observar jovens com tratamentos por anos a fio em ambulatórios, nos quais são somente medicados e devem comparecer mensalmente para avaliar a dosagem do medicamento. Também é uma constante que profissionais, através desta rotina, informam aos pais ou familiares dos adolescentes, que estes devem se acostumar e tolerar a difícil situação em que se encontram, apontando esta como a única forma de tratamento.

Algumas famílias exauridas e descrentes, respaldadas por longo período de peregrinação pelos poucos serviços existentes, apresentando sempre a mesma forma de tratamento ou então aventando a possibilidade de um tratamento melhor, mas que tem de ser efetuado em instituições díspares e distantes, acabam optando pela internação domiciliar de seus filhos. Passam elas mesmas a ser seus “médicos”, considerando-se habilitados pela longa experiência oferecida pelo convívio com os serviços.

Esses pais aceitam e acomodam-se ao isolamento dos filhos dentro de um quarto, geralmente proporcionado pela contenção medicamentosa ou sintomas do padecimento psíquico em que se encontram. Estes jovens, por sua vez, se mantêm por longos períodos alheios ao ambiente circundante e a tudo aquilo que seria natural ao mundo adolescente: a escola, as aprovações ou não para o próximo período letivo e o burburinho dos amigos entrando pela porta de suas casas; os amigos, as patotas e as contendas constantes com os pais pelo horário da chegada à noite em casa ou a ida um determinado baile, boate ou discoteca; os namoros, o linguajar e roupas próprias que entram e saem facilmente do circuito dos modismos; são muitas as coisas que perdem. Talvez possamos dimensionar esta problemática quando nos reportarmos aos dados epidemiológicos voltados a população infanto-juvenil. Estes dados apontam para uma

prevalência de transtornos mentais para esta faixa etária de 10 a 15%², sendo que cerca de 50% destes transtornos tendem a produzir incapacidade permanente³.

O desfecho desta “internação voluntária” é dramático e, geralmente é antecedido por uma crise. Caso esta crise ocorra ainda dentro do período da adolescência, o dispositivo de tratamento existente para acolhida a este jovem ainda é o mesmo que o manteve dentro deste circuito de institucionalização do atendimento ambulatorial/medicamentoso ou da internação familiar.

Ao completar dezoito anos de idade as perspectivas de atendimento e acolhida à crise será provavelmente efetuada por um dispositivo de internação, o mesmo que se destina aos adultos, desfazendo-se de imediato, neste momento, a questão da especificidade técnica do profissional a lidar com o atendimento ao jovem adulto. Não há dúvidas de quem irá atendê-lo no hospital psiquiátrico. As circunstâncias em que geralmente ocorrem as internações envolvem dispositivos de segurança – policiais ou soldados do corpo de bombeiros e ocorrem sob coação, agressão física de parte a parte, seguida de imobilização. Saem todos – jovens, familiares, profissionais envolvidos – traumatizados.

Assim, as bases e preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, alicerçados na Reforma Psiquiátrica Italiana, se fazem igualmente necessárias a esta população jovem. O atendimento ambulatorial e as internações psiquiátricas como os únicos dispositivos existentes para lidar com o adolescente frente a um padecimento psíquico grave, só pode ser vista como uma prática institucionalizante e cronificante que deve ser desconstruída em nome não somente dessa população em questão, mas de seus familiares e todo o contexto social no qual estão inseridos.

Rotelli (1990: 29) orienta em que bases esta desinstitucionalização deva se dar.

(...) este primeiro passo da desinstitucionalização consiste no fato de que não se pretende enfrentar a etiologia da doença (...), mas, ao contrário, se adota a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais.(...) Por isso, a reproposição da solução reorienta de maneira global, complexa e

² Steinberg, D. 1994. Adolescent Services. In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches (Rutter, M. & Taylor, E. & Hersov, L.) Oxford: Blackwell.

³ Offord, D & Fleming, J. 1995. Epidemiologia. In: Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. (Lewis, M.- Org.) Porto Alegre: Artes Médicas.

concreta a ação terapêutica como transformação institucional. (...), porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Mesmo dentro da ótica de *desinstitucionalização*, mantém-se a questão da especificidade profissional para o enfrentamento destas demandas surgidas na prática diária com adolescentes. Um dos principais atores deste processo são os técnicos no interior das instituições, eles ativam o sistema, tornando dinâmicas as competências, interesses e potencialidades individuais adormecidas, tornando-se também interlocutor das demandas sociais.

Ter um novo olhar para este sujeito-adolescente imerso na doença mental, também surgido da homogeneização dos atendimentos e procedimentos, como da institucionalização das práticas, traz a necessidade de técnicos sensíveis às peculiaridades e demandas da faixa etária em questão.

Reflitamos então, sobre a importância das cooperativas de trabalho criadas a partir do processo de desinstitucionalização visando que o material produzido nas oficinas terapêuticas – a laborterapia – deixasse de ser um mero preenchimento do tempo ocioso e se transformasse a partir de novos parâmetros em uma produção com significação social. Tal procedimento não possui a mesma importância para os adolescentes e deve ser relativizado, pois para estes a geração de um produto com significação social a partir do trabalho, tem ainda papel secundário, sem falar nas questões legais e jurídicas envolvidas.

A desinstitucionalização é em essência um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição de sujeitos que sofrem. Ao se abrir mão do mandato da solução-cura, descortinam-se várias possibilidades de cuidados, no aqui e agora, transformando tanto as vivências de sofrimento quanto os modos de vida a elas relacionadas. As transformações da estrutura em decomposição gestadas pela institucionalização da doença, devem ser implementadas homeopaticamente, gerando novas práticas que se fundamentem em três pontos básicos, a saber:

O primeiro está relacionado à construção de uma nova política de saúde mental. As novas práticas propostas dentro dos Centros de Atenção Diária no que diz respeito à clientela adolescente, necessitam emergencialmente de novas políticas públicas para a

população como um todo, deixando de ser uma prática de vanguarda implantada dentro de uma instituição formadora de ensino, tal como ocorre há aproximadamente quatro anos no Programa Clube Ponto de Encontro, um dos programas oferecidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSIJ, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, destinado a jovens portadores de grave padecimento psíquico .

O segundo diz respeito à centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência destes pacientes de forma global, complexa e concreta em seu cotidiano.

E por terceiro, a construção de estruturas externas e territorializadas em substituição a internação manicomial.⁴

Para Rotelli,

A emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da “cura”) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico.(1990: 31)

Colocar a *doença entre parênteses*, ou seja, apartá-la de sua construção teórica e conceitos classificatórios, para então se encontrar com o sujeito dentro de suas modalidades de produção humana e social, têm significações diversas entre adolescente e adultos, gerando portanto demandas diversas. Para Amarante (1996: 78), “o princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente”, abrir mão do constructo da doença produzido pelo saber psiquiátrico, impregnadora da relação médico-paciente.

A doença psiquiátrica dentro das *instituições totais* gera em si um *a doença mental e seu duplo*, gestado e orientado pela própria prática asilar, trazendo em seu bojo noções de periculosidade, irrecuperabilidade e incompreensibilidade. Dentro deste sentido o adulto e o adolescente se assemelham. Dentro desta prática institucional não há distinção nem especificidade por parte dos técnicos em relação aos diferentes e as diferenças nos indivíduos acolhidos.

Saraceno (1996: 97), nos traz de forma sintetizada sua concepção de serviço voltada a qualquer sujeito que se encontre numa existência social de sofrimento psíquico grave.

(...) a integração interna do serviço é a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização (seja em termos de acesso da demanda, seja em termos da não-esteriotipia da resposta) orientada às necessidades do paciente e não às do serviço.

A desinstitucionalização, através da construção de novas políticas de saúde mental, do enriquecimento e reconstrução da existência dos pacientes de uma forma complexa e concreta através do trabalho terapêutico e desconstrução dos manicômios substituindo-o por novas estruturas, foi benéfica não somente aos pacientes, mas trouxe também novas possibilidades aos profissionais. O Enriquecimento das competências e autonomia de decisão foram algumas delas, mas provavelmente o maior legado trazido à área tão ortopedicamente estruturada, tenha sido o princípio de “aprender a aprender”.

A centralização no trabalho de equipe e auto-avaliação constante da mesma no desenvolvimento do trabalho é o eixo sobre o qual gira ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção surgidos a partir da desinstitucionalização. A formação de nova profissionalidade baseada no trabalho operativo, na valorização dos recursos positivos do serviço e dos usuários, na dimensão afetiva da relação usuário-técnico e nas trocas sociais e terapêuticas, servem de base para a criação de novas estratégias de atenção para o surgimento de uma *instituição inventada*, que no entender de Rotelli ,

A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como de investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.(1990: 93)

⁴ O CAPSI Pequeno Hans, criado em dezembro de 1998 e o CAPSI Elisa Santa-Roza em agosto de 2001, são os únicos dispositivos de base territorial existentes até o momento no município do Rio de Janeiro, voltados para infância e adolescência, atendendo respectivamente as APs e .

A demanda psiquiátrica é complexa. Além do sofrimento psíquico envolvido, também estão presentes no processo, os agentes de encaminhamento, a forma de chegada ao serviço e as passagens institucionais anteriores, tenham elas ocorrido em dispositivo asilar ou não. A crise, segundo Dell'Acqua (1991), para além de um episódio de desestruturação e intenso sofrimento psíquico, significa a ruptura de relação com o contexto familiar e social e recusa a qualquer tipo de tratamento, gera alarme e incapacidade dessas instâncias para enfrentá-la e se torna um momento onde a prática de prevenção, cura e reabilitação se converge de forma unitária e se fazem necessárias.

Os Centros de Atenção Psicossocial, como *locus* privilegiado de intervenção a crise, têm a responsabilidade de dar conta das múltiplas necessidades em saúde mental da população assistida, transformando-se portanto no eixo do sistema, coordenando uma série de possibilidades e estruturas paralelas e complementares, tais como: moradias assistidas, cooperativas de trabalho e etc. O acolhimento deste sujeito neste contexto se torna então a função primeira, prescindindo a questão diagnóstica, já que o binômio solução-cura deixa de ser o eixo do tratamento. Além deste acolhimento não isolar o usuário de seu ambiente, no caso específico do adolescente, deve ser extensivo aos seus familiares. A expressão de demandas e os aspectos envolvidos antes e depois da eclosão da crise são facilitados no sentido de trazer redução da ansiedade e conseqüente alívio, possibilitando reconstituição da realidade via confrontos e produção de sentido. A formulação de um programa prático de atendimento pode então ser construída.

As relações entre técnicos e usuários devem ser levadas em conta dentro de suas particularidades e existir dentro da lógica de enriquecimento e reconstrução das relações. Os profissionais do serviço devem transitar por todas as valências terapêuticas propiciando uma relação global entre ele e o usuário. Os laços de afetividade e cumplicidade devem ser favorecidos dentro e fora dos serviços, como também entre os mais diversos tipos de usuários, com maior ou menor grau de comprometimento e das mais diversas classes sociais. O desenvolvimento no território de onde provém o usuário e onde também deve ser implantado o serviço – *territorialidade* – é também o *locus* apropriado para o desenvolvimento de competências para manutenção da tutela, da proteção e do apoio a estes indivíduos.

Para Saraceno (apud Basaglia, 1999: 67), “*o louco é antes de tudo um sujeito social condenado a uma perda progressiva de contratualidade não só afetiva, mas social, econômica e civil*” e é nesta perda de contratualidade que os serviços devem intervir, dando suporte aos pacientes na reinserção em diversas atividades do campo

doméstico e social, instrumentalizando-os, material e simbolicamente, na reprodução social e melhoria de qualidade de vida. Saraceno (1999: 123), nos aponta ainda, que:

A desabilitação é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa: e isso a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar, mais ou menos ampliado.

Creio seja um erro manter distinto demais esses dois âmbitos, a rede social ampliada e familiar, já que freqüentemente a margem que as separa é sutil e, sobretudo, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa. Conseqüentemente, intervenções que melhorem o setting familiar geram também expansões da rede ampliada.

Ainda na perspectiva de cuidados aos familiares, visando novas possibilidades de inserção para os usuários e àqueles diretamente ligados em sua prática cotidiana, Saraceno (1999: 125) acrescenta, citando Thornicroft:

(...) Os objetivos da intervenção familiar deveriam ser os seguintes: reduzir os riscos de recaída para os paciente psicóticos (esquizofrênicos), melhorar a qualidade de vida dos familiares e do paciente, ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas e da desabilitação.

O aumento da capacidade de negociação, objetiva e subjetiva, e de subjetivação dos usuários e também dos familiares quando estamos lidando com uma população de usuários adolescentes, faz com que progressivamente surjam novas necessidades e conscientização, possibilitando a compreensão e expressão de suas próprias exigências e expectativas, em última instância, norteadores em torno do qual os serviços devem se organizar. Um exemplo expressivo desta questão foi a criação da Oficina de Sexualidade dentro do Programa Clube Ponto de Encontro um ano após o início do programa. Esta demanda não se deu de forma explícita e nem foi verbalizada por nenhum dos usuários, mas todo o espaço de convivência foi inundado por esta temática, surgindo em momentos ora significativos ora inapropriados, exigindo por parte da equipe percepção e capacidade de vocalização das demandas suscitadas.

Não se trata, portanto, de abrir mão dos diversos dispositivos técnicos existentes e já que “os diversos tipos codificados de ‘terapia’ (médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social e etc ...) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados” (Rotelli, 1990: 46). Criar espaço de autonomia para decisões e cooperação de todos os atores envolvidos – usuários, familiares, técnicos, comunidade, etc. – possibilita a expressão da criatividade e dos recursos individuais segundo a própria cultura, linguagem e comportamento. A programação de atividades culturais, tais como: passeios, festas e etc. são momentos que permitem o exercício de tomada de decisões, de criatividade e da aceitação dos limites e disponibilidades de todos os envolvidos.

A complexidade do lidar com a “existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social” dentro do espaço institucional dos serviços, deve nos remeter a uma repensar constante a respeito das práticas cotidianas desenvolvidas e dos entraves vividos, para que estas – práticas e entraves – não venham se transformar em “crises” que possam incorrer no risco de institucionalização do serviço. Dell’Acqua (1991: 74) nos alerta, com sua experiência, para o fato de que

(...) O serviço é, não obstante, sempre um espaço institucional e como tal reproduz continuamente aspectos regressivos de ‘institucionalização’, quer nos pacientes em sua relação com o serviço, quer nos operadores e na sua relação com o trabalho.

A gama de práticas e cuidados oferecidos em Centros de Atenção Psicossocial, envolvendo direta ou indiretamente, usuários, técnicos, familiares e a comunidade em suas mais variadas representações, dizem respeito a um novo processo de atendimento a sujeitos com grave padecimento psíquico. Estas práticas de intervenção valorizam os potenciais, comportamentos e produções subjetivas da clientela assistida, reconhecendo os nexos entre normalidade e anormalidade, entre saúde e doença. Este processo se torna ainda mais significativo, quando se trata de população adolescente, pois estamos lidando com um sujeito ainda em processo de desenvolvimento psíquico e social. Em última instância, estaria se desconstruindo a doença nos momentos iniciais de sua configuração, tentando impedir a construção de uma “carreira manicomial” e abrindo novas possibilidades de produção e integração no ambiente social.

IV. Programa Clube Ponto de Encontro e seus Recursos Terapêuticos

4.1. Metodologia de trabalho

O presente trabalho tem como objetivo geral efetuar um estudo exploratório da implantação e a pertinência das práticas, procedimentos e instrumentos utilizados no Programa Clube Ponto de Encontro. São os objetivos específicos desta investigação os desdobramentos de suas práticas e procedimento no que diz respeito as intervenções especificamente voltados aos familiares e/ou responsáveis da clientela atendida.

Para realizar o trabalho tomamos como objeto de estudo o Programa Clube Ponto de Encontro e as práticas de assistência voltadas aos familiares da clientela assistida, sendo então realizado um estudo de caso, centrado no estudo de caso único do tipo crítico. O referido programa foi selecionado para esta pesquisa por ser, dentre os cinco dispositivos de assistência voltados para o atendimento da população infanto-juvenil, na área de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro, o de maior tempo de existência e também por atender especificamente a jovens, na faixa etária de 12 anos a 18 anos incompletos. Seu público é constituído por jovens acometidos por neurose grave e psicose, diferentemente da maioria dos serviços que têm, como proposta inicial, sua população alvo crianças e como patologia a ser preferencialmente tratada, o autismo.

Os principais autores da reforma psiquiátrica italiana, já expostos anteriormente, foram utilizados como base teórica para a confrontação com a realidade empírica analisada. Partimos da hipótese de que o conjunto destas práticas, inclusive às voltadas especificamente aos familiares e/ou substitutos, viabilizam a reinserção social, i.e., a retomada do processo de desenvolvimento psíquico e social, compatível com a patologia e faixa etária dos jovens atendidos.

Ao levar em conta o princípio básico da reforma psiquiátrica e um dos parâmetros do modelo político e contingente apontado por Denis & Champagne dentro das teorias das organizações (Hartz, 1993: 67), no qual os atores envolvidos no processo de reinserção psicossocial são os mais habilitados para discutir e refletir sobre os benefícios e impasses do processo, utilizamos as dúvidas, afirmações, reflexões e queixas, ou seja, a ótica dos técnicos da equipe e dos familiares dos jovens assistidos pelo programa para efetuar esta análise.

Os instrumentos utilizados para propiciar a vocalização dos técnicos da equipe e dos familiares dos usuários do Clube Ponto de Encontro foram respectivamente as

entrevistas semi-estruturadas e o grupo focal. Com estes instrumentos buscou-se identificar o papel e a implicação da especificidade profissional para o tratamento de jovens dentro de um contexto multiprofissional; o tipo de relação existente entre os técnicos da equipe e os familiares e entre os familiares e os adolescentes; o envolvimento, compreensão e participação dos familiares no tratamento dos filhos; quais os atributos e competências dos técnicos e quais os tipos de atitudes dos pais ou responsáveis frente aos adolescentes para que o tratamento dos jovens possa se desenvolver da forma mais adequada possível dentro do programa. Também foi utilizados, no presente trabalho, a transcrição do percurso de ingresso e tratamento de dois usuários do programa com o objetivo ilustrar de forma vívida os caminhos e descaminhos surgido ao longo do atendimento dos jovens, seus familiares e a rede social envolvida.

A Ata de Reunião da equipe técnica do programa, que desde seu início contém o registro da evolução, transformação e criação dos procedimentos utilizados, foram submetidos a análise de conteúdo onde foram utilizadas as seguintes estruturas: 1) organizativas – oficinas terapêuticas, clube de pais, etc. e 2) operativas – equipe profissional, instrumentos utilizados, etc., como suporte para a reflexão e investigação exploratória da implantação do programa ao longo dos últimos quatro anos.

A legislação psiquiátrica vigente para a área da infância e adolescência – portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, a lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – o Estatuto da Criança e do Adolescente e o projeto inicial do Clube Ponto de Encontro serviram como pano de fundo para a análise pretendida.

O presente trabalho se insere na perspectiva de fornecer subsídios a nível técnico ao articular à prática a teoria, dando visibilidade ao processo através de sua apresentação, quantificação e análise de dados, para o fomento de políticas públicas à infância e adolescência na área de saúde mental. Pretendendo possibilitar também, num sentido multiplicador, a formação e treinamento de recursos humanos voltados aos cuidados a crianças e adolescentes com grave padecimento psíquico em diversas áreas ainda não cobertas por este tipo de prática de atendimento. Reorientando a responsabilidade dos profissionais da área para além do ato de executar e produzir cuidados e os possibilitando também a promover a organização social desta produção em modelos assistenciais.

Ao privilegiar a reinserção psicossocial e trabalhar com um conceito de saúde mental para além da visão organicista, levando em conta tanto fatores subjetivos quanto sociais e seus entrelaçamentos, tem como resultado imediato à melhoria da condição de

vida desta população e como objetivo último à reversão do processo de exclusão social que traz em seu bojo um pesado ônus à sociedade.

4.2. O Programa Clube Ponto de Encontro

O Programa Clube Ponto de Encontro, foco da atenção do presente trabalho, foi herdeiro direto do Programa Ambulatorial para Adolescentes sob Risco de Internação, de caráter ambulatorial, criado há cerca de onze anos atrás. Este foi inicialmente denominado de Programa Ambulatorial de Assistência ao Adolescente Psicótico, por achar na ocasião, que esta seria a população alvo a ser atendida e que somente ela estaria sujeita à internação psiquiatria. A experiência de alguns anos de trabalho deixou claro que adolescentes portadores de neurose grave ou transtorno de conduta⁵ poderiam estar sujeitos ao mesmo destino. A dificuldade do diagnóstico para este tipo de patologia na adolescência e/ou a transgressão de costumes e regras pré-estabelecidas no contexto social poderiam ocasionar a mesma condução “terapêutica” destinada aos adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos graves. O Programa Ambulatorial Adolescente sob Risco de Internação contemplava todos os desdobramentos terapêuticos referentes à clientela atendida. Além do atendimento psicoterápico do adolescente e do acompanhamento terapêutico aos pais ou substitutos visando a readequação do jovem ao processo de desenvolvimento emocional, evitar a internação psiquiátrica do adolescente e conseqüente carreira manicomial a que estaria sujeito após a primeira internação, era uma de suas tarefas principais.

Apesar da flexibilidade do programa, este se mostrou limitado na questão da reinserção social do adolescente no que diz respeito à retomada das atividades sociais, escolares e laborativas. Uma boa parcela dos jovens atendidos, apresentava maior gravidade no que se referia a própria patologia e/ou a sua relação com seu contexto, quer fosse ele familiar ou social. E para esta população o atendimento ambulatorial não apresentava resultados satisfatórios.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSIJ, foi inaugurado em agosto de 1998. Em espaço físico mais adequado ao tipo de funcionamento e atividades propostas e diferenciado do Setor Infanto-Juvenil do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, onde funcionava e funciona até a presente data o Programa Ambulatorial para

Adolescentes sob Risco de Internação. O Programa Clube Ponto de Encontro foi o primeiro a funcionar neste espaço. Aproximadamente após um ano da inauguração do CAPSIJ, o Projeto GEPETO – Grupo de Estudos, Pesquisas e Trabalhos em Oficinas – iniciou seu funcionamento e alguns meses mais tarde o Programa PASMEC – Projeto: Adolescente, Saúde Mental e Cultura⁶ – também deu início a suas atividades. Os três programas passaram a dividir o mesmo espaço físico.

O Clube Ponto de Encontro funciona às segunda, quartas, quintas e sextas-feiras no horário de 9:00 horas às 16:00 horas. Em seu horário de funcionamento são oferecidas diversas Oficinas Terapêuticas, que objetivam através de atividades lúdicas e verbalizações relativas às práticas vividas, trabalhar questões da constituição desses jovens enquanto sujeitos e promover o restabelecimento de vínculos sócio-afetivos e conseqüentemente a socialização, levando em consideração as características e necessidades específicas desta faixa etária. As oficinas terapêuticas têm como proposta central uma abordagem coletiva, mas buscando um direcionamento singular, levando em conta a história de cada um ali envolvido. Elas também oferecem possibilidades de no “aqui e agora” poder se investir nestes sujeitos, em sua adolescência, na transformação da condição patológica, e de seus familiares e da rede social que os cerca. Os objetivos do programa e conseqüentemente das oficinas são em primeira instância, o atendimento adolescente na faixa etária de 12 anos a 18 anos incompletos, portadores de neurose grave ou psicose com a rede de sociabilidade comprometida. Propiciar um novo espaço, que não o da exclusão e o aumento do poder de contratualidade (Saraceno, 1999) possui neste contexto a mesma valência (Rotelli, 1990) que impedir a construção de carreira manicomial para estes jovens.

Além do contexto global, cada oficina possui suas especificidades e objetivos próprios. A Oficina do Movimento se fundamenta no campo teórico da psicomotricidade e *tem como princípio básico ajudar no desenvolvimento psicossocial pela via da ação e do jogo, privilegiando o corpo através de diversas propostas de atividades lúdicas sensório-motoras*⁷. A Oficina do Movimento e de Capoeira possuem em comum a questão do trabalho com o corpo, mas esta última possibilita um canal de

⁵ Bentes, A. L. S. 1999. “Tudo Como Dantes no Quartel D’Abrantes: Estudo das Internações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes Através de Encaminhamento Judicial. Dissertação ENSP/FIOCRUZ, aprofunda o estudo desta temática.

⁶ O Programa GEPETO e o programa PASMEC, tal qual o Programa Clube Ponto de Encontro contemplam a questão da exclusão, mas com direcionamento a populações diversas. O primeiro trabalha com o “fracasso escolar” como um fenômeno social desqualificante e o segundo com jovens institucionalizados por afastamento ou ausência do contexto familiar.

expressão da agressividade socialmente valorizada e permite ao jovem *desenvolver sua auto-estima a partir da aquisição de habilidades físicas além de estimular a expressão corporal e mantê-lo em contato com a musicalidade e com a cultura afro-brasileira*⁸.

A Oficina da Palavra tem como *matéria-prima histórias. Não só as histórias presentes nos livros, como também, as trazidas pelos adolescentes em forma de textos escritos ou em conversas. Seu objetivo é oferecer aos participantes um espaço de expressão, reflexão, elaboração e troca interpessoal através de atividades que giram em torno da escrita, da leitura e das conversas*⁹. Já a Oficina de Lazer, privilegia o empreendimento de práticas dentro e fora do espaço físico do programa, dando suporte aos adolescentes na conquista de autonomia e segurança no gerenciamento de ações em suas vidas. *As atividades da Oficina compõem-se de planejamento e debate sobre as atividades de lazer, bem como à prática propriamente dita - higiene, festas, almoços, jogos, etc*¹⁰.

As Oficinas Terapêuticas oferecidas no presente momento, são: Cartonagem, Sexualidade, Lazer, Vídeo, Culinária, Bijuteria, Capoeira, Movimento, Medicação e Cuidados em Saúde, Salão de Beleza, Reciclagem (atividade em conjunto com o Hospital-Dia de adultos), Palavra e Jornal. Ao todo são 13 oficinas. Além das Oficinas Terapêuticas são desenvolvidas outras atividades coletivas. A Assembléia, idas ao Campo de Futebol onde os jovens geralmente partilham atividades com alunos de Escola Municipal que utiliza o campo para aulas de educação física, o Almoço e as Atividades Livres que se dão nos intervalos das oficinas – tênis de mesas, jogos de tabuleiro, ouvir som, etc. O somatório de todas as atividades acima descritas fazem parte do cotidiano dos adolescentes ao frequentarem o Programa Clube Ponto de Encontro.

A questão familiar foi contemplada com a criação do Clube de Pais, onde, de forma sistematizada, são tomados como responsabilidade do serviço à intervenção junto aos pais ou responsáveis, assim como a rede social dos adolescentes atendidos.

As atividades desenvolvidas pelo Clube de Pais podem ser caracterizadas por atividades ditas regulares e atividades sujeitas à demanda. Sua implementação ao longo do tempo exigiu o esforço de acompanhar e suprir as necessidades dos pais, na sua própria emergência.

⁷ Relatório Final do Seminário Interno realizado em agosto de 2002 no Centro de Atenção e Reabilitação para Infância e Mocidade-CARIM, denominação atual do somatório do que anteriormente foi o CAPSIJ e o Setor Infante-Juvenil, com a temática *As Especificidades de um Centro-Dia Infante-Juvenil*. Pg. 25.

⁸ Idem, pg. 28.

⁹ Idem, pg. 27.

¹⁰ Idem, pg. 26.

As atividades regulares que ocorrem desde o início do surgimento programa são o Grupo de Pais e a Oficina do Café da Manhã. O primeiro é realizado todas às quartas-feiras das 9:00 horas às 10:30 horas sob coordenação de uma psicóloga e de uma assistente social. Os temas abordados giram em torno das demandas trazidas pelos participantes, pais ou responsáveis dos adolescentes atendidos no Clube Ponte de Encontro. Estas demandas são diversas. Usos e desusos da medicação, aceitação da doença mental, sexualidade dos adolescentes, problemas familiares geradores ou gerados pela doença dos filhos, dificuldade de convívio com estes jovens adoecidos, vergonha da doença. Todos estes temas servem como uma forma de propiciar a possibilidade de escuta, troca de idéias e experiências, investindo na transformação destas em ações mais adequadas no convívio entre pais e filhos.

A Oficina do Café da Manhã, realizada em dia e hora fixa, funciona a partir da oferta da primeira refeição aos jovens, extensiva aos pais. É coordenada por psicóloga e psicomotricista da equipe. O momento informal de reprodução espontânea de hábitos domésticos e conversas familiares, é utilizado como facilitador de intervenções mais adequadas e pontuais.

É privilegiado no Clube de Pais o atendimento em grupo o que não se reduz à mera estratégia assistencial visando à otimização do quantitativo de pais a serem atendidos. Esta forma de trabalho é utilizada como um meio de quebrar o isolamento das famílias e propiciar o diálogo. O diálogo para estas famílias, fica evidente desde o primeiro momento de contato, parece ser uma prática pouco usual dentro ou fora do habitat doméstico. As comunicações são muito empobrecidas ou se realizam de forma excludente sem valorizar ou privilegiar o interlocutor. Normas a serem seguidas, ordens a serem acatadas sem questionamento e sem levar em conta nenhuma das necessidades dos componentes deste pequeno grupo – a família – sucedem-se sem que eles mesmos se dêem conta.

Os primeiros sinais da doença dos filhos parece detonar o processo crescente de isolamento, não só do jovem reconhecido como *doente*, mas também da maior parte dos membros deste grupo familiar. Evitam festas, passeios, passando a ter como companhia somente uns aos outros. O contato com “estranhos” é seletivo, em momentos necessários ao desenrolar das atividades diárias, mas sem o contexto caloroso e de troca que o contato humano genuíno nos propicia.

Aproximar, fazer falar, ouvir, despertar interesses, criar um espaço de interlocução são alguns, da longa lista de objetivos e possibilidades que queremos despertar nesses pais entorpecidos. O trabalho em grupo, com suas múltiplas

possibilidades terapêuticas se torna um útil instrumental para este fim. Transformar essas falas aparentemente estereotipadas e padronizadas, numa possibilidade de enriquecimento subjetivo, abrindo espaço para novas identificações dentro do contexto grupal é, figurativamente, como lançarmos uma gota num espelho imóvel de água que passa então a se transformar e reverberar paulatinamente por toda sua extensão, ampliando a pequena ação inicial – a gota d’água. Compartilhar mudanças, abre a possibilidade e o desejo que elas possam ocorrer no próprio indivíduo. Para Figueiredo (1997: 72, 73), no grupo:

(...) de conversa em conversa, a tarefa do psicanalista é acatar a interlocução taticamente para dela destacar a elocução, convertê-la em fala associativa como um modo de fazer o sujeito se apresentar com quantas palavras puder (...) Daí em diante, os dados estão lançados. O sujeito não está sozinho, inteiramente entregue a sua sorte.

Cria-se também, no Clube de Pais, a possibilidade de acolhimento, escuta e troca entre pessoas com a mesma sorte de dificuldades e padecimentos, diferente da forma mecânica que esses pais foram obrigados, repetidamente, a relatar a “ história da doença” de seus filhos a uma extensa lista de profissionais e técnicos. Partilhar entre iguais traz alívio, facilita a elocução e cria o sentimento de participar de um grupo com os mesmos problemas e interesses. O espaço grupal criado dentro do Clube de Pais, tenta dar conta dessas necessidades, respeitando a individualidade e possibilidades de cada membro desse novo grupo, o de pais ou responsáveis por adolescentes com grave padecimento psíquico. Retornando a Figueiredo, “(...) O que podemos hipotetizar a partir daí é que no coletivo dos grupos tanto a elaboração quanto a suposição de saber pode articular entre os participantes.(...) A função coordenadora, a quem é atribuída à última palavra, deve ser a de operar com facilitador dessa articulação em que determinadas falas possam produzir efeitos sobre outras provocando a elaboração.” (1997: 173)

A reinserção psicossocial, a partir desta visão mais geral, não diz respeito somente aos jovens, que têm de sair do confinamento domiciliar e retornar a rede social compatível a sua faixa etária. Os pais, também isolados e de certa forma *adoecidos*, precisam reforçar sua condição de sujeitos desejantes, retomando projetos pessoais independentes ou não do contexto familiar. O atendimento em Centro de Atenção Diária

a adolescentes com grave padecimento psíquico passa pelo atendimento de forma sistemática e visando a restabelecimento da rede social a seus pais, já que são estes os fundadores de um núcleo social – a família, e responsáveis pela introdução destes jovens no contexto social mais amplo. Como dar algo que não se tem, como ensinar algo que não se pode articular e tornar-se um modelo para uma inserção social?

A importância da implicação da família, mais especificamente dos pais ou substitutos, no atendimento e tratamento de adolescentes com grave padecimento psíquico, seja na neurose grave ou psicose, tem vasto respaldo no campo teórico e clínico. Fishman (1996), terapeuta familiar, destaca a necessidade de se atuar junto à família.

Se a família é o ambiente social em que o adolescente emergiu, deve-se voltar à atenção para este contexto social que está criando e mantendo o problema em questão, mesmo sem saber ou desejar fazê-lo. Na prática clínica observa-se o quanto à ausência ou pouco investimento dos pais no tratamento dos filhos, traz dificuldades à evolução do caso, implicando muitas vezes no abandono do tratamento.

Ao final do primeiro ano de atividade do Programa Clube Ponto de Encontro se fez necessária à elaboração de estratégias voltadas à retomada da atividade escolar dos adolescentes atendidos. Essa demanda surgiu em função da evolução positiva dos adolescentes e de alguns verbalizarem o desejo de retornarem a escola. Essa questão foi reforçada, na mesma ocasião, pelo ingresso de novos clientes que tiveram a atividade escolar interrompida pouco tempo antes, em função de uma primeira crise.

A vinculação adolescente-escola é responsabilidade legal dos pais¹¹ e uma (re)adaptação adequada nesse processo depende do respaldo e acompanhamento destes. Ao observarmos esses pais, uma extrema ambivalência e dificuldade de dar suporte ao processo educacional e socialização decorrente deste é percebido. O Clube de Pais toma para si a responsabilidade de intermediar junto às escolas e aos pais a promoção do retorno às atividades escolares e o acompanhamento destas atividades durante o período em que estes jovens se mantêm sob atendimento.

Para isso foi criada uma anamnese específica, voltada à história escolar, que é feita no momento do primeiro contato com os pais após o ingresso dos filhos no Programa. As respectivas escolas também são contatadas e solicitado um relatório inicial relativo ao comportamento e desempenho do adolescente, revisto trimestralmente a partir do acompanhamento do caso. Desde os últimos meses do ano de 1999, iniciou-se o contato com o Instituto Helena Antipoff (IHA), através das Agentes de Conduta

Típica (CT) – profissionais de formação de nível superior ligadas a questão do ensino - que nesta instituição são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento, quer em classes especiais (classe multiseriada, desenvolvendo atividades pedagógicas de 1ª à 4ª série do 1º grau com o número máximo de seis alunos por cada classe) dentro de escolas regulares, quer em classes regulares (5ª à 8ª série do 1º grau com um agente itinerante para cada aluno de cada classe), de alunos que apresentem autismo, psicose ou síndromes correlatas.

Em reuniões com periodicidade bimestral, eram levados os históricos de jovens habilitados e desejosos do retorno às atividades escolares para encaminhamento, avaliação psicopedagógica e possível engajamento em classes oferecidas pela rede municipal de ensino.

Os resultados podem ser observados pelo aumento dos encaminhamentos de parte a parte. Jovens entre 12 e 18 anos incompletos, que apresentavam sintomas característicos de nossa clientela, passaram a ser encaminhados pelas escolas através das agentes de conduta típica, para avaliação e possível ingresso em nosso serviço. Troca de informações e experiências passou a existir com maior frequência, como também a solicitação de auxílio por parte das professoras de classes especiais, cujo alunos encontravam-se sob atendimento do programa, relativo as suas dificuldades nas práticas diárias em sala de aula.

Paralelamente, no grupo de pais , o tema escola, passou a ser demandado por estes, dando oportunidade de tirar dúvidas e suscitar neles um novo tipo de interesse relativo ao assunto. No momento, com a formalização de uma parceria entre o Programa Clube Ponto de Encontro e o Instituto Helena Antipoff, sob a responsabilidade do Clube de Pais, iniciam-se com encontros bimensais, objetivando o estudo de casos clínicos de alunos da rede municipal sob nosso atendimento, onde participam os técnicos do programa, os agentes de conduta típica do IHA, e professores de classes especiais. Futuramente, temos como meta, a formalização sistemática da capacitação dos professores de classes especiais por de alguns membros da equipe como também a criação de equipe itinerante para este propósito. Temos a perspectiva de iniciar este projeto, através de um projeto piloto envolvendo professores de classes especiais de uma respectiva coordenadoria regional de educação – CRE, áreas em que é dividido o município para efeito de controle e atendimento da Secretaria Municipal de Educação. O município do Rio de Janeiro possui 10 CREs.

¹¹ Lei nº 8.069, Capítulo IV, Art. 54 § 3º e Art. 55.

As atividades sujeitas a demanda, desenvolvidas e oferecidas pelo Clube de Pais, são aquelas voltadas ao acompanhamento terapêutico a pais, familiares e pessoas pertencentes à rede social do adolescente. Esta demanda pode surgir tanto por parte dos familiares ou responsáveis dos jovens assistidos, quanto por indicação da equipe técnica após discussão em reunião de equipe semanal.

Em geral, o acompanhamento terapêutico surge a partir de uma indicação da equipe, já que os pais encontram-se imersos num sistema patológico, mostrando-se perdidos e anestesiados dentro de suas possibilidades de escolha. Outro fator que contribui negativamente para a procura espontânea deste tipo de atendimento é a cultura assistencialista, onde se vê os técnicos em saúde como “doutores” detentores de todo o saber referente à doença e com plenos poderes de intervir e resolvê-la integralmente.

Tal prática tem como contrapartida os pacientes e familiares se posicionando como sujeitos passivos e estrangeiros a uma doença que influiu intensamente no seu contexto familiar. A medicação, um entre outros recursos técnicos a ser utilizado, se transformar na única forma de tratamento e “cura”, anulando qualquer participação do sujeito no processo e pondo a família como mero espectador e vítima de uma doença incapacitante que atingiu um de seus membros.

Assim, privilegia-se no Clube de Pais o atendimento em grupo, pois não se trata de uma mera estratégia assistencial visando à otimização do quantitativo de pais a serem atendidos. Nesta forma de trabalho, opera-se um meio de propiciar o diálogo e quebrar o isolamento, pois é patente desde o primeiro momento de contato, que o diálogo para estas famílias é uma prática em desuso há longa data, dentro e fora de seu habitat.

V. Descrição e Análise dos Recursos Oferecidos pelo Programa Clube Ponto de Encontro

Ao privilegiar a ótica dos atores sociais envolvidos – técnicos da equipe multiprofissional e familiares e/ou responsáveis dos adolescentes – para realizar a análise da implantação e da pertinência das práticas, procedimentos e instrumentos utilizados no Programa Clube Ponto de Encontro foram utilizados três tipos de instrumentos para a coleta do material, ou seja, a vocalização dos atores envolvidos.

O primeiro instrumento utilizado foi a Ata de Reunião da equipe do programa, registro espontâneo na qual é feita a descrição da evolução, transformação e criação dos procedimentos implantados e em torno da qual a equipe multiprofissional – profissionais efetivos, estagiários de graduação e pós-graduação, voluntários e por vezes profissionais externos convidados à participar em função da discussão a ser efetuada – realiza as discussões a respeito dos impasses clínicos, das transformações e implementações burocrático-administrativa que devem ser realizadas e onde as decisões são tomadas com a participação de todos os membros. Neste material foi feita análise de conteúdo com a utilização de categorias levantadas especificamente para tal processo, a saber: estruturas organizacionais e estruturas operacionais.

O segundo instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, realizada com os técnico da equipe multiprofissional. Dentre os oito profissionais efetivos do programa, pertencentes a diferentes categorias profissionais dentro da área de saúde mental, foram escolhidos aleatoriamente quatro deles. Este instrumento buscava identificar a ótica dos técnicos com relação a concepção do programa e suas práticas, especificidade do tratamento direcionado à adolescentes, as competências e atributos dos profissionais envolvidos, os resultados esperados e o término do tratamento. Na seção referente a descrição e análise da atuação e concepção dos técnicos do programa, para efeito de identificação, as falas dos entrevistados serão seguidas pelas denominações subseqüentes: Técnico 1, técnico 2, técnico 3 e técnico 4.

O terceiro instrumento, o grupo focal, foi a técnica de pesquisa qualitativa utilizada com os familiares e/ou responsáveis dos jovens assistidos pelo programa e a rede social a eles ligada. A utilização desta técnica visava reproduzir o momento onde estes atores se reúnem semanalmente para falar de suas dificuldades, trazer suas sugestões, refletir e buscar soluções para si e seus filhos – o Grupo de Pais. Com o objetivo de facilitar a interlocução entre os participantes e o coordenador e os

participantes entre si, foram arbitrados dez participantes para o grupo focal. Esta escolha foi aleatória, respeitando o percentual frequência/representatividade destes no grupo de pais, ficando portanto o grupo composto por 60% de mães, 30% de pais e 10% de indivíduos da rede social. Foram excluídos os familiares e representantes da rede social dos adolescentes ingressos no programa nas duas semanas antes da realização do grupo focal. Na seção referente a descrição e análise da ótica familiar a respeito do programa, os participantes do grupo focal serão identificados a partir de suas falas da seguinte forma: As mães – Mãe 1, Mãe 2, Mãe 3, Mãe 4, Mãe 5 e Mãe 6; os pais – Pai 1, Pai 2 e Pai 3 e a rede social – Rede 1.

Nestes dois últimos instrumentos a análise do material obtido se realizou através das categorias explicitadas através das questões contidas nos instrumentos apresentados – entrevista semi-estruturada e roteiro do grupo focal – como também das temáticas/categorias surgidas com a introdução dos instrumentos.

5.1. Registros da Ata de Reunião

Os registros contidos na Ata de Reunião, reunião esta que ocorre todas às quintas-feiras com a presença de todos aqueles que atuam no Programa Clube Ponto de Encontro, trazem pela espontaneidade de seus registros e pela vasta gama de assuntos discutidos, um retrato de sua história e da construção de um espaço de acolhimento repleto de recursos, estratégias terapêuticas, que aponta políticas de assistência a população infanto-juvenil. Este material, por sua riqueza, foi privilegiado como objeto de análise, de análise documental.

Apelar para estes instrumentos de investigação laboriosa de documentos, é situar-se ao lado daqueles que, de Durkheim a P. Bourdieu passando por Bachelard, querem dizer não “à ilusão da transparência” dos factos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea. É igualmente “tornar-se desconfiado” relativamente aos pressupostos, lutar contra a evidência do saber subjectivo, destruir a intuição em proveito do “construído”, rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente as significações dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projecção da sua própria subjectividade.
(Bardin, 1995: 28)

Ao utilizar a análise de conteúdo pretendemos *ultrapassar a incerteza* de que o material analisado possa ser válido e generalizável e o *enriquecimento* da leitura pela descoberta de conteúdos e estruturas que possam conduzir a uma descrição de mecanismos que *a priori* não tínhamos a compreensão (Bardin, 1995).

Numa primeira leitura do material foi possível perceber que o processo de implantação do programa se dividia em períodos ou etapas. Para melhor compreensão da análise resolvemos nomear, definir e delimitar estes “espaços de tempo”, que foram divididos em três períodos. O primeiro, denominado de “Experimentação como forma de ação” que teve início em novembro de 1997, período pré-inaugural, no qual não havia ainda de um espaço físico específico designado para tal atividade, tendo desde então o registro em livro-ata das atividades, componentes de equipe, idéias, dúvidas, decisões e dificuldades. Seu término ocorreu em fevereiro de 2000, por ocasião do primeiro seminário interno, onde somente a equipe técnica em atividade tentava traçar o

perfil do serviço, da equipe e dos usuários. O segundo período que teve início em março de 2000 e término em dezembro do mesmo ano, foi denominado de período de “Sedimentação”. Espaço de tempo curto marcado inicialmente por toda efervescência da tentativa de auto-reconhecimento da equipe e das atividades efetuadas. O rompimento deste percurso adveio e foi marcado por mudanças abruptas de ordem administrativas/contratuais com relação aos técnicos do programa. O terceiro e último período, iniciado em janeiro de 2001 e com término em agosto de 2002 foi denominado de período de “Avaliação e Integração na Rede”. A mudança no tipo de vínculo funcional da equipe parece ter suscitado inicialmente uma avaliação do seu próprio papel e importância dentro do programa e esta avaliação parece ter invadido todos os espaços e aspectos do trabalho.

A análise deste material documental espontâneo acompanha o processo desta a data inicial até agosto de 2002 , onde pela primeira vez foi realizado seminário interno com a participação de profissionais da área de saúde mental, externos ao programa, compartilhando com a equipe técnica do CARIM¹², suas experiências e reflexões sobre a temática proposta – As Especificidades do Atendimento à Crianças e Adolescentes em Centro-Dia.

Do que se trata quando se fala de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS? Qual o sentido do Programa nele inserido? Do que ele deve dar conta? Como o Programa entende e implementa a proposta de reinserção psicossocial? As Oficinas terapêuticas constituem o método de trabalho de todo o CAPSII? No que difere e o que tem em comum com CAPS de adultos? Qual a especificidade deste dispositivo? O que foi feito e que caminhos seguir? Estas foram e são as questões colocadas pelo membros da equipe e sua coordenação.

Nas leituras subseqüentes pudemos observar o delineamento de estruturas que acompanharam o processo de implantação do programa. Estas estruturas seriam a essência do trabalho em si, dando identidade, conformação e viabilidade ao conjunto de práticas e estratégias efetuadas. Estas estruturas por sua vez possuem características distintas e por serem distintas foram nomeadas de estruturas organizacionais e estruturas operacionais. As estruturas organizacionais possuem por atributo dar conformação a estrutura pelo fato possuir objetivos definidos, acarretando-lhe, portanto, uma função específica e conseqüentemente um sentido dentro do sistema. As estruturas operacionais possuem por atributo proporcionar funcionalidade e ação as estruturas organizacionais,

pô-las em movimento. Por fazerem parte de um todo, estas estruturas interagem entre si de forma dinâmica e em frequências variáveis sendo que as estruturas organizacionais, com identidade e objetivos próprios, seriam os eixos sobre os quais as estruturas operacionais realizariam suas ações e permitiriam o funcionamento das mesmas e do programa como um todo. Há uma composição e hierarquização de importância, segundo ao raio alcance e efetividade de ação que cada estrutura pode possibilitar ao programa como um todo, dentro do conjunto de cada uma dessas estruturas – organizacional e operacional. As estruturas organizacionais, por ordem de importância são: 1) Oficinas terapêuticas; 2) Clube de Pais; 3) Atividades Extra-Muros; 4) Visita Domiciliar. As estruturas operacionais, também por ordem de importância, são: 1) Equipe Multiprofissional; 2) Horário de Funcionamento; 3) Instrumentos (prontuários, atas, etc.). Há duas estruturas que não foram acima relacionadas por fazerem parte dos dois campos de estrutura, são eles a Reunião de Equipe e o Seminário Interno. São, ao mesmo tempo, estruturas organizacionais com identidade e objetivos próprios e instrumentos por suscitarem ações que provocam a reflexão e auto-avaliação do funcionamento do programa como um todo. Ambas têm alcance e intensidade de ação semelhantes com o diferencial da periodicidade.

Daremos curso a análise de conteúdo efetuando primeiramente uma breve exposição historicizada de cada período previamente definido e delimitado, seguida de posterior análise e reflexão a respeito do funcionamento das estruturas organizacionais e operacionais em jogo no processo de implantação do programa.

Experimentação como forma de ação – novembro de 1997 a fevereiro de 2000

O programa Clube Ponto de Encontro teve seus primeiros passos a partir de novembro de 1997, mesmo antes de sua inauguração em 13 de agosto de 1998 e utilizou-se do espaço físico da sala de musicoterapia, cedida nos momentos em que estava ociosa. Esta sala se situava dentro do espaço físico do Instituto de Psiquiatria, mas fora das dependências do Ambulatório Infante-Juvenil.

