



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Clara Feldman

**Entre a clínica ampliada e a clínica especializada:
um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial**

Rio de Janeiro

2017

Clara Feldman

**Entre a clínica ampliada e a clínica especializada:
um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Coorientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Rio de Janeiro

2017

Clara Feldman

**Entre a clínica ampliada e a clínica especializada:
um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 5 de outubro de 2017.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Instituto de Medicina Social - UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Clarice Monteiro Machado Rios

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todos os autistas, seus familiares e profissionais da rede pública de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais, usuários e familiares do CAPSI Maurício de Sousa, pela oportunidade, confiança e generosidade. Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração de cada um de vocês.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fornecimento de bolsa de incentivo a esta tese.

A Kátia Alvares de Carvalho Monteiro, pela disponibilidade incansável, entusiasmo contagiante e ensinamentos desde os meus primeiros passos profissionais.

A Lula Wanderley e Gina Ferreira pela inesquecível transmissão de um valor: *o que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra.*

A Marta Zappa e Fernando Ramos pelo investimento incansável e vigoroso na formação dos estagiários e residentes. Obrigada pelas oportunidades de um aprendizado dinâmico e crítico.

Ao professor Francisco Ortega, pela orientação atenciosa, precisa e sincera. Agradeço por todas as aulas, discussões e sugestões que viabilizaram a construção deste trabalho.

Ao professor Rossano Cabral, pelo acolhimento e também pelas importantes considerações para elaboração da pesquisa e redação.

A Cristina Ventura, pelo entusiasmo contagiante e capacidade delicada de articular a clínica com a política de modo inspirador.

A Clarice Rios, um agradecimento especial pela presença constante na construção do passo a passo deste trabalho. Obrigada pelo carinho e pelas importantes contribuições.

A Barbara Andrada Costa, pela parceria, incentivo, companheirismo nas horas duras e nos prazeres da vida acadêmica.

A Benilton Bezerra por acompanhar de perto minha trajetória, meus mais profundos e sinceros agradecimentos.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

A Bianca Feldman, minha irmã, pelo amor infinito que sempre existiu entre nós.

A Bruno, meu marido, minha maior e melhor conquista. Sem o seu apoio diário, compreensão, paciência, carinho e alento nada disso seria possível.

Ao meu filho, Bernardo, por me proporcionar a melhor experiência da vida. Aprendo com você diariamente sobre as importâncias e desimportâncias do mundo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

FELDMAN, Clara. *Entre a clínica ampliada e a clínica especializada: um estudo etnográfico sobre os cuidados a autistas na atenção psicossocial*. 2017. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O cenário controverso que o tema autismo atravessa no país, principalmente no que se refere a divergências assistenciais e políticas, apresenta novos desafios. De um lado, a crescente demanda por serviços especializados, capacitação de recursos humanos e o ativismo político de familiares de autistas, reivindicando políticas públicas capazes de responder às necessidades assistenciais dessa população. De outro, estão os profissionais da saúde mental, comprometidos com os ideais da Reforma Psiquiátrica que apostam numa lógica de cuidado proveniente da luta antimanicomial. Diante deste cenário, resulta a necessidade de se mapear, de perto, os processos já em andamento no campo da assistência pública, para um melhor entendimento dos avanços e barreiras encontradas na implementação da rede de cuidados na saúde mental, destinados a essa clientela. Através da imersão etnográfica no CAPSI Maurício de Sousa, esta tese objetivou mapear a inserção do autismo na saúde mental. Neste sentido, procedeu-se à análise de como os princípios - acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade - sustentam a posição dos profissionais da saúde mental em relação ao provimento assistencial nos moldes da clínica ampliada. E ainda, como os profissionais identificam os desafios e alcances acerca da assistência provida aos autistas no campo da saúde mental e se mobilizam diante delas.

Palavras-chave: Autismo. Saúde Mental. Clínica ampliada. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

FELDMAN, Clara. *Between extended and specialized clinics: an ethnographic study on autistic care in psychosocial care*. 2017. 193f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Divergences around autism care and policies in Brazil put forward new challenges. On the one hand, the growing demand for specialized services, training of human resources and the political activism of autistic parents demanding public policies that respond to the specific care needs of this population. On the other hand, the mental health professionals, committed to the ideals of the Psychiatric Reform that promote care methods inspired by the so called ‘anti-asylum fight’ (luta antimanicomial). Given this scenario, it becomes necessary to map the processes already underway in public mental health care in order to have a proper understanding of both barriers and improvements faced by the implementation of the mental health care network for that population. Through ethnographic immersion in CAPSI Maurício de Sousa, this Ph D thesis aims to map the insertion of autism in the mental health system. In this sense, it examines how the principles of universal access, integral care and intersectoriality are mobilized by mental health professionals in favor of the expanded clinic model of care. We have also examined what kind of challenges and strengths these professionals are identifying in the current autistic healthcare model and how they are reacting to them.

Keywords: Autism. Mental Health. Extended clinic. Psychosocial Care Center.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS: DO HOSPÍCIO AO CAPSI	29
1.1	Hospício de Pedro II	30
1.2	Pavilhão Bourneville 1904	31
1.3	Hospital Pinel	37
1.4	Centro de Orientação Infantojuvenil (COIJ)	37
1.5	Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica, 1992	41
1.5.1	<u>1998: A inauguração do prédio destinado ao setor infantil.</u>	58
1.5.2	<u>A fusão dos dois serviços.</u>	63
1.6	CAPSI Maurício de Sousa	70
2	O AUTISMO NO CAPSI	73
2.1	Um breve parêntese sobre o nascimento do CAPSI a partir dos CAPS	75
2.2	Os três princípios do CAPSI: acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade	77
2.3	O cotidiano do CAPSI Maurício de Sousa	81
2.3.1	<u>Diário de campo: notas do primeiro dia</u>	83
2.4	Clínica ampliada: a singularidade e o diagnóstico entre parênteses	86
2.4.1	<u>Turnos ou Coletivos Clínicos</u>	100
2.4.2	<u>A influência da psicanálise nos turnos</u>	106
2.4.3	<u>Cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos</u>	120
2.5	Afinal, como podemos dizer que os autistas estão inseridos no cotidiano do CAPSI?	126
3	DEBATE PÚBLICO: CAPSI ENTRE DEFESAS E ATAQUES	133
3.1	Breve contextualização	136
3.2	Evento “A comemoração do dia Nacional da Luta Antimanicomial”	141
3.3	Audiência Pública: “Cada um no seu quadrado”	147
3.4	Fórum Interinstitucional	162
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
	REFERÊNCIAS	184
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	190
	ANEXO B – Temas abordados nas entrevistas com profissionais	191

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Circunscrevendo o sujeito do estudo

A pesquisa qualitativa, de alguma forma, está vinculada à biografia do pesquisador, sendo assim, para a apresentação deste estudo é necessário um breve relato da minha trajetória no campo da saúde mental. Pretendo remontar às influências, pressupostos e atravessamentos que construíram tal objeto de estudo e expor como o interesse pelo campo do autismo me acompanha desde os primeiros passos profissionais.