As atividades eram oferecidas duas vezes por semana, pelo período de aproximadamente quatro horas, sendo que um dia à tarde e ou outro na parte da manhã..

¹² Centro de Atenção e Reabilitação para Infância e Mocidade-CARIM, denominação atual da unificação do que anteriormente foi o CAPSII e o Setor Infante-Juvenil.

Não havia Oficinas Terapêuticas e as atividades se organizavam segundo o desejo coletivo e nele se estruturavam. Inicialmente parecia haver uma indefinição quanto a população alvo e um certo acolamento ao Programa do qual fora originado. O contato com os familiares era ocasional e sem nenhum tipo de estratégia que visasse à manutenção do atendimento aos adolescentes. Havia poucos usuários, no máximo três por dia de atividade, que com a chegada das férias escolares do início do ano de 1998, deixaram de vir.

A ausência de clientela deu origem as primeiras reflexões. A partir deste período até a inauguração oficial do programa em agosto de 1998, houve somente reuniões de equipe com o objetivo de estrutura-lo como um programa. As temáticas giravam em torno da criação de atividades sistematizadas e estruturadas – as oficinas terapêuticas, levantamento da possível clientela, divulgação do programa, importância do trabalho com os familiares e a inauguração do serviço. Objetivos e estratégias foram se definindo. Desde de junho de 1997, o Grupo de Sala de Espera no ambulatório do Setor Infanto-Juvenil foi uma das primeiras estratégias de divulgação e captação de clientela.

O modelo de funcionamento do Programa Clube Ponto de Encontro, que se pretendia diário iniciava-se no café da manhã seguido de turno de atividades matinal; almoço; turno de atividades vespertina que se finalizavam com o lanche do final de tarde. Esse modelo se mantém até hoje como ideal, mas as atividades do programa não conseguiram ser realizadas em todos os dias da semana.

Em 13 de agosto de 1998 foi inaugurado o Programa Clube Ponto de Encontro em espaço físico próprio e com atividade somente às quartas-feiras. A equipe técnica foi constituída de coordenador – professor do Instituto de psiquiatria/ Ambulatório Infanto-Juvenil e seis voluntários. As primeiras contratações ocorreram em novembro do mesmo ano, o que permitiu que as atividades se realizassem também nas segundas-feiras. A partir de abril de 1999 as atividades se ampliaram para às sextas-feiras.

As reuniões de equipe, até hoje realizada às quintas-feiras, pareciam ter nos primeiros meses a finalidade de analisar o ingresso dos usuários, discutir as dúvidas quanto a atuação dos técnicos nas atividades do serviço e gerar ou não novos procedimentos. A discussão em equipe girava inicialmente em torno das atividades do dia e das oficinas terapêuticas. As dúvidas ou procedimentos não bem sucedidos retornavam a pauta de reunião.

A partir de fevereiro de 1999, de forma sutil, as discussões centradas nas atividades diárias tendo como pano de fundo os casos clínicos se invertem. Passam a se

dirigir no indivíduo, para além da discussão clínica. As relações dentro e fora do serviço, a família e o contexto social dos adolescentes – a escola, os amigos entram sistematicamente em pauta, i. e., discute-se o indivíduo no coletivo e sua reinserção no espaço social. Os assuntos levados para a pauta da reunião de equipe eram discutidos quase em sua totalidade. Quando ocorria de exceder o tempo, os pontos retornavam impreterivelmente na próxima reunião. Ao término da reunião eram indicados temas a serem discutidos num próximo encontro.

Os primeiros ajustes organizacionais ocorreram em maio de 1999 com a criação de instrumentos específicos para o serviço, como fichas de atendimento, anamnese e “contrato terapêutico” específico para cada usuário ingresso. Surgem os primeiros estagiários de graduação – serviço social e psicologia, cuja participação na reunião de equipe se torna obrigatória.

A “experimentação como forma de ação” aparecia claramente nas discussões de equipe e formou um *continuum* ao longo do período. Passeios fora do serviço, prescrição médica e sua efetivação por parte dos familiares dos usuários, número de participantes por oficina, número de técnicos por oficina, número de pacientes/dia, atuação dos técnicos no momento das refeições coletivas eram temas recorrentes no sentido de possibilitar uma ação consensuada por parte da equipe. Não se constituíam normas, nem seguiam um padrão.

O “Clube de Pais”, conjunto de atividades terapêuticas direcionadas aos pais e/ou substitutos como estratégia de manutenção do tratamento dos adolescentes e propiciador da mudança nas relações entre os usuários e seus familiares, passou a ter identidade própria deslocando-se da figura do seu coordenador, sendo reconhecido efetivamente pelos usuários e técnicos. A recepção dos familiares dos usuários que ingressam no programa passam a ser de responsabilidade do Clube de Pais.

No último trimestre do ano de 1999, o programa, pela mão de seus técnicos, passou a ser objeto de trabalhos apresentados em seminários, simpósios e congressos. Houve aproximação e intercâmbio com profissionais de outros serviços voltados para infância e adolescência para a discussão de caso dos usuários – Centro de Orientação Infanto-Juvenil – COIJ do Hospital Phillippe Pinel, Departamento de Psicologia Aplicada – DPA da Universidade Sta. Úrsula, Núcleo de Atenção à Violência – NAV do Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Surgiu uma parceria, inicialmente informal, com o Instituto Helena Antipoff da Secretaria Municipal de Educação, gerando encaminhamentos de ambas as partes, visando tratamento e inserção desta clientela no ambiente escolar.

O final do ano de 1999 e início de 2000 foi marcado por perdas e ganhos significativos. Alguns voluntários, coordenadores de oficinas, que não foram efetivados no programa através de vínculo empregatício, deixaram o serviço por falta de perspectiva futura quanto a possibilidade de remuneração e inserção na equipe em igualdade de condições. Por outro lado, a realização do seminário interno, tendo como pauta de discussão o perfil da clientela, a constituição da equipe, o papel do programa enquanto formador de recursos para a rede de saúde mental para clientela infanto-juvenil, trouxe um maior grau de maturidade a todos envolvidos e amplia as perspectivas e existência futura do programa.

O Seminário Interno trouxe algumas posições consensuadas pela equipe, a saber: Há uma estreita ligação entre o perfil da clientela e capacidade de acolhimento da equipe multiprofissional e conseqüentemente do programa, o estabelecimento de critérios rígidos pautados no quadro diagnóstico limite este perfil; o critério de ingresso no programa está ligado ao risco de exclusão social, a gravidade clínica e ao sofrimento psíquico, ou seja, ao diagnóstico situacional; o diagnóstico psiquiátrico não é critério determinante na permanência do usuário no programa; o desejo e a disponibilidade para atuação em equipe multiprofissional sem abrir mão de sua formação profissional é a habilitação necessária para se trabalhar com reabilitação psicossocial.

O período de experimentação como forma de ação foi expressivo com relação a criação e desenvolvimento de estruturas, quer fossem elas organizacionais ou operativas. As oficinas terapêuticas surgiram enquanto estrutura com identidade própria a partir da inauguração do programa e desde então têm solidificado de forma quantitativa e qualitativa, suas ações. Num primeiro momento, todos os esforços parecem ter girado em torno deste processo, tendo em vista que por um longo período se tornou rotina discutir sistematicamente as atividades e desdobramentos terapêuticos realizados em cada oficina terapêutica existente no programa. As reuniões de equipe neste período funcionaram, em termos estruturais, de forma mais operacional. Possibilitaram a criação de instrumentos que solidificassem os alicerces do programa – as oficinas. Outra estrutura organizacional que solidificou, passando a ter identidade própria com conseqüente fortalecimento de seus alicerces foi o Clube de Pais. O reconhecimento e nomeação da atividade por parte dos usuários e da equipe multiprofissional foi abalizador desta conquista.

Alterações na constituição da equipe multiprofissional mostrou, desde o início da implantação do programa, sua influência na conformação do mesmo. A solidificação

dos vínculos empregatícios desdobraram-se em termos quantitativos e qualitativos na estrutura organizacional – definição e aumento do número de oficinas terapêuticas – e nas operativas – aumento do horário de funcionamento, i.e., do número de dias de tratamento oferecidos aos usuários. Por se tratar de uma estrutura dinâmica, alterar positivamente ou negativamente uma das partes, influi-se neste mesmo sentido com o todo.

A introdução e conseqüente criação de uma nova estrutura organizacional foi precedida de um período de circulação de idéias e reflexão dentro da reunião de equipe, o que parece não ter ocorrido no mesmo sentido em relação as estruturas operacionais. Antes da instituição das Atividades Extra-Muros, esta temática se apresentou de diversas formas nas discussões e no campo de ação dos técnicos, sendo que inicialmente trazidas através da demanda dos jovens e/ou seus familiares sobre queixas relativas ao seu isolamento social, quer fossem eles a ausência de passeios nos finais de semana, visitas a parentes ou desejo de retorno as atividades escolares. As estruturas operacionais, por serem de caráter pragmático, geraram efeitos e ações rápidas. Neste período houve uma grande geração de novos instrumentos – formulário, agendamento para recepção de familiares, atas das oficinas, etc. – para dar suporte as estruturas organizacionais existentes e em processo de sedimentação.

O seminário interno, ao final deste período, tal qual as reuniões de equipe, serviu como um instrumento de avaliação da operatividade do programa, mais precisamente da definição a quem ele se direcionaria, já que este – o programa – pareceu ter se considerado implantado, mas ainda com dúvidas quanto ao perfil dos demandantes.

Podemos dizer que este período foi marcado pela sedimentação das estruturas organizacionais básicas ao funcionamento do Programa Clube Ponto de Encontro.

Sedimentação – março a dezembro de 2000

As mudanças ocorridas no programa neste período foram desdobramentos ou complementos das atividades realizadas até então. Com relação à equipe técnica houve o ingresso do primeiro médico residente em psiquiatria e a contratação de auxiliar de enfermagem. Houve criação de novas oficinas, aumento do número de visitas domiciliares e das atividades “extramuros”. Ocorreram pequenas mudanças nas oficinas terapêuticas em função da mudança no perfil dos adolescentes recém ingressos no

programa. Estes jovens com o surgimento da crise em faixa etária mais avançada apresentavam uma maior inserção em contexto social com características mais adolescentes do que infantis demandaram outro tipo de atividades e inserção com a equipe técnica. Houve troca de funcionária que efetuava o serviço de limpeza, pois a equipe optou por pessoa que tivesse disponibilidade e afinidade com adolescentes.

Nas reuniões de equipe se consolidou o formato da pauta. Primeiramente eram discutidas as questões administrativas e posteriormente os “casos clínicos”. O ingresso e permanência dos usuários eram discutidos neste fórum, como também o limite da atuação da equipe e das possibilidades de mudança dos usuários, “o que é desejo da equipe e o que é desejo do usuário e sua família”. A equipe se tornou mais consistente no suporte a questões paradigmáticas trazidas no acolhimento e atendimento dos jovens, tais como acatar a decisão dos mesmos em relação ao uso da medicação ou escolha da forma de reinserção no ambiente escolar.

O ingresso de maior número de usuários no programa fez com que as regras relacionadas às atividades efetuadas e seus horários fossem revistas, discutidas e sedimentadas. Maior número de estagiários de graduação foram incorporados ao programa, mas o controle e definição de suas atividades ainda não se encontrava totalmente definido.

O segundo seminário interno foi realizado em cima da avaliação dos prontuários e ocorreu ao final do ano de 2000, e a partir deste período se estabeleceu a realização de seminários internos anualmente. A escolha dos prontuários como tema de discussão em equipe foi feita pelo coordenador da equipe, por perceber as deficiências na utilização do instrumento. Foi constatada a necessidade de adaptação da anamnese para a população alvo do programa e de maior utilização do instrumento para registro da evolução e atividades nas oficinas do programa. Em equipe, cada análise de prontuário ensinou discutir o projeto terapêutico do usuário para o ano subsequente.

O período de sedimentação se caracterizou pela solidificação das estruturas organizacionais já existentes. Esta solidificação propiciou a criação de novas atividades delineadas no período precedente. As Atividades Extra-Muros e posteriormente as Visitas Domiciliares foram criadas sob a chancela de um conjunto ações bem sucedidas. Novas estruturas organizacionais criadas geraram uma nova demanda operacional com a conseqüente criação de novos instrumentos e aprimoramento dos já existentes. Houve aumento do quadro técnico com a inclusão de novos profissionais e estagiários. Todo

este processo resultou no incremento da qualidade das atividades oferecidas e possibilitando ao mesmo tempo, o ingresso de um maior número de usuários.

Outra marca deste período foram as transformações sutis de caráter qualitativo ocorridas tanto nas estruturas organizacionais quanto operacionais. O atendimento a demanda dos usuários, cujo perfil foi mais bem definido em seminário interno ao final do ano de 1999, foi o norteador destas mudanças. Poderíamos inferir que o período de experimentação como forma de ação foi marcado por esforços voltados essencialmente ao crescimento e atendimento das demandas do próprio programa e o período de sedimentação eminentemente voltado para atender a demanda dos usuários assistidos pelo programa.

Avaliação e Integração na Rede – janeiro de 2001 a agosto de 2002

O ingresso neste período foi precipitado pela mudança abrupta na forma de vínculo empregatício dos técnicos do programa, isto é, pela passagem de regime de trabalho CLT para cooperativa. Na primeira reunião de equipe deste ano foi discutida a questão e aventada a possibilidade de saída dos membros da equipe caso as condições de trabalho não fossem satisfatórias. Esta possibilidade poderia inviabilizar a existência do programa, já que todos técnicos tornaram-se cooperativados.

Este episódio suscitou um movimento de crítica/autocrítica e direcionou o foco do trabalho para dificuldades diárias, como por exemplo o acompanhamento e definição de estratégia para os usuários faltosos. A pauta de reuniões parecia ter chegado a sua forma definitiva. Oficinas terapêuticas foram criadas – Oficina de Reciclagem, Oficina de Cartonagem – ou reformuladas – Oficina da Palavra que se desdobrou e gerou a Oficina do Jornal. A atuação da equipe em casos difíceis se tornou mais intensa e com maior diversificação de recursos, gerando estratégias como: reuniões envolvendo professores, coordenadores de escola e técnicos do programa, como também contato e acompanhamento terapêutico envolvendo a rede social de adolescentes assistido pelo programa. As atividades extramuros se intensificaram – passeios e visitas culturais. Os acordos realizados na reunião semanal de equipe se solidificaram e passaram a ter peso de lei para a equipe, possivelmente por serem discutidos exaustivamente até se tornarem decisões consensuadas.

A equipe se tornou cada vez mais exigente reavaliando com maior frequência os contratos e/ou projetos terapêuticos acordados com os pacientes. Adolescência normal e sintomas e doenças psiquiátricas na adolescência eram temas recorrentes nas discussões, convocando os técnicos a pensar sobre estas diferenças. Intensificou-se a necessidade de discutir e avaliar a participação e implicação subjetiva daqueles que atuaram diretamente com os adolescentes. Problemas de relacionamento entre membros da equipe também foram discutidos, tendo como resultado imediato reavaliação e conseqüente resolução de pendências e deficiências existentes no trabalho e não discutidas.

Foi dinamizada a entrada de novos adolescentes no programa e ocorreram as primeiras altas ou remanejamentos de alguns usuários com faixa etária acima de 18 anos, para serviços de adultos na rede de atendimento em saúde mental. Houve alterações na constituição e composição da equipe. Por envolvimento em vários outros projetos, saiu da equipe, técnica que tinha atuação exclusivamente no Clube de Pais. Outra voluntária, coordenadora de oficina terapêutica, se afastou do programa em fevereiro de 2001. Houve ingresso de dois novos técnicos, uma enfermeira e uma assistente social. A psiquiatra da equipe, por assumir cargo de chefia em outro serviço de saúde mental infanto-juvenil, inicialmente reduziu carga horária no programa e posteriormente se desligou.

As atividades extramuros se solidificaram com as parcerias institucionais e a projeção do trabalho efetuado no Programa Clube ponto de Encontro. O Instituto Helena Antipoff estreitou suas relações e trocas com o serviço, trazendo bons resultados nas práticas de atenção aos usuários para ambas instituições envolvidas. Contato com profissionais, coordenadores de oficinas de atividades artísticas do Museu da República que oferecem programas de profissionalização para adolescentes, gerou parceria, permitindo a criação de oficina onde os adolescentes inseridos no programa interagiam com outros adolescentes que lhes transmitiam suas experiências. Este processo efetuou trocas numa via de mão dupla, permitindo por um lado a aproximação dos usuários do programa com jovens inseridos no contexto social com a mesma faixa etária e por outro, rompendo a naturalizada distância entre os “normais” e os “doentes mentais”.

O advento das Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde Mental aproximou a equipe desta temática. O programa teve um de seus membros representando-o como delegado nas conferências municipal e estadual e a mãe de um dos jovens, na condição de representante do segmento dos familiares dos usuários de

serviço de saúde mental, como delega nas três conferências. Os técnicos do programa passaram a se envolver cada vez mais com atividades e cursos de aprimoramento permitindo não só a ampliação de conhecimento, mas a divulgação do próprio programa. O coordenador do Programa foi convidado para dar curso sobre psicose na adolescência e novos dispositivos de tratamento direcionado a esta clientela em Maputo, Moçambique. Novo episódio de ordem contratual – ausência de pagamento – ocorre com os técnicos efetivos do programa ao final do ano de 2001. Como reação ao fato e sinalização a instituição do desagrado da equipe como um todo, foi consensuado em reunião de equipe a interrupção das atividades do programa nos últimos dez dias do ano.

Em março de 2002 ocorreu a inauguração do Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade – CARIM, em espaço físico reorientado para tal atividade com o objetivo de unificar o serviço ambulatorial infanto-juvenil e o centro de atenção psicossocial infanto-juvenil/CAPSIJ. No mesmo ano o Programa Clube Ponto de Encontro foi recredenciado segundo as normas constantes na portaria 336 de fevereiro de 2002, que criou e regulamentou os dispositivos em saúde mental para a população infanto-juvenil. A partir de agosto, sob os auspícios da nova política de integração do serviço, além da reunião de equipe do programa, tornou-se sistemática a reunião dos três programas oriundos do CAPSIJ – Programas GEPETO, PASMEC e Clube Ponto de Encontro. Objetivo desta reunião bimensal foi agilizar e dinamizar a rede assistencial interna.

Todo este período de intensas mudanças institucionais precedeu a realização do terceiro Seminário Interno ocorrido na última semana de agosto de 2002 nas dependências do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com a participação de convidados, profissionais da área de saúde mental, externos ao programa. O encontro foi motivado pela necessidade dos técnicos repensarem seu papel dentro do programa, o papel do programa para com seus usuários e as especificidades do mesmo como um dispositivo inserido numa rede de serviços de assistência aos portadores de transtornos mentais graves. Foi feita uma avaliação do serviço pelos adolescentes, que se transformou em ponto de pauta do seminário interno.

O período de avaliação e integração na rede se caracterizou por intensa efervescência deflagrada por uma abrupta alteração no status da relação institucional de uma de suas estruturas operacionais – a equipe multiprofissional. Inicialmente não se pode precisar se esta alteração acarretaria impacto negativo ou positivo no programa como um todo. Ao final de breve período, percebido sutilmente pelo registros na ata de

reunião, surgiu o movimento de auto-avaliação, possivelmente alicerçado pela coerência interna, desenvolvimento e sedimentação das estruturas existentes, organizacionais e operacionais. A necessidade de autovalorização da equipe multiprofissional e de garantia da existência e evolução do Programa Clube Ponto de Encontro ocasionou a intensificação, que ao longo de todo período de existência do programa foi insipiente e irregular, da divulgação de suas atividades dentro da rede de instituições ligadas as políticas, formação profissional e assistência a adolescentes portadores ou não de transtornos mentais graves.

Algumas estruturas do programa se estabelecem quanto sua função organizacional, entre elas o seminário interno. Ao se estabelecer enquanto estrutura organizacional, em nova direção, o seminário interno passa a ser o instrumento para a operacionalização da nova meta a ser alcançada pelo programa/equipe multiprofissional, a inserção na rede de assistência enquanto. O crescimento em proporção geométrica, tanto quantitativo quanto qualitativo, sofrido pelo programa possibilitou a integração, ainda instável de suas estruturas. Esta integração pode ser observada pela resultante obtida pela supressão de qualquer uma dessas estruturas dentro do todo.

Ao olharmos o processo de implantação como um todo, integrando os períodos que o compõem podemos perceber seus compassos e descompassos. Houve constante preocupação em desenvolver atividades, dar significados a elas e acompanhar sua funcionalidade. Algumas estruturas operacionais ainda são deficitárias – Equipe Multiprofissional e Horário de Funcionamento – no que diz respeito a sua constituição, forma de inserção e capacidade total de funcionamento. Estas estruturas deficitárias provavelmente foram as gerados da integração instável do programa com a rede. A evolução da formatação e conteúdo das pautas, a resolução e debate dos temas a elas levados na mesma reunião ou em subsequente e a evolução das discussões passando a centrar-se na problemática sujeito e no seu entorno sócio-cultural, podem ser apontadas como marcas positivas neste processo.

Algumas estruturas operacionais, apesar de aparecerem nos registros da ata desde momentos iniciais de implantação do programa, foram efetivados muito tempo depois do surgimento do primeiro registro ou ainda não foram realizadas. Na primeira condição se encontra dispositivo operacional “técnico de referência” - profissional da equipe que acolhe desde os momentos iniciais o usuário recém ingresso, tornando-se referência para este com relação ao tratamento e junto aos demais técnicos do serviço. A formatação definitiva da anamnese inicial voltada para a população adolescente e a

proposta da criação de oficinas permanentes e oficinas temporárias com financiamento externo possibilitando a concessão de bolsas à voluntários e estagiários, que surgida no segundo seminário interno, não conseguiu ser implementada.

O objetivo da análise documental foi enriquecer a tentativa exploratória e verificar, em conjunto com as análises das entrevistas semi-estruturas realizados com técnicos do programa e análise do grupo focal realizado com os familiares que serão expostas a seguir, se as hipóteses levantadas são pertinentes ou não, i.e., se o conjunto destas estruturas organizacionais e operacionais que se desdobram em práticas, procedimentos e instrumentos viabilizam a reinserção psicossocial dos jovens atendidos pelo programa.

5.2. Atuação e Concepção dos Técnicos no Programa.

O presente trabalho visa trazer a luz às competências e potencialidades dos procedimentos e práticas realizados em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, especificamente no Programa Clube Ponto de Encontro que tem como população assistida adolescentes portadores de grave sofrimento psíquico. Portanto, este local se propõe ser um espaço onde estes jovens possam se constituir sujeitos. Primeiramente no sentido jurídico, visto que de acordo com o código civil em vigência a pessoa¹³ ao contar com 18 anos de idade é possuidora de autonomia civil, sendo independente da autorização dos pais para executar qualquer ato na vida civil, conseqüentemente privando-os da proteção legal dos pais. Sob outro aspecto, através do prisma da desinstitucionalização, se possa gerar uma possibilidade de constituição do sujeito, já que se trata de uma população adolescente, neste espaço de tratamento onde cuidar trata de ocupar-se no “aqui e agora” deste sujeito que sofre e transformar estes sofrimentos em formas de sentir e viver (Rotelli, 1990).

Para analisar esta questão nada melhor que ouvir os atores envolvidos no processo de reinserção psicossocial, por serem potencialmente capazes de participar, intervir e gerar novas demandas como também discutir e refletir sobre os benefícios e impasse do processo. Saraceno (1999: 102) também nos aponta que

(...) com certeza, a família passou da condição de cúmplice para a de protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas de qualquer forma “senso”, e não é mais simplesmente “usada” como cúmplice ou como vítima. A própria família pode ser protagonista das estratégias de cuidado e de reabilitação; mas também as famílias como sujeitos sociais coletivos podem ser protagonistas e aliados conflitivos das estratégias abrangentes do serviço.

A relação do jovem/usuário com o programa/técnicos vão para além da proposta de intervenção pautada no modelo clínico. “Enquanto a psiquiatria clínica tende a reconhecer apenas os traços patológicos, anormais, insanos, os sintomas da doença, a prática do serviço, já descrita, consegue valorizar o nexo dialético entre saúde e

doença e, em consequência, também os componentes são, as expressões de saúde, de normalidade.” (Rotelli:1990, 77).

Esta visão, historicamente recente, resgata a família do lugar de promotora ou minimamente mantenedora da doença mental que um de seus membros é acometido. Transporta-a para um novo papel, possibilitando o resgate de uma culpa e introduzindo-a como aliada e co-responsável no tratamento e a promoção de ações eficazes em relação ao sujeito que sofre tanto no contexto familiar quanto no espaço social. Os profissionais se deslocam da função de responsáveis e promotores da “cura” para se tornarem partícipes da “produção social” dos usuários.

Estas foram as bases utilizadas para privilegiarmos estes atores como objeto de nossa pesquisa – as famílias e os técnicos do programa Clube Ponto de Encontro. As técnicas qualitativas de grupo focal ou grupo de discussão com os primeiros e entrevistas semi-estruturadas com os últimos. Através destas técnicas pudemos captar as contribuições e impasses, os sentidos e dissensos produzidos a respeito das práticas e procedimentos realizados dentro do programa.

Os Técnicos e O Programa

O Programa Clube Ponto de Encontro mantém uma equipe técnica constituída de um psiquiatra, uma enfermeira, três psicólogos, uma assistente social, uma fonoaudióloga/psicomotricista e a nível médio um auxiliar de enfermagem. Por estar inserido numa instituição de assistência e ensino conta com alunos/estagiários de graduação e pós-graduação em psicologia e serviço social na função de estagiários participando ativamente das atividades oferecidas.

Para efeito da pesquisa foram selecionados de forma aleatória quatro profissionais do serviço, tendo-se este quantitativo como representativo do corpo técnico como um todo. A entrevista semi-estruturada e seu conteúdo visavam captar como o programa, seus procedimentos e sua finalidade são apreendidos por aqueles que a efetivam junto a sua clientela, os jovens portadores de grave padecimento psíquico.

¹³ O código civil de 1916 faz referência ao “homem”, enquanto o atual vigente emprega a palavra pessoa. Esta mudança está em conformidade com a Constituição Federal de 1988, que estabelece “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, refletindo a igualdade entre homens e mulheres.

A escolha aleatória contemplou a diversidade de especialidades profissionais¹⁴ existente no programa, permitindo diversos olhares relativos a mesma temática e seus desdobramentos. O tempo de atividade na função como também o tempo em atividade no programa foi bastante diverso, foram encontrados profissionais que atuam na área de saúde mental com a clientela infanto-juvenil há mais de duas décadas, mas em contrapartida há poucos meses no programa. Outros tiveram sua experiência na área quase que exclusivamente devido a sua atuação no programa.

O instrumento utilizado – entrevista semi-estruturada – objetiva captar através dos atores que realizam as práticas de assistência e atuam junto aos jovens, i.e., aqueles que produzem a realidade assistencial, no que consiste o programa, quais são as suas características, como esperam e o que esperam alcançar com as práticas realizadas, como também como se dá a interlocução com os jovens e seus familiares.

Objetivos e Propostas

“*Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais*”, como consta na Portaria Ministerial nº 336¹⁵ de 19 de fevereiro de 2002 como uma das características de um novo modelo de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, regulamentada pela primeira. Definir quais as categorias profissionais habilitadas a executar esta tarefa e as atividades a serem desenvolvidas nestes *Centros*, tais como: *atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e desenvolvimento de ações intersectoriais*, falam muito pouco do dia-a-dia e do contato vivo e dinâmico existente num local que se propõe a promover novas práticas de cuidados a esta população.

Vários conceitos se misturam, várias definições se entrelaçam, às vezes num mesmo interlocutor, e chamo de interlocutor àquele que na prática diária tenta traduzir suas ações: ações legais, ações clínicas, ações sociais e ações de um sujeito que não se encontra distante, nem isento e muito menos imune as próprias ações que dirige àqueles que são alvo do tratamento. Espaço de tratamento, ambiente terapêutico, espaço de

¹⁴ A escolha aleatória dos técnicos a serem entrevistados recaiu sobre as seguintes especialidades profissionais: um psiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem.

¹⁵ A portaria nº 336 pode ser acessada através do site <http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM/GM-336.HTM>

convivência, espaço clínico, são algumas das definições deste local, o Programa Clube ponto de Encontro. O que se faz, apesar de ser feito, também é encharcado desta mistura e destes entrelaçamentos. Então deixemos quem faz, falar.

(...) na minha leitura, é um espaço de convivência, ao mesmo tempo ele é um dispositivo de saúde mental para trabalhar com adolescentes com transtornos e sofrimentos psíquicos, que em função disto vivem em condições paralisantes em suas vidas, seja escola, seja sair de casa, ter grupos de amigos, enfim (...) receber os pais desses meninos e possibilitar que uma vez aqui neste espaço eles possam lidar com a doença de uma outra forma e seus pais também. De forma que eles possam minimamente se reorganizar, de uma forma que eles continuem tendo uma trajetória, principalmente nesta etapa da vida, que é a adolescência, onde eles vão viver pela primeira vez seus enfrentamentos fálicos diante da vida (...)
(Técnico 2)

Que pode ser dito de outra forma

(...) um espaço de tratamento mais efetivo, um ambiente terapêutico para adolescentes com graves problemas psíquicos. O objetivo é possibilitar que sejam mais autônomos, que possam lidar melhor com as suas dificuldades e possam estar mais incluídos na sociedade como um todo. (Técnico 4)

E de outra

(...) quando o paciente chega aqui, chega deprimido por alguma razão na sociedade. Então, o nosso objetivo é reintegrá-lo a sociedade. Reabilitar aqui o paciente, para que ele possa sair na rua e possa ter de novo contato com a sociedade. (Técnico 1)

As práticas e atividades oferecidas no dia-a-dia do programa, que poderíamos agregá-las para efeito de denominação sob o termo oficinas terapêuticas, parecem ser o mote para se estar junto, tratar, cuidar.

(...) a prática terapêutica das oficinas, do dia-a-dia mesmo, de virem aqui e estarem junto com outros meninos desenvolvendo atividades que possam ser interessantes para eles e que possam também servir como alibi para conversarmos sobre as situações de sua vida com seus pais, com seus amigos, escola. (Técnico 2)

Como fazer e para que fazer parece ser o pano de fundo que permeia todas as atividades, que por serem eminentemente lúdicas podem trazer a um espectador menos avisado uma falta de objetivo e uma indefinição de propósitos. Há um propósito sempre presente em todas as ações e isto é trazido na seguinte afirmação.

(...) O objetivo de toda esta prática vai ser poder trabalhar as dificuldades que eles estão encontrando por conta da doença e aliviá-los dessas dificuldades, inserindo-os novamente na prática da sociedade, que seria a escola, que seriam os amigos, que seria a família, o dia-a-dia que eles tinham antes. (Técnico 3)

E como se dão estas práticas e estes objetivos?

(...) As práticas seriam: atendimento individual, no caso psicoterapia; os atendimentos em grupo, no caso seriam as oficinas. Dentro das oficinas, aí teria de acordo com cada oficina a sua prática. Algumas são internas ... são feitas internamente, no espaço físico do Ponto de Encontro. Algumas são ... têm atividades externas. Algumas têm atividades manuais, outras são só conversas. Outras têm trabalho com o corpo. E assim cada oficina vai ter a sua prática e o seu objetivo. O seu objetivo, acredito que seja assim, um objetivo geral. Cada oficina vai ter seu objetivo específico, mas o objetivo geral do programa seria estar tentando inserir estes jovens numa ... uma ressocialização. (Técnico 3)

As atividades diárias e suas dinâmicas parecem introduzir os atores envolvidos numa reflexão crítica constante, que podem ser trazidas através das seguintes expressões

(...) Eu tendo a radicalizar um pouco isto, eu tendo a achar que o principal espaço do Ponto de Encontro é o espaço coletivo. O espaço clínico, analítico, psiquiátrico, ele entra para dar uma força neste espaço maior. Por isto eu acho que o CAPS é um espaço em construção, e por isso tem de se elaborar melhor esta clínica, mas eu tendo a nesse nosso dia-a-dia, quando rola muito atendimento específico, apesar de ser importante, a achar que a gente tem de tomar cuidado, pois eu acho que aqui é o espaço do coletivo e devemos esticá-lo o máximo possível. (Técnico 2)

Diferenças e Especificidades

Retornando a alguns pontos introduzidos pela Portaria 336, voltemos-nos para a questão da diferenciação em modalidades de serviços da complexidade e abrangência populacional¹⁶, e mais especificamente para a questão da diferenciação quanto ao tipo de clientela assistida, sendo estes serviços denominados CAPS i II e CAPS ad II, atendendo respectivamente a clientela infanto-juvenil e de portadores de transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. É trazida pela portaria, de forma implícita, a questão da especificidade do atendimento a diferentes populações acometidas de grave padecimento psíquico, mas este fato não se faz traduzir através das atividades propostas para cada população em questão. Os mesmos tipos de atividades são propostas indiscriminadamente para todo o tipo de clientela a que se pretende atender¹⁷, só encontramos alguma alteração nas atividades comunitárias propostas às crianças e adolescentes onde se enfoca a integração dos mesmos na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social. Para os técnicos do Programa Clube de Encontro a relação entre a clientela assistida e a especificidade das atividades a elas destinadas parece ser clara.

(...) Eu não vejo como você trabalhar com adolescência e infância, seja em que contexto for, de saúde mental, de escola, de pobreza, sem você ter um acesso ao universo dessa população, ou seja, da linguagem dessa população. Para trabalhar com os jovens, tem uma

¹⁶ A Portaria 336 no artigo 1º, estabelece as modalidades de serviços quanto a complexidade e abrangência populacional em CAPS I, CAPS II e CAPS III.

¹⁷ Itens 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1, 4.4.1, 4.5.1 que se referem as atividades prestadas respectivamente nos CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

questão da linguagem dos jovens, de entrar neste mundo da adolescência, assim como não tem como trabalhar com infância ser estar no universo do brincar. (Técnico 2)

Acrescenta-se que

(...) O CAPS de adultos, não demanda uma linguagem como demanda o CAPS de adolescentes e crianças, têm objetivos diferentes. (...) Se você trabalha com oficinas terapêuticas para adolescentes, você tem que oferecer coisas que digam respeito a adolescência, a este código da adolescência, apostar alguma coisa de interesse que mobilize-os nessa direção. (Técnico 2)

O quantitativo da população assistida é um ponto mencionado na portaria, quando esta define que em uma população de aproximadamente 200.000 habitantes serão atendidos por turno 15 crianças e/ou adolescente e que o limite máximo paciente/dia é 25¹⁸. O quantitativo de usuários a ser atendido, também é ressaltado pelos técnicos do programa, embora os parâmetros não sejam os mesmos para definir esta questão.

Uma especificidade seria também, por conta da idade, o número de pessoas que se pode tratar, porque eles demandam mais cuidados, eles demandam um tempo maior de atenção. (Técnico 3)

Aspectos clínicos também são levados em questão.

(...) entrar na linguagem destes meninos. Por ex.: eu acho muito interessante um menino, que a gente conhece, possa dizer assim: “Eu não tomo remédio porque eu saio para dançar à noite e ele me deixa mole.” Se você ficar aprisionado na questão do remédio, você deixa de fora o universo deste garoto e que é um universo que minimamente amarra a ele a um laço social, que é a dança. Você tem que escutar. A dança é importante para ele, o universo da discoteca que ele vai é importante para ele. Você não pode dizer ... o hegemônico é o tratamento, o que é médico. A gente tem que ouvir esse universo, essa linguagem que eles falam. Então,

acho que aqui no Ponto de Encontro, a gente tem até conseguido isso. (Técnico 2)

A escola é lembrada e o trabalho via profissionalização também.

(...) quando você está trabalhando com adolescente você também vai estar voltado para a questão da escolaridade. Permitir, facilitar que ele possa se inserir mais na escola. Seja aquele adolescente que interrompeu os estudos, seja o que está participando um pouco, mas que ele possa ficar mais incluído dentro da escola.(...) Se a gente parte do princípio que o Ponto de Encontro como qualquer outro Centro de Atenção Psicossocial vai estar o tempo todo tentando trabalhar para que aquele indivíduo possa estar voltado para a sociedade,(...) No caso do adolescente, como a questão é a relação dele com a escola mais do que a relação dele com o trabalho, você vai sempre estar vendo a questão da escolaridade. (Técnico 4)

Apontando diferenças relevantes no contexto da Reforma Psiquiátrica, onde o trabalho é apontado como uma forma de investimento para gerenciar a presença do sujeito portador de grave padecimento psíquico em lugares que lhes são fechados por certas forma de organizações sociais (Lobosque, 2001:97), não produz esta equivalência quando lidamos com a população adolescente.

(...) As oficinas terapêuticas para adolescentes são diferentes das de adultos. São diferentes por conta do que eu falei anteriormente, uma concepção do trabalho.(...) Eu acho que no caso dos adultos, ela tem uma diferença também, elas têm uma pegada profissionalizante. Vamos fazer biscoito, lá na frente tem uma cooperativa de biscoitos. Vamos fazer silk-screen ... com adolescente a gente tem de ir com calma com essa profissionalização, mesmo porque eu tenho um pouco de medo de querer profissionalizar rapidamente estes adolescentes com o raciocínio do tipo assim: tem que profissionalizar logo, porque ele tem uma doença mental, não vai conseguir entrar no mercado de trabalho formal e aí ele tem um outro tipo de trabalho ... que é um raciocínio que eu acho perigoso às vezes. (...) Eu acho preocupante no

¹⁸ Levando-se em conta a proporção de atendimento paciente turno/dia, encontramos a seguintes determinações: CAPS I (população entre 20.000 e 70.000 – 20/30; CAPS II (pop. 70.000 a 200.000) - 30/45; CAPS III (pop. Acima 200.000) – 40/60; CAPS ad II (pop superior a 70.000) – 25/45

caso de adolescente, a gente já anunciar isso. O nosso caso é o contrário, o nosso trabalho é tentar que os nossos meninos não entrem nisso. Mas a nossa tentativa é fazer com que estes meninos possam ter ... por quê eles não podem voltar para a escola e ter uma escolarização? Normal como qualquer outro menino? Antes de anunciar o que achamos que pode acontecer com eles. A gente já sabe o que pode acontecer, então vamos tentar trabalhar de uma outra forma. (Técnico 2)

Atributos e Competências

As funções a serem realizadas por um serviço estão diretamente relacionadas ao público alvo a ser atendido, as especificidades que esta população traz no bojo das ações a ela direcionadas e ao corpo técnico com suas respectivas características de formação. A legislação determina que os serviços de atenção diária, ou seja, os CAPS I, II e III deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.¹⁹ A prática diária de atenção e cuidados dos técnicos do Programa Clube Ponto de Encontro parece ter contribuído para uma melhor definição quanto as funções a serem desempenhadas e puseram a prova a capacidade de atuação junto as demandas emergentes trazidas pelos jovens portadores de grave padecimento psíquico.

(...) uma resposta mais geral (...) estar voltado como qualquer outro profissional que trabalhe em CAPS, a questão do retorno deste indivíduo a sociedade, mas no caso específico o profissional que trabalha num programa tipo o Ponto de Encontro, ele tem que estar levando em conta a questão do desenvolvimento, (...) aquele adolescente que está se desenvolvendo com uma série de problemas e dificuldades diferentes de outros adolescentes, (...) Então, tem de estar não só fazendo com que ele retorne, mas mais do que isso, que ele passe por determinadas etapas de vida de uma forma melhor que ele possa estar passando. (...) pensar que ele não está simplesmente voltando ao lugar que ele já esteve. Ele (o adolescente) está passando

¹⁹ Portaria 336 § 1º

pelo trajeto de uma forma diferente, com o sofrimento psíquico dele e a gente podendo ajudá-lo a passar melhor por este processo.
(Técnico 4)

E mais ...

(...) ficar meio de assessor de uma série de lugares que este adolescente, se tiver sorte, ainda transita, para poder falar acalmar a todos. (...) Não tem como trabalhar com esta população sem saber que você, muitas das vezes, vai pegar o telefone e ligar trezentas vezes ao dia. Vai ligar para escola, vai conversar com a escola, vai conversar com professor (...) a gente tem de estar atento e sintonizado que esse é um trabalho de rede, no sentido que você recebe o adolescente, o pai e uma mãe e vem por tabela o diretor da escola, o avô, o padre da comunidade, o professor do menino, outros terapeutas que já atendem os meninos fora daqui.
(Técnico 2)

Aí, então, os atributos e competências se confundem, se entrelaçam ...

É fundamental você saber que é um tipo de clínica em extensão, não tem como fazer esta clínica sem ser em extensão. Estas coisas se ligam às competências. Tem que ser um técnico um pouco mais despojado, um pouco mais aberto. (Técnico 2)

As competências são então, expressas de diversas formas pelos técnicos, tangenciando o questionamento relativo a identidade profissional daquele que trabalha na área de saúde mental e sua forma de atuação dentro dos novos dispositivos.

Acho que os profissionais não são ... não podem ser qualquer profissional da área de psicologia, da área de enfermagem, da área de medicina ... de serviço social. (...) a gente trabalha em equipe multidisciplinar, eu acho que é uma das características que tem que conseguir saber trabalhar, em equipe multidisciplinar, porque não há uma definição muito clara dos papéis ... das atividades específicas de cada um. Cada um até sabe o que tem de fazer, mas não fica definido, muito claro (...) isso não está escrito e depende muito do olhar de cada profissional e é nisso é que vai se dar o conjunto da equipe, da

diferença de cada área, no olhar. Mas as atividades são muito feitas em conjunto, pela equipe ... então eu acho que isso é a principal característica que um profissional que venha trabalhar no Ponto de Encontro tem que ter, capacidade de trabalhar em equipe multidisciplinar. (Técnico 3)

As funções, por vezes, também são sujeitas a estes entrelaçamentos, prevalecendo então, a dimensão humana das relações.

(...) Apesar do meu papel ser de auxiliar de enfermagem, eu acho que eu sou além de auxiliar de enfermagem. Às vezes eu acho que sou psicólogo. Não tenho formação para isso, mas às vezes sou um psicólogo, porque os pacientes vêm diretamente me perguntar as coisas. (...) Por eu ser também jovem demais, eles me vêem como um adolescente, como se fosse eles, um amigo, mas um amigo que está trabalhando. Muitos pacientes tiram isto como um exemplo de vida e estão melhorando, pois eles vêem assim: “ ... ele está trabalhando, ele é tão jovem, tão baixinho, tão magrinho que se parece um paciente, se eu ficar melhor também vou poder trabalhar aqui.” (Técnico 1)

Continuando.

(...) O que eu acho interessante, porque o meu trabalho e o dos colegas de serviço têm uma certa unidade. Essa questão específica às vezes aparece em alguma coisa mais direcionada a minha pessoa. É aí que aparece as especificidades ... enquanto pessoa, por exemplo: o fato de ser homem aqui dentro, isso é uma realidade. Nós sabemos que os homens que trabalham com infância e adolescência são poucos. Então aí a especificidade e quanto a questão de gênero. (Técnico 2)

A reflexão a respeito das práticas efetivadas também pertencem ao horizonte destes profissionais que se assoberbam nas várias dimensões das práticas institucionais.

(...) Um primeiro atributo ... eu acho que tem que ser alguém sintonizado com as novas tendências em saúde mental. Não dá para você vir trabalhar num CAPS e achar que você vai estar com a cabeça, strictu sensu, de um psicanalista. Eu vou estar aqui, mas a qualquer momento um desses meninos vai virar meu paciente. Eu acho que tem que mudar, que abrir um pouco mais a cabeça. (...) Tentar estar sintonizado com estas novas tendências em saúde mental. Com as discussões da Reforma, com as discussões das políticas públicas de saúde. O que está se apresentando, o que isto significa do ponto de vista clínico, terapêutico-clínico. No que é que estes dispositivos reinventam a clínica? Tem de estar situado um pouco com esta situação. Não dá para você querer jogar basquete com regras de vôlei. Estes lugares têm um funcionamento próprio, uma lógica própria e tem de se estar atento a isso.
(Técnico 2)

A Família e a Rede Social

A portaria 336 ao discriminar as atividades a serem prestadas em todos as modalidades de serviços em atenção psicossocial – CAPS I, CAPS II, CAPS i II, CAPS ad II e CAPS III, contempla o atendimento à família²⁰. Esta forma de atendimento é determinada pela portaria independente da capacidade operacional do serviço, da capacidade técnica, do seu período de funcionamento e do tipo de população assistida, seja ela de adultos, crianças e/ou adolescentes ou portadores de transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Apesar da ênfase dada a este tipo de procedimento, diferentemente das demais atividades prescritas²¹, não há nenhum tipo de sugestão quanto a forma com que ela deva ser efetuada ou parâmetro técnico que possa orientar sua execução.

Ao lidarmos, em qualquer circunstância, com a população infanto-juvenil, temos o papel, atribuições e responsabilidades da família definidos pelos código civil com também pelo Estatuto da Criança e do Adolescente²². Cabe aos pais ou substitutos legais de acordo com o art. 22º do Capítulo III – Título I do referido estatuto a

²⁰ Atividade e dos Itens: 4.1.1; 4.2.1; 4.3.1; 4.4.1; 4.5.1.

²¹ As demais atividades (a, b, c, d, f, g e h) constantes nos Itens previamente citados.

obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais. Dentre elas situam-se as que dizem respeito ao direito a vida e a saúde e o *asseguramento de atendimento a criança e ao adolescente, através do Sistema único de Saúde, a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.*²³ Estes aspectos impõem uma reflexão aos gestores, que organizam a demanda e a rede de cuidados e supervisionam e capacitam equipes sejam elas em atenção básica, em programas de saúde da família ou de outros serviços na rede, como aos técnicos que lidam com a atenção e cuidados aos jovens. Resignificar o papel e o tipo de parceria que se deseja estabelecer com a família deve atravessar todas as atividades efetuadas neste serviços que visem a reinserção de crianças e adolescentes em seu espaço social.

O Clube de Pais, como foi denominado o espaço de acolhimento aos pais e/ou responsáveis pelos jovens assistidos no Programa Clube Ponto de Encontro, parece ter um espaço real e efetivo para os técnicos que nele atuam.

(...) vejo o Clube de Pais como um espaço de convivência para pais, (...) que tem um pouco esta função de ser um lugar de descanso para esses pais. (...) é o lugar de sustentação do trabalho, é o lugar de recepção destes pais, é um lugar de entrevistas clínicas, é um lugar de suporte ao tratamento dos filhos. Mas é um lugar independente, é um lugar onde os pais podem trazer questões, que transitam, que tem como ponto de partida a questão dos filhos, mas lá adiante a gente vê que é uma questão deles. (Técnico 2)

Partindo-se da tentativa de delimitação deste espaço e de sua relação com o Programa Clube Ponto de Encontro como um todo, suas funções se entrelaçam com seus objetivos. Este “espaço” de atendimento e acolhimento aos familiares, como todo o programa, uma prática em construção, possui em acréscimo o fato de lidar com uma população que até então mantém um papel demarcado na cultura institucional, o de propiciador e mantenedor da doença mental. A ambigüidade ainda existente com relação a estes atores, novos parceiros, parece se traduzir ao tentar se definir e falar do dispositivo a eles direcionados.

²² Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que garante proteção integral a crianças e adolescentes.

²³ Art. 11º do Capítulo I do Título II- Estatuto da Criança e do Adolescente.

(...) um encontro, é um momento, um espaço que os pais tem para se encontrar e estarem conversando, debatendo questões sobre os filhos e sobre as famílias, sobre a questão da doença em relação ao convívio familiar. (Técnico 3)

Definições a parte, com o dispositivo existente, o que e como fazer para alcançar os objetivos propostos?

(...) os pais precisam de um suporte, de uma força. Têm vezes que os pais chegam aqui tão lerdos, tão cansados, que só faltam se internar. A gente está aqui e dá uma força como se fosse um amigo. (Técnico 1)

“Suporte”, parceria, como equacionar posições e papéis aparentemente conflitantes?

(...) é dar uma oportunidade para eles, que possam estar colocando suas questões suas dúvidas, suas dificuldades e possam estar trocando com os outros familiares. (Técnico 4)

As atividades e práticas oferecidas tentam dialogar com este novo lugar a ser alcançado. O percurso parece surpreender a todos, familiares e técnicos, exigindo o enfrentamento de conceitos e preconceitos.

Tem reunião com os pais uma vez por semana (...) atendimento com os pais também (...) engraçado que eu pensava que o atendimento era só com o adolescentes, mas não, é com os pais também (...) e de vez em quando junto com os filhos para tirar as dúvidas. Às vezes os pais não estão agüentando dentro de casa (...) às vezes os pais não agüentam nem mesmo olhar para os filhos, aí (...) no atendimento ele consegue olhar assim de um jeito, de outro e já consegue ver o filho. (Técnico 1)

O Clube de Pais tem como proposta dar subsídio na construção de novos papéis e lugares, seja no âmbito familiar proporcionando a emergência de novas

relações e/ou redefinindo novas parcerias e num aspecto mais amplo, fomentar o surgimento de novas modalidades de relações no ambiente social.

(...) Outra atividade do grupo, eu acho que é fazer uma aproximação dos pais com os filhos, no sentido de colocar alguma questão que tem que ser trabalhada ali por eles. Mediar alguma questão que o adolescente quer trabalhar ou os pais, alguma coisa que é preciso eles estar junto ali.

(...) A retomada do tratamento quando acontece uma ruptura. Ligar, retomar, saber o que aconteceu. Tem essa pescaria para ser feita.

(...) Outro trabalho também é levar estes pais a se organizarem. O grupo de pais hoje aqui no programa, por comentário dos próprios pais, eles se constituem enquanto um grupo. Tanto é, que eu vejo eles circulando lá fora, os papos, as conversas. Aí se formam um trios, se formam duplas entre eles mesmos. (Técnico 2)

A cultura assistencialista e novos modos de acolhimento a esta clientela por vezes se mesclam na enunciação dos objetivos.

(...) Porque os pais têm que aprender a lidar com seu filho.(...) Às vezes quem precisa do tratamento são mais os pais do que os filhos, porque se os pais não souberem como lidar os filhos, eles também não vão saber como agir no futuro. (Técnico 1)

Mas na construção deste processo alguns caminhos se delineiam.

O objetivo disso é claro, é fazer com que os meninos fiquem. Não há trabalho com esses meninos sem minimamente esses pais ficarem. De que forma vão ficar ... não sei ... vir toda semana, de quinze em quinze dias, uma vez por mês, não sei. Alguma coisa tem que fazer para que estes pais fiquem, querer que esses pais repousem um pouco aqui. O objetivo é conduzir melhor o tratamento destes meninos, é conduzir melhor o tratamento destes pais também, fazer com que esses pais possam se sentir atingidos

pela doença dos filhos, mas descobrir que eles podem fazer alguma coisa com esta doença, que não só viver a doença. (Técnico 2)

Ao resignificar o papel destes pais dentro do tratamento de seus filhos, há que se perguntar, qual o seu papel dentro do tratamento? E qual a relação entre os familiares e profissionais, que historicamente mantêm-se em posições diametralmente opostas, numa contenda pela posse da cura e da tutela destes jovens?

(...) Uma primeira tarefa que um familiar tem no tratamento é um momento de falar desta tormenta, desta dificuldade que é ter um filho com todos os problemas que eles aqui aparecem. Uns mais graves, outros menos graves.(...) É um momento de chegar, se queixar e querer dividir isto com alguém. E aí só assim se poderá passar para um segundo momento que é momento da parceria. Eu entendo a parceria com os familiares ... um faz a música e outro faz a letra, mas quando a gente ouve a música no rádio é uma coisa só. (Técnico 2)

E sob que aspecto pode inicialmente se realizar esta parceria?

(...) A questão da autonomia dos adolescentes, isso não pode ser trabalhado só com o adolescente, precisa da família para dar continuidade. (Técnico 3)

Esta relação traz marcas e barreiras que devem ser transpostas, caso se queira ultrapassar a cordialidade aparente e trilhar o árduo caminho de construção de parceria.

(...) é uma relação boa, mas ao mesmo tempo é uma relação difícil. (...) os pais vão tender às vezes ver os técnicos até como pessoas que estão podando e em alguns momentos “tirando os filhos” deles. (Técnico 4)

Abrir mão ou negligenciar os questionamentos e reflexões críticas a respeito das formas, caminhos e descaminhos que podem ou não ser trilhados na construção desta parceria pode ser a linha demarcatória entre a instituir o novo ou repetir com nova roupagem um modelo longamente constituído.

(...) Às vezes a gente tende a achar que o trabalho com os pais é uma coisa setorizada, do pessoal que trabalha com os pais. Tem trabalho setorizado que é preciso que tenha, ponto número um. Ponto número dois, quem está na lida direta com os adolescentes no dia-a-dia tem de fazer essa aproximação com os pais e não tem de achar que a Norma., a Cecília conversam com os pais. (...) Tem que encostar um pouco nos pais, senão a gente perde o todo deste dispositivo, do CAPS, que eu gosto de chamar de um dispositivo de convivência.(...) a população central do nosso trabalho são meninos e pais, seja quem se apresentar como pai e mãe. A gente não pode perder isto de vista e trabalhar pela metade. (Técnico 2)

Uma História, Uma família.

O relato do convívio com situações dramáticas envolvendo jovens e suas famílias talvez possa trazer uma visão mais dinâmica das experiências, muitas vezes sem resposta, que adentram o serviço e suscitam aos técnicos, múltiplas possibilidades de enfrentamento. Carlos e sua experiência de adoecimento trazem esta questão paradigmática. Depara a todos com as possibilidades ou não de parceria entre técnicos, familiares e àqueles que são prioritariamente o *sujeito* ao qual se dirige todo o dispositivo assistencial.

O ingresso de Carlos no programa, através do encaminhamento da emergência de serviço hospitalar, já nos antecipava as dificuldades que o contexto familiar nos traria no atendimento do caso. A dificuldade de comunicação do pai do jovem com sua fala desconexa, agitação e o alto tom de voz. A apresentação pessoal do jovem com os cabelos em desalinho, o olhar demonstrando constante estado de alerta e a combinação um pouco extravagante de seu traje, nos chamava bastante atenção. Neste breve primeiro contato foi marcada a avaliação de ingresso no programa com um certo grau de dificuldade, já que apesar da urgência requerida pelo caso e solicitada pelo pai, este teve uma enorme dificuldade de marcar uma data próxima, como também questionou algumas vezes a necessidade da presença da mãe.

Poucos dias após o primeiro contato, Carlos e seus pais foram recebidos para avaliação. Novamente a primeira impressão no contato com a família chamou atenção.

As expressões faciais, a forma de comunicação e as disparidades na apresentação pessoal. Humberto, o pai, trajava-se formalmente, camisa de manga comprida e colarinho abotoado, num extremo e Carlos um típico “grunge” com vários brincos na orelha, roupas vários números acima de seu manequim, no outro extremo. Os pais trouxeram como queixa principal, tanto ao atendimento efetuado no serviço de emergência como no encaminhamento ao programa, o fato de o filho estar há uma semana sem ir a escola. Quando questionados a respeito, insistiram ainda algum tempo sobre a questão escolar, como se o rosto angustiado do jovem ali ao nosso lado e seu próprio relato a respeito das alucinações visuais e auditivas tivessem menor significado que a queixa trazida por eles. Carlos quando questionado sobre o porque de ser trazido ao programa para avaliação, associou o fato aos seus padecimentos psíquicos. Houve várias divergências entre os pais no momento em que se tentou colher dados a respeito do primeiros anos de vida do filho. Idas a neurologistas e psicólogos, com suas respectivas datas e motivos para a procura dos profissionais, eram contestadas todo o momento de parte a parte, quando não, motivo de áspera discussão. Tiveram de ser contidos verbalmente várias vezes, pois ao longo da entrevista pareciam ter esquecido o motivo que os trouxera ali e utilizavam nestes momentos o filho como mero objeto da pauta de discussão. O motivo da separação do casal, que ocorreu de forma dramática quando o jovem tinha 9 anos de idade foi exposto de forma cruel na frente do filho. Frases como: “Me separei de você por não dar conta de seu apetite sexual” e “aquele seu namorado viciado e traficante que ensinou o nosso filho a usar drogas” ditas pelo pai, são retaliadas com afirmações da Paula, mãe de Carlos, da seguinte forma: “Estou com AIDS e segundo os exames contraí a doença há 8 anos, quando ainda estava casada com você. Nunca o traí e você se recusa a fazer os exames”. Boa parte dos dados a serem colhidos foram deixados de lado, já que foi impossível ir adiante na anamnese. Também seria por demais desgastante, principalmente para o jovem, prender-se a meros fatos quando a própria dinâmica familiar estava sendo ali encenada diante e por si só explicativa. Delinear com Carlos um contrato de atendimento com a frequência de três vezes por semana, foi tarefa fácil, em comparação com as dificuldades que tivemos para conduzir qualquer tipo de contrato com os pais.

Ao ingresso de cada jovem no Programa Clube Ponto de Encontro, corresponde a entrada dos pais ou responsáveis no Clube de Pais. Dentro da medida de suas disponibilidades e necessidades requeridas pelo caso, estes passam a freqüentar as atividades semanais regulares, que são: Grupo de Pais, realizado todas às quartas-feiras das 9:00h às 10:00h, cujos temas giram em torno das demandas trazidas pelos pais e a

Oficina do Café da Manhã, realizada todas às segundas-feiras das 9:00hs às 9:30hs, onde a primeira refeição oferecida aos jovens é extensiva aos pais, propiciando neste momento informal a reprodução de hábitos domésticos e conversas familiares permitindo intervenções mais adequadas e pontuais. A frequência de Paula no Grupo de Pais e na Oficina do Café da Manhã apesar de inicialmente ser relativamente constante, era silenciosa. Sempre nos procurava ao término da atividade demandando questões pessoais que de forma alguma conseguia ser articulada a dificuldade real de Carlos. Somente na segunda semana de sua vinda ao programa, apercebeu-se que o filho teria de frequentar o local de tratamento três vezes por semana ao invés de uma única vez.

Paula, em seus contatos com a equipe, sempre trazia questões relativas ao medicamento, a inclusão de outros médicos no caso além do designado e críticas ao ex-marido, que em sua ótica religiosa (Evangélico) não aceitava a medicação e os sintomas da doença. Humberto desde o início manteve um posicionamento mais distante e crítico, parecia identificar as orientações relativas ao tratamento, com os desejos e caprichos da ex-mulher.

Em sua primeira vinda ao grupo de pais, o pai de Carlos mostrou-se bastante angustiado com as questões trazidas. Estas giravam em torno de: Os primeiros sinais e sintomas trazidos pela doença; as dificuldades de percepção destes sinais e sintomas pelos familiares, mesmo quando já observado por amigos ou conhecidos; os por quês de muitas vezes nos momentos dos sintomas mais agudos, os pais não abrirem mão da negar a doença em detrimento do benefício da execução de forma mais efetiva do tratamento. Alguns pontos de vista religiosos foram trazidos por Humberto, neste momento, como uma forma de explicação dos sintomas, mas de imediato foram refutadas pelo grupo e este tentava discutir inclusive o caráter pernicioso destas crenças para o próprio paciente, confundindo-os e fazendo com que se recusem a tomar a medicação e participarem do tratamento. Paula também presente ao grupo, de forma tímida, neste momento, fala diretamente das dificuldades do ex-marido em aceitar a doença do filho. Mais adiante no próprio grupo, de forma bastante irritada, Humberto apontando para ex-mulher, diz: “(...) quando eu era católico como ela, não tinha compreensão nem caridade ao próximo, mas agora que me tornei cristão consigo viver isto na prática do meu dia-a-dia (...)” . Após esta frase bombástica houve comoção geral no grupo, todos falaram alto e ao mesmo tempo. Um dos pais presentes, retrucou irritado: “ (...) não vim aqui para ser ofendido (...)” Batendo com os dedos no mostrador do relógio completou: “ (...) meu tempo é precioso, caso este tipo de atitude continue eu me retiro (...)” . Endossamos a fala do membro do grupo, acrescentando que os limites

do aceitável fora ultrapassado. Recordamos aos pais, que no Programa Clube Ponto de Encontro há uma regra para os jovens que aqui freqüentam, que é a de “Não se ferir e não ferir ao próximo”, tanto no sentido concreto, quanto abstrato da expressão. E que os profissionais do programa, imaginam que os adultos, pais destes jovens, teriam a mesma capacidade que os jovens de cumpri-la. Após este incidente, Humberto afastou-se do grupo, não mais comparecendo aos encontros semanais.

Nas semanas seguintes nos deparamos com o aumento das queixas de Paula, ao mesmo tempo em que percebíamos alterações feita por ela, nas doses dos medicamentos. A permanência dos sintomas e a inconstância na freqüência de Carlos, fez com que a equipe se decidisse pela intervenção junto a esses pais, sob a forma de acompanhamento terapêutico do casal. De imediato ambos foram contactados, informados e convidados a fazerem o atendimento uma vez por semana, aceitando-o.

Inicialmente o acompanhamento psicoterápico foi regular, mas rapidamente os atendimentos se tornaram raros, a inconstância na freqüência de Carlos ao tratamento aumentou. Houve recrudescimento dos sintomas. As queixas e postura inicial dos pais retornaram com maior intensidade. Elane, ex-vizinha e amiga da família, também madrinha de Sandra, irmã de Carlos dois anos mais jovem que ele, procurou o programa pedindo ajuda. Traz à equipe um quadro bastante pessimista da relação familiar de Carlos, das brigas constantes na residência que geram desavenças com o condomínio e as atitudes agressivas de Carlos com relação à irmã. Elane diz temer pela integridade física da afilhada e que muitas vezes a leva para sua casa, vendo ser a única saída para proteger a menina, já que Paula e Humberto parecem não se dar conta dos riscos a que todos estão submetidos. A introdução deste novo elemento ao caso parece ter acelerado a interrupção do tratamento, que já vinha se dando de forma paulatina. Os pais de Carlos informaram a equipe da interrupção do tratamento alegando não concordar com a terapêutica oferecida, em especial a medicamentosa que para eles seriam causadoras dos sintomas do filho. Humberto, segundo suas próprias informações, para colaborar com a melhora do filho, voltou a morar com o mesmo para poder acompanhar seu tratamento que a partir deste momento seria realizado através da ingestão dos mais variados chás. Paula concorda com a conduta “terapêutica” do ex-marido e endossa a interrupção do tratamento.

A equipe, após exaustiva discussão, nada mais coube, além de encaminhar ao Juiz da 1ª Vara da Infância e Adolescência relatório sobre o ocorrido para apreciação e devido encaminhamento no que diz respeito ao cumprimento da lei. A impossibilidade de acesso ao tratamento do menor apesar dos esforços conjunto dos

vários indivíduos envolvidos e o risco iminente da integridade física de todos os membros da família, em especial, de Carlos e sua irmã Sandra, motivou o procedimento da equipe.

Aproximadamente dois anos após, através do Conselho Tutelar, foi solicitada a reintegração de Carlos no programa. Ao ser encaminhado pela sua escola ao Conselho, por estar fazendo uso de maconha em suas dependências e por não haver nenhum encaminhamento ou perspectiva de solução ao problema por parte da família, a instituição busca no Conselho Tutelar uma saída ao impasse. A postura do Conselho foi encaminhar o jovem a internação em centro de tratamento de drogaditos por estar a uma semana de completar 18 anos. Neste ínterim, Carlos solicitou o retorno ao tratamento que havia interrompido, no que foi prontamente atendido.

Os meses que se seguiram foram de franco restabelecimento e envolvimento do rapaz no tratamento. Houve remissão dos sintomas, apesar da gravidade dos mesmos. A equipe por muitas vezes havia testemunhado e compartilhado a violência e o sofrimento trazido por seus delírios e alucinações. Pode surgir por breve período o jovem “grunge” com calças escorregando pelo quadril abaixo e cujo meio prioritário de transporte era o *skate*. Houve melhor entrosamento com os outros jovens e maior participação nas atividades propostas pelas oficinas. Surge maior afinidade entre ele e Diogo, outro adolescente atendido pelo programa. As músicas e o *skate* permeiam a afinidade entre ambos. Estas afinidades são estreitadas fora do local de tratamento, passando a freqüentar um a casa do outro. Trocam cds, camisetas como qualquer adolescente. Seus pais, neste período, mantinham-se a certa distância, acompanhando de forma silenciosa as mudanças de Carlos e dando suporte ao uso do medicamento, anteriormente tão criticado por ambos. Ausentam-se das atividades do Clube de Pais.

Após breve período de estabilidade, progressivamente retornam os sintomas de Carlos. Ao contactar a família, a informação obtida foi a suspensão da medicação já que “Carlos estava tão bem”. Deste ponto em diante, perde-se totalmente o controle sobre o tratamento e a remissão dos sintomas recentemente alcançados. Ocorre, então, a primeira internação, facilitada pela questão da maioridade e a primeira fuga a internação. Alternam-se períodos de afastamento total do tratamento com períodos de tentativa de retorno. Carlos associa o tratamento no Programa Clube Ponto de Encontro à internação e isto o impede de aderir novamente ao tratamento.

A relação entre a equipe e os pais de Carlos entram em nova fase. Humberto antes tão arredio, passa a investir no tratamento do filho, ou melhor, na

possibilidade de retorno ao tratamento, pois neste período o jovem frequenta o programa somente nos momentos de internação²⁴. Paula verbaliza seu desinteresse no tratamento e pouca disponibilidade de tempo. Humberto se torna assíduo no grupo de pais e solicita acompanhamento terapêutico, pois deseja entender melhor o tratamento do filho e sua doença.

O progressivo agravamento das condições psíquicas de Carlos e as freqüentes solicitações da família referente aos diversos episódios de confusão mental e agressividade com delírios e alucinações, causando embaraçosas situações domésticas e na vizinhança, exigiu da equipe técnica nova discussão quanto aos caminhos a serem traçados relativo aos cuidados a serem oferecidos à família. Carlos ainda seria um usuário do programa? Esta foi a pergunta em torno da qual girou a discussão das estratégias a serem utilizadas no caso. Esta família tão cindida em suas posturas com relação as suas próprias dificuldades e a forma de acolhimento a este filho com graves problemas psíquicos, também teria de estar incluída na estratégia de acolhimento e possível resgate da adesão do jovem ao tratamento. À Paula, Humberto, Sandra e Elane – sempre presente, dando seu apoio ora a afilhada ora a Paula, sua amiga – foi proposto acompanhamento terapêutico visando discutir as dificuldades de todos em lidar com Carlos e sua doença e como poderiam se articular para oferecer apoio efetivo ao rapaz, já que este parecia ser desejo de todos.

O acompanhamento se iniciou e transcorreu durante o período da última internação de Carlos, por aproximadamente dois meses. Paula se recusou a participar do acompanhamento. Inicialmente alegava impossibilidade de tempo, posteriormente verbalizou que não acreditava na possibilidade de melhora do filho e que, para ela, a única solução seria a internação. Carlos participou da maioria dos atendimentos e todos puderam acompanhar sua paulatina melhora, com a remissão dos sintomas produtivos e conseqüente organização das idéias, possibilitando um melhor entendimento quanto aos delírios e alucinações, quanto à função da medicação e à proposta do atendimento no programa.

Após a saída da internação, Carlos compareceu ao atendimento somente uma vez, por um período de tempo muito breve. Ainda parecia associar a internação ao tratamento no Clube Ponto de Encontro e neste sentido a proximidade do local de internação que anteriormente fora utilizada como auxílio na reversão do quadro, neste

²⁴ Na ocorrência de internação de algum jovem assistido pelo programa, a equipe viabiliza que esta seja feita em local geograficamente próximo. Este procedimento permite que não haja isolamento, nem a quebra do tratamento e vínculo com a equipe. Permite também que o jovem, no período de internação,

momento corroborava com os temores do jovem. Apesar dos diversos contatos da equipe, Carlos não mais retornou. Seu pai, Humberto, tentou nos ajudar neste processo, vindo ao programa constantemente, aflito informava que o filho mantinha-se por vontade própria recluso em seu quarto, recusando, sob qualquer apelo, retomar as atividades escolares e contato com amigos. Após aproximadamente dois meses, a equipe constatou que havia havido chegada ao seu limite e que nada mais poderia fazer em auxílio a Carlos e sua família. As mais variadas estratégias foram utilizadas ao longo de aproximadamente três anos de idas e vindas do tratamento. Houve a tentativa de encaminhar o jovem a um serviço de atenção diária para adultos, já que Carlos estava próximo de completar 19 anos, mas esta estratégia parece também não ter sido bem sucedida.

Este caso paradigmático suscita a todos os envolvidos várias questões. Qual o papel, as possibilidades e os tipos de intervenção que caberiam ao poder público e as instituições que o representam no sentido de assegurar *com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária*²⁵?

O que fazer e como dar subsídios às famílias, que por lei, têm *a obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado*²⁶ e eles próprios quando são sujeitos a cumprir *encaminhamento psicológico ou psiquiátrico*²⁷? Qual seria, então, o papel dos técnicos: Acolher nos serviços, da forma possível, tanto no que diz respeito às disponibilidades e possibilidades materiais e psíquicas, os que trazem e estão envolvidos com os jovens portadores de padecimento psíquico ou serem guardiões das leis e da ordem social?

Em que medida a disponibilidade da equipe de técnicos habilitados a lidar com esta população e os dispositivos legais existentes com suas respectivas prescrições e determinações das atividades a serem prestadas, seriam capazes de levar a cabo o objetivo fim de todo este processo, a reinserção psicossocial?

Uma primeira resposta a estas questões poderia ser que, a ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de

possa ao longo do dia freqüentar o programa e participar das atividades oferecidas de acordo com as suas possibilidades. Este procedimento tem como um dos objetivos encurtar o período de internação.

²⁵ Lei nº 8.069, Título I, Artigo 4º.

²⁶ Idem, Título IV, Artigo 129º, Item VI.

“reprodução social do paciente (Rotelli, 1990: 30). A invenção de possibilidades não deveria se dar somente nos dispositivos originariamente voltados aos que sofrem psiquicamente, pois a complexidade do objeto implica não análise, mas projetos, projetos de transformação através dos quais é possível obter conhecimento. Estes projetos (a invenção e os seus resultados cognitivos) devem considerar contemporaneamente o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam aos serviços (Rotelli, 1990: 95/96).

Resultados e Término do Tratamento

Os esforços despendidos na criação e manutenção dos novos dispositivos de atenção diária, criados na área de saúde mental e sua posterior regulamentação trazem, por vezes, riqueza de detalhes na descrição de suas práticas e utilizam como suporte teórico os mais variados autores, dentro e fora da área *psi*. Como mencionamos anteriormente a qualidade destes *projetos*, estão ligadas as suas capacidades de transformação e para que estas se dêem, flexibilidade e adequação as demandas dos usuários e seu entorno, são palavras de ordem. Partido de uma construção e levando em conta a singularidade do sujeitos, quais são, então, os resultados esperados? E se pensarmos como um dos resultados o retorno destes jovens ao seu contexto social, e de que o papel do serviço substituir e tomar para si a tutela da família em relação ao portador de padecimento grave, qual seria o ponto de coorte entre o usuário – o adolescente – e local, serviço ou programa, onde se realizou o tratamento?

(...) Acho que se diferencia um pouco de caso para caso. (...) em função disso alguns ganham muito com o tratamento, adquirem muita capacidade de autonomia e reinserção na sociedade.(...) os resultados são em função de duas coisas. Em função da própria patologia, que o adolescente apresente, do grau que os sintomas se encontram, da doença. E também a resposta vai depender de como essa família vai aderir ao tratamento. (Técnico 3)

Parece que a diversidade de projetos traz diferentes possibilidades de resultados para os diferentes técnicos.

²⁷ Idem, Item III.

(...) eu primeiro gostaria que essas pessoas pudessem encontrar um mínimo de convivência possível com a doença deles.(...) o mínimo de paz possível com a doença.(...) Que os pais possam ficar menos ansiosos, menos angustiados. Que estes os meninos possam minimamente entender um pouco a dificuldade que estes pais têm de lidar com eles. E os pais também possam entender e descobrir que é difícil ter filhos desta forma. Que eles possam tentar resignificar minimamente o que é isso.(...) Quem quer estudar , que volte a estudar, trabalhar. E que estes pais possam retornar as suas vidas, que esses pais possam redescobrir a vida e quem sabe até descobrir a vida a partir da doença de seus filhos, que não possam estar só refém disso, da doença, do discurso da desistência.
(Técnico 2)

Os resultados podem trazer surpresas, irem além do esperado.

(...) já tenho visto muitos pacientes que entraram aqui mal, tiveram tratamento, ficaram alguns meses, anos e hoje em dia já saíram e estão superbem, já conseguem andar na sociedade.(...) Ai eu penso: “Puxa, como é que pode, meu paciente entrou assim mal e eu dizia que não teria resultado, que ele ficaria assim para o resto da vida e hoje em dia a gente vê o paciente voltando à sociedade como uma pessoa normal. (Técnico 1)

Quando se daria o término do tratamento? De que forma se daria? Definir este ponto traz controvérsias e embates nas relações diárias entre técnicos e usuários e parece por em cheque em que mãos se encontram esta decisão.

(...) É a pergunta mais difícil de ser respondida. (...) fico sempre com o receio de que a gente tenha mais alguma coisa a fazer por este adolescente. (...) Por mais que ele esteja bem, esteja reinserido, esteja com uma rede social melhor, que a família esteja mais ou menos equilibrada, pronta para continuar sozinha e que este adolescente esteja razoavelmente bem para enfrentar a vida sozinho,

eu sempre fico com aquele receio de que, se ele estivesse ainda vindo ao “Ponto de Encontro”, ele ainda teria ganhos.(...) Mas a gente também não quer este adolescente preso a nós, a gente quer que ele possa caminhar sozinho. Então o que nos resta, o que eu acredito que a gente possa avaliar que ele tenha condições de continuar sozinho e caso sinta necessidade, que algum sintoma volte e que ele se sinta fragilizado por algum motivo, que ele retorne ao programa.
(Técnico 3)

E também ...

(...) Acho que terminaria ... têm muitos pacientes que dizem não querer mais, mas eu acho que não, que não deveria terminar ... só nós sabemos o que vai acarretar eles saírem do serviço. A gente deveria forçar um pouquinho mais. (...) O serviço deveria ficar de portas abertas, se ele ficou melhor, a gente deveria analisar se o tratamento vem trazendo benefícios para ele. O serviço deveria deixar a porta aberta e ele voltar para a sociedade ... e se ele algum dia piorar o serviço está aberto para ele voltar e não dizer que ele não faz mais parte do serviço ou então ter de retornar pela rotina.
(Técnico 1)

Parece haver diferentes formas de término.

Alguns adolescentes a gente sabe que eles vão estar passando de um serviço voltado para adolescentes para um serviço voltado a idade adulta, mas que eles não vão estar necessariamente tendo alta, vão estar precisando de um cuidado intensivo por algum tempo e talvez para o resto de suas vidas.(...) Em outros casos, (...) alguns podem estar vinculados a um serviço de atenção diária, mas talvez não precisem estar tantas vezes quanto estavam no início,(...) eles podem continuar indo a um centro de atenção psicossocial, mas como se fosse, uma expressão que o E. fala: um quintal. O quintal, que eles vão para participar de festas e de uma outra atividade, mas eles estão mais inseridos na comunidade.(...) Outros adolescentes vão realmente

poder ter alta de um centro de atenção psicossocial, ainda dentro da faixa etária de adolescente. Adolescentes que participaram num momento de crise (...) porque os agravos são menores e ocorreram mais durante a adolescência. Eles poderão retornar ao desenvolvimento deles de uma forma mais suave e muitos deles vão continuar em psicoterapia, continuar fazendo uso de medicação, mas não vão estar participando de um centro de atenção psicossocial.
(Técnico 4)

A dificuldade, pelos menos para os técnicos, é evidente. Lidar com a possibilidade de ser útil também.

(...) Terminar o tratamento é difícil em qualquer circunstância, quer na clínica, quer no ambulatório, no CAPS.(...) acho, que o tratamento termina, quando a gente já olhou um para a cara do outro e ao se perguntar assim: O que mais a gente pode fazer? A gente busca tudo o que a gente já fez, tudo o que a gente já tentou, tudo o que a gente se descabelou. O que mais a gente já fez, não no sentido das ações técnicas, mas no sentido das ações éticas. O que mais a gente pode fazer ali. Eu acho que já chegou no nosso limite. A gente não pode fazer mais nada e aí é o tratamento que termina no sentido que nós não possamos fazer mais nada, mas quem sabe um outro setor. Ou então ao contrário, para não parecer muito pessimista, o tratamento termina no sentido de que tudo o que a gente planejou para esse menino e essa família, a gente acha que chegou a bom termo. Para que ficar aqui mais?
(Técnico 2)

Abrir mão do mandato “solução-cura” e reinventar uma prática com projetos singulares para sujeitos na adolescência, traz inúmeros desafios a serem enfrentados, por técnicos, usuários e seus familiares. O término do tratamento é apenas um deles, mas pode trazer marca da diferença, da possibilidade de real autonomia para estes jovens que podem ter como futuro a tutela da família e/ou das instituições psiquiátricas. Partilhar com este jovem cidadão o ingresso de forma autônoma em seu contexto social pode a diferença de atuação dos novos serviços.

(...) A gente tem que ter a ousadia de dizer: “você não precisa vir mais aqui” Ou então, “venha aqui quando você quiser nos visitar”. Aqui nós tivemos coragem de tomar essas decisões. Em algumas a gente penou a equipe é assim, têm alguns que acham que a gente ainda tem alguma coisa para fazer e outros que acham que a gente não pode fazer mais nada ... o tratamento termina quando a gente acha que terminou um pouco a nossa missão com aqueles que vieram nos procurar. Ou quando não podemos porque já é muito sintomático, da ordem da repetição. (Técnico 2)

5.3. O Programa sob a Ótica Familiar

A concepção trazida por Benedetto Saraceno (1999) que ressalta a passagem da família da condição de vítima no processo de adoecimento e tratamento de um de seus membros para assumir, com o advento do processo de desinstitucionalização, o papel de protagonista, podendo a partir desta nova perspectiva estabelecer novas relações de forças e poder, será retomada neste momento. Esta concepção será utilizada como pano de fundo para a exposição das reflexões, dúvidas, questionamentos e posturas, aqui trazidas, dos familiares e/ou pessoas próximas diretamente envolvidas no processo adoecimento-tratamento dos jovens atendidos no Programa Clube Ponto de Encontro surgidas no Grupo Focal.

O isolamento dos jovens de suas famílias, como vimos anteriormente, ocorreu em vários momentos da história. Estas eram vistas como geradoras do indivíduo no sentido biológico, mas nociva como educadoras e perpetuadoras das normas e dos bons costumes vigentes. Mestres de ofício, educadores, padres, médicos, todos eram habilitados para cumprir uma função da qual a família era incapaz, produzir indivíduos para ingressar no meio social como cumpridores das normas e perpetuadores da ordem. As famílias estragariam seus jovens com seus afetos (Áries, 1981) e seriam incapazes de fornecer uma diretriz segura para a racionalização prescrita a todas as atividades do gênero humano (Carvalho, 1997). A vigilância moral sobre a família, segundo Donzelot, possibilita o estabelecimento do processo de tutela que estimula,

(...) o processo de redução da autonomia familiar, portanto, facilitado pelo surgimento, nesse final do século XIX, de toda uma série de passarelas e conexões entre a Assistência Pública, a justiça de menores, a medicina e a psiquiatria. Reunindo, dessa maneira, no tema de prevenção, as atividades, outrora separadas, da assistência e da repressão, e o recolhimento dos sem-família com o dos insubmissos à família, retira-se desta a antiga posição de interlocutor, inverte-se a relação de convivência entre ela e o Estado para torná-la um campo de intervenção direta, uma terra de missão. (Donzelot, 1986: 85).

As novas tecnologias de tratamento na área infanto-juvenil – a psicanálise e a clínica infantil – surgida na primeira metade do século passado, enriqueceram a forma de entendimento e abordagem do padecimento psíquico na infância e adolescência, mas por outro lado embasaram cientificamente a culpabilidade da família. As dificuldades

dos jovens, na realidade expressavam as dificuldades dos pais, que surgiam de forma disfarçada camuflando os conflitos e a doença desta família (Melman: 2001).

O tratamento e cuidados oferecidos em Centro de Atenção Diária propõem um novo lugar para estas famílias. O alargamento do cenário terapêutico transbordando do espaço familiar para o território²⁸, as novas formas de lidar com o problema – a doença mental e a inclusão participativa na implementação de práticas circunscrevem de forma flexível um novo papel para aqueles que convivem com jovens portadores de grave padecimento psíquico.

A presença de um transtorno mental grave faz com que os parentes mais próximos mergulhem num mar de dificuldades de toda natureza. Eles precisam e pedem ajuda. Como ajudá-los sem reforçar a culpa ou sem vitimizá-los? Nem culpados, nem inocentes, nem vítimas. É possível sair do registro do julgamento e da dualidade, para além do “bem” e do “mal”. É possível escapar da necessidade de encontrar um responsável por todos os eventuais infortúnios da vida. (Melman, 2001: 142)

Este possível caminho não é fácil de ser trilhado nem pelos os técnicos nem pelos os familiares. Abrindo mão do velho ranço tutelar, deixemos então, os familiares se apropriarem de suas palavras e apontarem o espaço que desejam ocupar.

As Famílias e o Clube de Pais

O Grupo de Pais, dentre as atividades oferecidas aos familiares e/ou responsáveis pelos jovens assistidos no Programa Clube Ponto de Encontro, é um momento privilegiado onde há confluência dos pais, parentes próximos e representantes da rede social. Estes sujeitos que de alguma forma estão envolvidos no processo de adoecimento, mostrando-se desejanter em compreender e reverter este processo, se fazem representar neste grupo de forma qualitativa e quantitativa, compartilhando suas indagações, sugestões, inquietudes, angustias e buscas de solução. É neste “fórum”, de

²⁸ Território aqui é tido como todos os locais onde estes jovens deveriam circular. A escola, a casa dos amigos, as discotecas e danceterias, os parques, os campos de futebol, etc.

acordo com a demanda dos ali presentes, onde emergem as possibilidades de transformação da compreensão sobre o adoecimento psíquico, de mudanças de papéis dentro da dinâmica familiar e do contexto sócio-cultural.

A reprodução deste “fórum” através da utilização da técnica de Grupo Focal caminharia ao encontro dos objetivos da presente pesquisa em dar voz e ouvir as vozes daqueles que melhor poderiam dizer de si e da sua compreensão e inserção no tratamento oferecido pelo programa. Os dez participantes do grupo focal, número este arbitrado no sentido de facilitar a interlocução do coordenador com os participantes e dos participantes entre si e da emergência das questões apresentadas, foram escolhidos de forma aleatória respeitando percentualmente a frequência/representatividade dos mesmos no grupo de pais realizado todas às quartas-feiras. O grupo foi composto então, por 60% de mães, 30% de pais e 10% de indivíduos da rede social dos jovens atendidos. Foram excluídos os familiares ou dos representantes da rede social dos adolescentes ingressos no programa duas semanas antes da realização do grupo focal.

É digno de nota acrescentar o fato que todos aqueles, pais, mães e representantes da rede social, que foram selecionados e convidados a participar do grupo de discussão sentiram-se imensamente honrados por haver interesse em ouvi-los e pela possibilidade de poderem expressar suas idéias, contribuições e críticas ao tema suscitado. Este fato, sem sombra de dúvida, facilitou o agendamento, a frequência ao encontro como também o desenvolvimento da atividade.

O Percurso ao Tratamento

A insuficiência e concentração em determinadas áreas do município e em determinados municípios do estado do Rio de Janeiro de dispositivos para atendimento a crianças e adolescentes na área de saúde mental é fato conhecido²⁹. Os dispositivos destinados ao atendimento da população com grave padecimento psíquico são ainda menores. Olhando o problema pelo prisma dos técnicos lotados nos serviços, sejam eles postos de saúde, policlínicas, ambulatórios, entidades filantrópicas, vê-se a rapidez com que nos primeiros meses de cada ano em curso surgem as listas de espera. Alguns serviços oferecem um primeiro acolhimento para avaliar a necessidade de atendimento imediato ou de um possível encaminhamento para outro serviço especializado, outros,

²⁹ Estes dados podem ser verificados no Cadastro de Unidades para Atendimento de Crianças e Adolescentes na Área de Saúde Mental, por Município/2002. Fonte: ASM/SUSC/SES.

não possuem quantitativo técnico para efetuar esta demanda. As resultantes deste impasse são várias famílias e seus jovens desassistidos, presas de uma problemática que não sabem como lidar e que têm muita dificuldade de expressar.

Sob o prisma das famílias, mas ainda pelo olhar dos técnicos, dos dispositivos de atendimento e dos órgãos competentes, há uma acomodação e aceitação da doença apresentada por seus filhos. O isolamento familiar e o enclausuramento daqueles que sofrem é visto como uma opção abraçada por todos os envolvidos neste drama. Talvez seja chegado o momento destes atores sociais, os “novos protagonistas” contarem suas histórias.

(...) Olha eu vim batendo a cabeça de hospital em hospital, de clínica em clínica, desde que o Fábio era pequeno. Eu nunca achei um atendimento adequado, era sempre muito confuso, ou só tinha o psicólogo ou só tinha o médico. Quando não tinha era uma vez por mês ou então ... Teve uma época que ele foi a um psiquiatra e a única coisa que fez por ele foi dar Neoleptil. Toda vez que ele ia ao psiquiatra, o psiquiatra metia neoleptil nele e o menino dormia o dia inteiro. E a situação foi ficando difícil. Quando ele estava com 16 anos, minha filha veio fazer estágio aqui no hospital como enfermeira e descobriu que aqui havia um tratamento para crianças e adolescentes, então eu vim, foi em 98. Estava começando o CAPSIJ³⁰ nessa época, ele começou o tratamento ainda no setor infantil, lá do outro lado. Fábio ficou sendo atendido pelo dr. Alberto (Mãe 5)

A passagem por vários serviços, a busca de tratamento adequado por anos a fio, parece estar longe de ser exceção. Várias famílias relatam conhecer bem de perto esta realidade.

(...) a Débora teve um problema e ela se trata desde os 8 anos de idade. Ela começou a se tratar no Fernandes Figueira e a Dra. falou que era um pequeno desequilíbrio. Ela fez vários exames. Fez da cabeça e só vivia tomando remédio. Quando ela focou maior, lá não

³⁰ CAPSIJ- Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. Para os familiares o Programa Clube Ponto de Encontro e CAPSIJ são sinônimos e só se referem ao programa por esta denominação.

atendia mais, então eles encaminharam para o Pinel. Quando ela chegou ali, eu fiquei desnorteada sem saber como eu ia fazer e o que eu ia fazer, aonde que eu iria arrumar um médico. Então me encaminharam para o serviço infantil e lá mandaram que eu falasse do problema. Eu encontrei nesta época o Dr. Edmilson, ele estava nessa hora quando eu cheguei com o encaminhamento do Pinel. Graças a Deus o Dr. Edmilson foi muito atencioso (...) (Mãe 6)

Caminhos tortuosos, indicações múltiplas formais e informais, muitas vezes são as formas de chegar a um local onde as demandas começam a ser atendidas.

Eu cheguei até aqui através de um amigo, marido de uma colega minha, que trabalhava aqui. Então, eu trouxe minha filha, como a Inara disse aí, procurei muitos lugares e em muitos não conseguia vaga para ela apanhar nem o remédio. Levei ela ao Pedro II, em Engenho de Dentro. Ela tomou remédio, mas quando cheguei aqui falaram que não tinha nada a ver. Ela começou a ficar dopada e cada vez o quadro dela ia piorando, piorando, então um dia, essa colega minha foi na casa da minha vizinha, que falou para ela o que estava acontecendo comigo. O marido dela trabalhava aqui e ia ver o que podia fazer por mim. Foi então que eu vim aqui e graças a Deus me dei bem (...) (Mãe 2)

O inesperado e inusitado da erupção de um quadro grave de transtorno psíquico é também um dos impasses a serem enfrentados, já que estudos recentes apontam que o início de diversos transtornos psíquicos graves, dentre eles a psicose e o transtorno bipolar de humor, podem ocorrer entre 15 e 19 anos de idade.

(...) a minha filha saiu bem do colégio, mas de repente chegou em casa falando mil e uma coisas. Foi tão de repente que deixou a gente completamente desnorteada. Tanto fizemos ... procuramos uma clínica particular para atender rápido, já que nós nunca tínhamos visto isto acontecer ... foi muito remédio, remédios caríssimos, teve um remédio, inclusive, que custava 300 reais. Na verdade, teve uma época que fomos parar no posto de saúde no Alto

da Boa Vista, pois não tínhamos condições de pagar remédios tão caros. Chegamos por lá e a médica nos encaminhou para cá.(...)
(Mãe 1)

O Programa e seus Objetivos

O Programa Clube Ponto de Encontro foi concebido enquanto projeto terapêutico que utiliza a atividade lúdica no processo de ressocialização e promoção de saúde mental em um espaço destinado a adolescentes sob risco de internação psiquiátrica (Saggese, 1996). A manutenção e/ou restabelecimento dos vínculos sócio-afetivos são os objetivos a serem alcançados. O *lazer assistido*³¹ pode ser efetuado e efetivado dentro e fora das oficinas terapêuticas, podendo também envolver os mais diversos atores sociais – técnicos do programa, professores, amigos, parentes. A eficácia das estratégias desenvolvidas e a forma como elas se efetuam são questões que se impõem nas práticas diárias e nas discussões e análises desenvolvidas nas reuniões de equipe pelos técnicos do programa. Gestão das atividades, efetividade das estratégias, criação e avaliação de indicadores fazem parte do universo daqueles que acolhem os jovens e suas famílias em situação de crise. Para os que vivem a situação de crise, as estratégias e práticas realizadas são identificadas, mas parecem servir somente como pano de fundo. O resultado das ações, a divisão de responsabilidades e o acolhimento parecem se confundir com o que é o programa e para que ele serve.

Quando eu vim pra cá, a primeira idéia que eu tive do CAPSIJ foi que seria uma creche para o meu filho, onde ele ficaria três dias da semana e eu descansaria. Talvez eu não tivesse nenhuma esperança que ele melhorasse, mas era um lugar de alívio e realmente eu não entendi o funcionamento do CAPSIJ. Um pouco é remédio, reunião, e eu sou muito cabeça dura, foi complicado, mas com o tempo ... quer dizer, eu nunca tinha ouvido falar em reunião de pais, foi uma novidade para mim.(...) (Mãe 5)

Ou então.

(...) pelo que eu entendi o CAPSIJ trabalha o adolescente junto com a família e eles fazem questão de frisar isso, de mostrar isso, que eles não trabalham o adolescente sozinho. Aliás ninguém existe só, todo mundo tem uma família, nem que seja depois abandonado, sei lá..., alguma coisa, que durante o percurso tenha um acidente qualquer, mas tem uma família e que a família reconheça essa deficiência, essa carência, esse problema, seja lá o que for, como a pessoa quiser dar esse (...) eu vejo que o CAPSIJ quer, que você tenha uma estabilidade emocional, afetiva principalmente, porque você não vai deixar de amar seu filho porque ele é diferente, porque ele tem uma anormalidade. Então que você reconheça seu filho e que você trabalhe para poder superar esse problema(...) (Mãe 3)

As atividades desenvolvidas pelo programa para atendimento aos jovens, principalmente as oficinas terapêuticas, são conhecidas de todos. Quando instigados a falar sobre elas, as respostas são pontuais, se assemelhando as respostas dadas pelas crianças a seus professores quando perguntados em que ano o Brasil foi descoberto. *Cozinha, reciclagem, oficina de leitura, sexualidade*, são respostas que surgem quando num último esforço de obter respostas, se pergunta ao grupo quais os exemplos poderiam ser dados de oficinas e de atividades terapêuticas. Bem diferente das colocações feitas anteriormente e da que se segue.

(...) geralmente você faz tratamento médico, vai para um lado, faz a terapia com outro, vai na fono com outro, aí você fica pingando em várias coisas. Você não tem um lugar que você possa ter um espaço, uma oficina, sei lá, que a criança possa ter, que o adolescente possa ter atividades, e principalmente na idade ... vi muitos espaços por aí que existe, não existe, mesmo pagando não existe, para idade infantil, quando chega na adolescência não existe pra adolescentes, aí foi um dos motivos mais fortes que me trouxe aqui, além do tratamento médico a possibilidade de ele ter...de

³¹ Termo genérico utilizado no Projeto Clube “Ponto de Encontro” para designar as mais diversas atividades, dentre elas as oficinas terapêuticas, com características lúdicas funcionando como facilitador da reconstrução das redes de socialização.

socializar com outros adolescentes que não tivesse envolvido com escola, com outras questões que não fosse a escola.(...) (Mãe 3)

Desde o projeto inicial do Programa Clube Ponto de Encontro a participação e inserção da família é prevista e sua importância dimensionada dentro do processo de restabelecimento de vínculos sócio-afetivo. A adesão da família ao tratamento e a melhoria da interação entre os jovens e seus familiares, como facilitador e multiplicador desta relação para com a comunidade, é inserida no bojo de todo o processo, tendo a mesma valência que as práticas direcionadas aos adolescentes (Saggese, 1996). Oficinas terapêuticas de um lado, grupo de pais do outro, se faz necessário o desenvolvimento destas atividades em espaços e momentos distintos. Esta separação operacional parece impregnar os técnicos, que como vimos anteriormente, segundo os relatos, ora pontuam ser necessária uma maior aproximação com os familiares ora relatam que o contato geralmente é informal, em momentos de trânsito dos adolescentes que ainda necessitam ser trazidos ou levados embora pelos seus familiares. Para os familiares, os cuidados dispensados formam um conjunto, independentemente a quem ele esteja sendo direcionado no momento, o alcance é global e indissociável. Cuidados dispensados aos adolescentes parecem refletir em seus familiares e no contexto onde estão inseridos e, todo o aparato terapêutico direcionado aos familiares parece trazer como resultante maior cumplicidade nos objetivos a serem alcançados.

(...) Então eu aprendi junto com o Fábio. O Fábio foi melhorando, foi aprendendo, e eu fui aprendendo também junto. Então o CAPSIIJ hoje em dia para mim é uma referência, falar CAPSIIJ para mim é o meu corpo, é o meu lugar seguro. Quando o Fábio tem um problema, não, é no CAPSIIJ, vou para CAPSIIJ, vou falar com um, vou falar com a Fátima (técnica do programa), vou falar com Ciclano. Então, o CAPSIIJ se tornou pra mim um fator, um ponto muito importante, é minha referência em relação ao Fábio, é minha referência hoje.(...) (Mãe 5)

E também.

(...)Eu também, quando eu tenho assim qualquer problema, quando eu estou assim angustiada, quero chorar, quero desabafar eu

procuro logo a reunião. Eu tenho vontade de estar mais, mas eu trabalho muito, aí nunca tenho tempo. Aí, se eu tenho tempo, assim 5 minutos, 10 minutos, aí aqueles 10 minutos que eu estou ali é uma beleza, eu saio até mais aliviada, saio com a mente mais tranqüila (...) e também a Débora, ela gosta muito aqui do CAPSIJ, ela não quer nem sair daqui, ela fica, fala: Aí mãe, está chegando o dia do CAPSIJ. Teve um dia que choveu muito, acho que foi semana passada, a Débora fez um desespero dentro de casa às 5 horas da manhã para poder vir por CAPSIJ. Foi uma quarta-feira, chovendo muito e ela: Ah! Eu quero ir, eu quero ir pro CAPSIJ, eu estou com saudade.(...) o Edmilson (médico do programa) falou que ela já está com 20 anos, está na época de ela ficar mais pra lá ³², mas aí para não tirar ela de vez, ele deixou ela três dias aqui e dois lá enquanto ela acostuma, mas verdadeiramente esse CAPS foi uma idéia maravilhosa, tanto para os adolescentes, como para gente, os pais. Quer dizer, eu também tenho oportunidade de trabalhar tranqüila por causa dela. (...) (Mãe 6)

Medicamento e suas Relações com o Tratamento

Os novos serviços – Centros de Atenção Psicossocial/CAPS – com sua nova proposta de atendimento para além de reconstituição do sujeito em todas as suas dimensões – afetivo-relacional, social e política – estabelece que, para se dar conta da complexidade desta proposta, múltiplas formas de atendimento devem ser oferecidos pelos mais diversos tipos de profissionais, sendo eles ou não da área de saúde mental. Rotelli nos aponta.