Em 2006, como acadêmica bolsista da prefeitura, estagiei no Espaço Aberto ao Tempo (EAT), localizado no Instituto Municipal Nise da Silveira, zona norte do Rio de Janeiro. A multiplicidade de linguagens em sua prática cotidiana e a criatividade como norte das ações clínicas eram marcas entranhadas do EAT. Naquela época, fiquei absolutamente encantada com os ensinamentos de Lula Wanderley, médico, artista plástico e diretor do EAT. Eram lições de como pensar em “propostas abertas”, onde tudo que fosse acolhedor, que resultasse da cultura, da criatividade, do amor e da arte, seria bem-vindo naquele espaço. Se a ioga podia ser acolhedora, podíamos experimentá-la, se a música servisse de acalento, trazíamos a música; se a dança fosse confortável, utilizaríamos a dança; se a água, a areia ou a grama fossem também significativas, as traríamos. As direções eram poéticas e ao mesmo tempo libertadoras.

O grupo de estagiários aprovados naquele ano estava completamente imbuído dos ideais da Reforma Psiquiátrica e aquele dispositivo clínico, onde a arte era ao mesmo tempo um meio de comunicação e de escuta, nos fascinava. Tratava-se de uma bela oportunidade de se ver como se operacionalizavam as ações de desinstitucionalização.

No entanto, o entusiasmo foi rapidamente diluído pela angústia sentida diante de alguns pacientes, para os quais toda aquela conjuntura e proposta de trabalho pareciam não fazer sentido algum. Eles estavam inseridos em oficinas, alguns eram atendidos individualmente por médicos, outros ficavam circulando livremente nos espaços físicos do EAT, sem que houvesse um direcionamento para aqueles passos errantes.

O estágio consistiu no meu primeiro contato com a clientela autista em um serviço da saúde mental. Ao mesmo tempo em que fiquei absolutamente incomodada, estava curiosamente interessada para saber se aquelas inserções tinham sido planejadas com intenções definidas ou

eram despropositadas. Repleta de dúvidas, recorri a todos os staffs da equipe. Na medida em que a dinâmica terapêutica oferecida se baseava preferencialmente em atividades coletivas, exigindo certo grau de autonomia, surgia a necessidade de saber como os profissionais do EAT viam a participação dos autistas. Seria possível considerar que estes, nos moldes propostos, estavam efetivamente integrados e usufruíam das atividades oferecidas?

Na época, havia dez autistas matriculados no serviço, dos quais apenas quatro compareciam em uma frequência regular. Os outros seis eventualmente iam para atendimento médico individual, buscar medicações.

Meu envolvimento com o tema “o autismo na saúde mental” apenas se iniciava. O EAT realizava reuniões de equipe semanalmente, com a participação de todos os profissionais. Discutiam-se os casos mais graves, a porta de entrada, os encaminhamentos de cada caso, entre outros assuntos que faziam do momento uma ocasião privilegiada. Era possível expor ideias, avaliar o funcionamento do serviço, o impacto das intervenções, aliviar as angústias experimentadas no cotidiano e colocar todos para pensar em conjunto a respeito dos caminhos desejáveis para a sustentação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Minha inquietação com os autistas do EAT transbordava. Invariavelmente, em todas as reuniões de equipe, eu apresentava questionamentos sobre o lugar dos autistas naquele serviço. Questionava a periodicidade, os projetos terapêuticos de cada um, pedia indicações bibliográficas sobre o tema e queria discutir aqueles casos que pareciam tão enigmáticos.

O tempo passava, as perguntas aumentavam, o mal-estar crescia e o silêncio começou a se instaurar nas reuniões, cada vez que o tema vinha à tona. Gradativamente ia ficando claro que a equipe, apesar de extremamente afetiva e dedicada, não sabia muito bem o que fazer com aquela clientela. O tema autismo, ainda mais relativo à fase adulta dos usuários era uma interrogação para os profissionais daquele espaço.

Essa atmosfera se manteve até uma das reuniões de equipe, em que foi trazido o caso do “menino monstro”. Edvan¹ tinha 20 anos. Vivia trancado em sua casa. As raríssimas vezes em que saiu, e que foi visto pela vizinhança, estava sendo levado para o hospital geral.

O caso chegou até o EAT porque um dos vizinhos de Edvan se tratava lá e recorreu ao diretor Lula para pedir ajuda, dizendo: “*Tem um menino, mais conhecido como menino monstro, que não para de gritar e incomodar a vizinhança*”. Segundo ele, como o EAT o ajudara muito, talvez pudesse fazer alguma coisa pelo *menino monstro*. Na ocasião, estando ao lado de Lula, juntos perguntamos por que o garoto era conhecido como *menino monstro*. Ele nos respondeu:

¹ Os nomes são fictícios para manutenção do sigilo.

Lembra quando eu morava dentro de um buraco, aquele buraco perto de onde minha mãe foi enterrada? Na época, achavam que eu era um bicho. Com ele está acontecendo a mesma coisa. Ele não sai do quarto, a vizinhança morre de medo, pois ele parece um monstro. Eu só saí, literalmente, do buraco, porque vocês me resgataram. Ele precisa de vocês².

No momento em que o caso chegou à reunião de equipe, já se tinha feito um apanhado sobre o tal *menino monstro*. O adjetivo fazia referência à sua aparência física. Edvan nascera com as pernas tortas e pés invertidos. Apesar das pernas finas, atrofiadas e os pés pequenos e tortos, as unhas se destacavam por serem enormes, não sendo exagero afirmar que davam voltas. A pele, extremamente branca e pálida, denunciava que ele não tinha contato com a luz do dia. Os cabelos, tão embolados, pareciam uma esponja que absorvia sujeiras. Quase nunca evocava sons para se comunicar, quando emitia alguma coisa, esta vinha na forma de gritos que alternavam a intensidade. Ele andava, mas de um jeito muito peculiar. Pela insustentabilidade ereta do corpo, seu modo de locomoção não passava despercebido.

Chegar até Edvan foi difícil, nada simples. O primeiro contato com a família – mãe e pai – foi por telefone, para agendar uma visita, mas sem sucesso. A mãe estranhou a oferta de ida à sua casa para uma avaliação do caso e vetou. Diante de nossa apresentação como profissionais da saúde mental pública, ela deduziu que estávamos vinculados à justiça e que perderia a guarda do filho. Erro nosso. Explicamos que a informação viera de José, vizinho deles que se sentia recuperado pelo tratamento recebido no EAT. Pensava que Edvan poderia se beneficiar igualmente. Porém, José era considerado louco por eles e pela vizinhança. Afinal, passara 6 anos enterrado num buraco, onde recebera comida da igreja uma vez por dia, sempre à noite, após a morte de sua mãe. Mais um erro de abordagem nosso. O *menino monstro* era temido pela vizinhança. Por que um vizinho se sensibilizaria pelo caso?

Desajeitados, insistimos no contato telefônico e a convidamos para conhecer o serviço. Marcamos uma data, ela não compareceu. Insistimos. Na terceira tentativa, ela compareceu.

O encontro com a mãe de Edvan foi paradigmático. A narrativa sobre a trajetória da família é muito impactante. Em seus termos,

Só me rendi ao convite, porque realmente preciso que alguém me ajude a cortar as unhas e os cabelos de Edvan. Já pensei em sedá-lo, marcar uma cirurgia para cortarem o cabelo e a unha. As pessoas acham que a aparência de Edvan é fruto de maus tratos. Acreditem, já tentamos tudo que vocês podem imaginar. Ele não deixa de jeito nenhum. Se ao menos pudéssemos melhorar a aparência, não correríamos o risco de perder a guarda dele. (Material colhido de caso clínico apresentado em reunião de equipe do EAT, 2006).