(...) os diversos tipos codificados de ‘terapia’(médica, psicológica, psicoterapêutica, psicofarmacológica, social etc ...) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados (...) Se se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Se se trata de desinstituir a doença como experiência que não é superável da existência, trata-se de valorizar,

³² Débora encontrava-se neste período iniciando o processo de transferência para um CAPS de adultos.

mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda. (...) o trabalho terapêutico deve enfrentar efetivamente um campo de ação complexa.(1990: 46)

Em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à valência das “modalidades” terapêuticas, a proposta do Programa Clube Ponto de Encontro, desde o projeto inicial, utiliza o termo *grave sofrimento psíquico* para se referir ao jovem que chega ao programa e por ele é acolhido, *para indicar que a prática clínica a ser utilizada não se restringirá a conceitos diagnósticos padronizados que empobrecem a avaliação da realidade global dos adolescentes atendidos.* (Saggese, 1996: 7)

A portaria ministerial 336 de fevereiro de 2002 ao constituir e regulamentar os CAPS como modalidade assistencial aos portadores de transtorno mental grave, prescreve e determina as mais variadas atividades a serem oferecidas a esta população, sendo o *atendimento individual medicamentoso*³³, uma atividade entre tantas outras de igual ou maior importância.

As indagações, dúvidas e afirmações trazidas pelos familiares a respeito da medicação parecem de formas diversas povoar seu imaginário e, em muitos momentos, a medicação e seus desdobramentos se transformam no eixo sobre o qual gira todo o tratamento. Estas colocações nos confrontam com a questão relativa ao tempo que se faz necessário para que estas reformas, leis e portarias sejam assimiladas por aqueles a quem elas se direcionam.

Minha prima reclama achando que inclusive quem está tratando do Fernando hoje, que é o doutor Emilson³⁴, que coloca assim para ela, enfim, que o Fernando precisa só daquela quantidade de remédio e tal; então eu acho que ... eu não sei como ele imagina como o Fernando é ... eu realmente acho que, depois desse caso lá de São Paulo³⁵, eu mãe de filho, trancava meu quarto na hora de dormir, porque eu não sei se esse menino não pode ter de repente uma atitude, sabe? Porque eu já vi ele agredir a mãe, ir em

³³ Itens 4.1.1; 4.2.1; 4.3.1; 4.4.1; 4.5.1

³⁴ Médico mencionado várias vezes no grupo focal com bastante deferência e credibilidade quanto a sua habilidade profissional.

cima da mãe, não porque a mãe fez alguma coisa, mas porque ele estava com raiva de outra coisa. Eu, eu ... tô falando um pouco por ela, eu não sou a mãe dele, mas eu vejo que ... (Rede 1)

O “remédio” parece em alguns momentos estar ligado à questão da periculosidade e da violência.

(...)de repente o rapaz, o menino começou a chutar coisas e a gritar, e a fazer tudo aquilo que a gente fica...sabe? (...) então pra mim, na minha cabeça ele precisava ter um remédio de emergência. O que fazer numa hora dessas? Entende? Deixar ele quebrar as coisas que tem em casa? Vai deixar ele se agredir? Vai deixar ele bater com a cabeça? É um negócio que sabe...eu já o vi tendo crises, mas imagino que se no momento de uma reunião com outras pessoas, as pessoas ou não querem ver isso, ou esperam não ver isso. Então o tratamento de medicamento que ele tem, que o Dr. vem dizendo: Não, a gente só pode dopar ele, ele agindo de tal forma (...) O que é que se faz? (...) Eu acho que ele é uma criatura com problemas neurológicos, psiquiátricos. O que ele tem, que eu não sei exatamente o que é, é que ele precisa de medicamento sim, e regular, para conviver com as pessoas, para ser um pouco aceito. Porque quando ele está bem, ele é agradável, eu gosto dele, ele é agradável. Agora, quando ele enfurece, entendeu? Eu não quero ficar sozinha com ele.(...) (Rede 1)

Por outro lado.

(...) ele tinha três anos de idade quando eu detectei o problema. E na época nós fomos ao médico. O menino era muito hiperativo, tinha tremendos problemas de comportamento, e o médico prescreveu uma vitamina e a vitamina era tipo uma pilha. Era dar uma vitamina e piorava mais ainda. Então eu fui contra, teve uma época até que eu me estressei e falei para o médico: eu sou contra, contra aquele medicamento. E aí fui para outro psiquiatra e

³⁵ Homicídio ocorrido em São Paulo alguns meses antes da realização do grupo, no qual a paciente matou o psiquiatra que a atendia em seu consultório.

o psiquiatra toda a semana dava um medicamento diferente, Haldol e companhia limitada, Neoleptil, não sei o que, não sei o quê. E um dia o menino estava dopado, um dia não estava e era aquela confusão. 'Ele não vai tomar mais nada'. Então ele ficou cinco anos sem tomar nada, e foi indo com a hiperatividade e eu fui levando para a escola e para as terapias e tudo mais, tá. (...) (Mãe 3)

Prós e contra, a favor ou com pavor, esta ambivalência parece assombrar técnicos, usuários e familiares. Em uma mesma família podemos observar este descompasso: momentos em que o remédio é idolatrado curando todas as mazelas e em outros se transformando em vilão. Entender o lugar que a medicação ocupa dentro do tratamento ainda é um ponto de discussão que alguns conseguem se aproximar, mas o consenso mostra-se ainda distante.

(...) a gente tem uma certa tendência de achar que o medicamento resolve tudo, que o remédio ... a ... o dopar, vai resolver o problema. Eu sou meio contra o remédio, acho que só na hora necessária. Não gosto de dar SOS³⁶ porque eu acho perigoso, a gente acaba achando que o remédio vai curar ... que vai pelo menos anestesiá-lo o pobre do infeliz, quer dizer: a gente tira ele de uma droga e mete em outra droga. É perigoso, a gente tem que ter muito cuidado com medicamento. Eu sou uma pessoa meio agitada, eu não aceitaria que me dopassem porque eu sou agitada, acho que cada um tem o direito de ser como é, dentro de um limite do suportável, não é? A gente tem que saber, ser orientada, para segurar essa onda. (Mãe 5)

Grupo de Pais. Um Espaço para Encontros

³⁶ Prescrição extra de medicamento dada pelo médico para ser utilizada em momentos de agudização do quadro em que não seja possível acessá-lo.

Vários foram os lugares e papéis da família ao longo dos tempos dentro do contexto sócio-cultural. A família, antes do período moderno, se caracterizava por agrupamentos consangüíneos cercados de protegidos e serviçais congregados em torno da sobrevivência e proteção, sem distinção entre o espaço público e o privado tendo como papel precípua a transmissão de bens e nome, quando os tinha. Posteriormente, este grupo vai paulatinamente se tornando nuclear, este processo inicia-se na aristocracia e burguesia estendendo-se as classes pobres. A provisão sentimental de seus membros foi incorporada ao contexto familiar como também o estabelecimento de funções por gênero, fruto da divisão social do trabalho. Ao homem cabia o provimento financeiro da prole, à mulher os cuidados domésticos e proteção do lar. Já na família pós-moderna, os cônjuges, quando existem, passaram a ser o suporte financeiro e sócio-afetivo.

No mundo contemporâneo, com rápidas mudanças, a dificuldade que se impõe é compatibilizar a individualidade, advinda da perda de papéis pré-estabelecidos e da centralidade da autoridade, com a reciprocidade familiar. A negociação surge como um instrumento ao mesmo tempo emancipador, por propiciar escolhas que abrem múltiplas possibilidades e constrangedor, pela sujeição a normas, regras e cumprimento de papéis a que todos estão sujeitos. Poder escolher traz angústia. (Sarti, 1997)

Como enfrentar situações tão dramáticas quanto as que são trazidas pelo surgimento do transtorno mental grave ainda na tenra juventude a um membro destas famílias, hoje insuladas, depauperadas em seus recursos afetivos e responsabilizadas em cumprir demandas financeiras e sócio-educativas? Como construir ou reconstruir, negociar e repensar a realidade cotidiana? Em que espaços, institucionais ou não, isto pode ser realizado?

(...) as oficinas são importantes para ele. A psicoterapia, olha, faz milagre. Eu tenho visto fazer coisas aí do arco da velha. Grupo de pais então, nem se fala, a gente se pega lá dentro (...) tem até uma agora que não está falando comigo não (risos), fui brincar e dancei. Mas eu sei que isso vai passar, são quase quatro anos, mas sabe, às vezes a gente fala alguma coisa que a pessoa não está a fim de ouvir, aí ela se volta contra a gente mas eu sei que isso passa. Isso faz parte do grupo de pais também. É importante, não perco um. Para eu perder eu tenho que estar muito mal, porque foi o que segurou a minha onda e fica segurando a minha onda, então eu acho

que é de fundamental importância o Grupo de Pais e mais ainda o atendimento de pais. (Mãe 5)

Um espaço de encontros. Acompanhemos este colóquio.

- O que eu vejo em relação ao CAPSIJ é nos ouvir. O que eu vejo na minha vida e na vida das pessoas que eu tenho visto aqui. Toda vez que foi necessário para mim, que eu estive aqui com um problema, toda a vez que eu precisei, elas saem da oficina para me atender. Já aconteceu de eu ficar três horas conversando com a psicóloga aqui dentro. E eu vi isso com várias pessoas também. Agora eu acho que a nossa ansiedade às vezes faz com que a gente queira mais do que a gente precisa. (Mãe 5)

- Ué? Mas é uma ansiedade, é um problema. É uma ansiedade. (Pai 1)

- Sabe, o meu filho é assim, ele me pergunta: "mãe, o machucado vai curar hoje?" – " Não." – "Mãe o machucado vai curar hoje?" – " Não meu filho, leva uma semana." – "Mãe, o machucado vai curar hoje?" Eu acho que a gente está por aí. A gente ouve a resposta mas a gente não ouve. Então eu acho que nesse momento a gente acha que o tratamento não está sendo ... a gente não está sendo devidamente ouvido porque a nossa expectativa faz com que a gente não ouça a resposta. A gente quer mais, mais e mais. (Mãe 5)

Encontros num mesmo espaço.

- Eu acredito até que esse Grupo de Pais, só de as pessoas estarem se interagindo de outros problemas similares, isso parece que não, mas uma coisa ajuda a outra. Vai falando a experiência do que a senhora está passando, do que eu estou passando, com isso a pessoa vai se interagindo.(...) (Mãe 1)

- Cada caso é um caso, quer ver ajudar muito é esse grupo aí dos pais. Eu aprendi a lidar, porque eu achava que se minha filha

falasse 'Mãe', eu fazia tudo para não aborrecê-la, porque aí vinha aquela crise, mas não ... (Mãe 2)

- *Normalmente ali a pessoa chega sem saída. (Pai 3)*

- *Então você chega ali desesperado, dizendo não tem solução, vem na cabeça, só que não tem solução. Mas aí chega ali conversando, eu o ouço ele e penso: "Ué, mas o meu não é tão grave" e assim sucessivamente. Então a gente vai aprendendo que aqui você realmente tem um suporte. (Mãe 1)*

A busca de definição para os espaços e dispositivos criados para oferecer acolhimento aos familiares de jovens com grave padecimento psíquico, talvez possa ser mais simples do que imaginamos.

- *Vocês falaram muito do Grupo de Pais. Para uma pessoa que não conhece o Grupo de Pais, como eu por exemplo, que não conheço e nunca freqüentei, como vocês definiriam o Grupo de Pais? (Coordenador do grupo focal)*

- *É quase isso aqui. (Mãe 5)*

- *(risos). (Todos)*

Os Resultados e as Expectativas

O nascimento da psiquiatria, primeiramente na Europa através de Pinel e Esquirol e posteriormente no Brasil, sob sua forte influência, com a criação do Hospital Pedro II, também chamado de Palácio da Praia Vermelha por sua beleza estética e de propósitos, traz um posicionamento claro através de um discurso humanitário, assistencialista e higienista: *o manicômio, por si só, é o instrumento de cura e a reclusão é uma medida médica necessária* (Teixeira, 1980: 47).

A assistência aos portadores de 'doença mental' desde este período foi estabelecida pela marca da exclusão social, exclusão do contexto sócio-cultural e da família, dos cuidados impostos e da tutela. A cura esperada, que não acontecia e a *medida médica* da exclusão, acabaram gerando cada vez mais espaços para abrigar o louco.

Apesar do novo ímpeto ocorrido nas duas primeiras décadas do século passado com a promulgação das primeiras leis e o surgimento de instituições específicas – sociedades científicas e periódicos – voltadas para a questão da loucura, segundo Costa (1989: 71) “ *a psiquiatria do Rio, durante as três primeiras décadas do século XX, época em que foi fundada a LBHM (Liga Brasileira de Higiene Mental), era produto do atraso histórico da psiquiatria no Brasil.*”

Diante da impossibilidade da cura, busca-se a prevenção. Prevenção esta carregada por um biologismo promulgado pela Liga Brasileira de Higiene Mental mas que trazia em seu bojo aspirações culturais, políticas e morais. A Eugenia, movimento social e científico compatível com os princípios da medicina social por localizar fatores que inviabilizam o potencial dos indivíduos, surgem com o ideário de geração de uma nova conformação física e também mental de uma população (Santos: 2002). Através de práticas de higiene e saneamento, e com o objetivo promover o aprimoramento da raça, a eugenia teve na pedagogia um forte aliado, em conjunto direcionando suas atenções para a população infanto-juvenil.

A “pedagogia moderna” através do estudo científico da criança, pretendia conhecer este pequeno indivíduo, classificá-lo e enquadrá-lo segundo parâmetros de uma ciência positivista, dentro de uma tipologia de *normalidade, anormalidade e degenerescência*.

Discriminar as crianças normais das anormais³⁷ ou degeneradas era tarefa que se instalava no âmago da pedagogia científica que segundo Thompson, deveria ‘confrontar e distinguir os casos normais dos anormais para cuidar de cada um segundo seu valor exato’. Para tanto, importava não confundir ‘os casos de anomalia simples com os de grave e profunda degeneração’. Pois os primeiros podem ‘ser compatíveis com a natureza e fim da escola’, sendo-lhes facultado ‘freqüentar as escolas normais’, onde seriam ‘corrigidos e modificados por métodos especiais’. Já ‘os degenerados’ devem ser ‘excluídos absolutamente das escolas dos normais, seja qual for a forma de seu caráter degenerativo’. (Carvalho, 1997: 298/299)

³⁷ Os anormais que estariam sujeitos a educação emendatória seriam os criminosos, amorais, tarados, idiotas, imbecis, surdos-mudos, cegos de nascença e deficientes físicos.

A cultura da exclusão àqueles que seriam classificados como *degenerados*, pelo decreto do modelo científico gerado por códigos de convívio social, posição sócio-econômica, raça e estudos científicos metódicos, parece ter se mantido de alguma forma até hoje. Qual o lugar dentro do contexto social destinado aos outrora *degenerados* e, talvez hoje, portadores de grave sofrimento psíquico? Que tipo de tratamento a eles seria dispensado? Se e quando tratados, o que deles esperar?

(...) Eu acho que ela que é mais antiga aqui, ela deve ter me visto aqui, eu mesmo que trazia e quando chegava na hora eu estava aqui para pegá-lo e ia preocupado com ele: “Meu Deus, será que vai acontecer alguma ... fuga, evasão?” Aí, graças a Deus, o tempo foi passando, hoje graças a Deus, o Danilo vem sozinho. Eu dei um telefone celular para ele e estou sempre em contato com ele, ele vai ao colégio com ele. Ele não vai só ao cinema e outras coisas mais porque ainda não bateu aquele interesse mesmo, mas o dia que chegar a vontade eu libero, logicamente preocupado, porque ele ainda está com dezoito anos, fez dezoito anos agora em agosto. Mas para quem viu já o Danilo andando até pelado sem preocupação, porque ele não estava nem aí, dentro de uma clínica e depois do tratamento aqui, ele está nesse passo, eu acho que é de grande valia. (Pai 3)

O que é considerado tratamento bem sucedido? O que a diversidade destas opiniões nos diz?

- *Melhora do paciente, dos jovens. (Mãe 2)*
- *É. Do jovem que está aqui. (Mãe 1)*
- *Se possível a alta, não é? (Mãe 2)*
- *(várias conversas simultâneas)*
- *Se a filha dela melhorou, isso é uma vitória. (mãe 3)*
- *(várias conversas simultâneas)*
- *Olha, cada caso é um caso. Eu vejo o caso dela, o caso dela é um caso que tem alta. O meu caso, o caso do Fernando não tem alta. Para nós, para mim e para Dalva (mãe de Fernando) o importante é melhorar a qualidade de vida, isso é importante, que o nosso filho tenha uma qualidade de vida, uma aceitação na sociedade,*

uma socialização possível para que a gente possa ser feliz dentro do quadro clínico dele. (Mãe 5)

- *Da limitação dele ... (Rede 1)*
- *Exatamente, acho que é isso que eu espero. (Mãe 3)*

A exclusão e o afastamento podem ser revertidos, a ‘doença mental’ pode promover a aproximação.

(...) E atendimento aos pais eu só tive uma vez³⁸ (...) porque eu infelizmente sou separada do pai dela, mas houve uma vantagem muito grande porque eu nem suportava olhar para a cara dele, estava mesmo separada. Depois do dia sete de junho, que ele chegou lá em casa e encontrou ela numa crise, no aniversário dela, sete de junho, ele começou a dar mais atenção a ela, ele não dava nada, não me procurava. Aí o que eu faço, ao invés de eu vir com ela para cá, eu mando ele, eu peço. Aí, ele está tendo mais uma aproximação com ela, e isso tem ajudado muito também. (Mãe 2)

Sucessos e Insucessos do Tratamento

O ingresso de um jovem no Programa Clube Ponto de Encontro é resultante de vários momentos sucessivos de discontinuidades no processo de desenvolvimento sócio-afetivo e o surgimento da crise sela este processo com os episódios de auto e/ou heteroagressão. As famílias e seus jovens chegam confusos, imersos em expectativas, sem saber como todo o quadro se desenrolará, o que esperar como resultado e quando a “normalidade” se restabelecerá. Os técnicos que os acolhem também partilham destes sentimentos, mas com a visão que nos aponta Saraceno (1999: 95/96).

Um serviço de alta qualidade deveria ser um ‘lugar’ (constituído de uma multiplicidade de lugares/oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores. De fato, se de um serviço

11 O atendimento dos pais dos adolescentes do programa ocorrem independente da situação conjugal.

(de uma fração dele) se estabelecem as “dotações de oportunidades” em medida limitada e de uma vez por todas, o resultado será a progressiva cegueira daquela parte do serviço em relação às atribuições que ele não possui.

Portanto as respostas obtidas pelo tratamento são a soma das possibilidades, capacidades e competências desencadeadas pela relação entre os jovens, os técnicos, seus familiares, a rede social e cultural em que todos estão imersos.

Junior, como era chamado pelos familiares, chega pela primeira vez ao programa trazido por sua mãe em julho de 1999, quando contava com dezessete anos de idade. Parecia muito desta depender, a princípio, para falar de suas queixas e angústias. Marta relata que após a morte de Ronaldo, pai de Ronaldo Junior, em 1995, este se tornou depressivo, sem sair de casa e passando a apresentar dificuldades de aprendizagem na escola. Também apresentou mania de limpeza. Lavava as mãos compulsivamente e só utilizava o sabonete uma única vez, este hábito fez com que tivesse escamações na pele da mão até o antebraço. Não tocava diretamente nos alimentos somente com guardanapo. No ano de 1996 fez tratamento psicológico em consultório particular próximo de sua casa, posteriormente fez tratamento com psicopedagoga por ter “dificuldades de estudar”. Parou de estudar na primeira série do segundo grau em 1998. Iniciou tratamento no Hospital Universitário Pedro Ernesto em 1997 e no mesmo ano, no mês de setembro foi absorvido no hospital-dia em regime de internação parcial, por motivo da tentativa de suicídio, pois segundo ele “queria dormir”, “queria acabar com a vida”. Ingeriu vários remédios de bronquite da mãe. Em período anterior relatou que, tal qual seu pai, tinha péssimas relações com avó paterna, moravam juntos desde o casamento dos pais em 1978, por imposição deste e mesmo após sua morte permaneceram na mesma casa. As desavenças com a avó foram as justificativas utilizadas para o fato de ter quebrado portas dos armários, da cozinha e rabiscar os móveis. Verbalizou ter vontade de matar a avó. Tempos depois ao participar de tratamento espiritual em centro espírita, relata ter “recebido” o pai e neste momento ter se ajoelhado aos pés da avó pedindo desculpas.

Neste primeiro contato mostrou-se muito angustiado. Irrequieto, saiu várias vezes da sala onde fora entrevistado, indo ao banheiro. De forma entrecortada, afirmou que seus problemas eram no corpo. Sem maiores detalhes informou ter muita dor de cabeça e na nuca como também tremedeira, tal qual seu pai antes de falecer com câncer no estômago. “Não sei explicar, minha mente é presa” relatou com muita angústia.

Segundo Marta, os sintomas foram investigados e nada foi encontrado. Falou também das vozes que ouvia toda vez que ia ao banheiro e que estas controlavam seu ato de defecar. Terminou o atendimento com a seguinte verbalização, com relação ao desejo de matar a avó : “Não é porque eu quero, é como um cabo de guerra”. De imediato foi inserido no programa, sua medicação foi avaliada e o processo psicoterápico individual foi iniciado.

O ingresso de Ronaldo foi tranqüilo. Mostrou-se inicialmente tímido, mas rapidamente entrosou-se com os demais jovens, iniciando participação efetiva nas oficinas. Sua ambivalência quanto à sintomatologia se apresentou desde os primeiros momentos no programa. Apesar do entrosamento evitava situações de aglomeração, como festas ou encontros mais entusiasmado dos colegas. Marta foi convidada, como todos os familiares a participar do grupo de pais, mas sua frequência inicialmente foi irregular por alegar problemas com o horário do ingresso no trabalho, que posteriormente tornou-se bastante flexível. Em função dos relatos, tanto de Ronaldo, quanto de sua mãe, a respeito das dificuldades de relacionamento entre o rapaz e sua avó paterna, foi solicitada a presença desta no programa, com o objetivo de estreitar laços e oferecer auxílio no que fosse necessário. No primeiro contato, foi percebida a impossibilidade de sua frequência ao grupo de pais devido ao fato de Consuelo ter idade avançada, oitenta e dois anos na ocasião, e talvez por isto ter muita dificuldade de compreender o quadro psiquiátrico em que o neto se encontrava. Houve várias queixas com relação ao comportamento de Ronaldo. Os hábitos higiênicos, as agressões verbais a exasperavam, mas por outro lado, demonstrava muito afeto pelo neto e até superproteção. O comportamento agressivo em relação à Consuelo foi reduzido logo após o início do tratamento.

A alteração do quadro de Ronaldo entre a depressão e os rituais obsessivos logo foram percebidos, e o acompanhou durante os anos de tratamento em maior ou menor intensidade, conforme o momento. Quando o quadro depressivo agudizava, permanecia em casa, geralmente sem conseguir se levantar da cama. Isolava-se de todos e conseqüentemente interrompia suas idas ao Clube Ponto de Encontro. No período de exacerbação dos rituais obsessivos, os hábitos higiênicos iam a extremos. Gastava vários sabonetes, frascos de xampu e rolos de papel higiênico por dia. Certa vez, Marta chegou desesperada ao grupo de pais mostrando a conta de luz de sua casa, que devido aos consecutivos banhos do filho chegara ao valor de quatrocentos reais. Apesar da ansiedade em que ficava nestes períodos, vinha ao tratamento e participava das oficinas. No início do ano de 2000, Alberto, primo de Ronaldo passou a acompanhar seu

tratamento. Com certa regularidade, freqüentou o grupo de pais por pelo menos dois anos e trouxe auxílio significativo ao tratamento. Colaborou com os técnicos, com Marta e seu primo ao trazer suas observações e registros a respeito dos sintomas psicóticos apresentados por Ronaldo. Por um tempo significativo Alberto foi o sinalizador da exacerbação dos sintomas e do surgimento das crises que não eram percebidos nem por Marta e nem por seu filho.

Em abril do mesmo ano, pela primeira vez, Ronaldo insistiu na retirada da medicação e passou a demonstrar alguma compreensão do seu quadro. Relatou ao psiquiatra que o atendia terapêutica e medicamentosamente, que ao ver o filme “Melhor é Impossível” se identificou com o protagonista em suas “manias de limpeza” e nos rituais obsessivos. Sinalizou pela primeira vez retornar a escola e disse também nunca mais piorar de seus sintomas, apesar dos relatos dos familiares de andar eventualmente nu pela casa.

Em maio Ronaldo parou de tomar a medicação e passou a negar sua problemática psiquiátrica, enquanto ao mesmo tempo afirmava sua melhora. Mesmo com o relato de piora feito pela mãe e pelo primo, tais como dificuldade para dormir e postura verbal acentuadamente agressiva, o rapaz atribuía estes sintomas a questões espirituais. Mas após insistentes demonstrações das evidências assumiu, o comportamento sinalizado pelos familiares. Com exacerbação dos sintomas e a recusa sistemática por parte do rapaz em retornar ao uso da medicação, após exaustivo atendimento realizado com os técnicos do programa mais diretamente ligados ao caso, o jovem e seus familiares, foi feito um acordo entre os envolvidos de que seria aceita a interrupção da medicação, condicionada à manutenção da regularidade de freqüência de Ronaldo ao programa. E que em caso de piora do quadro, com comportamentos de auto ou heteroagressão, ele seria internado.

Após um mês sem a medicação e com o aumento dos sintomas de agressividade e rituais obsessivos, acrescidos das insistentes colocações de Marta e Alberto, Ronaldo cedeu às argumentações e assumiu temer seu potencial agressivo e começou a aceitar a idéia de ser introduzida a medicação depot³⁹. Quinze dias após, aceitou de forma reticente iniciar a medicação depot.

Nos próximos três meses, Ronaldo se recusou a vir ao programa, a tomar qualquer tipo de medicação e participar de qualquer tipo de atividade intra ou extramuros – passeios ou visitas domiciliares, mas ao mesmo tempo, se intensificou a

³⁹ Medicação depot ou medicação de depósito é realizada por via injetável intramuscular com espaços regulares, semanais, quinzenais ou mensais de acordo com o caso.

participação de Marta e Alberto no tratamento. A frequência ao grupo de pais se tornou regular para ambos. Tanto os relatos, dúvidas e sofrimento de Marta, quanto as colocações francas e aguçadas de Alberto colaboraram bastante com os presentes no grupo. Todos puderam tirar dúvidas e refletir a respeito da medicação e da participação dos familiares no tratamento. Ronaldo indiretamente estava presente no programa e era assistido por este, quando sua mãe ou seu primo sanavam alguma dúvida ou propunham alternativas e propostas dentro do tratamento. Ao ficar na cama o dia inteiro e se afastar do tratamento, o jovem parecia ter a necessidade de viver intensamente uma forma de desafio entre ele e a loucura.

Aos poucos Ronaldo saiu de sua cama, de sua casa. Retornou ao tratamento paulatinamente e matriculou-se em curso supletivo, na tentativa de retomar os estudos. Com o retorno ao programa, solicitou ser atendido por outro psiquiatra que acompanhasse somente a medicação e manteve o profissional que o vinha acompanhando desde o início do tratamento para dar continuidade ao tratamento psicoterápico. Desta forma, para ele as decisões sobre a medicação, as questões sobre a doença e seu autoconhecimento foram mantidos em separado. Retorna ao uso da medicação em novembro de 2000, sendo esta negociada passo a passo e as trocas efetuadas a medida que surgiam os efeitos colaterais. No período de março a setembro de 2001, manteve com frequência semanal o atendimento psicoterápico. A frequência às atividades do programa também foi retomada e aos poucos se solidificou o engajamento às atividades escolares. Paqueras, namoros passaram a fazer parte do seu cotidiano e a servir de material para a sua psicoterapia. Em agosto de 2001 optou por interromper o uso da medicação. Apesar de ter solicitado sua transferência para um programa de adultos, nesta ocasião havia acabado de completar dezenove anos. Com a saída de sua terapeuta do programa, espontaneamente pouco tempo depois, foi diminuída sua frequência às atividades e saiu do programa. Segundo recente telefonema de Marta à técnica do programa em dezembro de 2002, Ronaldo estava terminando o segundo grau e tentando junto ao primo conseguir algum emprego. Não estava se tratando em nenhum serviço e também não estava fazendo uso de medicação.

Talvez possamos dizer que o sucesso do tratamento seja seus insucessos e a reconstrução a partir destes insucessos. A ausência de resultados pré-estabelecidos também produz no processo de reinserção um aspecto enriquecedor, envolvendo não só o aprendizado, mas também a experiência humana de todos. Em conformidade com o que nos traz Desviat (1999: 29), *não se trata de atender à demanda tal como é*

formulada, geralmente uma demanda de exclusão, de cuidados impostos, uma demanda de tutela, mas sim de tratar esta demanda, de intervir tanto no meio ambiente quanto no próprio sujeito, para que enfim seja aceita a solução que dê a este o máximo de autonomia e que o livre das sujeições implicadas pela doença.

A Relação Familiar e a Evolução do Tratamento

O envolvimento da família no tratamento, como já vimos anteriormente, nem sempre foi bem-vindo. Entidades autônomas, famílias e pacientes, com objetivos diferenciados e perspectivas de vida diferentes. A doença e o contexto social parecendo peças de uma mesma engrenagem, mas sem encaixe, onde a sobrevivência da família significaria a anulação ou sujeição do doente em prol de um entorno harmônico e vice-versa. O isolamento do louco, sustentado pelo conhecimento científico, traria garantias da gestão da autoridade e do controle das racionalidades tão presente na sociedade atual. As famílias ao permitirem o isolamento de um de seus membros adoecidos também entram nesta lógica de isolamento, perdendo a possibilidade interação e troca produtiva com o meio, “adoecendo” também.

- *Eu acredito assim, que o atendimento dos pais é um treinamento. Treinamento, porque o casal teve filho e a expectativa é de que o filho vai ser normal, que você vai seguir aquele rumo de vida como as pessoas normalmente fazem, com o avô, a avó, a tia, a família toda assim e de repente nasce uma pessoa estranha, uma pessoa com problema ... (Pai 1)*

- *Estranho entre aspas. (Pai 3)*

- *É, exatamente, estranho entre aspas, exato. A gente tem sempre que falar assim. Mas a gente está aqui na mesma problemática e vocês estão entendendo a minha linguagem. E aí, como lidar com isso? Como lidar com isso? Como lidar com os parentes? Como explicar para os parentes que ele dá escândalo? Que ele não é socialmente adequado? Ou como o meu vizinho, o meu vizinho não fala comigo, é oi, oi e ele não quer saber, ele é meu vizinho de porta. Mas eu e o meu filho já estamos morando lá há 15 anos, conhece o*

meu filho desde pequeno mas os filhos dele não são amigos do meu filho, porque eles rejeitam, eu sei que eles rejeitam. (Pai 1)

Melman (2001) nos aponta que as práticas diárias são o instrumental necessário, para além das potentes construções teóricas, para viabilizar apoio e suporte, no presente caso, aos jovens e seus pais na busca de alternativas e produção de novos sentidos. Jovens e familiares, que na maioria das vezes, apresentam dificuldades da mais diversa ordem, impedindo o gerenciamento de seus problemas. Os novos dispositivos voltados ao acolhimento e tratamento dos portadores de transtorno psiquiátrico grave, devem ter como uma de suas funções, a criação de um espaço onde *ao problematizar a loucura, os familiares podem produzir deslocamentos, colocar em questão a própria identidade, explorando territórios inusitados, encontrando formas mais genuínas de exercitar a subjetividade, abrindo-se para o devir, para a multiplicidade, resgatando o valor da alteridade e do trabalho solidário.* (Melman, 2001: 149)

- *Lá na minha casa eu tive ... a empregada deixou de freqüentar, então eu aproveitei que a empregada não estava lá e fui morar lá, na casa da minha ex-esposa. Sempre dormindo na sala e tudo mais, mas com o objetivo de quê? Com o objetivo não só de observar como ela estava indo com o remédio, como também de tentar se eu apaziguar tudo lá dentro usando esses conceitos explicados aqui dentro, que a Flávia (técnica) cansou de fazer atendimento individual explicando como que eu tinha que enxergar, como eu tinha que encarar o problema. E melhorou realmente bastante lá dentro. Para mim foi fundamental. E o Carlos ainda assim foi internado três vezes. O remédio não estava bom, até que esse último foi dado e ele melhorou. Ele saiu da internação e dificilmente vai voltar. (Pai 1)*

- *Quando se consegue que a família ... quando você consegue que pai e mãe se juntem para promover essa melhora do filho, é importante. No meu caso e no caso da Dalva, os pais, os homens, estão ausentes. Eles se ausentam da doença, eles negam a doença, eles não ... não ... ignoram o filho e isso é um fator gerador de mais problema. Eu acho que é fundamental a presença do pai e da mãe no tratamento. (Mãe 5)*

- *No livro de auto-ajuda diz o seguinte, só para ilustrar, a vida é cheia de problemas, ninguém foge de problemas, senão não vive. Viver é enfrentar os problemas que nos aparecem. Os únicos que não têm problemas são os que já morreram nessa vida. Muito bem, então nós temos que enfrentar os problemas que são nossos e lutar por eles. No meu caso por exemplo, o meu problema é o garoto, então eu vou enfrentar o problema, fui morar lá, enfrentei e estou enfrentando.*
(Pai 1)

- *Mas não são todos que têm esse pensamento.* (Mãe 3)

O tratamento à doença mental tendo como eixo principal a inclusão, não só daqueles que apresentam os sintomas, mas também dos seus familiares, produz transformação na relação entre os envolvidos? Que transformação promove?

- *O conhecimento do relacionamento em si. Quando nós passamos a saber o que é certo, o que é errado, qual a maneira de agir e interagir com eles, melhora muito. Não só eles como nós também. A minha ex-esposa eu sei que ela não vem aqui, mas eu falo com ela por telefone como ela tem que agir. Ela não gosta, fica com raiva, mas pára para pensar. Isso que é fundamental.* (Pai 1)

- *No meu caso particular, eu acho que mudou ainda pouco. Eu preciso ver o meu filho mais como um indivíduo, eu tenho a mania de vê-lo como uma posse, então eu acho que eu ainda tenho que mudar muito, mas está mudando.* (Mãe 5)

- *Eu também. A mesma coisa, eu concordo, eu preciso ver o meu filho como uma pessoa que vive nesse mundo e que tem suas características próprias. Eu preciso me programar para aceitar essas características e eu acho assim que o CAPSIJ ajudou bastante para ... realmente ele cresceu bastante.* (Mãe 3)

VI. Considerações Finais

Na perspectiva de contribuir para a orientação das novas práticas e políticas em saúde mental para a infância e adolescência e possibilitar a reprodução de experiências bem sucedidas na tentativa de reverter as condições em que se encontram os dispositivos assistenciais, em especial aos portadores de grave transtorno mental, foi efetuada a análise de um dispositivo de atenção psicossocial cujos cuidados são voltados para esta população.

A assistência à infância e adolescência no campo da saúde só se estabeleceu enquanto temática nas conferências de saúde mental do Estado e do Município do Rio de Janeiro em 2001. A regulamentação dos novos dispositivos em saúde mental para a infância e adolescência, em fevereiro de 2002, foi a etapa seguinte num ciclo de transformações na esfera política que trouxe visibilidade e reorientações para atenção aos jovens.

Desde 1998, indo ao encontro das carências existentes e objetivando criar novas modalidades de atendimento, foram inaugurados programas e serviços pautados nos preceitos da reforma psiquiátrica, que visavam desinstitucionalizar cuidados e suprir as necessidades desta população, no que diz respeito a sua reinserção psicossocial. Desburocratizar as relações com modalidades mais flexíveis de intervenção, promover as mais variadas formas de reprodução social dos adolescentes e seus familiares, reconstruir sentidos e produção de valores para que todos possam reingressar no contexto social com novos papéis foram princípios que nortearam a produção destes novos espaços.

Este trabalho pretendeu articular à prática a teoria sobre as políticas de assistência em saúde a adolescentes e a trajetória que passou do discurso à experimentação e da experimentação à investigação de natureza exploratória do processo em desenvolvimento, visando reorientar a responsabilidade dos profissionais da área para além do ato de executar e produzir cuidados e também possibilitar e promover a organização social desta produção em modelos assistenciais, ou seja, gerando a possibilidade de uma aliança entre a ciência e a técnica com as políticas de assistência.

Com esta perspectiva, o estudo exploratório da implantação e dos procedimentos desenvolvidos em um programa em saúde mental voltado a população infanto-juvenil, procurou dar visibilidade a esta questão e refletir sobre o reordenamento das práticas e

da construção de novos parâmetros para a implementação de políticas públicas de saúde nesta área.

O Programa Clube Ponto de Encontro foi o objeto de estudo utilizado para a análise. Sua clientela é de adolescentes com graves transtornos mentais que podem desenvolver um quadro de incapacidade permanente. Este fato influenciou a escolha do objeto por possibilitar ao estudo da questão, a importância da prevenção do ingresso desta população em uma carreira manicomial.

A utilização de diferentes recursos de investigação foram efetuados na tentativa de dar conta das diversas nuances do objeto investigado. A análise de conteúdo do material documental produzido pela equipe multiprofissional, a ata de reunião semanal da equipe, as entrevistas semi-estruturadas com os técnicos da equipe e grupo focal com os familiares e/ou responsáveis e membros da rede social dos jovens atendidos no programa permitiram observar os diversos aspectos da relação serviço-usuário. Esta investigação trouxe a tona sua complexidade, no momento do processo de implantação do programa, na definição das estratégias efetuadas, na observação da pertinência das práticas e procedimentos voltados para os usuários e seus familiares e também na estruturação do trabalho da equipe. A abordagem junto aos atores sociais foi baseada na possibilidade de ouvir suas demandas e compartilhar responsabilidades na avaliação e construção de um modelo mais próximo possível das necessidades dos envolvidos no processo.

Os registros contidos na Ata de Reunião produto do encontro regular semanal, trouxeram pela espontaneidade de seus registros, o amplo espectro dos temas e assuntos discutidos e permitiram traçar a história da construção do programa e o desenvolvimento dos múltiplos recursos e estratégias terapêuticas efetuados para dar conta do acolhimento e assistência a população infanto-juvenil, seus familiares e a rede social e instituições que os cercam. A análise de conteúdo possibilitou enriquecimento da leitura do material e a detecção e isolamento, para efeito de análise, de períodos e estruturas existentes no contexto ao longo do processo de implantação do programa. Os “espaços de tempo” definidos e delimitados pelo processo de análise possibilitaram a visualização de eixos/temáticas em torno dos quais o Programa Clube Ponto de Encontro girou ao longo do tempo. A periodização proposta teve o intuito de apontar um processo de desenvolvimento em que as temáticas/eixo presentes em maior intensidade respondiam pelo momento analisado.

As estruturas que se delinearam para acompanhar e possibilitar o processo de implantação do programa, foram as fontes geradoras do trabalho em si, permitindo

identidade, conformação e viabilidade ao conjunto de práticas e estratégias realizadas. Com características e funções distintas, essas estruturas foram nomeadas de organizacionais e operacionais, sendo as primeiras possuidoras do atributo de dar conformação a estrutura por possuir objetivos definidos, acarretando-lhe, portanto, uma função específica e conseqüentemente um sentido dentro do sistema. As últimas possuem por atributo proporcionar funcionalidade e ação as primeiras, pondo-as em movimento. A interação destas estruturas se realiza de forma dinâmica e com frequências variáveis e por sua composição impõem uma hierarquização de importância dentro do conjunto como um todo. As estruturas organizacionais – oficinas terapêuticas, clube de pais, atividades extra-muros e visita domiciliar – e as estruturas operacionais – equipe multiprofissional, horário de funcionamento, instrumentos – funcionam de forma e intensidade diferenciadas ao longo dos períodos de implantação do programa. Detectamos também a existência de estruturas híbridas – reunião de equipe e seminário interno – que de acordo com o período apresentavam características de eixos/função (organizacionais) ou eixos/ação (operacionais).

No primeiro período – experimentação como forma de ação – percebemos todos os esforços convergirem para a criação e desenvolvimento dessas estruturas, *narcisicamente investidas*, para dar conta da existência e manutenção do sistema, o Programa Clube Ponto de Encontro. No segundo período – sedimentação – vimos a consolidação das estruturas criadas no período precedente e a implementação de outras, esboçadas anteriormente. Este período apesar de brevidade de sua existência trouxe marcas que permitiram o emergir de reflexões que transcenderam a conformação e implantação do programa dentro de suas propostas iniciais. Ações externas ao programa de ordem jurídico-administrativa ligadas a forma de contratação da equipe técnica do programa, marcaram significativamente seu percurso e nos trouxe a visibilidade da importância de uma de suas estruturais operacionais, a equipe multiprofissional. A ação externa que incidiu sobre esta estrutura teria a possibilidade de incidir e decidir o futuro de todo o sistema. Este incidente também nos permite dimensionar a necessidade da implementação de políticas públicas possibilitando a regulamentação das estruturas necessárias a implantação de um modelo assistencial e sua forma de financiamento, o que não havia sido realizado até aquela data.

No terceiro e último período – avaliação e integração na rede – precipitado pela ação acima exposta, caracterizou-se pela auto-avaliação e conseqüente análise crítica das ações oferecidas pelo programa e sua real adequação as necessidades dos usuários e aos objetivos propostos. A pertinência das práticas endereçada aos jovens e seus

familiares quanto a possibilidade e capacidade de inserção desta clientela no contexto social conferiria fidedignidade aos procedimentos realizados e conseqüente valorização do programa e dos técnicos nele em atividade assegurando a manutenção de sua existência. A necessidade de visibilidade e interação de ações em relação a outros serviços, como conseqüência da auto-avaliação das práticas e da inserção dos jovens em seu contexto social, precipitou a formalização da inserção do programa na rede de serviços de saúde e outras instituições, que vinha se realizando de forma irregular, tímida e informal. As ações desenvolvidas na direção da inserção dos jovens a sua rede social sofreram um crescimento em proporção geométrica, tanto quantitativa quanto qualitativamente, gerando maior estabilização na relação entre suas estruturas do programa.

Ao visualizarmos o processo de implantação do programa como um todo, podemos apontar que este ocorreu gradual e progressivamente, de forma bem sucedida em relação as suas propostas fundadoras do programa Clube Ponto de Encontro. O fortalecimento e sedimentação iniciais de suas estruturas permitiram que suas ações posteriormente se voltassem quase que integralmente para o objetivo primeiro de suas ações, a reinserção psicossocial dos jovens. As ações dirigidas a manutenção e aprimoramento se estabilizaram permitindo em última via um investimento em ações voltadas aos jovens e suas famílias cada vez mais próximas a suas reais necessidades e realidades. Como o ideário teórico-prático que fundamenta as ações do programa se pautam na *invenção* e dinamismo na superação das deficiências e limitações, sempre haverá ações a serem efetuadas e transformações a serem realizadas e esta marca deve servir todo o tempo como pano de fundo para as ações.

Os procedimentos, práticas e instrumentos oferecidos e realizados no Programa Clube Ponto de Encontro possuem dois objetivos importantes dentro da perspectiva do estudo em questão. O primeiro deles diz respeito a viabilização da constituição de sujeitos adolescentes, para além da questão psíquica referente a patologia de que possa o indivíduo ser portador, tendo em vista a autonomização do futuro cidadão e conseqüente inserção no espaço social. O outro ponto de destaque diz respeito ao resgate da importância do papel dos familiares no tratamento de um de seus membros adoecidos, propiciando-lhes a condição de parceria dentro do tratamento, subtraindo-lhes da condição de vítima ou culpabilização pelo processo de adoecimento do filho. As reflexões, dúvidas, questionamentos dos atores envolvidos no processo de reinserção

psicossocial, com sua postura e visão privilegiada, pode nos apontar os benefícios e impasses do mesmo.

A vocalização destes atores imprescindíveis – técnicos e familiares – surge no material investigado tanto no processo de análise da execução diária das práticas e procedimentos realizados dentro do programa quanto na reprodução da interlocução dinâmica ocorrida dentro do grupo de pais. Foram utilizados como ponto de apoio para a execução da análise do projeto original do programa, o estatuto da criança e do adolescente – ECA e a portaria ministerial nº 336, promulgada em fevereiro de 2002, já que cada um deles apontou para a análise do balizamento como a ousadia de propor novas abordagens terapêuticas e implanta-las; a regulamentação de novos procedimentos e atividades para o atendimento e a garantia de direitos estabelecido pelo ECA . O projeto original do programa surgiu como apoio para a análise numa tentativa de acompanhar as possibilidades de implantação destas propostas na execução e implementação do tratamento, a compatibilidade entre projeto e sua execução, entre a teoria e a prática. A portaria nº 336 possibilitaria uma comparação entre procedimentos e atividades regulamentadas para atendimento a esta população e as oferecidas pelo programa, possibilitando uma análise em dupla via. E finalmente com relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, a verificação do cumprimento das determinações estabelecidas pela lei.

Os instrumentos, ou seja, recursos utilizados pelo programa para alcançar os objetivos propostos, são reconhecidos e discriminados tanto pelos técnicos da equipe multiprofissional quanto pelos familiares. Para os primeiros há uma maior preocupação em nomeá-lo e os associar a um contexto dinâmico e a um conhecimento técnico-teórico subjacente. De forma geral têm como objetivo e poderíamos dizer até preocupação com o futuro destes jovens e se questionam se através dos recursos utilizados o “retorno a sociedade” poderá se realizar da melhor forma possível. Os familiares centram suas preocupações com os resultados, conhecem os procedimentos sabem nomeá-los, mas estas não parecem ser suas principais preocupações e inquietações. Verbalizam depositar confiança na equipe e talvez por este motivo não se preocupam com a “forma” que os procedimentos são realizados, anseiam por resultados e demonstram um progressivo interesse nos fenômenos desencadeadores da crise e de que forma poderiam barrar ou intervir em seu curso.

A medicação foi o único instrumento privilegiado no discurso dos familiares, que em contrapartida apareceu poucas vezes na fala dos técnicos. Apesar da aceitação e utilização do medicamento por parte dos jovens e suas famílias ter surgido como objeto

de preocupação para os técnicos, o medicamento para eles se tratava de um dos muitos instrumentos importantes na consecução do tratamento. A dialética medicação-família mostrou um colorido maniqueísta, bastante distanciado de sua real inserção no tratamento. Num extremo, para algumas famílias, o medicamento se mostrou como o “salvador da pátria”, a solução mágica para a saída e o “extermínio” da doença levando-os a possibilidade de exagero no uso da medicação. No extremo oposto ela aparece como o “vilão” causador dos sintomas apresentados pelos jovens perante aos olhos de seus familiares, fadado a supressão e exclusão no tratamento. A que atribuir posições tão díspares entre técnico e familiares, relativo a um aspecto tão importante do tratamento? A cultura crescente da medicalização poderia ser responsabilizada por estas reações? Como se daria a interlocução entre técnicos e familiares a respeito da utilização e o papel da medicação? Estas perguntas talvez não possam ser respondidas no momento, mas provavelmente a partir da percepção e detecção da existência do impasse por parte dos atores envolvidos, mobilizando a dinâmica das estruturas envolvidas e tornando dinâmica a ação de cada uma das estruturas.

As práticas, atuações técnico-profissionais com variada gama de ações e instrumentos utilizados para alcançar determinados objetivos, foram reconhecidas e definidas pelos técnicos. Estes reconhecem a inter-relação existente entre as práticas e os instrumentos utilizados e na atuação cotidiana por vezes têm dificuldade de distinguir onde começa uma e onde termina a outra. A especificidade técnica na realização das práticas referente a população alvo – os jovens – mostrou-se um consenso entre eles, reconhecem suas demandas e se sentem habilitados em corresponder-las. Reconhecem também o papel que devem exercer e a ponte que devem estabelecer entre as necessidades e demandas internas e externas ao programa, a reinserção ao contexto social compatível a faixa etária dos usuários se mantém como pano de fundo as práticas realizadas pelos profissionais.

A contribuição que a formação profissional de cada membro da equipe traz consigo foi reconhecida, torna-se um instrumental para lidar com a “doença”, mas a habilidade de conviver com a diferença e a possibilidade de cumprir diferentes papéis em sua prática profissional tornou-se para os técnicos um atributo imprescindível para fazer parte da equipe e realizar de forma confortável e satisfatória as funções e habilidades requeridas pelo programa.