² Este material foi extraído do caso clínico apresentado no Espaço Aberto ao Tempo, em 2006.

Em resumo, a história de Edvan é a seguinte. Acessou o serviço de saúde mental aos vinte anos, por acaso, através de um pedido de ajuda de um dos usuários do EAT. Ele não se expressava através de palavras, não saía de casa para nada. Desde 4 anos, demonstrava angústia ao contato físico. Reagia, balançando-se e gritando. Sua vida, empobrecida de relações e pertencimento, resumia-se ao apartamento da família. Ao longo de sua trajetória de vida, o vazio enigmático de sua condição produziu o isolamento de Edvan e família, do resto do mundo. Ele virou o monstro do bairro. Os pais, considerados amaldiçoados pela situação, perderam seus vínculos. Romperam com os laços sociais. Terminaram, todos, enclausurados em casa.

Uma van da prefeitura buscou Edvan em casa. O primeiro contato foi intensamente mobilizador. A aparência, de fato, era impactante. Representava o abandono e a ausência de políticas públicas. Ele se recusou a sair da van. O EAT se recusou a virar as costas. A condição dramática e vulnerável apresentada por Edvan e seus pais fez com que a equipe se mobilizasse para acolhê-los, lançando mão de qualquer alternativa e recurso inventivo possível, para que essa família tivesse um destino diferente.

A inversão do descaso em formato de acaso, para que Edvan imediatamente se tornasse nosso caso, foi a constatação de que tínhamos muito a fazer com ele. Não sabíamos por onde começar nem como, mas tínhamos noção do peso da responsabilidade. Foi a partir do caso de Edvan que a história do lugar do autismo no EAT ganhou espaço e contornos específicos. Este evento representou a inauguração de um novo momento no EAT.

Diante do vazio e das perguntas irrespondíveis, a equipe decidiu que eu, outra estagiária e um staff ficaríamos responsáveis por reconstruir o projeto terapêutico de cada autista matriculado no EAT. Também ficaríamos com a incumbência de organizar algum material didático, para que a equipe pudesse estudar o tema.

Às voltas com a necessidade de pensar em estratégias de acolhimento voltadas para as especificidades de uma clientela que não exatamente correspondia à clientela comum aos CAPS, começamos a planejar como nos capacitaríamos para acolher melhor os autistas.

Como grande parte dos autistas que estavam matriculados no EAT já havia passado por serviços de saúde mental infantojuvenil – normalmente são encaminhados após atingirem a maioria cronológica – entramos em contato com três Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSI)³, localizados no Rio de Janeiro, com o intuito de buscar

³ Em 2006, entramos em contato com o Núcleo de Atenção à Criança Autista e Psicótica (NAICAP-IMPP), CAPSI Maria Clara Machado, CAPSI Eliza Santa Roza.

informações sobre como acolher aquela clientela num serviço de atenção diária para adultos. Acreditávamos que eles detinham a expertise sobre o cuidado em saúde mental de autistas. Partimos então em busca de algum conhecimento acerca de autismo, sobretudo porque apostávamos que os CAPSIs eram os dispositivos do “suposto saber” lidar com pessoas naquela condição. Durante dois meses, realizamos visitas aos serviços, conversamos com diversos profissionais, buscamos referências bibliográficas e acompanhamos algumas oficinas.

As perguntas que nos moviam eram baseadas no entendimento de que o autismo faz parte, impreterivelmente, da clientela de nossa responsabilidade⁴. No entanto, não bastava haver autistas matriculados nos Centros de Atenção Psicossocial, era necessário um compromisso reflexivo sobre o que estávamos oferecendo a eles, quais os limites e alcances possíveis na rede de saúde mental.

As incursões nos referidos serviços foram importantíssimas para que pudéssemos definir um ponto de partida. Influenciados pelos ensinamentos e conselhos obtidos nos encontros com os profissionais dos CAPSIs visitados, decidimos que algumas balizas, muito destacadas por eles, poderiam nos ajudar a dar início ao projeto de construir a clínica do autismo no EAT. Foram elas: a singularidade e as idiosincrasias em detrimento do diagnóstico, o relevo nos discursos sobre cidadania, autonomia e laços sociais, e a necessidade de superação dos estigmas atrelados às condições associadas à loucura.

Com essas balizas guiando nossos passos, decidimos então que, de segunda à sexta-feira, teríamos um turno disponível para acolher a clientela autista. Entramos em contato com os familiares de todos os autistas matriculados no EAT e abraçamos o desafio de trabalhar diariamente com eles. Éramos três pessoas completamente comprometidas com a ideia de dispor de um espaço de acolhimento para os autistas.

As primeiras semanas foram extremamente angustiantes. Em uma sala de um pouco mais de 20 metros, os recebíamos, nos olhávamos sem saber por onde começar. Sem quase nenhum respaldo teórico, apostávamos na ideia de acompanhar os passos de cada um. Éramos três para dez. A fala verbal não era um recurso disponível para a comunicação, tendo em vista que nenhum deles se comunicava verbalmente. A sensação de incompreensão absoluta das intenções, emoções e ações expressas por aqueles pacientes tomava conta do ambiente. Foi

4 Três eixos principais orientavam nossas perguntas. **Terapêutica** – Qual era a orientação clínica usada no trabalho com autistas? Como era realizado o diagnóstico? **Dispositivo de acolhimento para infância e adolescência** – Quantos autistas estavam matriculados no serviço? Seria o CAPSI o lugar privilegiado de tratamento para a clientela autista? Existe alguma atividade destinada somente para os autistas? É realizado um trabalho de formação específica relativa a autismo para os profissionais que trabalham no CAPSI? **Rede de Saúde Mental** – Como é realizado o encaminhamento, quando os autistas se tornam adultos? Quais são os principais impasses? Existe consenso sobre o lugar do autista adulto na rede de saúde mental?

então que compreendemos o real sentido da metáfora cunhada por Temple Grandin, “um antropólogo em Marte”⁵. Naquele momento, todos os aparatos de sociabilidade, códigos de linguagem e inteligibilidade do qual dispúnhamos foram confrontados: nos sentíamos perdidos em Marte.

Paulatinamente, a convivência intensiva – de duas a cinco vezes por semana – com os autistas, naquele espaço, transformou a estranheza em certa familiaridade. De alguma maneira, estávamos construindo uma ponte de comunicação. De alguma forma, conseguíamos nos entender. A essa altura, Edvan frequentava diariamente o EAT. Ele continuava com as unhas enormes, com os cabelos descabelados e com o seu jeito particular de se movimentar. Ele já suportava ficar num espaço coletivo. A essa altura, seus pais não mais temiam que a aparência física dele revelasse uma ameaça da perda da guarda. Eles sabiam que podiam contar com a gente. A gente sabia que as unhas grandes e os cabelos sujos não representavam negligência parental. Serviam como proteção para evitar a aproximação física das pessoas.

É bastante difícil traduzir o referido período no formato de técnicas ou manuais sobre como construir a clínica do autismo no CAPS. No entanto, avanços significativos foram registrados nos prontuários e visivelmente notados em cada um dos 10 casos.

Os familiares foram estreitando laços com a equipe, problemas da vida diária eram acompanhados de perto e avanços individuais foram observados. De alguma forma, foi possível a decifração de alguns modos insólitos e idiossincráticos de comunicação, o desenvolvimento de autonomia das tarefas da vida diária para os casos que demandavam esta abordagem e o estabelecimento do vínculo com cada um deles.