Novamente os familiares reconhecem as práticas efetuadas pelos profissionais, identificam suas ações, referendam sua especificidade ao lidar não só com a população adolescente, mas com as demandas dos familiares. Apontam como atributos para lidar

com a reinserção destes jovens em seu contexto social a flexibilidade de suas ações e as intervenções extra-muros.

A categoria médica foi a única, dentre os membros da equipe multiprofissional, reconhecida de imediato por sua formação profissional pelos familiares, os demais membros da equipe foram geralmente mencionados pelo primeiro nome e mesmo havendo maior proximidade dos familiares com alguns deles, não houve destaque ou menção de sua formação profissional. Talvez a marca da cultura profissional que distingui a categoria médica dos demais técnicos dentro dos serviços de saúde, reflita e reforce a prerrogativa de que somente os profissionais desta categoria têm reconhecido pelos órgãos municipais sua assinatura e inscrição profissional para validação e pagamento pelos serviços prestados nos CAPS no documento de autorização de procedimento de alta complexidade – APAC, estabelecido pela atual legislação – portaria nº 336. A relação vertical entre os profissionais da área de saúde e seus resquícios parece ainda invadir a relação dentro da equipe multiprofissional e da equipe com os usuários dos novos serviços, talvez por este motivo seja facilmente verbalizada por seus usuários, quer sejam eles os jovens ou seus familiares.

O grupo de pais, uma das estruturas do programa, foi largamente descrito e reconhecido por técnicos e familiares como recurso terapêutico. Os familiares se sentem nele inserido e neste ser o contexto, que sentem a possibilidade de resgatar o seu papel deixando de ser coadjuvante, vítima ou algoz, para se transformar em protagonista de sua própria história. As modificações abruptas que se operaram com o surgimento de uma crise ocorrida com um dos membros da família, seus filhos, pode ser enfrentado e neste aspecto reconheceram a importância do auxílio e acolhimento oferecido pela equipe multiprofissional. “Colocar o dedo na ferida”, termo utilizado por um dos familiares, pode ser feito a partir do momento que eles parecem se reconhecer no papel daqueles que também podem propiciar, através de suas intervenções, a melhora dos sintomas e o retorno de seus filhos as atividades anteriormente realizadas. Verbalizaram ter a capacidade e/ou poder adquirir a habilidade de saber distinguir o momento de agir e o momento de pedir ajuda.

Os técnicos da equipe têm como conduta que a presença e participação da família e/ou rede social próxima são imprescindíveis na boa consecução do tratamento. A aproximação dos técnicos e familiares pareceu ter sofrido um salto qualitativo com a criação de uma estrutura específica voltada para lidar com as suas questões e dificuldades. A interação entre membros da equipe e os familiares, sob a perspectiva dos técnicos, pareceu se dar de forma casual ou então dentro das prescrições técnicas

consensuadas na reunião de equipe. Formar parcerias pareceu ser um objetivo a ser alcançado, mas a forma como esta pode se realizar, se traduziu por verbalizações defensivas e alguma dificuldade em relação a flexibilização de papéis no contexto desta parceria. Há ainda um distanciamento e este fato foi reconhecido, contudo a aproximação para a maioria dos técnicos é uma questão para reflexão.

Este percurso, a análise dos procedimentos, práticas e instrumentos utilizados no Programa Clube Ponto de Encontro, especificamente aqueles voltadas aos familiares e/ou responsáveis pela clientela atendida, nos possibilitou visualizar a pertinência de sua realização com relação aos objetivos propostos, qual seja, a reinserção psicossocial dos adolescentes. Estas práticas permitem a troca de experiências, a reflexão e parceria na busca de respostas as dúvidas e na tentativa de equacionar as dificuldades, mas principalmente o compartilhamento de responsabilidades.

A transformação no eixo das relações, da verticalidade para horizontalidade, parece ser difícil para todos os envolvidos, técnicos, adolescentes e familiares, mas uma proposta que todos os atores envolvidos parecem se predispor a alcançar. Abrir mão da dialética fechada em si mesma – a solução-cura – é uma das principais propostas da reforma psiquiátrica. Ela nos propõe a flexibilização de ações e estratégias como também a transformação de papéis, nunca dando por terminado, fechado ou completo o processo de reinserção de sujeitos acometidos por grave transtorno mental em seu contexto social.

Todas as ações inseridas e oferecidas pelo programa estudado também se enquadram nesta lógica, podendo, devido ao recente processo de implementação de ações na área infanto-juvenil, tirar proveito das experiências já consolidadas dentro da área de saúde mental como um todo e expandir suas conquistas dentro da área de políticas públicas para a população adolescente.

Para o incremento das ações e programas de saúde mental para a infância e adolescência, apontamos a necessidade da criação de um campo de estudo e pesquisa, especialmente no que diz respeito aos transtornos mentais graves. A especificidade da área suscita uma série de procedimentos diferenciados que precisam ser comprovados quanto a sua validade e eficácia. Também se faz necessário a criação de instrumentos para avaliação dos novos serviços surgidos nos últimos cinco para que possam apontar caminhos mais seguros nesta trajetória. Finalmente, esperamos que com o presente trabalho tenhamos tido a oportunidade de contribuir para este campo em construção e que ele também possa gerar uma ponte para novos encontros entre os jovens “normais” e os “anormais”, entre os familiares e os técnicos, entre ações e políticas.VII.

Referências Bibliográficas

- ALVIM, R. 1994. Infância das Classes Populares: A Constituição da Infância como Problema Social no Brasil. In: *O Trabalhador Carioca: Estudos sobre Trabalhadores Urbanos do Estado do Rio de Janeiro*. Abreu, A.R.P. & Pessanha, E.G.F. (Org.). Rio de Janeiro: Editora CJ.
- AMARANTE, P.D.C. 1996. *O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____ (Org.) 1995. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP.
- ARIÈS, P. 1981. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- BARDIN, L. 1995. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BASAGLIA, F. 1991. *A Instituição Negada: Relato de Um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª Edição.
- BERCHÈRIE, P. 1992. *A Clínica Psiquiátrica da Criança*. Belo Horizonte: Fascículos FHEMIG, nº 7, p.p. 20-38.
- BILAC, O. 1905. No Hospício Nacional (Uma Visita a Secção das Creanças). In: Amarante P. (Org.) *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BOURDIEU, P. 1983. A Juventude é Apenas uma Palavra. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero.
- BRANT DE CARVALHO, M.C. 1997. A Priorização da Família na Agenda da Política Social. In: *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2ª Edição.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/2002 de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde/GM, Brasília-DF.
- _____ 1990. Lei Federal 8069 – Estatuto da Criança e do Adolescente.
- CARVALHO, M.M.C. 1997. Quando a História da Educação é a História da Disciplina e da Higienização das Pessoas. In: Freitas, M. (Org.) *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora.
- COSTA, J. F. 1989. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª Edição.
- _____ 1989. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Xenon.
- COSTA LEITE, L. 1998. Que Família é a Pátria?. In: *A Razão dos Invencíveis: Meninos de Rua. O Rompimento da Ordem (1554 – 1994)*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/IPUB.

- COSTA-ROSA, A. 2000. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: Amarante P. (Org.) *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DELGADO, S. M. 1997. *Análise das Relações entre Política e Assistência no Campo de Saúde Mental da Infância e Adolescência*. Monografia em Especialização, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade federal do Rio de Janeiro.
- DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. 1991. Resposta à Crise. Estratégia e Intencionalidade da Intervenção no Serviço Psiquiátrico Territorial. In: Delgado J. (Org.) *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo.
- DESVIAT, M. 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DONZELOT, J. 1986. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª Edição.
- EARP, M.L.S. 1998. *A Política de Atendimento do Século XX: A Infância Pobre sob a Tutela do Estado*. Rio de Janeiro: Escola de Professores/Ravil.
- EIGUER, A. 1985. *Um Divã para a Família*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- ELIAS, N. 1991. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora v.1e2.
- FIGUEIREDO, A.C. 1997. *Vastas Confusões e Pensamentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.
- FISHMAN, H.C. 1996. *Tratando Adolescentes com Problemas: uma abordagem da terapia familiar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- FREITAS, M.C.(ORG.). 1997. Quando a História da Educação é a História da Disciplina e da Higienização das Pessoas. In: *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora.
- GROPPO, L.A. 2000. A Juventude como Categoria Social. In: *Juventude. Ensaio sobre Sociologia e História das Juventudes Modernas*. Rio de Janeiro: DIFEL.
- HARTZ, Z.M.A.(Org.) 1997. *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- LOBOSQUE, A M. 1997. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros Escritos*. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____ 2001. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond Edições.
- LOBOSQUE, A M.& ABOU-YO, M. 1997. A Cidade e a Loucura – Entrelaces. In: Campos, C.R. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. Belo Horizonte: Editora Xamã.

- LUZ, M.T. 1993. Relações entre o Adolescente e a Sociedade Atual. Institucionalização, Violência e Disciplina. In: *Séries Estudos em Saúde Coletiva*, nº 048. Rio de Janeiro: UERJ/IMS.
- MELMAN, J. 2001. *Família e Doença Mental: Repensando a Relação entre Profissionais de Saúde e Familiares*. São Paulo: Escrituras Editora.
- MINAYO, M.C.S. & ALLI. 1994. *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- OSÓRIO, L.C. & COL.1989. *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- ORLANDI, O. 1995. *Teoria e Prática do Amor à Criança*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, Cap. 3 e 4.
- PITTA, A.M.F. 1996. O Que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, Hoje?. In: Pitta A. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.
- PITTA, A.M. & ALVES, D.S. & CAVALCANTI, M.T. 1993. Transformações na Assistência Psiquiátrica. In: Silva Fº, J.F. & Russo, J.A (Org.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.
- RIZZINI, I. 1995. Meninos Desvalidos e Menores Transviados: A Trajetória da Assistência Pública até a Era Vargas. In: Pilloti, F. & Rizzini, I. (Org.) *A Arte de Governar Crianças. A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora.
- ROTELLI & ALLI, 1990. Desinstitucionalização, Uma Outra Via. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec.
- ROTELLI, F. 1990. A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- SAGGESE, E. G. 2001. *Adolescência e Psicose: Transformações Sociais e os Desafios da Clínica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora.
- _____ 1997. *Políticas Públicas Saúde Mental Infanto-Juvenil: Uma questão Menor?* Rio de Janeiro: Cadernos IPUB, nº 11.
- _____ 1995. *Projeto Brincar*. Rio de Janeiro: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44(4): 185-187.
- _____ 1996. *Projeto Clube "Ponto de Encontro". Ressocialização para Jovens em Grave Sofrimento Psíquico: Lazer Assistido e Reconstituição de Vínculos Afetivos*. Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Mimeo.

- SANTOS, A. R. 2003. *Faltam Braços no Brasil porque Não Há Gente ou as Falhas dessa Gente Inutilizam tais Braços?*. Rio de Janeiro. Artigo em Mestrado. Rio de Janeiro: Casa Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.
- SARACENO, B. 1999. *Libertando Identidades. Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.
- _____ 1996. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A. Pitta, Org.). São Paulo: HUCITEC.
- SARTI, C.A. 1997. Família e Individualidade: Um Problema Moderno. In: *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2ª Edição.
- SCHECHTMAN, A. 1993. Psiquiatria e Infância: Uma Abordagem Histórica. In: Silva Fº, J.F. & Russo, J.A (Org.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.
- _____ 1981. *Psiquiatria e Infância: Um Estudo Histórico sobre o Desenvolvimento da Psiquiatria Infantil no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- SZYMANSKI, H. 1997. Teorias e “Teorias” de Famílias. In: *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2ª Edição.
- TEIXEIRA, M. O. 1980. *Nascimento da Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Cadernos IPUB, nº 8.
- VOGEL, A. 1995. Do Estado ao Estatuto – Propostas e Vicissitudes da Política de Atendimento à Infância e Adolescência no Brasil Contemporâneo. In: Pilloti, F. & Rizzini, I. (Org.) *A Arte de Governar Crianças. A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora.
- YASUI, S. 1989. CAPS: Aprendendo a Perguntar. In.: Lancetti, A. (Org.) *Saúde e Loucura I* São Paulo: Editora Hucitec, p.p. 47-59.

ANEXOS

ANEXO I

Entrevista Semi-estruturada/Programa Clube Ponto de Encontro

Identificação: Técnico 1

Função: Auxiliar de Enfermagem

Idade: 23 anos

Tempo na função/Programa: 2 anos e 7 meses

Tempo de profissão: 4 anos

Local da Entrevista: CARIM

Data da Entrevista: 22/10/2002

1. O que é o Programa Clube Ponto de Encontro? Quais são os seus objetivos?

Os objetivos do Ponto de Encontro, o que eu sei é ... quando o paciente chega aqui, chega deprimido por alguma razão na sociedade. Então, o nosso objetivo é reintegrá-lo a sociedade. Reabilitar aqui o paciente, para que ele possa sair na rua e possa ter de novo contato com a sociedade.

2. Quais são as práticas de tratamento oferecidas aos adolescentes dentro do Programa? O que se pretende alcançar com elas?

São oferecidas várias oficinas e até o contato com os pacientes que chegam distante do Clube e não conseguem falar com as pessoas, então a gente tenta busca-lo ... se aproximar bastante dele, para que ele possa ter no futuro um convívio com a sociedade. Com as oficinas eles vêm aprender várias coisas. Na oficina da sexualidade eles vem aprender ... porque são pacientes jovens demais, adolescentes, então nós tentamos ensiná-los para que eles venham ter no futuro isso como uma abertura na vida deles ... as mães têm muitas dificuldades de conversar essas coisas com eles ... e a gente vem conversando com eles para até uma força para os pais, para as famílias ... o objetivo que a gente tem é de reintegrá-los a sociedade.

3. Há alguma especificidade no tratamento voltado a jovens entre 12 anos e 18 anos incompletos oferecido pelo Programa?

Na primeira demanda sim, depois conforme os pacientes vão crescendo e já vão aprendendo, eu acho que as oficinas deveriam ser trocadas, pois eles já aprenderam o suficiente até há o relato de pacientes que vem me dizer que as oficinas não têm mais graça ... porque já passou ... naquele tempo que eles não conseguiam raciocinar direito,

não estavam ali agora que eles aprenderam, até falam para mim que perdeu a graça e por isso que alguns deles ficam de fora.

No começo é como se fosse uma criança, primeiro ela que tem que aprender a engatinhar, para depois andar, para depois correr ... então quando eles chegam aqui, eles chegam querendo engatinhar. Então eles já aprenderam isso, engatinhar e estão aprendendo a andar, agora já estão correndo e muitos não querem voltar ao tratamento porque falam ser coisa de criança, que já passou da época e agora não são mais tão jovem, são mais adultos. Quando eles estão em crise, chegando aqui, no primeiro momento funciona, depois quando eles estão se sentindo melhor e podendo ficar mais perto da sociedade, aí esse trabalho já deveria ser mudado ... ser criadas novas oficinas, porque eles mesmos relatam ... Um paciente me disse: “Ahh ... ficar nestas oficinas fazendo bloquinho de papel ... isso não me interessa, isto é coisa para criança. Isto valeu no primeiro momento que eu estava aqui, estava mal, em crise. Isto vale para quem está chegando agora em crise”. Este paciente tem 20 anos.

Também tem os pacientes dentro da idade de 12 a 18 anos que ficam sentados sem prestar atenção, eles já aprenderam aí e melhoraram, agora eles querem buscar alguma coisa mais profunda ... e esse paciente tem 16 anos. Conforme ele foi melhorando, se reabilitando na sociedade, ele está podendo passear, então ele acha que as oficinas são muito infantis para a faixa etária dele.

4. Há diferença entre oficinas terapêuticas direcionadas a adolescentes das direcionadas aos adultos? Se há, quais são?

Eu acho que tem diferença ... é tem diferença. Tem muita diferença. Porque na de adultos se pode falar um pouco mais abertamente as coisas ... pode falar bem mais claro com os adultos ... falar mesmo tem que se fazer isso ... e com adolescentes têm que maquiagem, jogar para um lado, jogar para o outro com muita calma para que isso não venha chocar o adolescente.

Na oficina de sexualidade mesmo, eu acho que quando o paciente é muito jovem, você tem que mapear, tem que ir devagarzinho, tem que “comer o mingau pela beiradinha” para não chocá-lo e ele venha sumir. Já com adultos não, você pode falar livremente, jogar aberto. Já com o adolescente não, mapear devagarzinho para que não venha chocar.

Não me ocorre outra oficina agora para eu poder dar exemplo porque os pacientes me procuram para falar mais da oficina da sexualidade. Falam também sobre

as medicações. Como é esta medicação e o que é que ela faz. Também isso tem que falar com muito jeito para não chocá-lo e para que ele venha parar de tomar o remédio, começar a esconder. Esse jeitinho é explicar, não vai esconder o que é, se vai explicar de uma outra forma. Você não vai falar com termos técnicos, vai explicar que o remédio faz e que o remédio dá efeitos, como por exemplo entortar o pescoço. Explicar do jeito que vai ficar se não tomar. Com o paciente agudo se tem que falar mais firmemente, para ele botar na cabeça que tem que dar andamento ao tratamento, pois então não ficará legal, podendo ser internado. Com o paciente jovem não, se você falar diretamente que se ele não tomar o remédio poderá ser internado, ele já fica assim com medo

5. Na sua opinião, quais são os atributos e competências dos profissionais que trabalham no Programa Clube Ponto de Encontro?

Eles têm que ser pessoas boas e deveriam cada vez mais se envolver com o trabalho. No começo era assim, agora que o serviço cresceu, fica se deixando um pouquinho de lado. Antes a gente chegava junto, queria saber sobre o paciente, se o paciente faltava uma semana a gente já estava ali, telefonando, reclamando. Acho que conforme o serviço foi crescendo a gente foi deixando isso também ir embora eu acho que, ... conforme os profissionais vem sendo recebidos pela Direção, isso vem fazendo com que os profissionais venham deixando de lado as coisas que eles iam fazendo.

No começo, quando o serviço ainda era pequeno, eram vinte pacientes no Ponto de Encontro a gente conseguia ...olha, o paciente faltou, vamos ligar para ver o que está acontecendo ... tinha-se mais contato com o paciente e a família. Hoje em dia que nós temos 54 pacientes inscritos no Ponto de Encontro, fica até um pouco mais difícil. Os pacientes estão entrando rápido e às vezes também sai muito rápido.. e aí acaba sumindo caindo no esquecimento. Antes a gente corria atrás, tentava buscar esses pacientes de uma forma ou de outra, com a família paciente vinha e a família não e vice-versa sempre dando andamento ao tratamento do paciente, ou pela família, pela tia ou por algum outro motivo. Ainda acontece isso, mas está bem menos do que antes. Antes a gente parava muito mais para fazer isso e tinha mais tempo. Também conforme as coisas vão crescendo no Ponto de Encontro e na vida profissional da pessoas, as coisas ficam um pouco de lado, porque elas têm que fazer outras coisas ...

6. Qual sua formação profissional? Quanto tempo a exerce?

Eu sou auxiliar de enfermagem desde 1998. Trabalhei em uma clínica mista com crianças e adultos. Adultos jovens no máximo com 30 anos de idade. Trabalhava com crianças autistas, deficiente visual. Fiz acompanhamento com todo o tipo de criança. Acompanhamento em casa, passeava. Fiquei um ano desempregado e no outro ano recebi a proposta de trabalhar aqui nos CAPS, no Ponto de Encontro.

7. Qual o tipo de contribuição sua formação profissional pode trazer ao tratamento oferecido? E que papel desempenha dentro da equipe multiprofissional?

Minha formação tem haver com a medicação e os cuidados, a higiene, os cuidados com o corpo e o cuidado com o próximo. Apesar do meu papel ser de auxiliar de enfermagem, eu acho que eu sou além de auxiliar de enfermagem. Às vezes eu acho que sou psicólogo. Não tenho formação para isso, mas às vezes sou um psicólogo, porque os pacientes vem diretamente me perguntar as coisas. Às vezes eles não querem falar com os médicos sobre tal remédio e o que eles estão sentindo, me procuram. Por eu ser também jovem demais, eles me vêem como um adolescente, como se fosse eles, um amigo, mas um amigo que está trabalhando. Muitos pacientes tiram isto como um exemplo de vida e estão melhorando, pois eles vêem assim: “... ele está trabalhando, ele é tão jovem, tão baixinho, Tão magrinho que se parece um paciente, se eu ficar melhor também vou poder trabalhar aqui.” Muitos pensam assim: “ Vou trabalhar no teu lugar quando você entrar de férias.” Quando eles não querem falar com o médico e vem falar comigo, eu vou falar com o médico e isto adianta bastante o tratamento. Quando estão deprimidos, às vezes não querem falar com o profissional, querem falar com as pessoas que estão ali perto.

8. O que é Clube de Pais? Quais são os seus objetivos?

O Clube de Pais é ... às vezes eu me perguntava o porque do tratamento para com os pais depois eu fui perceber que é muito importante os pais terem tratamento porque os pais têm que aprender a lidar com seu filho. Às vezes a gente pensa: “Ahh, o garoto está super-bem”, mas a gente não está na casa deles vinte e quatro horas para saber o que está acontecendo, para ver como é que é. Então, às vezes os pais precisam de um suporte, de uma força. Há vezes que os pais chegam aqui tão lerdos, tão cansados, que só faltam se internar. A gente está aqui e dá uma força como se fosse um amigo. A gente passa o telefone e permite que eles possam ligar a qualquer hora que precisar e então eles vêem que é um serviço público, mas atua como se fosse um serviço particular. Acho muito importante para os pais e se um dia terminasse o Clube de Pais,

eu acho que voltaria o manicômio, com certeza. Os pais precisam de um tratamento e os filhos também. Às vezes quem precisa do tratamento são mais os pais do que os filhos, porque se os pais não souberem como lidar os filhos, eles também não vão saber como agir no futuro.

9. Quais são atividades desenvolvidas no Clube de Pais? O que pretendem alcançar?

As atividades envolvidas?

Tem reunião com os pais uma vez por semana ... atendimento com os pais também ... engraçado que eu pensava que o atendimento era só com o adolescentes, mas não, é com os pais também ...e de vez em quando junto com os filhos para tirar as dúvidas. Às vezes os pais não estão agüentando dentro de casa ... às vezes os pais não agüentam nem mesmo olhar para os filhos, aí no atendimento ele consegue olhar assim de um jeito, de outro e já consegue ver o filho. Passeios também com os pais, puxar isso na reunião ... colocar o pai e o filho, todo mundo junto, reabilitar a sociedade. Têm muitos pais que têm até medo de sair com os seus filhos na rua, vergonha: “Ahh ...meu filho é assim estranho”. Estranho, por que é estranho? Será que seu filho que é estranho ou a sociedade que é estranha?

10. Qual o papel dos familiares no tratamento dos adolescentes?

Não só dos pais, dos familiares ... os familiares, quando eles chegam aqui não sabem lidar com o paciente, muitas vezes eles agridem. Não sabem lidar porque é uma coisa muito nova para eles. Nunca viram aquilo e acham que só aconteceria na casa do lado, na minha casa não. E aí eles não sabem como lidar. ... eles vem para cá e ficam bem melhor, conseguem dar atenção para os seus filhos se aparecem só uma vez na casa dos tios, já conseguem ir mais vezes. Conseguem sair com o paciente, trazer o paciente para o atendimento, mesmo com muita dificuldade. Consegue dialogar muito mais com o paciente. Saber o que o paciente está sentindo ... se torna amigo ... o familiar também tem o papel de trazer o paciente para a sociedade. Eu acho que se os familiares não chegarem junto, os pacientes dirão assim: “se da minha família ninguém chega junto, imagine as pessoas de fora, elas não vão me aceitar.”

11. Como se dá, dentro do tratamento, a relação entre os profissionais e os familiares dos jovens atendidos no Programa?

Eu acho super-bom, de vez em quando tem atrito, mas tem que ter mesmo. Às vezes os familiares chegam querendo dizer que como o tratamento tem que ser como se fossem profissionais ... Primeiro os profissionais têm que colher o material, fazer do seu jeito e os familiares do seu e depois então, ajudar os familiares a lidar com os pacientes. Os familiares conseguem ter uma ajuda muito boa dos profissionais. Atualmente os profissionais conseguem falar muito mais com os familiares e vice-versa. No início, na entrada do paciente no serviço, os familiares têm pouco contato, telefonavam bem menos, ficavam meio escondidos. Com o transcorrer do tratamento eles já conseguem brincar, já conseguem sorrir. Por exemplo, você tem um amigo, você vai ter confiança nele conforme o tempo vai passando ... os pacientes vão ter confiança conforme o andamento do tratamento ... já podem falar aberto, os técnicos já podem brincar com os familiares e nesta brincadeira eles vão aprendendo ...

12. Que resultados você espera do tratamento oferecido?

Como eu já tenho visto muitos pacientes que entraram aqui mal, tiveram tratamento, ficaram alguns meses, anos e hoje em dia já saíram e estão super-bem, já conseguem andar na sociedade. Antes estavam deprimidos. Já encontrei com alguns pacientes na rua e me disseram que estão super-bem, estudando, trabalhando, fazendo curso, jogando bola ali na praia. Aí eu penso: “Puxa, como é que pode, meu paciente entrou assim mal e eu dizia que não teria resultado, que ele iria ficar assim para o resto da vida e hoje em dia a gente vê o paciente voltando à sociedade como uma pessoa normal.” Muitas vezes o paciente esconde o tratamento. Mas percebo que quando eles estão bem e os encontro na rua, eles são como amigos e quando perguntados de onde me conhecem, respondem que conheceram do lugar onde fizeram tratamento.

Eu espero que muitos deles venham a aprender ... venham andar sozinho na rua, venham ter amigos. Ver eles crescerem com as famílias, estudar. Seguir os objetivos que eles têm na vida.

13. Sob que condições se daria o término do tratamento?

Eu acho que terminaria ... têm muitos pacientes que dizem não querer mais, mas eu acho que não, que não deveria terminar ... só nós sabemos o que vai acarretar eles saírem do serviço. A gente deveria forçar um pouquinho mais.

O serviço deveria ficar de portas abertas, se ele ficou melhor, a gente deveria analisar se o tratamento vem trazendo benefícios para ele. O serviço deveria deixar a porta aberta e ele voltar para a sociedade ... e se ele algum dia piorar o serviço está

aberto para ele voltar e não dizer que ele não faz mais parte do serviço ou então ter de retornar pela rotina. O paciente pode dizer assim: “Ah, já estou legal, não estou precisando mais.” Mas a gente deve conversar com o paciente que o serviço está aberto e no dia que você precisar pode nos procurar.

Há alguns pacientes que eu fico pensando se o serviço está trazendo algum benefício para ele ou não. Ele estar aqui está matando um pouco do tempo dele, dele estar fazendo alguma coisa e às vezes ele estar aqui, ele não está crescendo na sociedade. Vir para cá virou um lazer e não um tratamento. Ele deveria procurar um curso, uma coisa para a vida profissional dele, para o futuro, para ele não parar no tempo. Nós sabemos que para vida profissional hoje em dia, é necessário estudar. Às vezes eu fico pensando, se o paciente está aqui e não está estudando, como será no futuro? Se já está tão apertado para as pessoas que estão estudando, que têm uma vida profissional, imagina para estes pacientes. Como será quando eles baterem com a realidade no futuro, será que eles vão bater de novo aqui? Esta é uma preocupação minha, quando vejo um paciente deitado ... este paciente tem condições de estar aqui deitado porque a família dele tem uma renda legal. E os outros? Que não tem uma renda, como vai ficar no futuro? Este deveria procurar o que fazer, um curso. Vir aqui e fazer um curso, no horário que não está aqui em tratamento. Mas isto tem de ser analisado caso a caso.

Considerações finais:

Uma coisa importante é que a Direção do serviço e a Direção do Hospital colocasse os seus profissionais como profissionais, que viesse dar assistência a seus profissionais e que eles viessem prestar um serviço bem mais adequado e bem mais interessante. Quando não se trata o profissional como profissional, o serviço começa a cair. Eu acho que nós temos profissionais super-bons. Profissionais que vem ensinando cada dia mais os profissionais que vem aqui e os profissionais que estão chegando como é o serviço. Um exemplo, eu mesmo quando entrei, já trabalhava com a clientela, mas entrei frio, sem nada e hoje que meu serviço é importante não só no Clube como no hospital em geral. Hoje quando eu saio e vou para o pátio muitos pacientes me procuram, conversam comigo, como eu fizesse parte do serviço de lá. A direção geral deveria ter estes profissionais como profissionais e não abrir mão deles por nada, porque eles são bons. Caso eles tenham que sair e outros entrarem no lugar, o serviço vai cair. Trabalhar na área de saúde mental não é coisa de um dia para o outro, é coisa de anos e anos. Para o paciente ter confiança em você precisa de anos e anos. O serviço cai e o paciente pode até ficar deprimido com a saída do profissional. Entra profissional

e sai profissional, o paciente vê que ganha e perde, ganha e perde, e acaba acostumando e se conforma em ficar internado. Apesar de sabermos que temos de deixar os problemas do lado de fora do trabalho, ele acaba nos influenciando tanto que trazemos para dentro do serviço e com isso o paciente percebe e toma esta atitude como exemplo.

Entrevista Semi-estruturada/Programa Clube Ponto de Encontro

Identificação: Técnico 2

Função: Psicólogo

Idade: 38 anos

Tempo na função/Programa: 4 anos e 3 meses

Tempo de profissão: 13 anos

Local da entrevista: CARIM

Data da entrevista: 22/10/02

1. O que é o Programa Clube Ponto de Encontro? E quais são os seus objetivos?

O Ponto de Encontro, na minha leitura, é um espaço de convivência, ao mesmo tempo ele é um dispositivo de saúde mental para trabalhar com adolescentes com transtornos e sofrimentos psíquicos, que em função disto vivem em condições paralisantes em suas vidas, seja escola, seja sair de casa, ter grupos de amigos, enfim ... receber os pais desses meninos e possibilitar que uma vez aqui neste espaço eles possam lidar com a doença de uma outra forma e seus pais também. De forma que eles possam minimamente se reorganizar de uma forma que eles continuem tendo uma trajetória, principalmente nesta etapa da vida, que é a adolescência, onde eles vão viver pela primeira vez seus enfrentamentos fálicos diante da vida. É importante para esta população ter um espaço onde eles possam minimamente se reorganizar, já que para ela além das questões da adolescência eles portam problemas outros, que necessitam de um olhar e de uma escuta um pouco mais específica. Não só eles como os pais. A criação do Clube Ponto de Encontro foi criar um espaço, um espaço de convivência para lidar com esta população e as questões que esta população traz para a gente.

O primeiro objetivo deste espaço é clínico. Eu vejo Ponto de Encontro como um lugar de tratamento. Eu não acho que aqui seja um lugar onde exista uma prioridade de tratamento ... o que existe é o tratamento terapêutico e o tratamento psiquiátrico. As oficinas do Ponto de Encontro, o dia-a-dia são coadjuvantes? Não ... eu acho que vir aqui, estar aqui, passar nas oficinas, isto é uma clínica, um tipo de clínica que ... a gente tem que traduzir melhor essa clínica, escrever melhor essa clínica, que clínica é essa que a gente faz. Não é uma clínica psicanalítica *strictu sensu*, não é uma clínica psiquiátrica *strictu sensu*. Mas que clínica é essa? E que espaço clínico é este? Então acho que o primeiro objetivo é um objetivo terapêutico, eles vem aqui para se tratar, eles vem aqui para ter uma clínica, para se tratar. O segundo objetivo, eu já tive muito preconceito

com este tipo de coisa, hoje em dia tenho menos, é ser um espaço de auto-ajuda também. Onde eles possam estando com outros adolescentes, os pais estando com outros pais, eles possam se ouvir mutuamente. Hoje em dia se fala muito em grupo de auto-ajuda, grupo de ajuda mútua, mas eu vejo que as pessoas olham para estas idéias ... torcem o nariz, mas acho que estes grupos cumprem uma função muito importante. Este é outro objetivo, é fazer com que estes adolescentes se encontrem com outros adolescentes, vejo isso na minha prática aqui. Ouvir outros adolescentes..Eu vejo muitas vezes o adolescente falar assim: “Eu tive problema com a minha mãe”, o outro fala: “eu também ... isso também aconteceu comigo”. Eles comentam como foi a internação, aqueles que já tiveram internado, a situação de ter de tomar remédio, o que acontece com a sua vida a partir daí, de estar em terapia. O terceiro objetivo, onde a nossa participação como técnico é fundamental, poder auxiliar estes meninos e estas famílias naquilo que a doença lhes trouxe de paralisia, ou seja, retorno para escola, uma possibilidade de um trabalho. Acho que nossa função aí, não é de arrumar coisas e sim de mediador, ali onde eles não podem ainda caminhar mais fluentemente com as suas questões ...e às vezes nós cumprimos uma função importante. Às vezes ligando para uma escola e marcar, ir lá conversar. Não está nada garantido, mas pelo menos ... porque às vezes eles chegam aqui muito paralisados e a nossa função muitas vezes não é encobrir esta paralisia com a nossa atividade técnica-profissional, mas é levá-los a poder rever um pouco esta paralisia e mediar um pouco isso, para que eles também possam se sentir responsáveis ... então eu acho que são três objetivos: um clínico, um terapêutico e o da auto-ajuda, esse trabalho da reinserção.

2. Quais são as práticas de tratamento oferecidas aos adolescentes dentro do Programa? O que se pretende alcançar com elas?

As práticas oferecidas são práticas terapêuticas de forma geral. Ou ligada a uma clínica psiquiátrica, quando o adolescente necessita de um atendimento psiquiátrico, aí entramos na parte dos fármacos. A prática terapêutica. Estas duas práticas como falei anteriormente, em *strictu sensu* uma prática analítica, uma prática psiquiátrica. E a prática terapêutica das oficinas, do dia-a-dia mesmo, de virem aqui e estarem junto com outros meninos desenvolvendo atividades que possam ser interessantes para eles e que possam também servir como álibi para conversarmos sobre as situações de sua vida com seus pais, com seus amigos, escola. Acho que as práticas basicamente são estas e que estas práticas são as que rondam o CAPS de certa forma.

Agora, o que se quer com estas práticas é ... nas oficinas têm um objetivo muito claro e é aí que eu vejo a questão da ajuda-mútua e da auto-ajuda. Eu acho que o grande objetivo das oficinas é ser um espaço de fala. No meu entender o produto da oficina é o grupo, o produto não é você reciclar o papel, você fazer a comida, isto são meios. O objetivo é você estar junto, ser um espaço de conversa, de troca. Claro que se dessa oficina ele puder derivar para uma coisa onde possa se profissionalizar, fazer uma coisa que ele possa vender, que a gente possa vender, como é o exemplo da lata, da reciclagem da lata, que a gente agora vai trocar pelos nossos primeiros produtos, isso é maravilhoso. Acho que isso não é ... o objetivo principal deste trabalho é eles se sentirem capazes de assumirem coisas, ou seja, andarem numa direção contrária da doença. Se a doença trouxe alguma coisa de paralisação, de menos-valia, eles poderem ver que são capazes de se tornarem um pouco senhores desta doença. Eu sou capaz de produzir, eu sou capaz de viver uma inclusão, de pensar sobre coisas, de dar opinião, eu sou capaz de organizar espaços, eu sou capaz de sugerir coisas, então tem um objetivo muito claro este espaço. E acho que os outros espaços clínicos são espaços fundamentais. Eu tendo a radicalizar um pouco isto, eu tendo a achar que o principal espaço do Ponto de Encontro é o espaço coletivo. O espaço clínico, analítico, psiquiátrico, ele entra para dar uma força neste espaço maior. Por isto eu acho que o CAPS é um espaço em construção, e por isto tem de se elaborar melhor esta clínica, mas eu tendo a nesse nosso dia-a-dia, quando rola muito atendimento específico, apesar de ser importante, a achar que a gente tem de tomar cuidado, pois eu acho que aqui é o espaço do coletivo e devemos esticá-lo o máximo possível.

3. Há alguma especificidade no tratamento voltado a jovens entre 12 anos e 18 anos incompletos oferecido pelo Programa?

Eu acho que qualquer pessoa que vá trabalhar com esta faixa etária é uma prática sempre específica. Eu não vejo como você trabalhar com adolescência e infância, seja em que contexto for, de saúde mental, de escola, de pobreza, sem você ter um acesso ao universo dessa população, ou seja, de linguagem dessa população. Para trabalhar com os jovens, tem uma questão da linguagem dos jovens, de entrar neste mundo da adolescência, assim como não tem como trabalhar com infância ser estar no universo do brincar. Seja qual for o trabalho ... acho que aqui não deva ser diferente, se você trabalhar com adolescente é entrar neste universo, é entender um pouco que momento da vida é este especificamente falando, que linguagem transita, quais são os códigos de acesso desta população. Não dá para trabalhar com meninos de rua, por exemplo, sem

entrar muito neste universo da violência e da criminalidade, entender um pouco isso e não ter a princípio um discurso moral sobre estas coisas e buscar o diálogo e se perguntar para que e por quê isto aparece neste contexto. Então aqui, existe um pedido disto também, de entrar na linguagem destes meninos. Por ex.: eu acho muito interessante um menino, que a gente conhece, possa dizer assim: “Eu não tomo remédio porque eu saio para dançar à noite e ele me deixa mole.” Se você ficar aprisionado na questão do remédio, você deixa de fora o universo deste garoto e que é um universo que minimamente amarra a ele a um laço social, que é a dança. Você tem que escutar. A dança é importante para ele, o universo da discoteca que ele vai é importante para ele. Você não pode dizer ... o hegemônico é o tratamento, o que é médico. A gente tem que ouvir esse universo, essa linguagem que eles falam. Então, acho que aqui no Ponto de Encontro, a gente tem até conseguido isso. Nas assembleias que a gente faz com eles, nos passeios, onde é que a gente vai? Que lugares interessam a eles?. Eu acho que hoje em dia a gente está mais atento a isso. No início do nosso trabalho, às vezes a gente tinha ... a gente não chegou a cair nisso. A gente às vezes, em algumas atividades, talvez caí em alguma coisa mais regressiva com meninos, até por conta do processo de adoecimento deles. Alguns às vezes apresentavam algumas coisas muito infantis e a gente embarcava, é preciso fugir disso. Mas eu não vejo trabalho com adolescente sem entrar neste universo de domínio próprio da adolescência.

4. Há diferença entre oficinas terapêuticas direcionadas a adolescentes das direcionadas aos adultos? Se há, quais são?

A primeira diferença é que, eu não vejo a vida adulta como uma etapa que tem elementos significativos que mereçam um olhar específico. A gente fala de infância, de adolescência e de velhice, mas dificilmente a gente fala de vida adulta. É claro, a vida adulta tem as suas especificações, tem as suas questões particulares. Infância, adolescência e velhice trazem e nos colocam questões, para nós profissionais, que são muito específicas, que manejam coisas específicas. A infância, o fato de ser criança, o fato de estar colado e ainda não responder totalmente e discursivamente pela sua vida. A adolescência, essa coisa transitória, as passagens, as rupturas, o querer falar em nome próprio que o adolescente traz. No caso da velhice, toda esta idéia, o que passou, o que viveu, o que fazer agora que está numa idade de maturidade onde se vê como se fosse uma etapa final. São três momentos que trazem discursos e momentos da vida específicos. Eu acho que o CAPS de adultos não demanda uma linguagem como demanda o CAPS de adolescentes e crianças, têm objetivos diferentes. As atividades

então, têm de estar acopladas a isso ... As oficinas terapêuticas para adolescentes são diferentes das de adultos. São diferentes por conta do que eu falei anteriormente, uma concepção do trabalho. Por outro lado, as atividades oferecidas devem seguir este raciocínio. Se você trabalha com oficinas terapêuticas para adolescentes, você tem que oferecer coisas que digam respeito a adolescência, a este código da adolescência, apostar alguma coisa de interesse que mobilize-os nessa direção. Eu acho que no caso dos adultos, ela tem uma diferença também, elas têm uma pegada profissionalizante. Vamos fazer biscoito, lá na frente tem uma cooperativa de biscoitos. Vamos fazer silk-screen ... com adolescente a gente tem de ir com calma com essa profissionalização, mesmo porque eu tenho um pouco de medo de querer profissionalizar rapidamente estes adolescentes com o raciocínio do tipo assim: tem que profissionalizar logo, porque ele tem uma doença mental, não vai conseguir entrar no mercado de trabalho formal e aí ele tem um outro tipo de trabalho ... que é um raciocínio que eu acho perigoso às vezes. Por quê? Porque a gente vê isto acontecendo na vida adulta. Casos graves: Adolescentes psicóticos às vezes que terminam tendo funções profissionais dentro da própria rede de saúde mental. Vão trabalhar em CAPS, vão trabalhar em cooperativas, o que eu não acho ruim. Eu acho preocupante no caso de adolescente, a gente já anunciar isso. O nosso caso é o contrário, o nosso trabalho é tentar que os nossos meninos não entrem nisso. Mas a nossa tentativa é fazer com que estes meninos possam ter ... por que eles não podem voltar para a escola e ter uma escolarização? Normal como qualquer outro menino? Antes de anunciar o que achamos que pode acontecer com eles. A gente já sabe o que pode acontecer, então vamos tentar trabalhar de uma outra forma. As oficinas terapêuticas com adolescentes têm de ter um outro ... tem de estar envolvido com o universo e a linguagem própria e não se preocupar tanto com profissionalizações. Isto tem de estar guardadinho ali como um recurso, mas eu acho que não é o prioritário não.

5. Na sua opinião, quais são os atributos e competências dos profissionais que trabalham no Programa Clube Ponto de Encontro?

Eu acho que ... esta questão é um ponto que me interessa muito. Um primeiro atributo ... eu acho que tem que ser alguém sintonizado com as novas tendências em saúde mental. Não dá para você vir trabalhar num CAPS e achar que você vai estar com a cabeça, *strictu sensu*, de um psicanalista. Eu vou estar aqui, mas a qualquer momento um desses meninos vai virar meu paciente. Eu acho que tem que mudar, que abrir um pouco mais a cabeça. Outra questão, os médicos. Eu acho que não dá para ficar aqui

querendo fazer clínica psiquiátrica *strictu sensu*. Acho que o primeiro atributo é você tentar estar sintonizado com estas novas tendências em saúde mental. Com as discussões da Reforma, com as discussões das políticas públicas de saúde, o que está se apresentando, o que isto significa do ponto de vista clínico, terapêutico-clínico. No que é que estes dispositivos reinventam a clínica? Tem de estar situado um pouco com esta situação. Não dá para você querer jogar basquete com regras de vôlei. Estes lugares têm um funcionamento próprio, uma lógica própria e tem de se estar atento a isso. Uma coisa que a gente tem de estar atento e sintonizado, no nosso caso, que trabalhamos com adolescentes, um outro atributo é saber que esse é um trabalho de rede, no sentido que você recebe o adolescente, o pai e uma mãe e vem por tabela o diretor da escola, o avô, o padre da comunidade, o professor do menino, outros terapeutas que já atendem os meninos fora daqui. Então saber que este trabalho está “lincado” com um monte de coisas. Não tem como trabalhar com esta população sem saber que você, muitas das vezes, vai pegar o telefone e ligar trezentas vezes ao dia. Vai ligar para escola, vai conversar com a escola, vai conversar com professor, vai ficar meio de assessor de uma série de lugares que este adolescente, se tiver sorte, ainda transita, para poder falar acalmar a todos. É fundamental você saber que é um tipo de clínica em extensão, não tem como fazer esta clínica sem ser em extensão. Estas coisas se ligam às competências. Tem que ser um técnico um pouco mais despojado, um pouco mais aberto. Eu gostei muito de uma coisa que o Eduardo Vasconcellos falou em nosso seminário, que a interdisciplinaridade exige um tempo para redefinir a identidade. Eu acho que uma competência que este técnico deve ter é essa capacidade de redefinir um pouco a sua identidade, enquanto médico, enquanto psicólogo, enquanto psicanalista, enquanto assistente social. Redefinir a sua identidade para entrar em sintonia com essas novas discussões. Uma outra coisa, eu acho que tem que ser uma pessoa capaz de entrar no clima adolescente, sem aquela coisa babaca da adolescência. Tem que estar disponível para isso. Outra coisa, não para trabalhar com criança sem entrar no código do brincar. Sentar no chão, brincar, entrar neste universo nesta linguagem própria da infância. A linguagem própria da adolescência é outra. Por exemplo, não dá para você trabalhar com adolescente se você não está neste circuito. Quando eu digo estar neste circuito, não significa você ter domínio desta linguagem, mas estar aberto a esta linguagem. Conversar sobre um filme, vamos a tal lugar. Porque às vezes eles sugerem coisas aqui por exemplo, eu não gosto de pagode necessariamente 24 horas por dia, mas eles gostam cara ...então às vezes é uma atividade que envolve este tipo de coisa. Saber dialogar com estas coisas, você pode não gostar ... e também você ser capaz de

introduzir ... você já escutou o cara tal, vou trazer para você ouvir. Criar este diálogo. É uma competência ser capaz de estar aberto a essas novas linguagens e essa abordagem, estar sintonizados com esses novos discursos. Ah ... e outra coisa que eu acho importante também, é você ser capaz, e isto é o mais difícil, trabalhar com a família. Eu acho que você tem que ser capaz ... se você fala que pai e mãe são um saco, eu falo isso porque eu conheço gente que não trabalha com criança e com adolescente ... a clínica do link ... ah ... não trabalho porque eu não tenho saco de trabalhar com a família. Não adianta, aqui tem um trabalho a ser feito com estas pessoas. É uma competência e você tem de estar aberto ... se você rivaliza com os pais seu trabalho dançou, por mais que estes pais muitas vezes nos incomodem, nos chateiem e a gente quebre o pau, brigue, mas eles são parceiros nossos, então essa competência tem que ter, nessa clínica do novo, aberta, senão o trabalho não avança.

6. Qual sua formação profissional? Quanto tempo a exerce?

Minha formação é psicologia. Eu exerço há onze anos, é o tempo que eu tento estar aí na ativa.

7. Qual o tipo de contribuição sua formação profissional pode trazer ao tratamento oferecido? E que papel desempenha dentro da equipe multiprofissional?

Dentro da minha profissão, a psicologia, eu tenho uma ligação com a psicanálise. Especificamente a contribuição da psicologia e da psicanálise, esses discursos. Primeiro a contribuição de ser mais uma ferramenta para rediscutir a questão do tratamento em saúde mental, o tratamento de uma forma ampliada, não só a clínica, mas todos os dispositivos. Dispositivos clínicos, a formação das pessoas, as políticas, enfim ... Por outro lado, eu acho que especificamente, falando em relação a psicanálise. Acho a psicanálise ... eu não consigo ver hoje saúde mental sem o dispositivo analítico. O que eu acho é que a psicanálise foge, principalmente hoje, deste discurso organicista da psiquiatria. A gente está vivendo uma época muito intensa dessa psiquiatria biológica. Eu acho que a psicanálise ainda é o discurso que vem causar esta ruptura, que vem se perguntar por aquilo que quer ser esquecido, que são as questões do sujeito, do desejo, como é que ele se coloca diante de sua doença. Faz um outro tipo de escuta, onde a loucura por conta disto toma um outro espaço. Eu tento, dentro de minha prática aqui, seguir um pouco nesta trajetória de trabalhar com a loucura, trabalhar com estes meninos e com os problemas que eles trazem, dentro de um outro enfoque, quer dizer,

... eu aqui no Ponto de Encontro não tenho uma preocupação com diagnóstico, eu acho que isto é importante, mas eu me preocupo muito mais de tentar encaminhar pelo ponto de vista assim ...adoeceu, o que aconteceu e o que vai se fazer com isto a partir de agora ... neste momento da adolescência, neste momento da sua vida. Como os pais vão se organizar diante desta doença, que ruptura isto trouxe para a sua vida ... noutra dia a gente estava discutindo um caso, eu falava um pouco disto ... um menino foi internado, a gente vai internar ele só por conta de tirar ele da “mania”, só isso ou ... ele vai ficar bom para que, na verdade? ... a mãe não está em casa, o pai vai embora, ficar bom para quê? São momentos difíceis? São, mas são momentos que a gente tem que discutir. Não estou pregando que não se tome o remédio e que não se interne quando for preciso, mas eu acho que a contribuição que a psicanálise e que a psicologia podem trazer neste sentido é recolocar esta questão da saúde mental a partir de outro enfoque. Dentro da psicologia tem muitas pessoas rediscutindo a questão da psicologia social, o próprio Eduardo, que citei anteriormente é um cara que trabalha muito com a psicologia social, no sentido de rever as políticas, de rever as estratégias de saúde mental, isto é fundamental. Agora, tem uma outra questão que eu acho importante também, que a mim interessa, que tem haver com a minha formação, porque eu fiz psicologia e tenho mestrado em educação. Esta questão da educação, é uma questão que me chama atenção. Eu acho que uma outra contribuição ... eu me preocupo com a formação das pessoas. O trabalho diretamente com os estagiários é uma questão que me preocupa, me chama. Se a gente fala de novos dispositivos, a gente fala de avançar no campo da saúde mental, principalmente com adolescentes. A gente tem que formar ... falando de sua outra pergunta sobre competências ... a gente é que tem que formar estas competências e atributos. Eu acho que as universidades ainda estão longe um pouco disso. A gente vê quando os estagiários chegam aqui, a tamanha surpresa deles com a tamanha especificidade que essa população exige no tratamento. Eu vivi isso semana passada, quando um médico plantonista daqui veio ver um paciente, o M., e essa primeira frase quando ele chega é maravilhosa, no sentido de que tem haver com o seu trabalho. Ele chega assim: “Olha, eu não sei tratar de adolescente.” E a gente vê isto em qualquer lugar. Não sou psicólogo de adolescente, só trabalho com adulto. As pessoas ficam até um pouco temerárias de entrar neste universo ... Aqui no caso da educação, a educação de terceiro grau, chama muito a atenção ... eu tento sempre trabalhar com a questão da formação, de discutir a formação, quais são os interesses, porque vieram para cá conduzir melhor o estágio deles ... tem que ficar atento a isso também.