Foram dois anos de estágio e investimento intensivo no espaço referido. Após o término do estágio, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro. Neste, o residente contava com a oportunidade de passar por vários dispositivos da rede de atenção psicossocial. Estava ávida por compartilhar a experiência vivida no EAT e conhecer melhor como os autistas estavam inseridos nos demais serviços da rede.

Nos seis primeiros meses, trabalhei nas enfermarias e na emergência do Instituto Municipal Philippe Pinel. Desde o início, deixei clara a motivação para acompanhar os casos de autismo, mas não havia autistas internados no período em que estive lá. Tampouco eles acessavam a emergência.

⁵ Frase famosa, pronunciada por Temple Grandin, autista, para expressar como o mundo lhe parecia estranho e enigmático. A frase acabou virando o título do livro do Oliver Sacks, *Um antropólogo em Marte* (1995).

No segundo semestre do primeiro ano, fui direcionada para o CAPS Fernando Diniz⁶, localizado em Olaria. Fiquei eufórica, pois era um dos poucos CAPS de adulto na cidade do Rio de Janeiro conhecido por atender vários autistas. Lá eram desenvolvidas atividades coletivas e individuais, direcionadas especificamente para esta clientela. Não havia metodologia específica para acolhê-los. O que havia eram profissionais, das mais variadas filiações teóricas, com o direcionamento clínico respaldado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo a inclusão social e direitos de pessoas com transtornos mentais. O CAPS Fernando Diniz também organizava o grupo de familiares. Este tinha como principal objetivo debater as dificuldades enfrentadas pelos pais, no que diz respeito às questões do adulto autista. Os temas mais debatidos eram a força física, sexualidade, o medo dos pais de morrer e deixar seus filhos desamparados, a dificuldade de reconhecer que o autista cresce e deixa de ser criança, entre outros dilemas enfrentados no dia a dia pelas famílias.

Foram seis meses de rico aprendizado sobre o trabalho possível em um CAPS de adulto para a clientela autista.

Em 2010, iniciei o segundo ano do programa de residência no serviço infantojuvenil do Instituto Philippe Pinel, atualmente CAPSI Maurício de Sousa, à época nomeado Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP).

Foi o momento mais esperado do meu percurso na residência, pois finalmente teria a oportunidade de trabalhar em um serviço considerado referência no cuidado com autistas na atenção psicossocial. A história do NAICAP, famosa pelo empenho de profissionais que, no final de década de 80 se mobilizaram em torno da situação do atendimento a autistas na rede pública de saúde, era bastante inspiradora para quem também estava às voltas com o tema em questão.

A experiência de acompanhar os autistas no NAICAP não foi sem consequência. Por conta do forte viés psicanalítico que marcava os direcionamentos clínicos privilegiados, muitos residentes e estagiários, que estavam tendo o primeiro contato com a teoria psicanalítica, ficavam perdidos. De alguma maneira, entendíamos o valor da singularidade e a necessidade de tentar acompanhar os passos e desejos de cada paciente. No entanto, estas considerações não eram suficientes para atenuar nossas angústias, logo, muitos questionamentos se instauravam:

Como era possível realizar um trabalho, cujos balizamentos se organizam a partir da psicanálise, com aquelas pessoas que não falavam? Como era possível construir pontes de

⁶ Um pouco do trabalho direcionado para autistas realizado pelo CAPS Fernando Diniz pode ser visto no documentário “Autismos Entreditos” (Autistas no CAPS, 2015). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=oS4pC-cfjGM>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

comunicação com aquelas pessoas que pareciam tão inacessíveis? Deixar a criança brincando à vontade, do que ela quiser, ou não fazendo nada é trabalho terapêutico? Como podemos avaliar os efeitos das nossas intervenções? A intuição e a sensibilidade, tão necessárias para a clínica na saúde mental, podem ser consideradas suficientes como técnicas terapêuticas? O que pretendemos com essas atividades? Será que temos que ter um objetivo *a priori*?

Nestes seis meses, imersa na experiência de trabalhar de perto com crianças e adolescentes autistas, as dúvidas cresciam, as incertezas aumentavam e, cada vez mais, me sentia comprometida com o tema autismo na saúde mental.

O último semestre da Residência foi destinado ao Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad). Pode-se dizer que os CAPS-ad funcionam nos moldes de certo especialismo, tendo em vista que sua clientela de abrangência é definida pela noção de uso abusivo de álcool e outras drogas. Valorizar o particular de cada caso em uma instituição “especializada”, que tem como função tratar de sujeitos que estão marcados por uma identidade diagnóstica – a de drogados – me fez refletir sobre os motivos pelos quais atravessamos um processo de especialização crescente.

O que a busca contemporânea por especialismos representa? Como a noção de especialismo atravessa a forma de pensar, agir, sentir e construir demandas que são endereçadas a nossos serviços de atenção da rede de saúde mental?

Cinco anos se passaram e o envolvimento com o tema autismo na saúde mental aumentava. De alguma forma, a experiência no CAPS-ad despertou o interesse em pesquisar as relações entre o crescente processo de especialização pelo qual passamos em nossa cultura contemporânea e as demandas por serviços especializados, vocalizadas por alguns familiares de autistas que encontrei ao longo desta trajetória. A escolha pelo mestrado na área de Ciências Humanas e Saúde, no Instituto de Medicina Social foi o próximo passo.

A ideia inicial era pesquisar o que os profissionais de saúde mental pensavam sobre a especialização dos dispositivos da rede de saúde mental, o que eles consideravam especialismos e como articulavam esta noção com as práticas institucionais.

No entanto, nas primeiras conversas com meu Orientador de mestrado, o Prof. Jurandir Freire Costa, fui apresentada ao tema em que ele estava debruçado: “Narrativas em primeira pessoa sobre o autismo”. No primeiro momento, fui pega de surpresa. Achei bastante revolucionária a ideia de que os autistas estariam discursando e nos ensinando sobre o autismo.

As concepções sobre o autismo que eu tinha acessado, até então, eram sempre proferidas por terceiros – agentes de saúde, educação, justiça e familiares. Foi uma instigante surpresa

saber que existiam autistas falando sobre si, por si. Foram dois anos, estudando autobiografias produzidas por autistas, o que acabou culminando em minha dissertação de mestrado, intitulada “*Relatos sobre autismo: um estudo sobre narrativas em primeira pessoa*”, 2013.

Com o fim do mestrado, foi necessário retomar as questões que ainda pulsavam e mobilizavam meu interesse em articular a necessidade de estudar com a vontade de voltar para o campo.

A opção pelo doutorado se deu a partir da imprescindibilidade existente de realizar um mapeamento a respeito dos serviços assistenciais para pessoas com autismo na rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro.

A trajetória de cinco anos ainda deixava marcas fortes e pulsantes em relação ao tema: o autismo na saúde mental.

Acompanhei de perto os desafios enfrentados, principalmente, por autistas adultos e suas famílias, que buscavam tratamento e se perdiam no campo da assistência à saúde. Pude testemunhar, diversas vezes, que ao procurarem a rede pública de saúde, os autistas “crescidos” e seus familiares circulavam entre os diversos serviços de saúde, deparando-se com poucas possibilidades, dentre elas, respostas medicamentosas.

Também presenciei e acompanhei de perto a batalha e o empenho de profissionais da rede de atenção psicossocial que, mesmo sem recursos, estavam disponíveis, ao mesmo tempo que perdidos, no que diz respeito ao acolhimento dessa clientela.

O cenário complexo, vivenciado por profissionais de saúde, por autistas e seus familiares, revelava a situação do autismo no município do Rio de Janeiro. Inevitavelmente, as perguntas continuavam me acompanhando e me impulsionavam a mergulhar de cabeça na construção de um projeto de doutorado. Seria o CAPS o lugar privilegiado para o acolhimento dessa clientela? Quais são seus destinos possíveis na rede pública de saúde? Seria necessário pensar em serviços especializados?

Como trabalhadora do campo da saúde mental, trago na bagagem a experiência de ter vivenciado de perto avanços, impasses e desafios colocados no que diz respeito ao tema em questão.

Sem dúvida, fazer parte desse cenário não é sem consequências, quando se resolve transformar inquietações do cotidiano de trabalho em tema de pesquisa. As marcas da minha trajetória profissional acabaram funcionando como estímulo para a produção de um trabalho acadêmico, nos moldes de uma tese.

Os primeiros passos da pesquisa

Com as perguntas de uma trajetória ainda pulsantes, em 2013 iniciei o doutorado, com a chance de transformar os questionamentos em combustíveis para realização de uma pesquisa que tem como objetivo principal colaborar para o desenvolvimento do campo de atenção psicossocial.

O ano de 2013 começou atravessado pelos efeitos da promulgação da lei nº12.764, sancionada em 27 de dezembro de 2012. Também conhecida como lei Berenice Piana institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, teve implicações significativas e provocou um amplo debate, recheado de dissensos acerca do tratamento para autistas na rede pública.

Ao reconhecer o autismo como pessoa com deficiência, a referida lei esquentou debates sobre tratamentos, políticas e reivindicação de direitos civis para esta população.

Foi neste cenário que eu e Barbara Andrada, também doutoranda do Instituto de Medicina Social da UERJ, ingressamos como colaboradoras da pesquisa intitulada *Uma etnografia do campo do autismo no Rio de Janeiro: da experiência vivida às políticas públicas de saúde*, coordenada e formulada pela antropóloga Clarice Rios.

Estávamos às voltas com a confecção de um mapeamento do campo de cuidados para pessoas com autismo no Rio de Janeiro. Com trajetórias distintas, cada pesquisadora delineava seus próprios caminhos, ao mesmo tempo em que tínhamos como intenção colaborar para o mapeamento ampliado do campo.

Diante da celeuma em torno do autismo, estávamos interessadas nas diferentes concepções que atravessavam a multiplicidade de atores sociais que compunham tal processo. Buscávamos compreender como as diferentes representações sobre o autismo desenhariam as demandas oriundas dos pais e as ofertas de serviços assistenciais destinadas a esta clientela.

A intenção inicial de mergulhar numa pesquisa etnográfica para acompanhar a trajetória dos autistas na saúde pública, desde o diagnóstico até chegar ao tratamento, se deu pela necessidade de fazer um levantamento situacional do atendimento a autistas no município do Rio de Janeiro.

Esta pretensão, naturalmente, teve seus recortes a partir do campo particular de cada pesquisadora. O meu, inevitavelmente atrelado à rede de atenção psicossocial, foi se organizando a partir da pergunta que continuava fortemente me mobilizando: *Como os autistas estão inseridos na rede de saúde mental?*

Foi então, que esbarrei no primeiro dilema: quais seriam os locais privilegiados para responder à esta pergunta? A sede em mapear o campo, me fez acreditar, temporariamente, na possibilidade de “etnografar” vários CAPSIs da Rede de Atenção Psicossocial.

A ideia de como selecionaria, em qual CAPSI a etnografia seria realizada, foi sendo amadurecida ao longo do primeiro ano de doutorado. Num primeiro momento, tinha a intenção de adentrar em 4 CAPSIs, situados no Rio de Janeiro. No entanto, o tempo que poderia destinar a cada um deles seria insuficiente para dar conta das minhas questões. Em conversa com meu orientador, optamos por selecionar apenas um CAPSI, para que eu pudesse permanecer, intensamente, pelo período de um ano.

A seguir explicarei as justificativas que pautaram a decisão da instituição selecionada.

População Estudada

Selecionar a instituição onde seria realizado o trabalho etnográfico foi difícil. Eram quatro possibilidades: O CAPSI Maurício de Sousa, o CAPSI Maria Clara Machado e o CAPSI Eliza Santa Roza, o CAPSI Pequeno Hans.

Para que o trabalho etnográfico fosse realizado, pelo menos 3 vezes por semana, alguns critérios práticos auxiliaram a seleção:

- 1- Dia da reunião de equipe de cada serviço. A reunião de equipe é um espaço privilegiado pelos CAPSIs. É de praxe que, em todo CAPSI, semanalmente se reúnam e participem todos os trabalhadores, junto com o supervisor clínico-institucional do serviço. Normalmente são discutidos casos emblemáticos, impasses, desafios e problemas enfrentados cotidianamente, entre várias outras temáticas que marcam uma espécie de cultura da saúde mental de privilegiar o trabalho multidisciplinar. Como considero a reunião de equipe um espaço de investigação etnográfica importantíssimo, o dia dessa reunião de cada CAPSI foi um dos critérios utilizados.
- 2- Dias e horários de atividades realizadas com autistas. Foi necessário contactar os quatro CAPSI, para saber se existia algum trabalho direcionado especificamente para essa clientela ou se havia alguma atividade frequentada por autistas.
- 3- A existência de grupos de estudos ou qualquer espaço destinado para capacitação.
- 4- A disponibilidade da equipe para incluir um pesquisador no cotidiano. Como nem todos os serviços selecionados estavam abertos para pesquisadores, este critério também foi considerado.

O processo de escolha da instituição onde seria realizada a pesquisa teve a duração de 2 meses e meio. Foi necessário entrar em contato com cada coordenador ou responsável

substituto, apresentar o projeto de pesquisa e buscar as informações para viabilização do trabalho etnográfico.

Dois CAPSI foram descartados por conta do dia da semana e horário da reunião de equipe. Sendo assim, fiquei bastante dividida entre o CAPSI Maria Clara Machado e o CAPSI Maurício de Sousa.

A opção pelo CAPSI Maurício de Sousa se deu, além de preencher todos os critérios práticos citados acima, pelo histórico desta instituição. Curiosamente, no final da década de 80, surge no bojo da história do serviço infantil do Pinel, a primeira iniciativa da rede pública de saúde mental a se dedicar, exclusivamente, ao atendimento de crianças autistas e psicóticas. Diante da querela acerca do tratamento de autistas que estávamos acompanhando na pesquisa, fiquei absolutamente intrigada para investigar como e porque um serviço de atenção psicossocial foi se constituindo a partir do atendimento dedicado exclusivamente à clientela autista e psicótica. Ou seja, nasce de uma espécie de especialismo e vai deixando de ser ao longo do tempo, chegando à duras críticas às instituições especializadas. Considerando que as demandas por serviços especializados, vocalizadas por familiares de autistas ativistas, marcam a principal bandeira contra os dispositivos da saúde mental, fiquei intrigada para pesquisar como e por que a questão da especialização atravessou a história desta instituição.