Aqui no Ponto de Encontro, eu acho que este papel específico fica muito diluído, diria que não há um papel específico, porque no geral a gente tem outros psicólogos e teoricamente a gente comunga da mesma concepção de trabalho, então acho que não tem o meu papel especificamente dentro dessa equipe e é um específico que acaba diluído dentro da equipe. O que eu acho interessante, porque o meu trabalho e o dos colegas de serviço tem uma certa unidade. Essa questão específica às vezes aparece em alguma coisa mais direcionada a minha pessoa. É aí que aparecem as especificidades ... enquanto pessoa, por exemplo: o fato de ser homem aqui dentro, isso é uma realidade. Nós sabemos que os homens que trabalham com infância e adolescência são poucos. Então aí a especificidade e quanto a questão de gênero. Não é uma questão profissional, pelo menos aqui no Ponto de Encontro eu vejo isso sendo muito discutido, falado ...

8. O que é Clube de Pais? Quais são os seus objetivos?

Eu vejo o Clube de Pais como um espaço de convivência para pais. Eu vejo ele como um lugar onde, o pai e a mãe ... noutro dia eu escutei uma coisa muito bonita de uma analista que trabalha com adolescentes. Ela dizia que uma das nossas funções é fazer o sintoma repousar um pouco, descansar um pouco ...eu acho que o Clube de Pais tem um pouco esta função de ser um lugar de descanso para esses pais. O Edson (coordenador) até já criou uma frase: que o ponto de Encontro como um todo é um lugar onde o adolescente e a família pode vir ... mas eu acho que especificamente o Clube de Pais é esse lugar central, porque eu acho que o lugar onde ele pode vir, não só falar de suas questões em relação aos seus filhos, falar sem culpa e aí as pessoas que fazem este tipo de trabalho não podem ter nenhum tipo de incursão moralista ... é um lugar onde o pai pode falar que: “eu gostaria que esse menino sumisse da minha vida ... eu queria que esse menino morresse eu não estou dando mais conta”... a gente escuta questões difíceis que retornam ... com toda a formação que se tem ... “ahh, você não pode desejar isso para o seu filho, você é pai” Podem, no trabalho a gente aprende que podem e a gente tem que acabar com essa naturalização da imagem de pai e mãe ... a gente aprende aqui que pai e mãe também, em circunstâncias específicas, querem que os filhos se explodam ... a gente tem de escutar isso, senão não tem trabalho a ser feito. O Clube de Pais é o lugar de sustentação do trabalho, é o lugar de recepção destes pais, é um lugar de entrevistas clínicas, é um lugar de suporte ao tratamento dos filhos. Mas é um lugar independente, é um lugar onde os pais podem trazer questões, que transitam, que tem como ponto de partida a questão dos filhos, mas lá adiante a gente vê que é uma questão deles. Por isso é um lugar de todos esses sintomas repousar, respirar, repousar para ter

um trabalho, que enquanto você briga com seu sintoma não tem trabalho. O sintoma é para você amá-lo. Freud fala em algum momento isso. Se você não ama, então você não trata. Eles têm que chegar, repousar. Eles vão falar, vão trabalhar, a gente vai rebater daqui, vai discutir, ter brigas ...eu escuto eles falando: “Hoje o grupo foi fogo ...quer saber, eu falei mesmo para aquela mãe: Olha aqui, você está prejudicando seu filho, você não pode fazer isso” ... É um lugar onde a bronca é livre e por isso o manejo também é difícil ... porque tudo isso que eu estou falando tem que ser transformado em trabalho. Construção que vai favorecer em última instância, aí a gente a gente retorna de novo aos meninos. Sem isso o trabalho se perde ... eu tenho um pouco o pé atrás com todos estes grupos que acontecem em saúde mental, me parece que fica um lugar de falação ... não é um lugar de falação. A falação é um elemento deste trabalho, mas é um lugar de costura, um lugar terapêutico, um lugar de fala, de pontuações, de cortes, de pescar ... um trabalho especificamente com uma mãe, um pai ... é um trabalho de separar casais, de juntar casais, de juntar aquilo que a gente acha que está junto, mas não está ... é um manejo muito delicado.

O objetivo disso é claro, é fazer com que os meninos fiquem. Não há trabalho com esses meninos sem minimamente esses pais ficarem. De que forma vão ficar ... não sei ... vir toda semana, de quinze em quinze dias, uma vez por mês, não sei. Alguma coisa tem que fazer para que estes pais fiquem, querer que esses pais repousem um pouco aqui. O objetivo é conduzir melhor o tratamento destes meninos, é conduzir melhor o tratamento destes pais também, fazer com que esses pais possam se sentir atingidos pela doença dos filhos, mas descobrir que eles podem fazer alguma coisa com esta doença, que não só viver a doença. Uma psicóloga, amiga minha, descobriu que a filha tem dislexia e resolveu que agora vai cancelar tudo na sua minha vida, só quero estudar dislexia ... eu falei: “Cuidado, a sua filha que é disléxica e não é você”. Senão daqui a pouco está tudo mundo disléxico na casa. Uma coisa é você querer saber e entender o que é psicose, outra coisa é você achar que todo mundo é psicótico. Então medica todo mundo e manda todo mundo para o divã, não é isso. O objetivo primeiro também deste trabalho é desembolar um pouco a história, eles chegam aqui emboladíssimos. O que é de cada um. Tem um trabalho de desmontar um pouco as armadilhas que eles armaram para eles. De uma forma cuidadosa, porque quem leva o filho para casa são eles.

9. Quais são atividades desenvolvidas no Clube de Pais? O que pretendem alcançar?

Bom, uma primeira atividade desenvolvida é o grupo em si, semanalmente recebendo e conversando com esses pais. Uma outra atividade, eu acho que no grupo também e é uma derivação do grupo de pais, atividade mais particular com os pais, mais pontual com um pai, uma mãe, um casal. Outra atividade do grupo, eu acho que é fazer uma aproximação dos pais com os filhos, no sentido de colocar alguma questão que tem que ser trabalhada ali por eles. Mediar alguma questão que o adolescente quer trabalhar ou os pais, alguma coisa que é preciso eles estar junto ali. Acho que é um trabalho que começa no grupo e vão tendo pequenas atividades que circulam e comecem a partir deste grupo. Atividades de rotina que é receber estes pais e inseri-los no grupo. E uma outra atividade, a retomada do tratamento, quando acontece uma ruptura. Ligar, retomar, saber o que aconteceu. Tem essa pescaria para ser feita. Outro trabalho também é levar estes pais a se organizarem. O grupo de pais hoje aqui no programa, por comentário dos próprios pais, eles se constituem enquanto um grupo. Tanto é, que eu vejo eles circulando lá fora, os papos, as conversas. Aí se formam um trios, se formam duplas entre eles mesmos. Isto é mais uma meta deste trabalho, sempre fortalecer essa ... também acho importante nessas atividades dos grupos, eles também participam aqui do CAPS ...vai ter uma festa, vai ter um passeio ... de que forma eles também podem ser uma peça fundamental nisso ... “Ah, eu vou trazer ... a comida é por nossa conta, vamos trazer”. Também acho legal a gente acabar com esse discurso do coitadinho ... vamos ver o que dentro disto eles podem contribuir. É preciso valorizar isto, pois isto vai tirá-los desse discurso da menos valia ... “Ah, eu sou pobre” ... Se a gente colar nisto não tem trabalho. O objetivo ... têm dois objetivos: Um é este primeiro momento do grupos e as derivações do grupo, atividades específicas e estes manejos. O outro é contribuir com o que eles podem ...

10. Qual o papel dos familiares no tratamento dos adolescentes?

Eu acho que o primeiro é se tratar. Uma primeira tarefa que um familiar tem no tratamento é um momento de falar desta tormenta, desta dificuldade que é ter um filho com todos os problemas que eles aqui aparecem. Uns mais graves, outros menos graves. Ter um momento mesmo de botar isto para fora e a gente tem que escutar isto. No primeiro momento não se devem cobrar coisas da família. É um momento de chegar, se queixar e querer dividir isto com alguém. E aí só assim se poderá passar para um segundo momento que é momento da parceria. Eu entendo a parceria com os familiares ... um faz a música e outro faz a letra, mas quando a gente ouve a música no rádio é uma coisa só. Você escuta tudo, pode até se falar que letra bonita, que melodia bonita, mas a

música é com tudo. Parceria para mim é isso, mesmo que cada um cumpra sua função, que são funções diferentes. Eu não gosto também desta idéia de que os pais viram técnicos, os técnicos viram familiares. Em momentos pode ser que a gente até toque estes limites, mas eu acho o momento da parceria é o segundo momento. E tem que ser construído isso e aí às vezes nem sempre a gente tem todos os familiares. Tem o pai, uma mãe, um irmão. Quantas vezes aqui se chamam um irmão? Eu acho que a função é que eles possam primeiro chegar falar de sua doença e o que isto atinge a eles, como foram imobilizados por isso, o que querem fazer com isso e que representação tem isso para eles. E aí a gente começar a construir uma estratégia para “aquela” situação, para aquela família ... não tem tratamento sem estes dois momentos. Acolhimento e parceria ... o que vier daí ...

11. Como se dá, dentro do tratamento, a relação entre os profissionais e os familiares dos jovens atendidos no Programa?

Vou falar muito a partir da minha posição. Eu acho que no geral, existe uma relação entre os familiares e os profissionais. Agora, eu percebo também, que às vezes, nos aproximamos mais daqueles pais que temos mais proximidade com o filho. Eu vejo hoje os espaços muito bem construídos. Vejo um trânsito muito bom entre os técnicos e os familiares. Eu, em particular, tenho trânsito com alguns familiares especificamente, eu não tenho trânsito com todos, não conheço todos porque não estou aqui no CAPS todos os dias. Acho que até deveria me interar um pouco mais com os pais, os pais dos pacientes novos.

Às vezes a gente tende a achar que o trabalho com os pais é uma coisa setorizada, do pessoal que trabalha com os pais. Tem trabalho setorizado que é preciso que tenha, ponto número um. Ponto número dois, quem está na lida direta com os adolescentes no dia-a-dia tem de fazer essa aproximação com os pais e não tem de achar que a N., a C. conversam com os pais. Há algumas coisas que passa por ali e que tudo que diz respeito a montagem de uma ação com os familiares têm que passar pelo setor responsável, para não ter confusões de línguas. Mas a gente que está na lida direto com os meninos, é sempre saudável chegar para um pai ... “eu sou M., trabalho no serviço” ... isso é importante. Mas às vezes o profissional tende a achar que o trabalho dele é com os meninos. Tem que encostar um pouco nos pais, senão a gente perde o todo deste dispositivo, do CAPS que eu gosto de chamar de um dispositivo de convivência. Trocar com os técnicos mais ligados aos pais, as impressões de seus próprios contatos com os familiares. Não pode ter uma cabeça de achar que os meninos é a população central ... a

população central do nosso trabalho é de meninos e pais, seja quem se apresentar como pai e mãe. A gente não pode perder isto de vista e trabalhar pela metade.

12. Que resultados você espera do tratamento oferecido?

Eu espero ... a primeira coisa que eu gostaria que acontecesse, e aí é puro desejo mesmo.. eu primeiro gostaria que essas pessoas pudessem encontrar um mínimo de convivência possível com a doença deles. A doença dos pais. O mínimo de paz possível com a doença, pode parecer piegas. O que eles podem fazer com isso. Um certo descanso, um certo repouso. Nós temos isso, mas hoje nós sabemos conviver melhor com isso. Que os pais possam ficar menos ansiosos, menos angustiados. Que estes os meninos possam minimamente entender um pouco a dificuldade que estes pais têm de lidar com eles. E os pais também possam entender e descobrir que é difícil ter filhos desta forma. Que eles possam tentar resignificar minimamente o que é isso. “Meu filho é psicótico, já passei por muitas coisas, mas hoje consigo ver isto de outra forma”. Descobrir uma maneira de lidar com isso. E o que vai vir daí. Quem quer estudar , que volte a estudar, trabalhar. E que estes pais possam retornar as suas vidas, que esses pais possam redescobrir a vida e quem sabe até descobrir a vida a partir da doença de seus filhos, que não possam estar só refém disso, que é só doença, o discurso da desistência. É difícil, eu acho que eu quero muito. Já que eu trabalho com isso, eu me dou ao direito de querer muito. É difícil, é uma ida, uma vinda, é começar sempre. Eu acho que aqui temos conseguido, nestes quatro anos de trabalho bons resultados. Tenho visto aqui, muita gente que chegou discursivamente colado numa situação e hoje em dia, transita bem, fala bem. A gente vê isto nos meninos e nos pais. Há pais que são emblemáticos e que a gente chega a se assustar e aí, voltando a primeira pergunta, qual é o objetivo do Clube de Pais. Todos os lugares aqui são centrais, mas o trabalho com os pais é fundamental. É fundamental naquele sentido que Lacan costumava falar, que ele chama “os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” não que ele sejam fundamentais porque são importantes, são fundamentais porque fundam uma prática. Então, um trabalho que se quer com adolescentes tem que ter um lugar de pais, que é um lugar que funda este trabalho. Estes pais precisam vir. Uma boa parte destes meninos vem acompanhados ...

13. Sob que condições se daria o término do tratamento?

Essa pergunta é difícil. Terminar o tratamento é difícil em qualquer circunstância, quer na clínica, quer no ambulatório, no CAPS. Eu acho, que o tratamento termina, quando a gente já olhou um para a cara do outro e ao se perguntar assim: O que mais a gente pode fazer? A gente busca tudo o que a gente já fez, tudo o que a gente já tentou, tudo o que a gente se descabelou. O que mais a gente já fez, não no sentido das ações técnicas, mas no sentido das ações éticas. O que mais a gente pode fazer ali. Eu acho que já chegou no nosso limite. A gente não pode fazer mais nada e aí é o tratamento que termina no sentido que nós não podemos fazer mais nada, mas quem sabe um outro setor. Ou então ao contrário, para não parecer muito pessimista, o tratamento termina no sentido de que tudo o que a gente planejou para esse menino e essa família, a gente acha que chegou a bom termo. Para que ficar aqui mais?

A gente não pode ter medo de terminar tratamento. A gente tem que avançar. Isso me incomoda, como os dispositivos de saúde mental se abriram, a gente às vezes fica muito ... uma mãe outro dia perguntou para o E.: “O senhor não acha que essa história de CAPS, CAPS, CAPS, o senhor não acha que os pacientes correm o risco de ficar do lado de fora? Ficar preso no CAPS?” Acho, a gente tem que ter a ousadia de dizer: “você não precisa vir mais aqui” Ou então, “venha aqui quando você quiser nos visitar”. Aqui nós tivemos coragem de tomar essas decisões. Em algumas a gente penou a equipe é assim, têm alguns que acham que a gente ainda tem alguma coisa para fazer e outros que acham que a gente não pode fazer mais nada ... o tratamento termina quando a gente acha que terminou um pouco a nossa missão com aqueles que vieram nos procurar. Ou quando não podemos porque já é muito sintomático, da ordem da repetição.

Considerações Finais:

Queria reforçar só um pouco a idéia de quem trabalha com adolescente tem de estar de olho na especificidade da clientela. E outra coisa que eu gostaria de reforçar que, trabalhos acadêmicos, de mestrado, de especialização, têm que ser implementados, têm que ser pesquisas nestas áreas tão carentes. Temos uma carência muito grande de pessoas que relatem como fazem seus trabalhos com adolescentes, principalmente com adolescentes psicóticos. A gente tem pouco trabalho escrito sobre isso, poucos relatos de experiências, poucos estudos de caso, poucas etnografias, poucas estratégias metodológicas. Então é importante que se traga estes trabalhos a tona. Que se escreva, que se publique. Isto é fundamental. Para fechar aqui, eu gostei do destino ter me colocado na sua entrevista. A gente já trabalha junto há tanto tempo, já vivemos outros

projetos juntos. Você está pegando um trabalho que não é um trabalho fácil. É um trabalho difícil e eu espero ... estar na torcida, na banca.

Entrevista Semi-Estruturada/Programa Clube Ponto de Encontro

Identificação: Técnico 3

Profissão: Enfermeira

Idade: 42 anos

Tempo na função/Programa: seis meses como voluntária e um ano como contratada

Tempo de profissão: 15 anos

Local da entrevista: CARIM

Data da entrevista: 24/10/02

1. O que é o Programa Clube Ponto de Encontro? E quais são os seus objetivos?

O programa Ponto de Encontro reúne adolescentes que têm graves problemas psíquicos, têm dificuldades de socialização, ou que estão afastados da escola por algum motivo, ou que estão sem rede social por causa da doença e que ... estão no Ponto de Encontro com o objetivo de um tratamento para este sofrimento e que este tratamento inclui atividades diárias em que eles possam receber ... os que necessitam atendimento individual. Os que não, atendimento em grupo que seriam oficinas, onde eles possam trabalhar essas dificuldades e que possam receber também atenção médica. No caso, os que necessitarem de medicação, os que não, esse tipo de atendimento através das oficinas. E que estas atividades todas incluem uma equipe multidisciplinar que vai estar dando atendimento nas várias áreas de saúde.

2. Quais são as práticas de tratamento oferecidas aos adolescentes dentro do Programa? O que se pretende alcançar com elas?

As práticas seriam: atendimento individual, no caso psicoterapia; os atendimentos em grupo, no caso seriam as oficinas. Dentro das oficinas, aí teria de acordo com cada oficina a sua prática. Algumas são internas ... são feitas internamente, no espaço físico do Ponto de Encontro. Algumas são ... há atividades externas. Algumas têm atividades manuais, outras são só conversas. Outras têm trabalho com o corpo. E assim cada oficina vai ter a sua prática e o seu objetivo. O seu objetivo, acredito que seja assim, um objetivo geral. Cada oficina vai ter seu objetivo específico, mas o objetivo geral do programa seria poder estar tentando inserir estes jovens numa ... uma ressocialização. Uma prática, vamos dizer... dentro do seu grupo familiar, dentro de seu grupo de amigos. O objetivo de toda esta prática vai ser poder trabalhar as dificuldades que eles estão encontrando por conta da doença e aliviá-los dessas dificuldades

inserindo eles, novamente na prática da sociedade, que seria a escola, que seria os amigos, que seria a família, o dia-a-dia que eles tinham antes.

3. Há alguma especificidade no tratamento voltado a jovens entre 12 anos e 18 anos incompletos oferecido pelo Programa?

Eu acredito que sim, acho que existe com certeza, por causa da necessidade que essa idade tem em função das características específicas da adolescência, que seriam, vamos dizer, ter o cuidado de não confundir o que é da idade e o que é da doença, por conta de algumas questões e de algumas dificuldades de socialização da própria idade ... algumas questões de grupo, que acontecem por conta da idade e não da doença. É uma especificidade ... um cuidado que se tem que ter ao cuidar destes jovens, de estar atento a estas características da idade e não misturar com as questões da doença. Tratá-los muitas vezes como adolescentes, porque eles precisam ser tratados de acordo com a suas idades. Uma especificidade seria também, por conta da idade, o número de pessoas que se pode tratar, porque eles demandam mais cuidados, eles demandam um tempo maior de atenção. A gente tem de estar sempre pensando na demanda que é da idade, que seria a prioridade da escola, a prioridade dos amigos, nesta idade que é muito importante. Sabe-se que na adolescência tem uma questão muito forte com o social, com o passear, estar com amigos, que isso ao longo da fase adulta vai repercutir. Então, eu acredito que seja, nas questões próprias da adolescência, que existem muitas questões que envolvem este período e, portanto, por consequência no número de adolescentes que a gente pode cuidar.

4. Há diferença entre oficinas terapêuticas direcionadas a adolescentes das direcionadas aos adultos? Se há, quais são?

Eu acredito que existe diferença, novamente por conta da demanda, da necessidade do adolescente ser mais voltadas as questões, ainda educacionais. É uma época que ele ainda está mais voltado para o aprender, para a escola, para questões básicas de ensino e não tanto voltado para o trabalho. O adulto já tem uma questão assim ... de uma necessidade de ocupação, de uma atividade talvez remunerada, ou senão remunerada, mas pelo menos da produção de alguma coisa. E o adolescente ainda está mais voltado para o aprender e também pela questão, que já falei, das amizades, do social, que é uma necessidade mais eminente no adolescente. Então as oficinas elas vão ser voltadas ... vão ter objetivos diferentes sim.

5. Na sua opinião, quais são os atributos e competências dos profissionais que trabalham no Programa Clube Ponto de Encontro?

Eu acho que ... existe uma especificidade bastante clara no trabalho no Ponto de Encontro. Acho que os profissionais não são ... não pode ser qualquer um profissional da área de psicologia, da área de enfermagem, da área de medicina ... de serviço social. Não acho que possa ser qualquer assistente social, qualquer enfermeiro, não. É completamente específico. Primeiro porque é saúde mental, por si só já diferencia e por ser um tipo de atendimento em que: primeiro, a gente trabalha em equipe multidisciplinar, eu acho que é uma das características que tem que conseguir saber trabalhar, em equipe multidisciplinar, porque não há uma definição muito clara dos papéis ... das atividades específicas de cada um. Cada um até sabe o que tem de fazer, mas não fica definido, muito claro ... isso não está escrito e depende muito do olhar de cada profissional e é nisso é que vai se dar o conjunto da equipe, da diferença de cada área, no olhar. Mas as atividades são muito feitas em conjunto, pela equipe ... então eu acho que isso é a principal característica que um profissional que venha trabalhar no Ponto de Encontro tem que ter, capacidade de trabalhar em equipe multidisciplinar.

Outro atributo é ... conseguir lidar com essa característica que o nosso paciente tem. Primeiro porque ele é um adolescente e segundo que ele não é um adolescente ... um paciente que está internado, ele é um paciente que está na sua vida normal, vamos dizer ... ele mora numa casa, ele tem a família dele, ele tem os amigos, mas ao mesmo tempo ele está em tratamento. ... Eu acho que é um atributo do profissional conseguir entender o que significa isso, estar tratando de um paciente em regime de atendimento diário e o que é que tem que se dar neste atendimento, o que é que é este atendimento, o que é que é este tratamento. Porque para alguns profissionais isto é muito subjetivo ... o profissional não consegue concretizar isto e entender realmente ... eu acredito que existam muitos médicos, muitos enfermeiros e muitos psicólogos que não conseguem entender, então eu acho que isso é um dos atributos importantes ... entender o que significa este tratamento diário e a diferença entre um paciente que está internado, que isso não se trata assim ... realmente de uma internação, de uma hospitalização. E também ... acho que tem de ter dentro da saúde mental, um profissional que trabalha no Ponto de Encontro, o entendimento entre esse limiar da medicação, da terapia medicamentosa e dessa outra terapia, que a gente poderia dizer que englobaria todo esse nosso trabalho sem ser a parte medicamentosa ... como o profissional entende isso, porque eu acho que ele tem de ter essa característica de não entender a saúde mental apenas por um ângulo ou medicamentoso ou psicanalítica, por exemplo. Não ... eu acho

que ele tem que conseguir, para poder estar trabalhando no Ponto de Encontro, ele tem de ter essa mescla e conseguir trabalhar, conseguir entender que esse tratamento precisa desses dois vieses concomitantes.

6. Qual sua formação profissional? Quanto tempo a exerce?

A minha formação profissional é como enfermeira. Na área de psiquiatria há um ano e meio, eu estou tendo esta experiência aqui no CAPS, mas já tive algumas experiências na área de psiquiatria, não formais. Seria como acompanhamento de pacientes a domicílio e também experiências com crianças, num hospital-dia. Um serviço mais ou menos parecido, só que com as patologias diferentes e eram crianças que a gente não tinha tanta troca. Aqui no CAPS existe uma troca maior por conta do nível em que os pacientes se encontram, de possibilidade de troca. Em outras áreas na enfermagem, aí eu tenho experiência em outras áreas que não a psiquiatria. Tenho quinze anos de formada e na psiquiátrica uns seis anos.

7. Qual o tipo de contribuição sua formação profissional pode trazer ao tratamento oferecido? E que papel desempenha dentro da equipe multiprofissional?

Eu acredito que a enfermeira, na equipe multidisciplinar, nesse tipo de programa, ela é importante porque tem uma visão, mesmo exercendo a enfermagem psiquiátrica, que difere bastante do resto, da enfermagem clínica, da assistência ao paciente com problemas clínicos ...

A enfermagem clínica, a enfermeira exerce muitas técnicas e procedimentos, como por exemplo: colocar uma sonda, fazer um curativo mais delicado, uma punção venosa, então você faz procedimentos delicados que precisa ser um profissional capacitado e ao mesmo tempo não é o médico que faz estes procedimentos. Então ele conta com o enfermeiro para cuidar deste paciente dele. Só que é um paciente operado, um outro tipo de situação. E na enfermagem psiquiátrica não existem procedimentos, técnicas invasivas no corpo do paciente. Eu considero totalmente diferente. Na enfermagem, a formação é a mesma, mas o que para alguns é muito difícil de lidar, como por exemplo, trabalhar numa neonatologia. Para alguns isto é quase impossível, para outros é a psiquiatria. São dificuldades diferentes e que para cada um aparece de uma maneira diferente. Eu particularmente me identifico mais com a área de saúde mental do que com a parte clínica. Mas eu acho importante ter uma enfermeira, porque a formação que a gente tem é muito de estar ao lado do paciente, sempre. Comparando-se a formação médica com a do enfermeiro, o enfermeiro fica muito mais perto do

paciente do que o médico, o contato ... o contato físico com o paciente. Então esta já é uma característica da formação, da profissão. Sei que é de ficar muito perto, cuidando. O Cuidar pode ser clínico e ele pode ser psiquiátrico. Então, eu gosto da parte de saúde mental e o cuidar então vai se dirigir a esses cuidados com estes objetivos que a gente tem aqui dentro do programa. Sendo que eu vou ter um olhar também da parte física, também da parte clínica, porque todas essas questões, por exemplo: pacientes que têm diabetes, pacientes que têm hipertensão, que tem algum tipo de impedimento para algumas atividades. Seria de um olhar, vamos dizer clínico, que o enfermeiro poderia estar fazendo nessa equipe.

8. O que é Clube de Pais? Quais são os seus objetivos?

O Clube de Pais é um encontro, é um momento, um espaço que os pais têm para se encontrar e estarem conversando, debatendo questões sobre os filhos e sobre as famílias, sobre a questão da doença em relação ao convívio familiar. Eu entendo assim ... eles precisam ter um suporte, ter um atendimento e poder estar trocando entre as famílias e as famílias com os profissionais do CAPS, questões que aparecem sobre a doença e como lidar, como passar por estas dificuldades. Eu acho que é importantíssimo, que é uma das coisas mais importantes no programa, porque não tem como lidar com o adolescente sem estar lidando com a família, com o meio. Porque muitas vezes ele vem para cá, ele está bem aqui, mas ele sabe que quando ele voltar para o meio familiar, as questões vão aparecer novamente. E como é um hospital-dia, uma situação só diária, ele vai para casa todo o dia e ele vai ter de se deparar com estas questões. Ele tem que estar junto, ele tem de estar sendo trabalhada. E eu entendo que o Clube de Pais é esse momento e através desse momento se irradiam várias outras situações. Passeios, encontros, outras reuniões a partir deste Clube de Pais é que vão sair outras situações de encontros com os pais.

9. Quais são atividades desenvolvidas no Clube de Pais? O que pretendem alcançar?

As atividades são desenvolvidas através de um encontro semanal, que é fixo e que os pais ficam durante uma hora e meia, com alguns profissionais do CAPS, do Ponto de Encontro e o objetivo desta atividade é dar uma oportunidade para eles, que possam estar colocando suas questões suas dúvidas, suas dificuldades e possam estar trocando com os outros familiares. Outras atividades além deste horário fixo, são estas que são estipuladas pelo próprio grupo de pais, por exemplo: se o grupo de pais sentir

necessidade de construir um outro tipo de situação, um passeio, ou por exemplo como já teve uma situação de uma atividade extra, que seria uma oficina de sexualidade fora do horário do Clube Ponto de Encontro. Então o Clube de pais se organiza para estar indo alguns representantes. São atividades que não são dirigidas aos pacientes e sim aos familiares. Então é o Clube de Pais é que vai direcionar estas outras atividades.

10. Qual o papel dos familiares no tratamento dos adolescentes?

Como já falei, eu acho que é imprescindível, que é um papel tão importante quanto a vinda deles ao tratamento nos dias combinados. Eu acho que são as pessoas que estão diretamente ligadas ao paciente, as questões da doença. São eles que vão ter de lidar com estas questões para o resto da vida e acho que a função dos pais no tratamento é acompanhar intensamente tudo o que for, tudo que fizer parte deste tratamento. Seja se responsabilizar para acompanhar a medicação, seja se responsabilizar por estar sabendo como o paciente está permanecendo aqui. O que o paciente tem trazido de casa, das questões familiares, poder trocar isso com os pais. A questão da autonomia dos adolescentes, que isso não pode trabalhar só com o adolescente, precisa da família para dar continuidade. Todos os nossos objetivos com o paciente, a gente vai precisar da família para que elas possam estar trabalhando estes objetivos em casa também.

11. Como se dá, dentro do tratamento, a relação entre os profissionais e os familiares dos jovens atendidos no Programa?

Como a equipe toda não tem contato direto com o grupo de pais neste encontro semanal. Acredito que a equipe se encontra com os pais de uma maneira informal. A equipe como um todo, porque tem alguns profissionais que são responsáveis pelo grupo de pais. Mas no dia-a-dia este encontro é mais informal. Se o pai vier acompanhando o adolescente, para trazer ou para buscar, aí então os técnicos têm contato com estes pais. Além de que também existe uma atividade que é o Café da Manhã com os pais, que também é um outro momento, que os técnicos que estão presentes naquele dia, tem contato. Eu acho que, sempre que necessário, discutido em equipe, a necessidade de entrar em contato com algum familiar, isto é feita de uma maneira mais organizada. Por exemplo: tal familiar está precisando de uma atenção especial, de um contato, então algum técnico é responsável por este contato. O familiar é chamado, ou então quando ele vem ao CAPS, ele é solicitado a permanecer por um período maior para poder conversar com o técnico. Senão for assim, organizado, a maneira é mais informal. É

quando encontra, conversa um pouquinho, quando os familiares vêm trazer ou vêm buscar sempre há uma troca, sempre se pergunta alguma coisa, o familiar fala um pouquinho, os técnicos conversam um pouco ...

12. Que resultados você espera do tratamento oferecido?

Bom, eu acho que se diferencia um pouco de caso para caso. Quando eu vejo um adolescente, em função do quadro dele, de como ele chegou aqui e de como ele se desenvolveu, a resposta dele ao tratamento, eu começo a fazer um prognóstico. Eu vejo como vai ser nos próximos anos de vida dele. Eu acho, que em função disso ... porque alguns ganham muito com o tratamento. Adquirem muita capacidade de autonomia e reinserção na sociedade. Estes são o que têm o prognóstico melhor. A gente consegue perceber que a família se envolveu com o tratamento, a família foi bastante interessada e receptiva e que os sintomas e a patologia daquele adolescente permitiu a ele ter um ótimo resultado. Alguns a gente sabe, que por mais que a gente tenha os mesmos objetivos, provavelmente não vai conseguir alcançá-los. Então eu acho que os resultados são em função de duas coisas. Em função da própria patologia, que o adolescente apresente, do grau que os sintomas se encontram, da doença. E também a resposta vai depender de como essa família vai aderir ao tratamento.

13. Sob que condições daria o término do tratamento?

Eu acho que é a pergunta mais difícil de ser respondida. Eu fico sempre com o receio de que a gente tenha mais alguma coisa a fazer por este adolescente. Por mais que ele esteja bem, esteja reinserido, esteja com uma rede social melhor, que a família esteja mais ou menos equilibrada, pronta para continuar sozinha e que este adolescente esteja razoavelmente bem para enfrentar a vida sozinho, eu sempre fico com aquele receio de que, se ele estivesse ainda vindo ao “Ponto de Encontro”, ele ainda teria ganhos. Essa melhora é sempre muito frágil, por conta do problema que ele tem, isto pode desequilibrar novamente. Mas a gente também não quer este adolescente preso a nós, a gente quer que ele possa caminhar sozinho. Então o que nos resta, o que eu acredito que a gente possa avaliar que ele tenha condições de continuar sozinho e caso sinta necessidade, que algum sintoma volte e que ele se sinta fragilizado por algum motivo, que ele retorne ao programa.

Entrevista Semi-Estruturada/Programa Clube Ponto de Encontro

Identificação: Técnico 4

Profissão: Médica Psiquiatra

Idade: 47 anos

Tempo na função/Programa: 6 meses

Tempo de profissão: 23 anos

Local da entrevista: CARIM

Data da entrevista: 02/11/02

1. O que é o Programa Clube Ponto de Encontro? E quais são os seus objetivos?

O Ponto de Encontro é um tipo de serviço que se propõe a dar um espaço de tratamento mais efetivo, um ambiente terapêutico para adolescentes com graves problemas psíquicos. O objetivo é possibilitar que sejam mais autônomos, que possam estar lidando melhor com as suas dificuldades e possam estar mais incluídos na sociedade como um todo.

2. Quais são as práticas de tratamento oferecidas aos adolescentes dentro do Programa? O que se pretende alcançar com elas?

As oficinas terapêuticas e atividades lúdicas como por exemplo: passeios e festas. Atendimento medicamentoso, atendimento psicoterápico, suporte de medicação no sentido de poder receber a medicação. Atendimento familiar, seja em grupo de familiares, seja em atendimento de família nuclear. A parte que falei de oficinas, aí tem algumas oficinas que vão permitir que estes adolescentes estejam mais inseridos até na sua própria escola. Sejam oficinas profissionalizantes. Sejam oficinas de integração, que permitam com que eles possam se desenvolver melhor ... oficina da sexualidade, onde eles aprendam a se relacionar com o seu próprio corpo e se relacionar melhor com os outros adolescentes. Oficina de cuidados em saúde, para que eles possam se relacionar melhor com o seu próprio corpo também, tendo um cuidado maior com ele mesmo, um cuidado maior com os outros adolescentes.

3. Há alguma especificidade no tratamento voltado a jovens entre 12 anos e 18 anos incompletos oferecido pelo Programa?

Acho que sim. Por exemplo, na oficina da sexualidade, onde você vai lidar com esta questão, que é diferente de você lidar com a sexualidade de um adulto. Acho que quando você está trazendo a questão mais lúdica com estes adolescentes, você está também vendo isso. Esqueci de falar da oficina da culinária, que eu acho que também é uma forma de fazer isso, fazer com que este adolescente participe mais dentro de sua própria casa, visando a questão da autonomia, que ele possa estar mais autônomo em casa, mais participante. Eu acho que dentro destas questões, dá maior especificidade. Eu acho que as oficinas do Clube Ponto de Encontro tendem a ser mais lúdicas e voltadas a questões mais específicas desta faixa etária e há até algumas situações para a gente pensar em termos do próprio cuidado com a saúde, que a gente percebe que em algumas situações o quanto é mais fácil acessá-los quando a gente consegue falar de cuidados com os animais, que são coisas que eles conseguem ficar muito mais interessados. A partir desta relação não só do adolescente, mas da criança vendo aquele bichinho que se pode pegar, aí então se pode perceber também palavras ligadas ao ensino(?). E outra coisa que eu queria falar, dentro dessa questão ...tem uma questão que acaba aparecendo muito é ligada a faixa etária de 12 para 18, mas é ligada também a questão de criança, de como os pais ficam mais dentro do serviço do que num serviço de adultos. A gente até faz todo um trabalho para estes pais não fiquem imersos aqui dentro, mas ao mesmo tempo eles almoçam aqui e estão muito mais próximos do que num CAPS de adultos. Isso é uma coisa que tem de ser trabalhada, mas que eu acho muito importante se permitir que este pai e esta mãe estejam mais participantes.

4. Há diferença entre oficinas terapêuticas direcionadas a adolescentes das direcionadas aos adultos? Se há, quais são?

Bom , quando você está trabalhando com adolescente você também vai estar voltado para a questão da escolaridade. Permitir, facilitar que ele possa se inserir mais na escola. Seja aquele adolescente que interrompeu os estudos, seja o que está participando um pouco das atividades escolares, mas que ele possa ficar mais incluído dentro da escola. Se a gente parte do princípio que o Ponto de Encontro, como qualquer outro Centro de Atenção Psicossocial, vai dar estar o tempo todo trabalhando para que aquele indivíduo possa voltar para a sociedade, vai então, trabalhar neste sentido. No caso do adolescente, como a questão é a relação dele com a escola mais do que a relação dele com o trabalho, você vai sempre estar vendo a questão da escolaridade. Torno a falar na questão da sexualidade, que está eclodindo. É diferente de uma situação com os adultos, que você vive, mas de uma outra forma. Há toda uma questão de aprendizagem

no adolescente. Dá até para ver na oficina de cuidados em saúde, acho que a gente também tem de estar pensando mais nisso.

5. Na sua opinião, quais são os atributos e competências dos profissionais que trabalham no Programa Clube Ponto de Encontro?

Você está falando de forma geral ... Não só a assistência em si, mas estar ...repete de novo ... Vou dar primeiro uma resposta mais geral ... Não só ele vai estar voltado, como qualquer outro profissional que trabalhe em CAPS, para a questão do retorno deste indivíduo a sociedade, mas no caso específico o profissional que trabalha num programa como o Ponto de Encontro, ele tem que estar levando em conta a questão do desenvolvimento. Para aquele adolescente que está se desenvolvendo com uma série de problemas e dificuldades diferentes de outros adolescentes, mas que ele tem em comum como os adolescentes em geral a questão do desenvolvimento. Você tem de estar não só fazendo com que ele retorne, mas mais do que isso que ele passe por determinadas etapas de vida da forma melhor que ele possa passar. Pensar que ele não está simplesmente voltando ao lugar onde ele já esteve. Ele está passando por este trajeto de uma forma diferente, com o sofrimento psíquico dele e nós podermos ajudá-lo a passar melhor por este processo. Isso nós vemos, não só em relação ao grave sofrimento psíquico, mas a outras situações também ligadas a uma perda muito grande por parte do indivíduo, seja adolescente, seja com a questão da droga. Diferente de um adulto que já passou mais ou menos pela vida e teve uma perda muito grande. Este adolescente, ele tem a perda no meio do processo dele.

6. Qual sua formação profissional? Quanto tempo a exerce?

Minha formação profissional ... sou médica, médica psiquiatra, especialização em adolescentes. Sou psicanalista, tenho formação em psicoterapia de grupo. Tenho também formação em psicanálise e em psicanálise de criança. Terminei minha faculdade há vinte e três anos. Quando eu estava no internato matava aula para assistir a reunião de psiquiatria infantil.

7. Qual o tipo de contribuição sua formação profissional pode trazer ao tratamento oferecido? E que papel desempenha dentro da equipe multiprofissional?

Como a minha formação que é tanto em psiquiatra e como também em psicanalista na área de infância e adolescência ... eu vou falar sobre isso ... eu acho que é extremamente importante um psiquiatra ter uma visão psicodinâmica. Tanto a questão

de estar vendo como é aquele adolescente ... como na questão da recepção deste adolescente. Se é caso ou se não é caso para o Clube Ponto de Encontro. Acho importante a gente estar participando nesta avaliação inicial, se é ou não elegível. Porque aí eu acho ... vejo o Ponto de Encontro como um programa dentro de um programa maior para atendimento da criança e do adolescente. A avaliação deste adolescente e se ele vai estar se beneficiando ou não do programa. Além disso, essa compreensão de qual é o significado ... o que aquele adolescente está apresentando, de que forma é aquele sintoma, se patologia tem algum significado na vida dele e o quanto tem na daquela família. Não podemos pensar somente no caso de um adolescente que estar ou não precisando do Ponto de Encontro e de que forma ele está vivendo uma situação grave se a gente não olhar para a questão desta família. No meu caso, eu acho importante que o médico esteja participando ativamente da questão desta avaliação, como isto vai acontecer e além disso, que este profissional possa ajudar nas questões do cuidado com o próprio corpo do adolescente. Eu acho que o médico tem uma função, é o profissional mais da área da saúde e que tem uma função importante dentro do Ponto de Encontro, que é tanto trabalhar a questão de desenvolvimento, pois aquele adolescente está com o desenvolvimento prejudicado, mas lidar com questões orgânicas além da área específica de saúde mental, na saúde como um todo. E isto vai estar repercutindo no desenvolvimento dele.

8. O que é Clube de Pais? Quais são os seus objetivos?

Eu acho que o Clube de Pais, um programa de atendimento a adolescentes com grave sofrimento psíquico, vai ajudar, seja os pais que têm filhos que abruptamente abriram um quadro de transtorno mental, que surgiu repentinamente e que eles estão extremamente aturdidos com isso sem sabem como lidar. O Clube de Pais permitirá que eles possam conversar, trocar vivências, trocar experiências. E poder inclusive permitir a entrada de profissionais num contato maior com estes adolescentes, pois muitas vezes, os pais podem estar impedindo este contato e o Clube de Pais vai poder ajudar que eles se separem um pouquinho para o tratamento possa se efetivar, e perceber se esta é uma das dificuldades principais do problema que aconteceu com este adolescente. Porque é que eu estou separando estes dois pontos? Porque eu acho que tem uma questão principal no ponto de encontro, eu não sei se você vai falar mais sobre isso, ou vai perguntar sobre isso mais tarde, mas eu acho que existem os adolescentes que tiveram problema na adolescência e existem, mesmo que seja aquele adolescente que já era meio tímidozinho em criança, mas que ele foi se desenvolvendo, estava na escola, tendo uma

defasagem escolar, mas não uma defasagem muito grande. É diferente de um adolescente que desde o início começa a ter uma defasagem escolar muito séria. Ele apresenta um déficit cognitivo e tem um transtorno invasivo de desenvolvimento. Esses adolescentes têm uma questão diferente e obviamente os familiares vão ter uma questão diferente dos pais dos outros adolescentes. Eles já estão lidando com uma certa cronicidade. Serão então pais, que embora aquele adolescente vai estar em tratamento pela primeira vez ou começou o tratamento nos últimos meses, mas já são pacientes crônicos, eles são adolescentes, mas adolescentes crônicos. Adolescentes que devemos saber que estaremos ajudando o mais possível para eles se desenvolvam, mas eles não vão conseguir provavelmente ter um desenvolvimento como os outros vão conseguir ter. A questão é que aconteceu muito cedo. Ou com déficit cognitivo desde que nasceu e depois começou a ter alguns transtornos de comportamento. São situações ... ou então um epilético grave que não é tratado e começa a apresentar distúrbios de comportamento. São questões assim de uma gravidade muito grande e o sofrimento para esta família é muito grande e muitas vezes os pais vão estar o tempo todo “toma que o filho é seu”. Ou alguns que não conseguem separar, trazer da residência e permitir que possa haver um tratamento. Talvez pais que tenham muita dificuldade de lidar com a doença e o filho possa até provocar um certo horror a esses pais. Ao mesmo tempo eu fico me perguntando, a gente não tem de estar compreendendo o horror que esses pais sentem? Porque esses jovens são muito, muito pesados e fazem inclusive com que esses pais fiquem com uma sensação de estarem estragados. Acho que essas são ...

9. Quais são atividades desenvolvidas no Clube de Pais? O que pretendem alcançar?

Talvez algumas coisas eu não possa saber falar então ... o Clube de Pais é tanto este espaço de encontro para que os pais possam trocar experiências entre si e para organizar festas aqui no próprio Ponto de Encontro, no sentido de estarem colaborando com o Ponto de Encontro e principalmente lidando com a questão do sofrimento, que para eles pais, é muito grande. Eles poderem ter momentos lúdicos com seus filhos, poderem ser ajudados e que esta experiência possa permitir então que eles tenham momentos lúdicos fora do espaço de tratamento. Seja nos passeios, nas festas. Acho que deveria também fazer parte do Clube de Pais, que já foi falado em relação ao CAPS, uma oficina de geração de renda para os pais. Eu acho que isso permitiria que esses pais pudessem lidar melhor, enfim ... Na questão de atendimento da família nuclear, eu não sei se você colocaria dentro do Clube de Pais, ou não, mas ...

10. Qual o papel dos familiares no tratamento dos adolescentes?

Primeiro, se ... mesma coisa ...se tiver adolescentes muito graves que precisam vir aqui, trazer o adolescente para o atendimento . Essa é a coisa fundamental, trazer o adolescente para o atendimento, é ... estar acompanhando a medicação, que são coisas assim básicas, mas que a gente não pode estar vendo assim como coisa concreta. Se estes pais conseguem permitir que esses adolescentes venham ao tratamento, estão permitindo de alguma forma que esses adolescentes se separem de si e os vejam como cidadãos do mundo. O uso da medicação também. Fazer com que esse adolescente tome a medicação inicialmente, fornecendo a medicação para eles, mas depois aos poucos fazendo com que os próprios adolescentes comecem a se responsabilizar pelo medicamento, enfim ... a gente está o tempo todo lidando com a posição da guarda. Se a gente está trabalhando com indivíduos em desenvolvimento, a gente vai estar trabalhando com os pais que estão o tempo todo sendo os guardiões, cuidadores naturais e em algumas situações esses pais vão ter dificuldade de lidar com estes adolescentes, talvez até por questões próprias dos pais. Em outras situações é porque esses adolescentes têm dificuldades muito barra pesada, então a gente tem de estar permitindo cada vez mais que o adolescente se independa, ao mesmo tempo que os pais vão deixando o filho de lado. ...

11. Como se dá, dentro do tratamento, a relação entre os profissionais e os familiares dos jovens atendidos no Programa?

Eu acho que é uma relação boa, mas ao mesmo tempo é uma relação difícil. Por um lado eu acho que é uma relação difícil por conta das dificuldades que os pais estão vivendo. Pais, eles mesmos, que não conseguiram se separar dos adolescentes. No sentido de ficar super-protégendo ou de ter uma relação muito ambivalente. A relação ambivalente neste sentido impede que a pessoa se independa. Também esses pais que têm filhos com um agravo maior, é uma situação muito difícil para eles vivenciarem. Eu acho que muitas vezes os pais vão tender a ver os técnicos como pessoas que estão podando e em alguns momentos “tirando os filhos” deles. Então já é uma relação que é mais difícil. Eu, às vezes, fico pensando assim: “Como é difícil a gente estar lidando o tempo todo com essa questão, a gente estar percebendo estes pais vivendo dessa forma a relação com os técnicos, que ajudam mas ao mesmo tempo são pessoas que separam os pais dos filhos adolescentes.” Não só separam como também são pessoas que mostram que seus filhos têm problemas, um fato que eles às vezes tentam negar. Mas, ao mesmo

tempo, eu fico me perguntando se é mesmo tão difícil lidar com estes adolescentes com problemas tão sérios e seus familiares ou se às vezes os técnicos minimizam a importância desses familiares ou então aumentam a patologia desses familiares? Porque eu penso que a gente deve dar colo para estes pacientes sim e às vezes é difícil para o profissional perceber isso. Uma coisa é entrar como feiticeiro que está separando ... separá-los de um jeito acolhedor para que esses pais não possam se sentir culpados ...

12. Que resultados você espera do tratamento oferecido?

Fazer com que o adolescente possa lidar com as suas dificuldades emocionais sérias, para uns. E para outros é mais uma situação difícil de um determinado momento. Fazer com que os adolescentes possam lidar com uma série de situações, poder se tornar um cidadão, da melhor forma possível um cidadão do mundo. No sentido de poder ser mais independente e poder atuar na sociedade. E permitir que possam ter uma relação melhor com seus familiares e que também estes familiares possam ter uma melhor relação com seus adolescentes.

13. Sob que condição se daria o término do tratamento?

Sabemos que alguns adolescentes passarão de um serviço voltado para adolescentes para um serviço voltado a idade adulta, mas não terão necessariamente alta. Estarão precisando de um cuidado intensivo por algum tempo e talvez para o resto de suas vidas. Isso abre a questão: o que acontece que estes adolescentes vão poder passar por serviços voltados para esta faixa etária por um certo tempo, mas irão para outros serviços? Alguns poderão estar vinculados a um serviço de atenção diária, mas talvez não precisem frequentar o serviço tantas vezes quanto no início. Se eles estão sendo ajudados para serem um cidadão do mundo, eles podem continuar frequentando um serviço de atenção psicossocial como se fosse ... uma expressão que o Edmar fala, um quintal. O quintal, que eles vão para participar de festas e de outras atividades, mas eles estarão mais inseridos na comunidade. Têm outros adolescentes que vão realmente poder ter alta, ainda dentro da faixa etária de adolescente. Adolescentes que participaram num momento de crise dum centro de atenção ... eles vão estar em parte ... porque estes agravos são menores e ocorreram durante a adolescência. Eles vão retornar ao desenvolvimento de uma forma mais suave e muitos vão continuar em psicoterapia, ou fazendo uso de medicação, mas não precisarão participar de um centro de atenção psicossocial. Estarão mais inseridos na comunidade. Ao mesmo tempo isso faz a gente pensar como é importante o jovem ter alta, mas que ele possa voltar para encontrar e

interagir com os outros adolescentes, percebendo que o momento de grande sofrimento que ele viveu não foi colocado debaixo do tapete e que faz parte de sua história

Às vezes nós vemos, num ambulatório tradicional, as categorias profissionais ficarem muito separadas sem interagir suas respectivas especificidades sem haver um encontro maior. Por outro lado, às vezes, em algumas situações nos centros de atenção psicossocial evitasse falar sobre as especificidades das categorias profissionais, indo-se a outro extremo. De um lado o modelo tradicional do outro se esquece destas especificidades. Acho importante estarmos discutindo este aspecto o tempo todo dentro da equipe ...

ANEXO II

GRUPO FOCAL

Nº Participantes: 10 (6 mães; 3 pais; 1 rede social)

Identificação:

Coordenador - Coord.

Técnico do Programa - Técn.

Mães - M1; M2; M3; M4; M5 e M6

Pais - P1; P2 e P3

Rede Social - R1

Local: CARIM

Data: 12.11.02

Coord. - *Alguém quer fazer alguma pergunta antes de começar?*

M4 - Eu quero fazer uma pergunta. Eu quero falar, eu quero saber se o Wagner tem direito a algum auxílio?

Técn. - *Isso a gente conversa amanhã. Eu direi para vocês todos os direitos.*

M4 - Está bem, mas amanhã eu vou apanhar a cesta básica e ele vem sozinho. Eu virei só segunda feira. Já estou avisando para todo mundo ficar ciente. Amanhã vocês não vão me ver.

Coord. - *Eu estou aqui para ouvir. Eu não vou tirar dúvida das pessoas, nós estamos aqui para ouvir a opinião de vocês. Para vocês o CAPSIJ e o Programa Clube Ponto de Encontro são a mesma coisa, não é isso?*

M5 - É.

Coord. - *Ou vai ter alguma diferença?*

M4 - Para mim não tem diferença.

M6 - Falar CAPSIJ ou falar ponto de encontro não tem...

M3 - A gente não é familiarizado com o Clube Ponto de Encontro...

Coord. - *Então é melhor que eu fale todo tempo CAPSIJ, certo? Então para começar, quais foram os motivos que levaram vocês a procurar o CAPSIJ?*

R1 - Bem, eu conhecia o Dr. Edmilson da época que ele estava fazendo, não sei se mestrado ou doutorado. Eu trabalhava na biblioteca e eu vi que ele trabalhava

com adolescente. Minha prima estava com filho com problemas, adolescente, e eu disse para ela procurar o serviço porque, a princípio, eu achava que era gratuito. Ele me deu todas as coordenadas. Na ocasião a idéia estava sendo formada, eu não me lembro exatamente em que data foi, mas durante algum tempo ela ficou aguardando aqui a formação do grupo, para começar as atividades.

Coord. - *Alguém mais?*

M5 - Olha, eu vim batendo cabeça de hospital em hospital, de clínica em clínica, desde que o Fabio era pequeno. Eu nunca achei um atendimento adequado, era sempre muito confuso, ou você só tinha o psicólogo ou só tinha o neurologista. Quando tinha era uma vez por mês ou então ... Teve uma época que ele foi a um psiquiatra e a única coisa que fazia por ele era dar neoleptil. Toda vez que ele ia ao psiquiatra, o psiquiatra metia neoleptil nele e o menino dormia o dia inteiro. E a situação foi ficando difícil. Quando ele estava com 16 anos, minha filha veio fazer estágio aqui no hospital como enfermeira e descobriu que aqui havia um tratamento para criança e adolescente, então eu vim, foi em 98. Estava começando o CAPSIJ nessa época, ele começou o tratamento ainda no setor infantil, lá do outro lado. Fábio ficou sendo atendido pelo Dr. Alberto até ele viajar e foi então que a partir daí a Maria Antônia começou a medicar o Fábio e achou por bem trazê-lo para o CAPSIJ. Foi em janeiro, seis meses após o CAPSIJ ter sido inaugurado, e de lá para cá ele está no programa, valeu.

P1 - Quando o meu filho esteve problemas por se meter com negócio de drogas, não estava conseguindo dormir direito. Estava muito nervoso, querendo brigar, bater nas pessoas. Estava meio descontrolado, então nós tentamos achar uma solução para resolver o problema e a solução por ele morar aqui em Botafogo, aqui perto, pertinho da Urca e também por indicação de algumas pessoas do Pinel que conheciam o funcionamento encaminharam ele para se consultar aqui. Inicialmente eu levei ele para Pinel e fui encaminhado aqui pro CAPSIJ que segundo eles, seria um local melhor para o tratamento também por ele ser de menor de idade. E foi isso que foi feito.

M1 - Nós também viemos porque a minha filha saiu bem do colégio, mas de repente chegou em casa falando mil e uma coisas. Foi tão de repente que deixou a gente completamente desorientada. Tanto fizemos ... procuramos uma clínica particular para atender rápido, já que nós nunca tínhamos visto isto acontecer ... foi muito remédio, remédios caríssimos, teve um remédio inclusive que custava 300 reais. Na verdade teve uma época que fomos parar no posto de saúde no Alto da Boa Vista, pois

não tínhamos condições de pagar remédios tão caros. Chegamos por lá e a médica nos encaminhou pra cá. Chegar aqui foi uma benção, eu me arrepio até hoje. Inclusive hoje minha filha está tendo alta da doutora. Minha filha não brincava, coisa que eles estavam querendo que acontecesse. Minha filha era só remédio, remédio, remédio, uma coisa que não tinha nada a ver. E aqui não, aqui foi completamente diferente. Minha filha vinha segundas, quartas e sextas-feiras, depois foi diminuindo. Uma coisa que eu achei interessante é que aqui não é o remédio que fala mais alto, a criança se sente ... a gente vê que o filho da gente não está perdido. Então quando eu encontrei isso daqui e eu me apoiei, foi uma benção, eu não queria mais sair daqui. Eu estava achando que eu estava até enjoando, mas foi aonde eu me apoiei, senti uma confiança enorme. Meu marido ainda duvidou: “Será que lá...olha o que você está armando”. Ele achou que porque não tinha remédio ... nem tudo a solução é remédio, e foi ... eu queria que todo mundo descobrisse isso aqui ... nós encontramos, mas tem muita gente que não sabe ... então graças a Deus ... nós fomos assim.

P1 - Eu endosso as palavras dela.

M6 - Eu conheci aqui foi através dá ... a Débora teve um problema e ela se trata desde os 8 anos de idade. Ela começou a se tratar no Fernandes Figueira e a Dra. falou que era um pequeno desequilíbrio. Ela fez vários exames. Fez da cabeça e só vivia tomando remédio. Quando ela focou maior, lá não atendia mais, então eles encaminharam para o Pinel. Quando ela chegou ali, eu fiquei desnorteada sem saber como eu ia fazer e o que eu ia fazer, aonde que eu iria arrumar um médico. Então me encaminharam para o serviço infantil e lá mandaram que eu falasse do problema. Eu encontrei nesta época o Dr. Edmilson, ele estava nessa hora quando eu cheguei com o encaminhamento do Pinel. Graças a Deus o Dr. Edmilson foi muito atencioso como sempre, um médico maravilhoso. Eu tenho muito a agradecer aqui dentro, muito mesmo, porque a Débora teve uma melhora. Nossa! Já está boa. A Débora é sapeca, quando faz as coisas em casa, ela é uma pessoas boa, só tem que saber levar ela não é? Ela é uma pessoa boa. Agora ela foi encaminhada pro Hospital Dia de adultos e fica lá também. As pessoas lá onde eu moro, falaram essa semana: “Nossa, estou notando que a Débora está melhorando mesmo, está quase boa. Entende? Então, com o trabalho maravilhoso daqui, eu tenho que agradecer a todos. No grupo de pais, às vezes eu posso vir às vezes não, mas é muito bom porque a gente conhece as mães também, conhece as outras famílias, conhece todo mundo. É uma coisa maravilhosa, as pessoas que trabalham aqui dentro têm a maior atenção com eles, que dizer, fazem tudo para o bem deles e eu estou muito satisfeita, graças a Deus.

M4 - Olha, eu vim indicada por uma amiga, mãe de um amigo do meu filho da escola. Montamos um grupo para procurar uma escola especial e dentro das várias alternativas que a gente estava procurando, ela me informou que existia isso aqui. Eu já conhecia o CAPSIJ e a Universidade por indicação da escola que meu filho estudava. Por conta do problema de disponibilidade de tempo, nós íamos a um médico particular, aonde a gente pudesse agendar de acordo com o nosso tempo. Mas desde o ano passado eu decidi vir para cá e aí eu fiquei ... me motivei pela proposta acadêmica, então eu vim, estou satisfeita. Meu filho também está bem aqui, evoluiu bastante, e eu também estou gostando, principalmente pela ajuda de terapia familiar que nós tivemos. Tivemos por um tempo terapia familiar com a Norma, uma pessoa super competente, eu já falei isso para ela. Nós já passamos por muitas pessoas em terapia familiar, mas ela realmente é uma pessoa muito competente, verdadeira. Assim, eu dou os parabéns para todo mundo do CAPSIJ.

M2 - Eu cheguei até aqui através de um amigo, marido de uma colega minha, que trabalhava aqui. Então eu trouxe minha filha, como a Inara disse aí, procurei muitos lugares e em muitos não conseguia vaga para ela apanhar nem o remédio. Levei ela ao Pedro II em Engenho de Dentro. Ela tomou remédio, mas quando cheguei aqui falaram que não tinha nada haver. Ela começou a ficar dopada e cada vez o quadro dela ia piorando, piorando, então um dia, essa colega minha foi na casa da minha vizinha, que falou para ela o que estava acontecendo comigo. O marido dela trabalhava aqui e ia ver o que podia fazer por mim. Foi então que eu vim aqui e graças a Deus me dei bem, só que no momento ela não está ... mas houve uma melhora muito grande, ela não aceita. Às vezes ela fala que não está vendo melhora, que não adianta nada, que não está vendo resultado, mas eu estou vendo. Ela acha que não está havendo, mas está. Estou aqui, encontrei pessoas maravilhosas, Dr. Cláudio foi uma das pessoas que a encaminhou para o CAPSIJ. Ela fala que não está, mas eu estou vendo resultados sim. Foi assim que eu cheguei, através de um conhecimento ... trabalha aqui da portaria, é o Anderson, foi através dele.

P3 - Eu cheguei até aqui, por intermédio de um Juiz. Ele disse para visitar o local, porque vale a pena visitar o local, e de lá ele ligou para Dr. Edmilson, que por sinal é um excelente médico. Ele dá uma atenção muito boa. Eu também vim até aqui porque estava sobre pressão e procurando melhor qualidade de atendimento ... o meu filho estava muito, mas muito bem com a Dr. Paula e de repente ela teve que mudar de serviço e meu filho caiu na mão de outra médica, que eu não vejo o mesmo atendimento que estava ocorrendo com a Dr. Paula. Eu vejo que houve uma queda na

qualidade, então como fazer para retornar a essa qualidade do que colocando este problema aqui, neste momento. Eu acho isso muito importante.

Coord. - *Algumas pessoas já começaram a falar um pouco ... a primeira pergunta foi o motivo que trouxe vocês aqui e algumas pessoas já colocaram o que significa o para eles o CAPSIJ, M1 já falou um pouco. Eu queria que vocês falassem sobre o que significa o serviço e as atividades aqui desenvolvidas.*

M4 - Melhora para cada um desses jovens que se tratam aqui. Melhora, para o Vagner, ele está melhor. Ele disse que amanhã virá sozinho para o CAPSIJ e eu vou aproveitar para buscar a cesta básica. Ele me disse: “Mãe eu vou sozinho, eu vou mostrar a senhora que eu vou sozinho, me bota o passe na mochila para eu não perder.” Ele vem direitinho, pois já sabe qual ônibus pegar. Eu deixei ele vir, porque eu sei que ele vai tirar nota dez.

M1 - O meu caso foi engraçado porque melhorou a vida da minha filha e a minha vida conjugal também. Eu e meu marido ... a gente também não estava se entendendo, em paralelo com esses problemas da minha filha. A Norma fez o acompanhamento com a gente e valeu muito. O tratamento influenciou na gente. Nós começamos a namorar, estamos namorando, já casados e estamos namorando. Quer dizer, o CAPSIJ mexeu na estrutura da minha casa todinha, eu posso diz isso e assinar em baixo. Eu e meu marido estamos nos entendendo, depois de vir, de participamos das reuniões. Depois tínhamos a reunião só eu ele, individual com a Norma. Eu nem sabia que existia isso, que a gente podia ter assim esse apoio, então isso também foi ótimo para minha filha.

P2 - Na realidade é a complementação do tratamento. A vida familiar estando tranqüila ... obviamente que uma pessoa que também está com problema, certamente este fato vai trazer coisas boas para ele também. E tudo é um contexto, não tem como uma coisa ir bem sem tudo estar tranqüilo em volta, e para gente nesse aspecto...

M1 - A gente aprendeu a conversar, coisa que nós não fazíamos e isso foi ótimo para minha filha e para o meu filho também. Enfim, o CAPSIJ foi uma benção em tudo, mexeu com tudo, mexeu com a gente, foi ótimo.

P3 - E eu também tenho que complementar, eu tenho que agradecer. Eu estou agradecendo ao Juiz. Eu gostaria de um dia de chegar perto dele e agradecer, não sei como, por carta ou pessoalmente. A Norma e a Fátima, que apesar de ter havido alguns desentendimentos com elas e a Rosa nos atendimentos e que faz parte da situação de atendimento ... porque existem coisas que elas falam e eu não sei ficar

calado. Eu a retruco e como resposta ou ela me coloca no lugar certo ou eu vou continuar naquele caminho ... só sei que isso para mim foi uma grande melhoria. Tem sido, até para o relacionamento entre mim e a minha ex-mulher. Deus faz tudo certo, porque até quando meu filho estava aparentemente bom, o problema surgiu depois dos 13 ou 14 anos, o negócio de tóxico, e por isso depois foi parar nessa tal clínica. Hoje o relacionamento entre mim e Rosa, minha ex-mulher, tem sido assim, não vou dizer excelente, mas bem melhor do que era antes. A Paula sabe, a Norma sabe... nós éramos... não podíamos nem olhar um para cara do outro quando chegávamos para o atendimento. Hoje não, hoje a gente já conversa, vou na casa dela, batemos papo. Foi uma doença, uma doença que está aí no meu filho, que eu espero um dia ele saia dessa, e eu tenho fé em Deus que ele vai sair, e esta doença que está causando isso aí, essa harmonia na família. Então eu agradeço, agradeço muito mesmo a Norma, a Paula, a Fátima e ao Juiz por meu filho estar hoje no estado que ele está, apesar de hoje não estar evoluindo muito, mas é bastante com relação ao que ele estava há um tempo atrás.

M3 - CAPSIJ, toda a estrutura do CAPSIJ, é uma estrutura no meu entender boa, talvez a parte mais forte de todo o hospital, talvez seja realmente o CAPSIJ. Não só porque ele dá assistência psicológica para os familiares, como a assistência psicológica que dá para os próprios garotos. Com o tempo os pais que não entendem exatamente como é um convívio melhor, passam a entender melhor como conviver com os problemas dos filhos, e principalmente o problema dos filhos que estão com mais problemas do que outros. Mas eu ainda acho que eu devo passar o que poderia ser melhorado aqui dentro e eu acho que deveria ser melhorado o seguinte: O CAPSIJ deveria pegar individualmente cada problema dos pais com os filhos, dos filhos com os pais, e tentar bater em cima desses problemas, especificamente desses problemas de relacionamento do filho com o pai, porque nem sempre o mesmo problema ocorre com cada família, são problemas diferentes. Então tinha que estudar cada caso individualmente e resolver individualmente cada caso, e não fazer um negócio muito genérico como está sendo feito atualmente. Também ajuda, mas seria muito melhor resolver especificamente cada caso. Quais são as divergências que estão havendo entre garoto e os pais, dos pais com os garotos, e especificamente aquilo que está acontecendo, seria um atendimento mais forte e uma resolução muito melhor se fosse feito dessa forma, do que de uma forma genérica.

M5 - Nós podemos falar que o CAPSIJ para os pais ... é feito dentro do CAPSIJ um atendimento para os pais individualmente e é feito entre família, isso

acontece comigo. Então é feito sim, um atendimento em cima daquele problema que existe em cada família. Então com a colega, não sei ... o atendimento foi ...

P1 - Me ajudou muito, foi justamente por isso que eu concluí que deveria ser feito mais. Uma coisa muito maior, uma integração muito maior do meu filho conosco, a relação dele comigo, com a irmã, com a mãe dele, que é a mais problemática de todas, para que haja uma melhora geral, uma melhoria geral. Mas não houve, talvez até por conta da estrutura da coisa, minha esposa não tem tempo, ex-esposa, não tem tempo de vir aqui, e o garoto a princípio não queria vir mas agora começou a vir espontaneamente. Eu sempre vim aos atendimentos e aprendi muito como eu tenho que conviver com ela, com ele, todo mundo lá, e agradeço muito o CAPSIJ por isso. Eu tive oportunidade de ler livros de psicologia e me aperfeiçoar. Peguei na Internet material sobre os remédios todos e para que eles servem, entendi um pouco mais como é que funcionava. Agora também tenho que lembrar que a parte fraca é a parte dos remédios, os médicos no tratamento do meu filho, inicialmente não acertavam, os médicos passaram um tal de Haldol, uns remédios aí que não estavam resolvendo. Ele tinha uma paralisação cerebral, ficava meio apatetado, dormia e depois voltava tudo de novo, ficava nervoso de novo. Então não estava resolvendo, até que os médicos começaram a experimentar outros remédios e aí sim, chegaram a esse remédio atual, que é o remédio que ele deveria ter tomado desde o início. Ele já estaria melhor há muito tempo, mas foi com a mudança que ele melhorou.

Coord. - Só um momento antes de continuar. Eu sei que quando a gente abre a pergunta, todos ficam com vontade de falar diversas situações e que se vai falar daquilo que está causando ao maior angustia e preocupação naquele momento. O medicamento e o atendimento dos pais poderá ser discutido mais detalhadamente um pouco mais adiante. Pediria que vocês nesse momento falassem um pouco mais sobre o que significa e o que é o CAPSIJ para vocês. Eu sei que estou pedindo algo um pouco difícil, mas ... mas retomaremos ao tema medicamento ...

M5 - Quando eu vim pra cá a primeira idéia que eu tive do CAPSIJ foi que seria uma creche para o meu filho, onde ele ficaria três dias da semana e eu descansaria. Talvez eu não tivesse nenhuma esperança que ele melhorasse, mas era um lugar de alívio e realmente eu não entendi o funcionamento do CAPSIJ. Um pouco é remédio, reunião, e eu sou muito cabeça dura, foi complicado, mas com o tempo ... quer dizer, eu nunca tinha ouvido falar em reunião de pais, foi uma novidade para mim. Estamos a uns 6 ou 7 anos na luta e eu nunca tinha visto um grupo de pais. Então eu aprendi junto com o Fábio. O Fábio foi melhorando, foi aprendendo, e eu fui

aprendendo também junto. Então o CAPSIJ hoje em dia é para mim uma referencia, falar CAPSIJ para mim é o meu corpo, é o meu lugar seguro. Quando o Felipe tem um problema, não, é no CAPSIJ, vou para o CAPSIJ. Vou falar com um, vou falar com a Fátima, vou falar com Cicrano. Então o CAPSIJ se tornou pra mim um fator, um ponto muito importante, é minha referencia em relação ao Fábio, é minha referencia hoje.

M6 - Eu também, quando eu tenho assim qualquer problema, quando eu estou angustiada, quero chorar, quero desabafar, eu procuro logo a reunião. Eu tenho vontade de estar mais e mais vezes, mas eu trabalho muito, aí nunca tenho tempo. Aí se eu tenho tempo, assim 5 minutos, 10 minutos, então aqueles 10 minutos que eu estou ali são uma beleza. Eu saio até mais aliviada, saio com a mente mais tranqüila, quer dizer eu acho muito bom aqui no CAPS, e também a Débora. Ela gosta muito aqui do CAPS, ela não quer nem sair daqui, ela fica e fala: “Aí mãe, está chegando o dia do CAPS”. Teve um dia que choveu muito, acho que foi na semana passada, a Débora fez um desespero dentro de casa às 5 horas da manhã para poder vir por CAPS. Foi uma Quarta-feira, chovendo muito e ela: “Ah! Eu quero ir, eu quero ir pro CAPS, eu estou com saudade, eu fui para lá só dois dias”. Ela adora o CAPS, então o Edmilson falou que ela já está com 20 anos e está na época de ela ficar mais para o CAPS de adultos, mas para não tirar-la de uma só vez, ele deixou ela freqüentar três dias no CAPSIJ e dois dias no CAPS de adultos para ela se acostumar. Mas verdadeiramente esse CAPSIJ foi uma idéia maravilhosa, tanto para os adolescentes, como para gente, para os pais. Quer dizer, eu também tenho oportunidade de trabalhar tranqüila por conta dela ficar no tratamento. Arrumaram até carteirinha do ônibus para ela vir, facilitaram também a carteirinha para a gente não deixar de trazer, entendeu? Então é muito bom mesmo, se meu marido fosse cabeça boa, mas meu marido é cabeça dura, para entender as pessoas. Eu acho que eu já estaria até bem com ele e ele estaria bem com a Débora e eu também estaria participado um pouco mais da reunião, porque a Norma foi muito boa, as meninas todas são maravilhosas. Só um pouco duronas, às vezes tem que falar ... eu sou muito sensível, eu fico até magoada, mas depois eu vou raciocinando ...

M5 - Depois cai em si...

M6 - Aí eu volto não é ? Mas tudo tem que ser com dureza, se não for assim a gente nunca leva a sério.

Coord. - *Mais alguém quer falar?*

M3 - Bom, quando eu estava procurando uma proposta, eu comecei a participar ... quando ele veio para cá já estava com 14 anos. Aí já tinha participado de colônias, ficava na escola o dia inteiro, e eu queria um lugar, que existisse um lugar, que

tivesse uma proposta de tratamento e principalmente para ele que tem um problema de socialização. Ele tem um diagnóstico de autista, então a medida que ele vai ficando mais velho, mais ele vai se adentrando, então isso também me motivou muito de deixar ele aqui. Quando eu pensei em trazê-lo pra cá e foi esse um dos grandes motivos, ao mesmo tempo que estava ligado ao tratamento médico ... porque geralmente você faz tratamento médico, vai para um lado. Faz a terapia com outro, vai na fono com outro, aí você fica pingando em várias coisas. Você não tem um lugar que você possa ter um espaço, uma oficina, sei lá, que a criança possa ter, que o adolescente possa ter atividades, e principalmente na idade ... vi muitos espaços por aí em que isso não existe, mesmo pagando não existe, para idade infantil. Quando chega na adolescência não existe para adolescentes, este foi um dos motivos mais fortes que me trouxe aqui, além do tratamento médico a possibilidade de ele ter ... de socializar com outros adolescentes que não tivesse envolvido com escola, com outras questões que não fosse a escola. A outra tem em relação com que ele falou também, o médico. Ele começou aqui também com a Dra. Paula e achei o atendimento excelente, u fui muito bem atendida por ela. Depois quando ela saiu, o atendimento caiu, realmente caiu muito e hoje o atendimento médico não é realmente o esperado, depois da partida da Dra. Paula.

R1 - Eu tenho uma ... eu não vivo com o Fernando, meu convívio com ele é irregular, diariamente é com a mãe. Convivo porque nós somos muito amigas, muito chegadas, no fim de semana eu sou a outra pessoa da família, da família dela que é pequena e juntamos com a minha família, eu tenho diversos irmãos, que convidamos ela e o Fernando para passar um fim de semana. Há um grande problema, a partir da rejeição do próprio pai. É muito saudável ver como o casal pode estar junto numa situação dessas e outra coisa também é ver a diferença dos problemas. O Fernando, eu vejo, como um problema que está muito mais para orgânico do que comportamental, nesses anos todos que eu venho convivendo com ele, eu vejo que ele melhorou em algumas coisas, mas quando ele é atendido ... hoje se contrariar ele, ele pode te agredir, como já me agrediu, me tirou sangue do rosto. Hoje eu tenho medo dele, hoje eu já não fico com ele, já está com quase 1,70 m, quase 80 quilos. É impossível tirar ele da cama quando ele diz que não quer ir para o colégio, ou ele não quer vir pra cá. Então o que eu vejo no CAPSIJ, a minha idéia inicial foi de fazer com que a minha prima entendesse que o filho tinha um problema e precisava ser tratado. As pessoas que convivem com ela sabem que no curso desse tempo todo de tratamento do Felipe e dela, que houve uma ... ela caiu numa realidade, meu filho tem um problema, psiquiátrico, neurológico. Até hoje a família não sabe exatamente a classificação, o diagnóstico que ele tem, e isso

no CAPSIJ eu vi resultado, ela hoje não fantasia os problemas que ele tem, ela reconhece e sabe as limitações que ele tem. Por outro lado ela tinha uma expectativa, ela imaginava assim que fosse ter ... ela está querendo que o rapaz, porque ele não é mais criança, já tem 18 anos, que esse rapaz possa aprender alguma coisa, pois até a 4ª série primária ele fez, mas não adianta, você veio até aqui ... ele não vai aprender, ele tem dificuldade mesmo de um aprendizado além ... então ele sabe ler e escrever muito bem, mas que ele tivesse um aprendizado além do mínimo necessário. E isso ela tem uma expectativa que eu não vejo aqui. Eu acho que o aspecto maior aqui no CAPSIJ, eu acho que é a aspecto social, de interação. Então isso ficou, eu acho, na cabeça da minha amiga também, esse vazio, a expectativa não atendida, de que o tratamento fosse colocar ele, sei lá, nos computadores, com gente capacitada para ... porque não adianta pegar o Fernando e levar para um curso de computação normal, é preciso ter alguém preparado para isso, e em qualquer outra atividade que pudesse encontrar nele uma aptidão. Então, enfim, CAPSIJ pra mim ... eu ainda tenho uma expectativa de que ele pudesse, mas ele agora também está com dezoito, já está passando para outro grupo, não sei, eu não sei se ela vai continuar assim, com quem, para onde, eu fico preocupada porque não tenho conhecimento de onde mais ela possa procurar um atendimento nesse aspecto fora o atendimento da saúde.

Coord. - Até agora nós ouvimos mais vocês que ... a expectativa que vocês tem ... mas na opinião de vocês o que o CAPSIJ hoje pretende alcançar com o serviço que ele oferece, o que ele está querendo?

M4 - Olha, pelo que eu entendi o CAPSIJ trabalha o adolescente junto com a família e eles fazem questão de frisar isso, de mostrar isso, que eles não trabalham o adolescente sozinho. Aliás ninguém existe só, todo mundo tem uma família, nem que seja depois abandonado, sei lá, alguma coisa, que durante o percurso tenha um acidente qualquer, mas tem uma família e que a família reconheça essa deficiência, essa carência, esse problema, seja lá o que for, como a pessoa quiser dar esse nome. Eu sei porque quando eu tenho as sessões com a Norma a gente fica sempre discutindo que nome a gente vai dar, se é normal ou anormal, se é carente ou não é carente, enfim, até hoje eu ainda não cheguei a um termo, que você conheça e conviva com essa realidade, é como você ter por exemplo, é você ter um câncer que você vai conviver. Se o médico diz que você vai viver três meses, o que você vai fazer, vai se desesperar e se jogar pela janela, você vai ... o que você vai fazer? Então isso o médico vai fazer, ele vai te trabalhar para você ser mais ou menos emocionalmente estável durante esses três meses, ou um ano, dois anos, sei lá. É isso que eu vejo que o CAPSIJ

quer, que você tenha uma estabilidade emocional, afetiva principalmente, porque você não vai deixar de amar seu filho porque ele é diferente, porque ele tem uma anormalidade, então que você reconheça seu filho e que você trabalhe para poder superar esse problema. Porque realmente também, no outro verso, ninguém ... eu sou mãe e tenho um filho que nasceu autista e aí? Eu não tirei mestrado nem pós-graduação para trabalhar com autista, de repente pode ... não houve o caso da senhora que era psiquiatra e a filha matou, entendeu? E ela era psiquiatra, então era uma pessoa que cuidava da cabeça, e foi vítima da própria filha ... então o que acontece é que não pedi, então eu também preciso de ajuda, então eu tenho que reconhecer esse lado vulnerável que eu tenho, esse lado fraco, esse lado de ignorância em relação ao problema ... então eu acho que foi isso que o CAPSIJ quis passar para mim, foi isso que eu tirei das entrevistas que eu tive com Norma e com Flavia.

M1 - Olha, eu entendo que o CAPSIJ é inovador. A proposta é uma proposta inovadora, que eu não vejo em outro lugar, tratamento com adolescente, junto com a família ... como uma proposta de referência e que se Deus quiser vai ser uma porta que vai abrir para que mais pessoas, que mais CAPSIJ ou mais qualquer outros nomes que trabalhem com adolescentes, aconteça ... porque realmente como foi falado no começo, não existe, eu sei, lugar para adolescente. O adolescente é jogado de um lado pro outro, esculachado, é safado, é sem vergonha, é drogado, é isso, é aquilo, e eu só conheço aqui para adolescente. Eu vejo como referência, eu vejo como uma inovação...

Coord. - *O que o programa quer com esse adolescente que está aqui?*

M5 - Então é um tratamento inovador que vai abrir para esses adolescentes uma porta para o mundo, de volta pro mundo, porque esses meninos estavam fora do mundo. Uma das propostas é de reinserção social, que eu acho muito importante, ele seja reinserido na família, na sociedade e também de apontar a família como uma parte importante no tratamento da doença.

P3 - Eu não vou nem me alongar no assunto, porque na primeira pergunta já desviei um pouco, na realidade para fazer uma análise ... mas especificamente a equipe toda trabalha muito bem em todos os sentidos.

P1 - O CAPSIJ nos ajuda bastante a compreender a doença. Ele nos ajuda bastante a conviver da melhor maneira com o doente e principalmente ele ajuda o doente a entender a doença dele e a se recuperar mais rápido. Agora sem esse suporte, essa ajuda psicológica acho que ele não conseguiria melhorar, acho que isso é fundamental essa ajuda do CAPSIJ para nós é fundamental. Agora tem gente que realmente não consegue entender a importância das reuniões, a importância dessas

reuniões separadas, para debater assuntos pessoais e que precisa ser melhorado, que precisa ser mais aperfeiçoado ainda, ou seja, vamos supor que o menino tenha algum problema assim de ser respondão, agressivo, ou de querer sair para rua, então tem que pegar esse problema e anotar com todas as tendências do menino e trabalhar cada uma dessas tendências do que ele está fazendo de errado separado. Acho que é isso que tem que ser feito, aperfeiçoar. E eu fiquei surpreso também de ver estagiários vindo lá da Europa para cá, para aprender no CAPSIJ, ou pelo menos entender como funciona aqui para levar pra lá. Como é mesmo? Acho que é Suécia, o pessoal da Suécia vem para cá, pois era para gente ir para lá aprender com eles, e eles estão vindo aqui aprender conosco, então isso é bom, prova que o CAPSIJ está tendo um avanço em relação aos outros países.

M 6 - E aqui no CAPS não é só tão bom para família como para o adolescente. Eles se preocupam muito, todos eles que trabalham aqui, estagiários, psicólogos, todos eles se preocupam muito com a saúde do adolescente. O adolescente está passando mal, eles chamam outro médico para cuidar. Se é um dente, vai e leva também ao dentista. É uma coisa inteira, muito diferente, é importante mesmo o CAPSIJ, é nota 10 e não pode acabar nunca.

Coord. - Em relação a isso alguém quer falar mais alguma coisa? Então eu já passo para outro ponto que algumas pessoas já começaram a falar ... ao falar de tratamento, eu não estou falando de tratamento só com medicamento, inclusive isso, mas dentro do tratamento vou estar falando de alguns ponto que já está sendo falado aqui. E eu gostaria de saber o que vocês pensam sobre eles, como por exemplo as oficina terapêutica. Vocês poderiam me dar algum exemplo a respeito das oficinas e de outras atividades terapêuticas?

M5 - Cozinha.

M2 - Reciclagem.

Coord. - O que mais?

R1 - Oficina de leitura.

M1 - Sexualidade.

Coord. - Então quando nós estivermos falando de oficinas terapêuticas, nós estamos falando dessas atividades. Outro ponto que eu queria que vocês abordassem do tratamento é o que vocês pensam do tratamento com medicamento. (Fim do lado A da 1ª fita).

R1 - ...porque de repente alguém poderia dizer alguma coisa ou poderia desencadear alguma reação contrária e ele partir para alguma coisa não

desejada, já que é no dia ... tinha que ser maravilhoso. E graças a Deus funcionou, ao final do dia eles dormiram lá em casa e o restante da família depois foi embora, tiramos retratos, foi tudo bem, jóia. No dia do aniversário da mãe dele, dia 18 de outubro, eu fiz ... vou comemorar no sábado, na minha casa, com mais um amigo e a aniversariante também. E no dia mesmo do aniversário, foi numa sexta-feira e eu fui na casa deles, de repente alguém ligou para festejar, dar os parabéns para ela e por acaso falou-se numa outra pessoa que para ele é o estopim. De repente o rapaz, o menino começou a chutar coisas e a gritar, a fazer tudo aquilo que a gente fica ... sabe? o remédio dele, então para mim, na minha cabeça, ele precisava ter um remédio de emergência. O que se faz numa hora dessas? Entende? Deixar ele quebrar as coisas que tem em casa, deixar ele se agredir, deixar ele bater com a cabeça? É um negócio que sabe ... eu já vi ele tendo crises, mas imagino que se ela acontece no momento em que há uma reunião com outras pessoas, as pessoas, ou não querem ver isso, ou esperam não ver isso. Então o tratamento medicamentoso que ele tem, o Dr. Edmilson vem dizendo: “Não, a gente só pode dopar ele, ele agindo de tal forma ... eu não entendo que numa situação de emergência ... quer dizer, o que é se faz? E eu quando pergunto a mãe, minha prima, ela diz para mim R1 mas o ... remédio, entende, ou naquela hora não é possível dar ou o remédio não é para isso. Enfim, então, eu vivo um pouco com eles, mas não vivo o dia a dia, e eu sei porque ela liga pra mim sempre.

Coord. - *Você está falando de uma coisa bem pontual da história do tratamento medicamentoso...*

R1 - Eu estou falando do medicamento.

Coord. - *Certo, que significado tem dentro do tratamento, de um modo geral, essas situações específicas que você comentou do Fernando, esse exemplo que você comentou?*

R1 - Eu acho que ele é uma criatura com problemas neurológicos e psiquiátricos, que ele tem, que eu não sei exatamente qual é e que ele precisa de medicamento sim e regular, para conviver com as pessoas, para ser um pouco aceito. Porque quando ele está bem ele é agradável, eu gosto dele, ele é agradável. Agora, quando ele enfurece, entendeu? Eu não quero ficar sozinha com ele.

Coord. - *E as outras pessoas pensam e podem estar colocando tanto ...*

M5 - Eu acho que é um pouco pessoal, não é?

Coord. - *... fazer uma reflexão. Ficar livr, para ... quiserem fazer uma comparação com a situação do filho, com o exemplo que ela colocou ... pode estar falando especificamente do seu caso.*

M3

- No caso do meu filho, ele ficou muito tempo sem medicamento porque ... desde os três anos ... ele tinha três anos de idade quando eu detectei o problema. E na época nós fomos ao médico e o menino era muito hiper-ativo, tinha tremendos problemas de comportamento. O médico prescreveu uma vitamina e a vitamina era tipo uma pilha. Era dar uma vitamina e piorava mais ainda. Então eu fui contra, teve uma época até que eu me estressei e falei para o médico: “eu sou contra, contra aquele medicamento.” E aí fui para outro psiquiatra e o psiquiatra toda a semana dava um medicamento diferente, haldol e companhia limitada, neoleptil, não sei o que, não sei o que. E um dia o menino estava dopado, um dia não estava e era aquela confusão. “Ele não vai tomar mais nada.” Então ele ficou cinco anos sem tomar nada e foi indo com a hiper-atividade e eu fui levando para a escola e para as terapias e tudo mais. Chegou aqui a dr. Paula falou: “Não, ele é autista”. Ele já tinha passado a hiper-atividade, e agora quem vê o garoto nunca vai dizer que ele teve aquele comportamento quando ele tinha três, quatro, cinco anos. Ela disse: “Ele vai tomar o Isoperidol, ele é autista”. Ele tem algumas coisas, por exemplo, há horas que ele pula, ele sai daquilo que ele está fazendo e fica pulando, pulando, pulando. Ele tem uns esquecimentos que você diz: “Vai ali ... pega a toalha, pega a toalha azul.” Ele vai e quando ele chega lá ele esqueceu. “Pega o caderno.” Ele vai e esqueceu, ou “Lê uma frase”, ele esqueceu, Então eu já passei tudo isso para ela, e ela disse não, ele vai tomar Risperdal, porque é um remédio de ponta, taratata, taratata. O que acontece, dorme muito, tem incríveis problemas para acordar. Mudou o horário da medicação. Depois saiu a dr. Paula e mudou agora para dr. Maira. A mesma coisa, estou falando as coisas para ela e ela continua com o mesmo remédio. O remédio continua com os mesmos efeitos. Para aquilo que eu estou querendo que tenha efeito, ou seja, ativar a atenção dele, porque ele tem um déficit de atenção muito grande, não faz, não faz, entendeu? Não funciona para isso e não funciona também para a parte de, por exemplo, se é que funciona para a parte de insociabilidade, não é? Quanto as oficinas terapêuticas, como ele é um garoto assim ... muito ... ele é alienado, bem zen, ele não é de falar muito, ele só fala muito aquilo que ele quer, então ele fala pouco nas terapias que acontecem aqui. Tanto que o pessoal falou muito aqui no grupo e eu fui incapaz de falar sobre alguma terapia, porque eu já perguntei várias vezes para as pessoas daqui, elas nunca me falaram, didaticamente, quais são as terapias que acontecem. Eu sei que tem capoeira, mas as outras terapias? Didaticamente, quarta-feira tem isso, sexta tem isso, eu não sei, eu realmente não sei. Sei que quarta feira tem capoeira, porque ele arruma o material e está profundamente interessado em capoeira, gosta e tudo mais. Tem a de sexualidade, que eu já vim aqui e

vi alguém conversando que tem. Mas informação do pessoal do CAPSIJ, nunca fui informada do que realmente ... a psicoterapia, eu não sei se ele tem algum atendimento individual, de alguém, se ele é atendido por alguma psicóloga. Grupo de pais, grupo de pais eu venho de vez em quando, quando o tempo dá. Eu trabalho de nove da manhã às sete da noite. Eu venho aqui, participo do Grupo de Pais, faço o possível, o meu marido também vem. Atendimento de pais, tive por um bom tempo, acho que mais de seis meses fui atendida pela Norma, muito bom atendimento. A Norma é uma excelente profissional, eu inclusive já falei para ela, aliás estou repetindo aqui de novo, eu já passei por muitas mãos de terapia familiar, porque esse é o segundo filho que eu tenho. Então com esse filho deslanchou um problema familiar, entre eu e o meu marido. Foi com o problema do filho, porque isso acontece em todas as trocas de figurinhas que se faz com outras famílias que têm filhos com problema, sempre deslancha, sempre aparecem os problemas familiares ... é o dinheiro ... e há problema quando a família tem algum elemento que não está dentro da normalidade ou me desculpem o termo anormalidade, se vai ofender alguém, mas eu não estou achando outra palavra. Se não está dentro da normalidade o sistema quebra. Foi isso que aconteceu com a nossa família. Então a Norma percebendo isso nos chamou e nós tivemos um bom tempo de atendimento. Muito bom, excelente ... infelizmente, devido ao trabalho eu tive de declinar do atendimento. Também tem algumas decisões que eu tenho que tomar dentro da família, decisões que nós temos que tomar dentro da família para poder ir adiante com o atendimento ... é isso que eu tenho a falar.

Coord. - Antes de continuar, seria bom se a gente tivesse tempo para cada um falar sobre o que pensa. Eu queria que a gente tentasse fazer o exercício, eu sei que é difícil de resumir o máximo o que cada um pensa sobre o tratamento. Agora eu sei que são muitos itens e que levam muito tempo ...

P1 - O que essa senhora citou aí, que é um problema do meu filho: hiper-atividade. Só que ele nunca foi tratado e piorou com as drogas, com as drogas ele piorou e ficou descontrolado, não conseguia dormir e tudo mais. É o problema que a senhora acabou de citar. Só que todos os remédios que foram experimentado, o Haldol e todas essas porcarias aí, não funcionam direito, não funcionavam muito. O único remédio é a combinação desses dois que estão sendo usados atualmente é que está dando certo, ele está se recuperando rapidamente, de uma maneira espantosa, eu peço que se você quiser anotar aí e passar lá para a dr. Maira experimentar com o seu garoto, é o ... , é bom anotar aí, o e o Amplictil, ele está tomando esses dois, seria bom, ela é a mesma médica do Carlos, talvez fosse até bom experimentar com o seu garoto, de

repente ele vai ter uma estabilidade igual à do Carlos e melhorar da noite para o dia, como está acontecendo com ele.

M3 - É que cada caso é um caso.

P1 - É, cada caso é um caso, mas seria bom falar com ela. De repente ela experimenta e dá certo, já que a doença é a mesma, hiper-atividade.

Coord. - *Eu só peço que a gente dê continuidade, pois o está curto e eu sei que vocês também têm compromisso depois. O compromisso de vocês pode atrasar.*

M4 - Eu tenho que ir.

Coord. - *Está tudo bem.*

M6 - Eu posso ir também? Eu vou para longe.

Todos - (risos)

Coord. - *Tudo bem então.*

M5 - Eu posso falar um pouco? Essa questão do medicamento é perigosa.

Você ...

Todos - Tchau!

Coord. - *Obrigado pela presença.*

M5 - ... a gente tem uma certa tendência de achar que o medicamento resolve tudo, que o remédio ... a ... o dopar, vai resolver o problema. Eu sou meio contra o remédio, acho que só na hora necessária, não gosto de dar SOS, porque eu acho perigoso, a gente acaba achando que o remédio vai curar ... que vai pelo menos anestesiá-lo o pobre do infeliz, quer dizer, a gente tira ele de uma droga e mete em outra droga. É perigoso, a gente tem que ter muito cuidado com medicamento. Eu sou uma pessoa meio agitada, eu não aceitaria que me dopassem porque eu sou agitada. Acho que cada um tem o direito de ser como é, dentro de um limite do suportável, não é? A gente tem que saber, ser orientada, para segurar essa onda. Tem que ter cuidado com esse negócio de estar falando muito em ... Oficinas terapêuticas, eu acho que ... para os meninos, o que eu observo de uma maneira geral é que elas funcionam maravilhosamente bem. O meu filho aprendeu a comer com garfo e faca rapidamente, coisa que até dezessete anos não tinha aprendido. Foi muito ... as oficinas são importantes para ele. A psicoterapia, olha, faz milagre. Eu tenho visto fazer coisas aí do arco da velha. Grupo de pais então, nem se fala. A gente se pega lá dentro, mas o grupo de pais, tem até uma mãe que agora não está falando comigo (risos), fui brincar e dancei. Mas eu sei que isso vai passar, são quase quatro anos, mas sabe, às vezes a gente fala alguma coisa que a pessoa não está a fim de ouvir, aí ela se volta contra a gente, mas eu sei que isso passa. Isso faz parte do grupo de pais também. É importante, não

perco um. Para eu perder,tenho que estar muito mal, porque foi o que segurou a minha onda e fica segurando a minha onda, então eu acho que é de fundamental importante o Grupo de Pais e mais ainda o atendimento de pais.

Coord. - Eu vi que existe assim um consenso em algumas situações do tratamento, principalmente atendimento de pais, o Grupo de Pais, há um consenso. Mas há uma certa dúvida um certo questionamento quanto ao tratamento medicamentoso, que eu acho que é geral. Ai me vem uma pergunta que nem estava aqui. Vocês se sentem ouvidos em relação ao tratamento, ou vocês se sentem ouvidos pelo CAPSIJ ou pelas pessoas que fazem o CAPSIJ em relação ao tratamento dos filhos ou parentes? Vocês se sentem ouvidos em relação ao tratamento medicamentoso?

R1 - Minha prima reclama.

P1 - Não, Não!

M5 - Eu creio que não.

M3 - É uma das grandes queixas que eu tenho.

R1 - Minha prima reclama achando que inclusive quem está tratando do Fernando hoje, que é o dr. Edmilson, coloca assim para ela, enfim, que o Fernando precisa daquela quantidade só de remédio e tal, então eu acho que ... eu não sei o que ele imagina como o Fernando ... eu realmente acho que, depois desse caso lá de São Paulo, eu, mãe de filho, trancava meu quarto na hora de dormir, porque eu não sei se esse menino não pode ter de repente uma atitude, sabe? Porque eu já vi ele agredir a mãe, ir em cima da mãe, não porque a mãe fez alguma coisa, mas porque ele estava com raiva de outra coisa. Eu, eu ... estou falando um pouco por ela, eu não sou a mãe dele, mas eu vejo que ...

P1 - No meu caso, por exemplo, houve uma verdadeira batalha aqui dentro, porque eu sempre fui contra esse medicamento que estava sendo dado e não estava funcionando como deveria. Eu fui contra, bati, bati, até que eles foram trocando, trocando e chegaram nesse que agora eu tenho certeza que é o certo para ele. E ele está realmente melhorando, tanto que ficou três meses internado, já teve alta e esse mês vai voltar, tenho certeza para o atendimento no CAPSIJ. O comportamento dele mudou em casa.

M5 - O que eu vejo em relação ao CAPSIJ é nos ouvir. O que eu vejo na minha vida e na vida das pessoas que eu tenho visto aqui. Toda vez que foi necessário para mim, que eu estive aqui com um problema, toda a vez que eu precisei, elas saem da oficina para me atender. Já aconteceu de eu ficar três horas conversando com a

psicóloga aqui dentro. E eu vi isso com várias pessoas também. Agora eu acho que a nossa ansiedade às vezes faz com que a gente queira mais do que a gente precisa.