Este fato foi crucial para a escolha desta instituição. Outro ponto considerável é que este CAPSI oferece atividades de formação profissional, do que participam estagiários, médicos e demais profissionais de saúde mental, sendo exclusivamente destinadas para a formação e capacitação no campo da atenção psicossocial. Neste sentido, considerei o espaço de formação um positivo ambiente de análise, tendo em vista a possibilidade de acessar as referências teóricas privilegiadas da equipe.

Outro critério, menos prático e mais subjetivo, que influenciou a escolha pelo CAPSI Maurício de Sousa foi o fato de eu já ter passado por lá como residente, 4 anos antes. Como oficialmente este espaço só passou a ser um CAPSI em 2012, pois antes funcionava atrelado ao Hospital Municipal Philippe Pinel, estava muito curiosa para ver as decorrências da mudança. Retornar para o antigo NAICAP, após um percurso em outros dispositivos de saúde e na condição de pesquisadora, foi um dos fatores que também contribuiu para a escolha final.

Caminhos metodológicos de uma pesquisadora nativa

A ideia de retornar ao campo da saúde mental, como pesquisadora, não foi sem questionamentos. Como eu voltaria para os mesmos lugares em que trabalhei por alguns anos, agora na condição de pesquisadora? Como pesquisar dispositivos da saúde mental, com o intuito de produzir conhecimento sobre atividades das quais participei ativamente como psicóloga? Quais são os limites, problemas, alcances e possibilidades de se pesquisar aquilo com que se está profundamente conectada?

O primeiro passo foi a busca de material bibliográfico, onde o híbrido pesquisador-nativo fosse tema central. O artigo de Silva: *Reflexividade e implicação de um pesquisador-nativo no campo da saúde mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios colegas de trabalho*, 2007, constituiu grande auxílio para o desenho dos passos metodológicos deste trabalho.

A ideia de contribuir, através do trabalho acadêmico, para que o campo do qual me sinto parte pudesse pensar os limites e alcances em relação ao autismo na saúde mental, ao mesmo tempo em que servia como combustível de entusiasmo causava inúmeros receios. Um exemplo que marca o meu viés da saúde mental é o vocabulário fluente do qual dispunha. Ao revisitar o projeto de pesquisa que escrevi para ingressar no doutorado, palavras como “serviço”, “dispositivo” ao invés de **instituição**; “clientela”, “usuário” em detrimento da palavra **paciente**; “cuidado”, “assistência”, “acolhimento” em contraposição ao vocábulo **tratamento** são exemplos dos conceitos teóricos, termos e expressões que compõem o vocabulário dos trabalhadores de saúde mental.

Seria possível construir uma reflexão crítica de um campo do qual me sentia tão parte?

Contudo, resolvi encarar o desafio de embarcar numa pesquisa etnográfica, consciente de que teria que ficar duplamente atenta às armadilhas provenientes da posição híbrida que eu adotara.

A opção pela etnografia como abordagem de investigação deste trabalho se justifica pela necessidade de fazer uma pesquisa de campo no local onde os fenômenos que pretendo estudar estão acontecendo. A ideia de voltar para o campo, com o intuito de mergulhar intensamente numa observação participante para refletir sobre as concepções acerca do tratamento para autismo que circulavam naquele espaço me entusiasmava. Queria ver de perto, agora na condição de pesquisadora, como era a rotina de atendimento da clientela autista, quais os principais desafios enfrentados pelas equipes de saúde mental, por autistas e seus familiares em relação à experiência de ser autista na cidade do Rio de Janeiro, como os autistas acessavam os

dispositivos de saúde, entre outras questões que me ajudariam a fazer um diagnóstico situacional do tema sobre o qual me propunha estudar.

O fato de esta pesquisa estar associada à pesquisa de pós-doutorado de Clarice Rios também foi de extrema importância para a organização dos passos metodológicos. Tendo em vista que Clarice Rios é antropóloga, ela mesma disponibilizou material bibliográfico sobre etnografia, para a construção das ferramentas metodológicas desta pesquisa.

Outra questão relevante foi a possibilidade de – através do trabalho de campo das duas outras pesquisadoras do projeto – acessar discursos e conhecer outros campos, compostos por diferentes atores, que estão envolvidos na configuração do cenário atual do autismo.

Também é necessário ressaltar que toda a organização do roteiro de entrevistas, a construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ se deu através da pesquisa mais abrangente. (Uma etnografia do campo do autismo no Rio de Janeiro: da experiência vivida às políticas públicas em saúde).

A inserção no CAPSI Maurício de Sousa

A pesquisa etnográfica foi iniciada em janeiro de 2014, e teve duração de 12 meses. Num primeiro momento, foi realizada uma reunião com a coordenadora do CAPSI, onde apresentei o projeto de pesquisa. Neste primeiro contato, procurou-se obter informações formais sobre a organização do serviço, a composição da equipe e as atividades do cotidiano institucional. Acordou-se que a coordenadora do CAPSI apresentaria o projeto para o restante da equipe e que eles pensariam juntos em como poderia se dar a minha inserção etnográfica. Após esta primeira apresentação, fui convidada para participar da reunião de equipe, onde todos os integrantes estariam presentes, para apresentar o projeto e esclarecer questões gerais sobre a pesquisa.

Nesta reunião, combinamos que eu poderia participar de todas as atividades coletivas, incluindo os turnos, oficinas, grupos terapêuticos, passeios, reuniões, supervisão, encontros intersetoriais, atividades de estudo e formação, assim como poderia acessar os prontuários, atas de reunião e materiais didáticos utilizados pelo CAPSI. Somente os atendimentos individuais ficariam fora da observação participante.

De janeiro a novembro de 2014, acompanhei as reuniões de equipe, que acontecem, semanalmente, às terças feiras, de 9h às 13h, com a presença de todos os integrantes da equipe, mais um supervisor.

A reunião de equipe, normalmente é dividida em três momentos:

- O primeiro momento é destinado aos informes e assuntos gerais.
- No segundo momento, são discutidos os casos elencados como necessários para dividir com a equipe
- No terceiro momento, são acordados os encaminhamentos.

Todas as reuniões de equipe foram registradas através de notas de campo. Foi necessário construir um modelo para organizar as notas. Portanto, as anotações continham data da reunião, número de presentes, os informes anunciados, os casos discutidos, assim como muitas vezes foi necessário recorrer aos prontuários para ver o histórico dos pacientes, diagnóstico, projetos terapêuticos, entre outras informações que me ajudassem a compreender os impasses levantados nas reuniões de equipe. No final de cada mês, eu analisava os casos mais trazidos para reunião com o intuito de mapear quais eram os casos e assuntos que mais mobilizavam a equipe.

Durante o primeiro semestre de 2014, alternei os dias e os horários para realização da observação participante, tendo a frequência média de três vezes semanais distribuídas de acordo com as atividades oferecidas. Esta distribuição foi necessária para que eu pudesse conhecer melhor as diferenças entre os turnos, as oficinas e os grupos terapêuticos.

Já no segundo semestre, participei de 2 turnos fixos, que continham um número mínimo de três autistas.

Também frequentei, durante 6 meses, grupos de estudos, organizados pela supervisora, assim como algumas supervisões clínicas com estagiários e residentes, com o intuito de mapear como se dá o processo de formação no CAPSI.

Ademais, foi realizada a coleta de dados com profissionais de nível superior da equipe multiprofissional, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas (ANEXO A).

No total foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e um roteiro pré-definido, com os profissionais. As nove entrevistas tiveram duração média de uma hora e meia. Todas foram gravadas e transcritas. O objetivo de entrevistar os profissionais do CAPSI se deu pela necessidade de buscar, mais a fundo, a trajetória profissional, as concepções sobre o tratamento dos autistas no CAPSI, crenças e formações dos profissionais,

os principais desafios encontrados por eles no cotidiano do trabalho com o autismo, as diferentes abordagens utilizadas, entre outras questões.

Também foram realizadas consultas de prontuários, atas de reunião, entre outros materiais utilizados no serviço, como cartilhas, arquivos bibliográficos dos grupos de estudo, textos indicados na supervisão e nas reuniões de equipe.

No decorrer da etnografia, espaços de convivência, sala de espera e eventos comemorativos foram espaços onde pude me aproximar dos familiares do CAPSI. Apesar de não ter realizado nenhuma entrevista com familiares, estes espaços foram importantes para entrar em contato com algumas considerações sobressaltadas por eles.

Como parte necessária para o resgate do histórico do serviço, foram entrevistados profissionais que trabalharam no que hoje se intitula, CAPSI Maurício de Sousa, desde a década de 80. Tivemos também acesso ao acervo do material em VHS que a instituição produziu nas décadas de 80, 90 e na primeira década do século XXI. A inclusão deste material parte da necessidade do resgate histórico desta instituição, uma vez que pouco material bibliográfico publicado sobre o assunto foi encontrado.

Outros espaços etnografados

Ao longo da imersão etnográfica no CAPSI Maurício de Sousa, outros espaços se revelaram interessantes para fins desta pesquisa. Como acompanhamos bem de perto os profissionais do CAPSI, os mesmos foram indicando espaços que consideravam privilegiados para debater o tema desta tese.

Foi assim que escolhemos o Fórum Interinstitucional de Saúde Mental Infantojuvenil, a audiência da ALERJ e o dia da Luta Antimanicomial, como os outros espaços que fariam parte do campo etnográfico.

O Fórum Interinstitucional de Saúde Mental Infantojuvenil do Estado do Rio de Janeiro é considerado pela equipe do CAPSI como um espaço fundamental no enfrentamento dos dilemas encontrados para a produção efetiva do cuidado intersetorial e ampliado do campo da infância e da adolescência.

Vale lembrar que o Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de preencher a lacuna histórica das Políticas de Saúde Mental para crianças e adolescentes, instituiu o Fórum Interinstitucional para Atenção em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes, através da

Resolução SES 1485, de 11 de abril de 2000 (SES-RJ/ASM, 2000). Desde então, funciona como um espaço privilegiado de debates coletivos, onde estão reunidos diversos setores do governo e sociedade civil, como a saúde, educação, assistência social, judiciário, envolvidos com as questões da infância e adolescência. Este espaço interdisciplinar de discussão e articulação tem como premissa proporcionar o diálogo permanente intersetorial, com o intuito de construir e fortalecer uma rede de acolhimento que contemple a pluralidade de demandas nos mais diversos níveis de complexidade. (COUTO, 2001).

A construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes efetiva está intimamente ligada à capacidade de articulação intersetorial, fazendo com que os fóruns ocupem lugar estratégico nesta direção. Portanto, a inclusão do Fórum Interinstitucional Estadual como parte do trabalho de campo foi considerada essencial. Exatamente, por ser um espaço capaz de trazer à tona as distorções existentes, as dificuldades interssetoriais e ao mesmo tempo, tendo que estimular a construção de articulações e parcerias capazes de responder pelos desafios do cuidado de crianças e adolescentes.

Os encontros acontecem mensalmente, na última quinta feira de cada mês, de fevereiro a novembro, de 9h às 12h, na Rua México, 128, Centro. Totaliza-se, em média, 10 encontros anuais.

Vale ressaltar que os fóruns, por serem públicos, são abertos a todas as pessoas interessadas em participar. No entanto, normalmente comparecem profissionais dos diversos setores públicos – educação, saúde, assistência social, justiça – que acolhem a infância e adolescência. E majoritariamente, os fóruns contam com a presença de profissionais dos serviços da saúde mental. Mensalmente, é enviada, via e-mail, a pauta dos assuntos que serão abordados em cada encontro. Este é dividido em três momentos:

- 1- Informe: São dados os informes gerais
- 2- Tema principal: Há sempre o tema principal de cada encontro
- 3- Encaminhamentos: Em todos os encontros, ao final, são definidos os próximos encaminhamentos.

Para fins da presente pesquisa, frequentei os encontros do Fórum, realizados mensalmente, no ano de 2014 de fevereiro a novembro. Dos nove encontros⁷, quatro foram gravados e

⁷ O calendário do Fórum foi distribuído em nove encontros, cada um com um tema principal. Fevereiro: Fortalecimento e divulgação do trabalho realizado quanto ao atendimento de autistas no SUS: Estratégias e encaminhamento das demandas vindas das associações de pais de autistas; Março: Atenção Psicossocial e medidas socioeducativas; Maio: Redução de danos na abordagem e acompanhamento das crianças e adolescentes; Junho: O tratamento dos autistas nos CAPS e CAPSI; Julho: O atendimento em Saúde Mental de crianças e adolescentes em conflito com a lei; Agosto: O acolhimento Institucional de crianças e adolescentes, uma conversa intersetorial; Setembro: Saúde Mental na Atenção Básica: como estamos?; Outubro: O acolhimento institucional de crianças e

transcritos; os outros cinco, registrados através de notas de campo. Embora o autismo tenha sido tema central em apenas dois encontros – os fóruns de fevereiro e junho – tiveram pauta secundária, sendo abordados através de informes gerais ou mesmo incluídos no decorrer de outros tópicos ao longo do ano de 2014.

Como relatado acima, a configuração dos campos etnografados para esta pesquisa foi se constituindo através dos desdobramentos da imersão etnográfica, levando-se sempre em consideração as indicações dos próprios profissionais do CAPSI. Foi assim que incluímos o evento do dia 18 de maio de 2014.

O dia da luta antimanicomial é celebrado nacionalmente em 18 de maio, dia em que são comemoradas as conquistas e se reflete sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica. Ao longo de mais de três décadas de luta, constituiu-se como movimento expressivo com bandeiras direcionadas para o fechamento dos manicômios e o aumento da acessibilidade ao cuidado mental comunitário (PITTA, 2011).

No ano de 2014, os CAPSIs da cidade do Rio de Janeiro se uniram para reafirmar a proposta assistencial dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica. Diante dos ataques dirigidos aos CAPSIs em relação ao tratamento de autistas na rede pública, organizaram uma mobilização, no formato de um evento público, que pudesse dar visibilidade à importância da luta antimanicomial. Foi então que se optou pelo evento na praia de Copacabana (18 de maio de 2014). O objetivo era mostrar e sensibilizar a população em defesa da importância dos Centros de Atenção Psicossocial para a promoção de um cuidado efetivo em saúde mental para a população infantojuvenil. A inclusão deste evento como parte do trabalho de campo se mostrou interessante na medida em que os profissionais se mobilizavam em defesa das práticas assistenciais promovidas pelas instituições da Reforma Psiquiátrica.

Outro espaço público que também se mostrou importante para fins desta pesquisa foi a audiência pública, realizada na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) dia 22 de maio do ano de 2014. Esta, desde 2013⁸, tem sido palco de debates sobre a implementação da Lei Federal 12.764 no Estado. Como na ocasião, a participação de profissionais da rede de saúde mental foi bem fraca, a audiência organizada para 2014 parecia tomar rumos diferentes. Diante da polêmica sobre quem deve assumir os cuidados do autismo (serviços especializados ou serviços da saúde mental), a mobilização dos profissionais em

adolescentes: uma conversa intersetorial; Novembro: IX encontro de CAPSI e de articulação da rede de atenção psicossocial infantojuvenil.