P3 - Ué? Mas é uma ansiedade, é um problema. É uma ansiedade.

M5 - Sabe, o meu filho é assim, ele me pergunta: “mãe, o machucado vai curar hoje?” - “Não.” - “Mãe o machucado vai curar hoje?” - “Não meu filho, leva uma semana.” - “Mãe, o machucado vai curar hoje?” Eu acho que a gente está por aí. A gente ouve a resposta mas a gente não ouve. Então eu acho que nesse momento a gente acha que o tratamento não está sendo ... a gente não está sendo devidamente ouvido porque a nossa expectativa faz com que a gente não ouça a resposta. A gente quer mais, mais e mais.

Coord. - Falando um pouco mais em relação ao tratamento. Com certeza ... ficou uma dúvida minha. Existem determinadas discussões aqui onde vocês são melhor ouvidos ou recebem melhor atenção, são mais escutados, do que em outras situações, ou por exemplo. Há determinada situação no tratamento onde a fala de vocês não é levada muito em consideração, em alguns pontos aqui?

M3 - É, naturalmente, eu acredito. Primeiro pela expectativa, como ela falou, há ansiedade, a expectativa de cada um em relação a um desses itens, entendeu? Se você tem uma expectativa em relação ao medicamento e não foi, a expectativa não foi alcançada, aí você vai dizer que não, mas aí cabe ao CAPSIIJ explicar por que. Há um atendimento de pais, em grupo para explicar isso, por que não, ao mesmo tempo eu tenho que ter o meu argumento, o meu filho na hora da escola ele dorme, entendeu? Ele apaga e cai em cima do caderno. Como que ele vai aprender desse jeito, com uma medicação assim? Por conta de que ele tem que ficar calmo, então tem que ter um medicamento, eu não sou o médico, o médico tem que saber disso, tem que resolver esse problema.

Coord. - Alguém pensa igual ou diferente e quer falar? Vamos encerrar essa parte, porque como são mais de sete horas, para a gente passar para as três últimas perguntas.

R1 - Eu queria só colocar um adendo aí. Houve uma conversa que eu sei de que o Fernando estava tomando determinado medicamento, Dalva falou que o medicamento estava deixando o menino muito sonolento e tal e houve mudanças. Há o fato de ela ter uma idéia de que há uma fórmula mágica, ela ainda acredita numa fórmula mágica de que o menino vai ficar bom um dia, entende? E encontrar essa fórmula que ainda não foi encontrada e não sei se existe, faz com que as expectativas sejam grandes, a verdade é essa. O medicamento não faz milagre, não age só, não é?

Então, houve época em que ela levantou a situação de forma bem clara, o remédio é dado e quem observa isso é quem está o dia-a-dia com o paciente, houve retorno e mudança, só que a fórmula mágica não foi encontrada.

Coord. - *A senhora quer falar? Eu ouvi uma conversa e achei que a senhora queria falar.*

M2 - Eu estava falando sobre medicamento. A minha filha, coisa de um mês atrás, parou de tomar o medicamento. Conversa as outras pessoas, está dormindo. Antigamente ela era revoltada e acordava: “Ah, estou tomando muito remédio, é muito remédio, está me fazendo mal, eu não vejo motivo para ficar tomando remédio, eu não vou tomar, eu não vou tomar.” E ela não tomava. Quando foi da última consulta ela criou um caso com o Cláudio para não passar remédio para ela, porque ela estava bem. O doutor me chamou e falou do remédio outra vez. Vamos respeitar ela, está dormindo maravilhosamente bem, está saindo, está procurando curso, está fazendo curso. Só tem uma coisa, é um mal humor de vez em quando que ... sabe, de repente ela está bem daqui a pouco ela fica assim, esses dias ela virou e falou assim para mim: “Que droga de vida” Porque está fazendo informática, está fazendo telemarketing e agora está querendo fazer digitação. Eu falei para ela: “Pelo amor de Deus, assim não dá. Ninguém pode fazer tudo isso ao mesmo tempo.” E ela respondeu: “Que droga de vida, daqui a pouco todo mundo vai falar para mim sabe o que? Vai trabalhar vagabunda. Entendeu?” E nas reuniões de pais, as vezes que eu venho aqui, eu tenho aprendido muito, tem me ajudado muito, mas eu não posso vir constantemente por motivo de saúde, não estou podendo acompanhar as oficinas. A única coisa que eu sei é que ela chega lá ... no dia que tem capoeira, ela adorou a capoeira, a reciclagem também, ela falou que gosta também do estudo. Mas olha, foi ... ela faz assim ó, já fui.

M1 - Agora tem bijuteria também.

M2 - Tem bijuteria?

M2 - E atendimento aos pais eu só tive uma vez com a Norma, porque eu infelizmente sou separada do pai dela, mas houve uma vantagem muito grande porque eu nem suportava olhar para a cara dele e só estava mesmo separada. Depois do dia sete de junho, que ele chegou lá em casa e encontrou-a numa crise, no aniversário dela, sete de junho, ele começou a dar mais atendimento a ela. Ele não dava nada, não me procurava. Aí o que eu faço, ao invés de eu vir com ela para cá, eu mando ele, eu peço. Aí é ele que está tendo mais uma aproximação com ela e isso tem ajudado muito também. Mas eu não tenho nada a falar, eles só me escutam, só me escutam. Como eu

sou ajudada por eles, pelas meninas, pelo Cláudio. Eu tenho até o número do telefone do Cláudio comigo, acontecendo qualquer coisa eu ligo para ele e ele está me retornando.

Coord. - Vocês falaram muito do Grupo de Pais. Para uma pessoa que não conhece o Grupo de Pais, como eu por exemplo, que não conheço e nunca freqüentei, como vocês definiriam um Grupo de Pais?

M5 - É quase isso aqui.

Todos - (risos).

M2 - Ajuda. Ajuda muito a gente, eu pelo menos às vezes que vim, me ajudou muito a conviver com a minha filha, aceitar certas coisas da minha filha, porque as vezes eu cobrava muito dela e não queria também ... se eu cobrasse que ela tinha que fazer aquilo que eu queria. Não, tem que ser assim: “Deise, isso não Deise. Deise, isso não”, cobrava ela. Hoje ela respondeu para mim, eu falei lá um negócio e ela falou assim: “Mãe a senhora hoje descobriu a América” (risos).. Eu falei para ela, que ela quer tudo o que vê, e eu não posso ... “É, até que enfim, a senhora hoje descobriu a América.”

M1 - Eu acredito até que esse Grupo de Pais ... só das pessoas estarem se interando de outros problemas similares, parece que não, mas uma coisa ajuda a outra. Vai se falando da experiência que a senhora está passando, do que eu estou passando, com isso a pessoa vai se interando. O tratamento até, é rapidinho. Juntando tudo minha filhinha, graças a Deus está tendo alta hoje. Independente da alta hoje, ela vem estudando, vem fazendo as coisinhas dela, graças a Deus normal, graças a Deus sem problema nenhum. Fechando, o tratamento para mim é cem, em todos os aspectos. Inclusive ela chegou aqui dopada e graças a Deus gradativamente esse medicamento foi tirado, ficou tudo maravilhosamente bem, por isso é tudo 100% para mim. Espero que vocês todos tenham logo o mesmo êxito.

M2 - Cada caso é um caso, quer ver ajudar muito é esse grupo aí dos pais. Eu aprendi a lidar, porque eu achava que se minha filha falasse “Mãe”, eu teria que fazer tudo para não aborrecê-la, porque para mim viria a crise, mas não ...

P3 - Normalmente a pessoa chega sem saída.

M1 - Então você chega desesperado, dizendo que não tem solução, só vem na cabeça que não tem solução. Mas aí a gente chega ali conversando, eu ouço ele e penso: “Ué, mas o meu caso não é tão grave” e assim sucessivamente. Então a gente vai aprendendo que aqui você realmente tem um suporte.

M5 - Um importante, R1, é que a gente pode falar, porque a gente está falando de uma coisa comum. Em outro lugar a gente não tem liberdade de falar, eu

não posso falar com a família, a grande família. Eu não posso falar com os amigos porque nossos jovens são discriminados, são rejeitados, então a gente se fecha, se cala, esconde. E aqui eu posso falar porque o assunto é igual. Então a gente tem essa identidade.

P3 - No Grupo dos Pais eu ganhei força, porque quando meu filho chegou aqui ele chegou comigo. Até hoje, do ponto de vista do Danilo, é comigo. Ele convive com a mãe, mas o ponto de referência sou eu. Meu filho adora cinema e ele só vai ao cinema comigo. Sair, viajar é comigo. Ele já viajou com a Rosa sim, mas a Rosa ficou meio preocupada, mas felizmente foi tudo bem, ele nadou, ele adora nadar. Faço questão de levá-lo em todos os finais de semana, logicamente quando é possível, mas quando eu cheguei aqui com ele, ele só chegava aqui e então eu teria que vir aqui pegá-lo ao final do dia. Eu acho que ela que é mais antiga aqui, ela deve ter me visto aqui, eu mesmo que trazia e quando chegava na hora eu estava aqui para pegá-lo e ia preocupado com ele: “Meu Deus, será que vai acontecer alguma ... fuga, evasão” Aí, graças a Deus o tempo foi passando, hoje graças a Deus, o Danilo vem sozinho. Eu dei um telefone celular para ele e estou sempre em contato com ele, ele vai ao colégio com ele. Ele não vai só ao cinema e outras coisas mais porque ainda não bateu aquele interesse mesmo, mas o dia que chegar a vontade eu libero, logicamente preocupado, porque ele ainda está com dezoito anos, fez dezoito anos agora em agosto. Mas para quem viu já o Danilo andando até pelado sem preocupação, porque ele não estava nem aí, dentro de uma clínica e depois do tratamento aqui, ele está nesse passo, eu acho que é de grande valia. E o atendimento dos pais, no meu entender, foi bastante proveitoso para a gente enxergar onde a gente está só piorando o estado dele. Quer dizer, a gente começa a ver o que nós estamos dizendo, o que nós estamos fazendo, a maneira que a gente está agindo para piorar esse ... ou seja, faz com que a gente melhore o relacionamento com ele e isso é fundamental.

P1 - Eu acredito assim, que o atendimento dos pais é um treinamento, treinamento, porque o casal teve filho e a expectativa é de que o filho vá ser normal, que você vai seguir aquele rumo de vida como as pessoas normalmente fazem, com o avô, a avó, a tia, a família toda assim e de repente nasce uma pessoa estranha, uma pessoa com problema ...

P3 - Estranho entre aspas.

P1 - É, exatamente, estranho entre aspas, exato. A gente tem sempre que falar assim. Mas a gente está aqui na mesma problemática e vocês estão entendendo a minha linguagem. E aí, como lidar com isso? Como lidar com isso? Como lidar com os

parentes? Como explicar para os parentes que ele dá escândalo? Que ele não é socialmente adequado? Ou como o meu vizinho, o meu vizinho não fala comigo, é oi, oi e ele não quer saber, ele é meu vizinho de porta. Mas eu e o meu filho já estamos morando lá há 15 anos, conhece o meu filho desde pequeno mas os filhos dele não são amigos do meu filho, porque eles rejeitam, eu sei que eles rejeitam.

M3 - Mas é isso, é isso que tem que ser feito, é você entender, é você se sentir confortável com essa situação. O teu filho vai ser rejeitado num prédio que tem uma área de lazer, as pessoas não entendiam o meu filho. Depois que eu coloquei ele numa aula de piano, há cinco anos que ele estuda piano, aí ele começa a tocar lá a música e aí todo mundo começa: “Ó, mas como pode, está tão bem” Ele já adquiriu um outro status, entendeu? Ele nem desce mais, porque ele é todo tímido e tudo, ele já adquiriu um outro status, já o .. a ... o conceito em relação e ele é diferente, entende? Então é tudo isso que tem que ser trabalhado, você tem um filho, em que as pessoas, não só a família, mas todo o mundo não aceita e é esta que é a importância maior do atendimento aos pais.

P1 - Agora, eu acho, o que eu acho ... não sei se as psicólogas vão concordar, se o CAPSIJ vai concordar. Já falei algumas vezes, mas ninguém concordou. Mas devia de ser implementado aqui uma auto-ajuda. Há vários livros de auto-ajuda. O que é auto-ajuda? Auto-ajuda é ... conversar não só com os pais, mas também com os próprios pacientes sobre como eles têm que fazer para se sobressair na vida.

M5 - Para sobreviver.

P1 - Para sobreviver. Eles precisam criar isso aqui dentro. Não é só ver se tem alguma dificuldade, orientar no dia-a-dia, mas criar uma estrutura mais eficiente, mais inteligente do que os outros meninos aí fora. Há crianças que estão aqui dentro, que por mais dificuldades que elas tenham, as novas idéias de desenvolvimento, de estrutura que existem esses livros de auto-ajuda, tipo dr. Lair Ribeiro e outros livros. Eu acho que vai acelerar rapidamente, não só melhorar a auto-estima dos meninos, como fazer com que eles entendam melhor o mundo em que eles estão vivendo. Eu acho que deveria implementar isso aqui.

Coord. - *Só um minuto. Que horas são agora?*

M1 - Sete e meia.

Coord. - *Se terminar às oito está bom?*

P1 - Olha, para mim, se terminar às sete e meia está bom.

Coord. - *É que já estamos aqui há duas horas, não é? É que eu tenho aqui algumas perguntas. E a gente ... fora o P1, mais alguém quer sair às sete e meia?*

M5 - Faz a pergunta.

Coord. - *Posso fazer uma proposta?*

M5 - Pode.

Coord. - *Que a gente se atenha só as perguntas. Que não fale sobre os filhos e tal, só responder o que é perguntado para que a gente possa ir embora.*

Todos - (risos).

Coord. - *Então vamos lá. Os profissionais coordenam o Grupo de Pais, a Norma, a Fátima e, quem mais? E a Cecília. Como é a troca de informações entre vocês e os profissionais?*

P1 - Bom, para mim fica muito vaga a pergunta. A troca de informação em relação ao que? Em relação entre as crianças?

Coord. - *Como é a convivência?*

M3 - A convivência? A convivência é ótima. Excelente, a Norma é muito profissional, ela tem uma coisa assim que ela não mistura o emocional com o profissional, ela é profissional mesmo, ela desvincula totalmente o emocional ...

P1 - Ela quando tem que fazer na ferida ela bate ...

M3 - Ela bate na ferida, ela diz a verdade, ela é verdadeira, ela é autêntica, eu acho isso de um profissionalismo que eu nunca vi em ninguém. E eu já bati em muitas portas, eu já fiz muitas terapias, mas aqui a Norma é incrível. Ela é de verdade impressionante. Ela não quer agradar o cliente.

M5 - E para quem não conhece muito, pensa até que é uma pessoa grossa, não é? Eu já tive essa impressão.

M2 - Já, realmente.

M1 - Eu sei daqui: “Pó”, mas ... mas não, ela vai exatamente dentro do profissionalismo.

M5 - O Grupo tem muito a cara dela, não é? A alma dela está muito presente aqui.

M3 - Teve momentos que eu sai daqui caída, aí eu tenho que sair daqui e ir direto para a empresa, eu tenho que me refazer ...

P1 - O livro de auto-ajuda do dr. Lair Ribeiro diz que você tem que raciocinar e funcionar e agir de acordo com o raciocínio e não de acordo com o sistema nervoso.

Coord. - *Desculpa, mas vamos falar do Grupo. O que ele perguntou foi da nossa relação com a Norma.*

- P1 - Eu sei, mas deveria ser implementado aqui dentro no Grupo.
Esse é o meu pensamento.
- M3 - Sim, só que isso é outro ponto, é o que eu estou falando.
- Coord. - *Só encerrando essa parte e já passando para uma pergunta seguinte: O que é que vocês consideram um tratamento bem sucedido, que teve sucesso?*
- M2 - Melhora do paciente, dos jovens.
- M1 - É. Do jovem que está aqui.
- M2 - Se possível a alta, não é?
- Todos - (várias conversar simultâneas)
- M3 - Se a filha dela melhorou, isso é uma vitória.
- Todos - (várias conversas simultâneas)
- Coord. - *Vamos falar um de cada vez?*
- M5 - Olha, cada caso é um caso. Eu vejo o caso dela, o caso dela é um caso que tem alta. O meu caso, o caso do Fábio não tem alta. Para nós, para mim e para Dalva o importante é melhorar a qualidade de vida, isso é importante, que o nosso filho tenha uma qualidade de vida, uma aceitação na sociedade, uma sociabilização possível para que a gente possa ser feliz dentro do quadro clínico dele.
- R1 - Da limitação dele ...
- M3 - Exatamente, acho que é isso que eu espero.
- P3 - ... que o problema mental oferece.
- P1 - É impossível ... ver esse problema com uma nova visão.
- Coord. - *Falando disso, qual o papel que tem a família para que esse sucesso aconteça?*
- M5 - Exemplo aqui ...
- M3 - Fundamental ...
- P - Um exemplo desse casal ...
- R1 - É super importante.
- M2 - Aqui está um exemplo.
- P1 - Eu me coloco também como um exemplo, mesmo vendo, logicamente, que a gente tem uma outra história. Ah, voltei e vou voltar por causa do meu filho, ou ela vai voltar ...
- M3 - Não tem nada a ver.
- P3 - Não, é uma coisa, aí é outra coisa, mas o relacionamento entre eu e a mãe melhorou 100% dentro do quadro da doença do meu filho.

P1 - Lá na minha casa eu tive ... a empregada deixou de freqüentar, então eu aproveitei que a empregada não estava lá e fui morar lá, na casa da minha ex-esposa, sempre dormindo na sala e tudo mais, mas com o objetivo de que? Com o objetivo não só de observar como ela estava indo com o remédio como também tentar apaziguar tudo lá dentro usando esses conceitos explicados aqui dentro, que a Fátima cansou de fazer atendimento individual, explicando como que eu tinha que enxergar, como eu tinha que encarar o problema. E melhorou realmente bastante lá dentro. Para mim foi fundamental. E o Carlos ainda assim foi internado três vezes aqui dentro, o remédio não estava bom, até esse último que foi dado possibilitando a melhora e saída da internação, que ele dificilmente vai voltar.

M5 - Quando se consegue que a família ... quando você consegue que pai e mãe se juntem para promover essa melhora do filho, é importante. No meu caso e no caso da Dalva, os pais, os homens, estão ausentes. Eles se ausentam da doença, eles negam a doença, eles não ... não ... ignoram o filho, e isso é um fator gerador de mais problema. Eu acho que é fundamental a presença do pai e da mãe no tratamento.

P1 - Na auto-ajuda diz o seguinte, só para ilustrar, a vida é cheia de problemas, ninguém foge de problemas, senão não vive. Viver é enfrentar os problemas que nos aparecem. Os únicos que não têm problemas são os que já morreram nessa vida. Muito bem, então nós temos que enfrentar os problemas que são nossos, e lutar por eles. No meu caso, por exemplo, o meu problema é garoto, então eu vou enfrentar o problema, fui morar lá e enfrentei e estou enfrentando.

M3 - Mas não são todos que têm esse pensamento.

P1 - Mas isso é auto-ajuda, tem que ler esses livros de auto-ajuda para entender como é que se tem que agir ...

M2 - Mas o pai da minha filha, ele procura, eu mando recado, vou procurar ou então ela vai. Porque ir em casa para procurar saber como está a menina, se está precisando de medicamento, se precisa disso, o dia que tem médico, sou eu que vou

R1 - Na minha opinião, a etiologia da doença é um pouco genética. Para mim o pai tem distúrbio psiquiátrico. Este com a Dalva foi o segundo casamento, ele já está no terceiro casamento. Ele é uma pessoa super problemática. Então eu não vejo ajuda para o futuro, a Dalva vai ter que encontrar solução dentro dela ...

P1 - Ele não vem, ele como ...

R1 - Ele não vem.

Coord. - *Eu tenho uma pergunta final e aí a gente encerra. Ao mesmo tempo eu queria fazer um convite, um lanche, uma confraternizaçãozinha com a gente, dentro do devido tempo*

P3 - Isso foi uma surpresas.

Coord. - *Pegando um pouco do que a Regina falou durante ... várias situações, eu acho que ela foi a mais queixosa com relação ao sucesso ...*

R1 - É, porque o meu ouvido ... não sou a mãe, mas todo o dia ouço e eu sei de uma coisa, ele vem muito pouco, porque existe uma tentativa por parte daqui do Grupo e por parte do pessoal do Helena Antipoff, lá perto do Maracanã, de fazer com que o Fernando se integre no ensino, que desenvolva e isso aí está chocando com a realidade dele. Então a Dalva está desanimada, então ela acha que ... entendeu? Está sendo mal interpretado.

Coord. - *Eu vou fazer a pergunta: O que mudou no relacionamento com o filho antes e depois do início do tratamento. O que era antes de vir para cá e depois que veio para cá, o que mudou na relação?*

P1 - O conhecimento do relacionamento em si. Quando nós passamos a saber o que é certo, o que é errado, qual a maneira de agir, interagir, nós com eles, melhorou muito. Não só eles como nós também. A minha ex-esposa eu sei que ela não vem aqui, mas eu falo com ela por telefone como ela tem que agir. Ela não gosta, fica com raiva, mas pára para pensar, isso que é fundamental.

M5 - No meu caso particular, eu acho que mudou ainda pouco. Eu preciso ver o meu filho mais como um indivíduo, eu tenho a mania de vê-lo como uma posse, então eu acho que eu ainda tenho que mudar muito, mas está mudando.

Coord. - *Mais alguém?*

M3 - Eu também. A mesma coisa, eu concordo, eu preciso ver o meu filho como uma pessoa que vive nesse mundo e que tem suas características próprias e eu preciso me programar para aceitar essas características e eu acho assim que o CAPSIJ ajudou bastante para ... realmente ele cresceu bastante.

P1 - Meu filho me disse uma vez o seguinte. O único que me entende aqui dentro é o meu pai.

Todos - (risos)

P1 - Não, ele me disse isso uma vez lá: “ O único que me entende é o meu pai.” Aí eu me lembrei que ele não estava dizendo isso a toa. Eu realmente sou o único que está bem orientado aqui dentro pelo pessoal lá, principalmente a Fátima e a

Norma, que conversam muito comigo para que eu passe para ele de que maneira ele tem que melhorar o relacionamento lá e ele percebe isso.

P3 - O único ... o senhor que entende, é o pai, mas aonde? Lá o que?

P1 - Lá na minha casa, na casa da Pamela, a minha ex-esposa, que ... e por que isso? Porque eu sou o único que percebo quando ele está fingindo e percebo quando ele realmente está com problemas, quando ele está alucinando como as pessoas falam. Eu percebo quando ele está fingindo e quando ele não está. Uma noite ele chegou para a minha ex-esposa e falou assim para ela:

‘Ah, eu acabei de conversar com uns seres aí, não sei o que, eu estou melhor, estou melhor’ Eu percebi que ele estava inventando. Mas aí a minha esposa veio toda nervosa: “Gente, está piorando!” Eu percebi que ele estava fazendo isso para fazer ela ficar nervosa mesmo. É o prazer que ele tinha, masoquista nessa hora. Eu nem liguei, eu sei que ele estava inventando. Aquilo era invenção, mas há vezes que realmente está fora de si.

Coord. - Mais alguém? Eu falei que era a última, mas eu acho que ainda tem uma última. Algo que não foi falado, não foi perguntado e que vocês gostariam de colocar para encerrar.

P3 - Então uma última coisa: O que eu percebo aqui, os jovens, grande parte dos jovens, não vão na escola, e aí ... parece, me parece que o CAPSIJ não faz nada por isso. Não é que, por exemplo, a Norma várias vezes me perguntou se eu achava que tivesse uma escola ... Jamais achei essa escola, jamais. Mas ... como ele falou, a escola, como eles são adolescentes, a escola e mais, a visão profissionalizante tem que bater (fim da fita).

P1 - Eu vou explicar para vocês. Eu já li muitos livros de auto-ajuda, e não só isso, eu escrevi. Eu fiz um resumo desses livros todos e fiz um livro meu, só que não foi publicado até agora, eu não publiquei. Mas o que nós temos que fazer em relação ao problema dos filhos é o seguinte, no meu entender: primeiro, procurar nós mesmos evoluirmos, não vim para essa reunião só para discutir o problema, mas procurar aprender o máximo que nós pudermos da convivência com o filho, essa é a primeira coisa. Segundo, nós temos que pesquisar, entrar na internet, ler a bula dos remédios, procurar ver se está dando certo o tratamento, observar se ele está melhorando mesmo, onde que ele está melhorando, onde que ele está piorando e debater aqui com eles, com o médico, debater com a Norma ...

M1 - E sobretudo procurar os profissionais, não é?

- M5 - Mas nem todos têm o QI que você tem, tem muita gente aqui dentro que não tem esse QI, não tem essa capacidade ...
- P1 - Mas eu estou explicando que vocês deveriam ...
- P3 - Nem internet como você está falando, entendeu?
- M1 - Mas sobretudo procurar os profissionais.
- P1 - Não pessoal, eu não sou nenhuma exceção ...
- P3 - Veio uma senhora aqui, estou colocando ela, ela estava sentada aqui, ela tem condições?
- P1 - Não, mas ela pode pedir para alguém fornecer para ela.
- M5 - Não tem, não tem ,não tem, é difícil.
- M3 - Para nós pais, acompanharmos é complicado, imagina a gente alugar alguém para fazer isso.
- P1 - Eu sei, é. Não, mas alguém que tenha acesso a computador. Não, alguém que tenha computador e que tenha acesso à internet pode pegar, vamos supor o remédio, e ver o que tem.
- M5 - Mas as pessoas estão até fugindo de perto da gente, quem dirá ter um trabalho desses.
- P1 - É verdade.
- P1 - Mas nós temos que ver da seguinte forma. Nós temos que ter calma, encarar o problema de uma forma profissional, como faz a Norma. Vocês acabaram de elogiar a Norma, vocês percebem? Nós também temos que agir igual a ela em relação ao filho, tirar um pouco as emoções e tratar de uma forma mais lógica o problema, então acompanhar o garoto. Como é que ele está melhorando, ou a menina, e ir passando para eles, ir conversando com eles: “Olha, está melhor assim, está piorando ali, está acontecendo isso, acontecendo aquilo.” Para que eles possam também, entende? Dar uma solução para o problema. Vocês não podem ser apenas um espectador, acompanhar, vocês têm que participar e falar para eles o que vocês estão notando.
- P3 - Eu acho que a teoria é muito boa, mas na hora do vamos ver, aí .
- P1 - Mas eu estou fazendo isso.
- M5 - Na hora do vamos ver o raciocínio não funciona, teoria não funciona, nada ...
- P1 - Mas você tem que ter calma.
- M5 - A calma não funciona na hora da emergência.
- P1 - Tem que ter lógica. Se o meu garoto passar mal e quer me agredir, eu vou prontamente chamar a defesa civil ou chamar os bombeiros para trazer

ele para cá e internar ele. Eu faço isso, sem problemas e depois eu venho buscar ele de volta, mesmo ele tendo me batido. Eu esqueço que ele me bateu e levo de volta. Eu faço de conta que não aconteceu nada, eu faço de conta que não aconteceu nada. A minha filha não, ela já não tem essa estrutura, ela fica lembrando.

P3 - O senhor falou que chama a defesa civil ou chama os bombeiros.

P1 - Isso.

P3 - Nenhum dos dois vai atendê-lo.

P1 - Atendeu, os bombeiros sempre ... já me trouxeram quatro ou cinco vezes aqui.

P3 - Para mim eles não me atenderam.

M2 - Mas se não tiver nenhum bombeiro para vir atender o senhor não vai ser atendido nunca.

P1 - Não, mas já veio, quatro ou cinco vezes.

P3 - Mas há muito tempo atrás.

P1 - Não, há três meses atrás eles trouxeram, a Norma sabe disso. Já quatro ou cinco vezes eles foram lá com o carro e nos trouxeram aqui.

M5 - Vocês que são felizardos.

P1 - Não, não é isso. Vocês têm que ter um comprometimento, tem que ligar para lá e dizer olha ...

M5 - É, mas eu liguei e eles falam assim: "Você vem aqui buscar a gente que a gente vai aí."

P1 - Ah não ...

M5 - Você tem que arrumar um carro ir ao corpo de bombeiros, aí o bombeiro vem com você. Isso aconteceu comigo.

P1 - Eu fui várias vezes conversar com o tenente de plantão e pedi para eles mandarem lá.

M1 - Gente ó ...

Coord - Só para ... agradecendo a presença de todos e pedindo desculpas se na mediação da reunião (fim da fita).

ANEXO III

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA**

**PROJETO CLUBE “PONTO DE ENCONTRO”
RESSOCIALIZAÇÃO PARA JOVENS EM GRAVE SOFRIMENTO
PSÍQUICO: LAZER ASSISTIDO E RECONSTRUÇÃO DE
VÍNCULOS AFETIVOS**

ÍNDICE

I-	Um problema em crescimento	3
II-	Objetivos	9
III-	Procedimentos Metodológicos para a Implantação e Avaliação do Projeto	10
IV-	Cronograma	12

I- UM PROBLEMA EM CRESCIMENTO

Dados epidemiológicos apontam para prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes em torno de 10 a 15%, chegando até 21% se tomarmos apenas uma população de adolescentes mais velhos⁴⁰. Cerca de 50% destes transtornos tendem a produzir incapacidade permanente⁴¹. Registros epidemiológicos já bem estabelecidos revelam que 45% dos casos novos de esquizofrenia, o mais incapacitante dos transtornos mentais, surgem entre 15 e 24 anos. Um estudo recente⁴² demonstra que a idade de começo de diversas doenças mentais é muito mais precoce do que se julgava. O pico de risco para fobias, por exemplo, situa-se entre 10 e 14 anos; para alguns tipos de transtorno do humor o risco máximo está situado entre 15 e 19 anos (este estudo epidemiológico envolveu uma amostra de mais de 20 mil pessoas de cinco comunidades americanas).

Como resposta ao impacto dessas questões o governo americano aumentou de 92 para 283 milhões o orçamento para pesquisa na área de saúde mental infanto-juvenil.

Considerando os dados epidemiológicos internacionais válidos para o Brasil teríamos, só no município do Rio de Janeiro, os seguintes números: como 36,5% da população da cidade está na faixa etária até 19 anos (2 002 881 crianças e adolescentes)⁴³ 240 mil crianças e adolescentes necessitariam de cuidados quanto saúde mental; tomando somente a faixa entre 15 e 19 anos (543 247) 114 mil adolescentes apresentariam transtornos mentais.

Outras pesquisas epidemiológicas, apontam para o crescimento das taxas de suicídio entre os jovens. Nos Estados Unidos, na faixa entre 15 e 24 anos, essa taxa cresceu 5 vezes entre as décadas de 50 e 80. O que se torna mais significativo se considerarmos que: a cada suicídio efetivamente cometido corresponderiam 50 tentativas; muitos suicídios são ocultados ou passam por acidentes (além do fenômeno da morte por *overdose*); nas faixas mais jovens, abaixo dos 15 anos, as taxas de suicídio estão também aumentando.

⁴⁰ Steinberg, D. Adolescents Services. In: Michel Rutter, Eric Taylor, Lionel Hersov (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell, 1994.

⁴¹ Offord, D. & Fleming, J. Epidemiologia. In: Melvin Lewis. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

⁴² Burke, K.C., Burke J.D., Regier, D.E., Rae D. S. Age of onset of select mental disorders in five community populations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990,47:511-518.

⁴³ IBGE, estimativa para 1991.

A adolescência é um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras. Momentos de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, a adolescência lança questões que alguns indivíduos não têm condição de responder, provocando a eclosão de quadros psicopatológicos graves.

Diversamente das sociedades tradicionais, que possuem mecanismos para demarcar os lugares que cada um dos seus membros deve ocupar no se tornar adulto, a sociedade moderna desafia seus jovens a buscar uma definição singular e única para suas vidas. A tarefa, inerente ao homem moderno, de apresentar-se como um sujeito singular, encontra seu clímax na adolescência, quando o indivíduo é compelido a tomar a palavra para definir suas opções frente às diversas exigências próprias à sua incrusto no mundo adulto.

Dentre os agravos à saúde mental dos jovens os quadros psicóticos situam-se em primeiro plano tanto pelos prejuízos imediatos que causam ao adolescente quanto pelas restrições que podem determinar no seu futuro desenvolvimento. Durante o período agudo a psicose está freqüentemente associada ao risco de suicídio e a exposição a outras situações de risco (uso de drogas., internação psiquiátrica, comportamento violento, envolvimento em acidentes, etc.). Nos quadros de evolução crônica, comum quando em se tratando de esquizofrenia, o futuro do adolescente está em risco.

Freqüentemente pode-se constatar fracassos escolares, laborativos ou amorosos ligados à dificuldade do sujeito psicótico em sustentar os novos laços sociais necessários a essas atividades. Essa questão, relacionada à inserção social do psicótico, coloca-se duplicada por apresentar-se, na adolescência. Percebemos então as dificuldades destes sujeitos, especialmente na adolescência, frente às situações que fazem apelo a tomada de posição no contexto social.

Estratégias de atenção à saúde mental de adolescentes:

A superação do modelo asilar como base da assistência em saúde mental foi apontada como meta básica pela *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*⁵. Tanto do ponto de vista técnico quanto ético as restrições ao manicômio tomaram-se, praticamente, consenso internacional.

⁵ Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília: Ministério da Saúde, secretaria de Assistência à Saúde, departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

A internação psiquiátrica de um adolescente com graves problemas emocionais, mostra-se bastante prejudicial pois funciona como reforço ao isolamento já vivido pelo mesmo em seu cotidiano. A exclusão em um hospício, por um longo período de tempo, solidifica a ruptura dos laços sociais comum nos episódios psicóticos. O estigma da loucura, demarcado pela internação psiquiátrica, traz limites concretos quanto à constituição de possibilidades de reinserção laborativa e social. Construiu-se, ao longo da história, todo um posicionamento cultural que oferece ao "louco", como único destino, o hospício. Por tudo isso, novos modelos devem ser investigados para permitir a desospitalização de pacientes há longo tempo internados e impedir a entrada de novos indivíduos na *carreira manicomial*.

Nesse segundo aspecto ganha relevância a busca de meios que impeçam a entrada de adolescentes na estrutura asilar mantendo-os, o mais possível, ligados ao seu contexto social. Com base na experiência bem sucedida de acompanhamento, exclusivamente ambulatorial, de alguns adolescentes em grave sofrimento psíquico, o autor formulou a proposta do *Programa Ambulatorial Para Adolescentes Psicóticos*⁶: a busca de novas soluções para a questão da doença mental no jovem, impedindo sua precoce estigmatização e incapacitação. O *Programa*, iniciado em 1988, reúne recursos psicoterápicos, psicofarmacológicos e de terapia familiar, propiciando manter o adolescente fora do circuito asilar.

Ao longo dos últimos anos, o *Programa*⁷ atendeu mais de 100 jovens, obtendo êxito na sua proposta principal que era a de evitar a internação psiquiátrica do adolescente. Uma pesquisa recentemente realizada sobre uma amostra do universo total dos clientes admitidos, aponta que nos três primeiros anos de realização do Programa, apenas 8,70% da clientela sofreu internação durante o tratamento ambulatorial⁸. O projeto, entretanto, revelou-se limitado quanto a sua capacidade de promover a retomada pelo adolescente das suas atividades sociais, escolares ou laborativas. Não colocá-lo no circuito asilar é apenas parte da tarefa, resta o problema da sua reinserção social. Esse aspecto é tão mais relevante quando se pensa que na adolescência estão

⁶ Saggese, E. e col. *Programa Ambulatorial Para Adolescentes Psicóticos*. J. Bras. Psiq., 39 (5): 237-243, 1990.

⁷ Inicialmente o *Programa* visava assistir aos clientes diagnosticados como psicóticos. No entanto, com o tempo constatou-se o crescimento da demanda de casos graves, porém, não estritamente psicóticos. Este fato permitiu a ampliação da clientela alvo e possibilitou a redefinição do projeto de pesquisa que recebeu um novo nome: *Programa Ambulatorial Para Adolescentes Sob Risco de Internação Psiquiátrica*. Desta forma, o critério de admissão no mesmo passa a ser a gravidade do sofrimento psíquico do jovem e conseqüente risco de internação.

⁸ Delgado, S.M. (p. 81) *Análise das Relações entre Política e Assistência no Campo de Saúde Mental da Infância e Adolescência*, Rio de Janeiro, UFRJ, Instituto de Psiquiatria, 1997 (mimeo).

lançadas, conforme já foi assinalada, questão básica sobre a integração do indivíduo na sociedade.

Dois exemplos⁹, extraídos da clientela do Programa, podem ilustrar essa questão, identificando o complexo processo de reestruturação sócio-afetiva:

- E., 15 anos, estava há mais de um ano sem estudar quando, sentindo-se capaz, resolveu voltar para a escola. Esta decisão marcou um momento significativa no tratamento da adolescente, na medida em que um dos fatores desencadeantes de sua primeira crise havia sido o fracasso escolar. Nos dias que antecederam o início das aulas, E. mostrava-se bastante animada. No entanto, assim que retomou a escola, o entusiasmo cedeu lugar a uma grande ansiedade, que se traduzia como medo ser chamada ao quadro-negro e não saber responder às perguntas que lhe fossem feitas. E. foi ficando cada dia mais tenso e abandonou a escola depois de uma semana. Esse novo fracasso marcou o início de um desinvestimento progressivo de suas atividades cotidianas.

-D., 17 anos, volta às sessões após três faltas consecutivas. Diz então que não está trabalhando mais na oficina mecânica: *não agüentei o trabalho, era muito difícil, muito pesado para mim*. Não consegue dizer com clareza quando parara de trabalhar e nem se saíra por vontade própria ou se fora demitido. A terapeuta nunca o vira tão deprimido. D. sofre também diante do temor de completar 18 anos e ter que se apresentar ao Exército: *Exército é coisa de homem, vão dizer que não sirvo*.

Se o Programa Ambulatorial conseguiu bloquear a entrada dos adolescentes na *carreira manicomial*, o que mais pode proporcionar a eles? Não permitir o *internamento* desses jovens dentro do espaço familiar e não limita-los à condição de clientes crônicos das consultas ambulatoriais. Desse contexto surge a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias que favoreçam a reaproximação, dentro das possibilidades de cada um, de novas instâncias socializantes.

Como um cuidado alternativo às práticas asilares, o programa configura, parcialmente, um *tratamento-dia* que busca intensificar o atendimento ambulatorial sem incorrer nos efeitos iatrogênicos da hospitalização e apresentando menor custo frente à solução hospitalar.

Os objetivos principais do *tratamento-dia* podem ser resumidos em:

1 - apoio e manutenção para os clientes de forma a evitar a hospitalização;

⁹ Esses exemplos foram extraídos de outro artigo sobre o Programa: Saggese, E. & col. *Psicanálise como alternativa à internação psiquiátrica*. In: Denise Maurano (Org.) Circulação Psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

2- avaliação extensiva proporcionando a identificação de áreas comprometidas, possibilitando a formulação de projetos terapêuticos singularizados;

3- tratamento ambulatorial intensivo a clientes para quem uma ou duas sessões ambulatoriais por semana são insuficientes; 1

4 - preocupação em evitar o estigma para o adolescente resultante do afastamento familiar e social.

O tratamento-dia para adolescentes deve incluir uma estrutura que, levando em consideração características específicas dessa faixa etária, trabalhe principalmente no seu processo de ressocialização. Na construção dessa estrutura deve-se estar atento para os valores culturais e opções de lazer da população em questão. Um *centro de convivência* para jovens, portanto, deve priorizar as atividades lúdicas tornando, o mais possível, o aspecto de um *clube* onde a socialização possa ser promovida através de jogos, música, arte, interação grupal, etc.

A importância das atividades lúdicas na promoção de saúde mental:

Buscando desenvolver novas estratégias alternativas em saúde mental, principalmente na área infanto-juvenil, o autor criou o *Projeto Brincar*¹⁰. O projeto baseia-se em atividades lúdicas e envolve crianças, familiares e pacientes internados no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O contato entre crianças e pacientes contribui para um processo de diminuição do preconceito contra o chamado “doente mental” e para a solidificação dos vínculos relacionais, intermediados pelo lúdico intencionando a constituição de uma base que possa sustentar rupturas, num grupo considerado de risco (filhos de pacientes psiquiátricos).

O Projeto Brincar valoriza o uso da capacidade lúdica das crianças e adolescentes na promoção de saúde mental e na redução do preconceito contra o “doente mental”. Presente desde as primeiras fases do desenvolvimento infantil, a possibilidade de brincar é fonte de liberdade e criatividade e sua inibição é indicativa de riscos quanto à saúde mental. Brincar é um ato seriíssimo: para as crianças é condição de crescimento, para os adolescentes é fator de interação com o grupo de pares e fonte de experiências culturais.

O Projeto Brincar altera o aspecto carregado do pátio de um hospital psiquiátrico que se transforma numa área de lazer. O número de visitantes aumenta, diminuindo a solidão dos pacientes nos fins de semana. As crianças antes proibidas de

entrar no hospital, pedem para voltar e querem trazer amigos para brincar. O isolamento do "doente" é atenuado, estimulando seu desejo de retomar permanentemente ao convívio familiar e comunitário¹¹.

A experiência adquirida nesse projeto, que emprega o lúdico no processo de ressocialização e promoção de saúde mental, pode e deve ser usada em outros contextos, como o da implantação de um espaço destinado a adolescentes sob risco de internação psiquiátrica. Esse espaço como centro de convivência com características lúdicas, integra-se na proposta de construção de uma estrutura intermediária voltada para as especificidades do jovem.

Portanto, o *clube* constitui-se como um projeto terapêutico ampliado, na medida em que possa se tomar estruturante para jovens que convivem com a desagregação e desestabilização psíquicas. Portanto, deve funcionar como facilitador da reconstrução de redes de socialização.

¹⁰ Saggese, E. Projeto Brincar. J. Bras. Psiq, 44(4): 185-187, 1995.

¹¹ O Projeto Brincar recebeu o Prêmio Criança 94 da Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança, prêmio atribuído, em âmbito nacional, a atividades em prol da criança nas áreas de saúde, educação e direitos.

II - OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

O Projeto visa estruturar e implementar um espaço lúdico de acompanhamento a jovens com *grave sofrimento psíquico*¹², investigando de que forma essa estratégia pode contribuir para a manutenção ou restabelecimento de seus vínculos sócio-afetivos, configurando-se como um núcleo da construção de um Hospital-Dia infanto-juvenil.

Objetivos Específicos:

1. Implantar uma atividade de lazer assistido para adolescentes em grave sofrimento psíquico;
2. Promover o treinamento de profissionais de saúde mental para a formação de uma equipe capaz de gerir as atividades de um Hospital-Dia infanto-juvenil;
3. Responder a algumas questões chaves sobre a eficácia da estratégia de lazer assistido para adolescentes; são elas:
 - O espaço de convivência pode funcionar como provedor de indicadores que permitam a construção de melhores estratégias de assistência?
 - O clube "Ponto de Encontro" funcionará como ambiente facilitador do convívio social para este adolescente? De que forma?
 - As atividades desenvolvidas nesse espaço terão repercussão em outras áreas da vida do jovem (educação, profissionalização, relações afetivas, etc.) ?
 - O clube é capaz de gerar uma maior adesão (vínculo) do adolescente e sua família no serviço infanto-juvenil?
 - A criação desse espaço permite melhor interação do adolescente com a família e possibilita uma ampliação de sua relação com a comunidade ?

¹² Quando optamos pela terminologia “grave sofrimento psíquico”, estamos querendo indicar que nossa prática clínica procura não se restringir a conceitos diagnósticos padronizados que empobrecem a avaliação da realidade global dos adolescentes atendidos.

III- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO:

População Alvo: jovens, entre 13 e 18 anos, de ambos os sexos atendidos pelo *Programa Ambulatorial para Adolescentes sob risco de internação psiquiátrica* do Serviço Infanto-juvenil do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Gradualmente, objetiva-se ampliar esta clientela para que o clube possa absorver encaminhamentos, dentro do perfil do programa advindos de outras instituições, intencionando inclusive com isso a promoção de parcerias com outros dispositivos assistenciais na realização deste projeto.

O Programa usa os seguintes critérios de seleção para a admissão dos clientes:

-Tipos de transtornos mentais¹³: Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos do humor (com sintomas psicóticos), transtornos de conduta, transtornos dissociativos.

-Avaliação do risco de internação psiquiátrica do adolescente, considerando:

a) seu atendimento anterior em emergências, psiquiátricas ou gerais;

b) possibilidade de internação, cogitada ou demandada pelos pais ou responsáveis.

-Acesso à família para autorização e formulação do processo terapêutico;

-Início ou acentuação do sofrimento psíquico grave na adolescência comprometendo o desenvolvimento psicossocial.

Desenvolvimento:

1 - Construção do espaço de convivência "Ponto de Encontro", configurador do campo de pesquisa. Será estruturado um espaço de convívio para os jovens com atividades culturais e lúdicas. Este espaço possui duas características principais: funcionará como lugar de múltiplas trocas afetivo-sociais entre os adolescentes e também constituirá o campo de pesquisa a ser utilizado para o levantamento de dados.

É importante assinalar que o "Ponto de Encontro" pretende utilizar múltiplos espaços, tais como: as dependências do Campus Universitário da Praia Vermelha (piscina, campo de futebol, etc.), recursos do IPUB (oficinas terapêuticas do CAD, sala de vídeo, bibliotecas, etc.). Propõe-se, também a lançar mão de alternativas de lazer fora do campus: shoppings, cinemas, praias, parques, etc.

¹³ Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. OMS, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

A equipe técnica intenciona ainda, realizar intervenções no âmbito das famílias dos adolescentes. A execução dessas estratégias dar-se-á através da formação de grupos operativos, palestras, trocas de vivências, etc.

Vale ressaltar que, a equipe técnica construirá um planejamento de atividades, elaborado mensalmente, podendo ser reavaliado ao longo de sua implementação.

Desde os primeiros passos do clube, estamos atentos à escuta da demanda dos adolescentes: elaboramos um questionário (vide anexo 1) que será entregue aos jovens assistidos pelo Programa Ambulatorial. O objeto deste instrumento é assinalar as diferentes formas de fazer com as quais os adolescentes gostariam de se vincular. Este questionário, portanto, funcionará como subsídio ao planejamento das atividades do clube.

2 - Coleta de dados: serão utilizados como instrumento de pesquisa a observação participante; entrevistas temáticas com adolescentes, com os profissionais do setor e familiares, baseadas nos pressupostos estabelecidos anteriormente; análise de imagens fotográficas e vídeos. Serão produzidos diários de campo como forma de registro das atividades realizadas, frequência dos adolescentes, situações significativas e funcionamento geral. Esse diário servirá posteriormente como fonte para análise de dados.

3 - Através da análise dos indicadores será estabelecido um perfil da reestruturação dos laços sócio-afetivos de cada adolescente. As situações que se constituírem paradigmáticas serão utilizadas como fonte de análise, assim como o levantamento de índices quantitativos relevantes para a avaliação da eficácia da intervenção do espaço de convívio (frequência, execução de atividades, nº e horas de funcionamento efetivo). Os dados dos adolescentes coletados no campo serão cruzados com os dados clínicos ambulatoriais dos mesmos (frequência dos atendimentos, evolução sintomática, uso de psicofármacos, participação da família).

4 - Elaboração de relatório parcial e final: preparação de vídeo e artigo científico, formalização de campo de estágio para profissionais e estudantes da área de saúde mental, desdobramento da pesquisa inicial em novas pesquisas correlatas.

IV - CRONOGRAMA

ETAPAS	AÇÕES	INÍCIO	Previsão <i>Término</i>
Treinamento da Equipe	Seminários e supervisões	1º Mês	12º Mês
Instalação do Clube “Ponto de Encontro”	Aplicação do questionário, compra de material, arrumação do espaço, inserção da equipe/ primeiro contato com os adolescentes	1º Mês	2º Mês
Funcionamento do clube	Programação e execução das atividades. Coleta permanente de dados	3º Mês	12º Mês
	Tratamento dos dados, elaboração de relatórios	6º Mês	12º Mês