⁸ A primeira audiência foi realizada dia 28 de novembro de 2013 com o tema: “Implementação da lei federal 12764/2012 – Lei Berenice Piana, no Estado do Rio de Janeiro”, visto a situação de vulnerabilidade das pessoas com autismo e seus familiares

defesa dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica se mostrou fundamental para os profissionais dos CAPSIs do Rio de Janeiro.

Neste sentido, o tema *A integração dos Autistas nos CAPSI* mobilizou diversos profissionais e familiares dos CAPSI com o intuito de defender e afirmar o tratamento dos autistas nos dispositivos da saúde mental.

Por esse motivo, a participação na audiência se mostrou interessante para que pudéssemos observar de perto como os profissionais se posicionavam em favor de suas práticas, diante das críticas ao tratamento dos autistas nos serviços da Reforma Psiquiátrica. Participamos da audiência e obtivemos, através do contato direto com o gabinete da Comissão da Pessoa com Deficiência da Alerj, a transcrição na íntegra da audiência realizada no dia referido, disponibilizada via email.

Diante do cenário controverso que o tema autismo atravessa no país, o que inclui divergências epistemológicas, assistenciais e políticas, novos desafios estão colocados. De um lado, está a crescente demanda por serviços especializados, capacitação de recursos humanos e o ativismo político de familiares de autistas batalhando por políticas públicas capazes de responder às necessidades assistenciais desta população. De outro, estão profissionais da saúde mental comprometidos com os ideais da Reforma Psiquiátrica, que apostam numa lógica de cuidado proveniente da luta antimanicomial.

Diante desta atmosfera, acreditamos na necessidade de se mapear, de perto, os processos já em andamento, no campo da assistência pública, para entender melhor quais são os avanços e as barreiras encontradas na implementação da rede de cuidados na saúde mental destinados ao cuidado do autismo.

Ao procurar mapear a inserção do autismo na atenção psicossocial, os alcances e limites encontrados pelos dispositivos de cuidado da Reforma Psiquiátrica e a aproximação dos discursos dos profissionais, esta pesquisa pretende contribuir para uma análise mais abrangente da questão.

Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo Sistema Público de Saúde brasileiro, ao longo da história do autismo, podemos considerar que o cenário vem mudando com melhoras consideráveis. No entanto, pesquisas que se destinam a acompanhar esse processo de perto, a fazer uma avaliação cuidadosa dos desafios colocados, das barreiras encontradas e de seus avanços, poderão beneficiar as análises e interrogações afins no sentido de contribuir para o desafio de enfrentar adequadamente a lacuna de acolhimento ainda vivenciada pelos autistas de nosso país.

Neste sentido, pretende-se aferir como os profissionais da saúde mental identificam os desafios e os alcances acerca da assistência provida aos autistas no campo da saúde mental, e quais são suas mobilizações diante delas.

Para cumprir esses objetivos, apresentaremos no capítulo 1, o resgate histórico da trajetória do atendimento à infância e adolescência no território geográfico de suma importância para a psiquiatria brasileira. O local onde hoje se situa o CAPSI Maurício de Sousa foi palco do início da história da psiquiatria nacional. Com a intenção de retornar ao século XIX para mostrar como o atendimento da população infantojuvenil foi se construindo naquele espaço, apresenta-se o percurso que se iniciou em 1852 até o alcance das transformações que permitiram a ruptura com o hospício e a consolidação do CAPSI Maurício de Sousa. A partir das diferentes concepções de tratamento – segregativos, médico-pedagógicos, higienistas, especialistas, psicanalistas, reformistas –, busca-se reconstruir a trajetória da primeira iniciativa na esfera pública de atendimento para crianças e autistas psicóticas em um dispositivo de saúde mental que influenciou diretamente o CAPSI Maurício de Sousa e outros CAPSIs da cidade do Rio de Janeiro.

O capítulo 2, por sua vez, se dedicará a inserção dos autistas no CAPSI, com o intuito de oferecer uma reflexão acerca de como os preceitos da Reforma Psiquiátrica, conjugados com os princípios do SUS, mais especificamente os de acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade, impactam o tratamento oferecido a autistas no dispositivo da rede de atenção psicossocial. Para tal, recorreu-se a dados etnográficos com a intenção de investigar os motivos que levam os profissionais da rede de atenção psicossocial a sustentar a ideia de que o CAPSI não pode, ou não deve ser um serviço especializado por categoria diagnóstica.

No capítulo 3, diante das tensões em torno do tratamento do autista na rede pública, será apontado como os profissionais da rede de atenção psicossocial entendem as críticas direcionadas aos serviços de atenção psicossocial, como se mobilizam e se posicionam diante delas.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais, apontando como as tensões presenciadas no município do Rio de Janeiro, em torno do tratamento do autismo, podem servir como oportunidades para avaliar alcances e limites de propostas assistências para autistas na rede de atenção psicossocial.

1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: DO HOSPÍCIO AO CAPSI

Dia 6 de janeiro de 2014. Para chegar ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) Maurício de Sousa, passo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e me identifico. Neste momento, retorno como pesquisadora. Desta vez, entro pela porta que dá acesso à universidade. A ruptura com as paredes do hospício remete a um longo processo histórico pelo qual atravessamos. Finalmente o antigo serviço infantil do Pinel não mais “funcionava como um CAPSI”, ele havia se tornado oficialmente um.

Em 2005, época em que fui estagiária, passávamos pela emergência, caminhávamos pela unidade de atendimento ao alcoolista, percorríamos o ambulatório e entrávamos no pátio da internação psiquiátrica. Era bastante comum nos depararmos com aquelas pessoas – gritando de desespero e angústia – encostadas nas grades do caminho de acesso à porta do serviço infantojuvenil.

Muda-se a entrada, transformam-se práticas, a equipe tem cara nova. No entanto não é possível entrar pela porta da UFRJ sem pensar que os muros ainda guardam marcas da história.

O CAPSI Maurício de Sousa está localizado em Botafogo. Ali, naquele território hoje tomado pela universidade, nasceu a história da psiquiatria brasileira. Portanto, não se poderia escrever esta tese sem resgatar esta memória.

O objetivo deste capítulo é percorrer um pouco da trajetória do atendimento à infância e adolescência que desembocou na concretização, em agosto de 2012, do CAPSI Maurício de Sousa.

Para tentar fazer jus a este desafio, retorna-se ao século XIX, com a fundação do primeiro hospício brasileiro; faz-se a travessia de seu desmonte, chega-se à inauguração do Hospital Pinel. Dentro do possível, será abordada a criação do ambulatório infantil denominado Centro de Orientação Infantojuvenil (COIJ), a fundação do Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), a fusão destes dois serviços até o alcance das transformações que permitiram a ruptura com o hospício e finalmente a consolidação do CAPSI.

Pretende-se, pelo resgate desse breve histórico, contribuir para uma reflexão acerca dos dilemas que são enfrentados atualmente.

1.1 Hospício de Pedro II⁹

Pode-se estabelecer 1852¹⁰ como um marco, quando o primeiro serviço Psiquiátrico Brasileiro foi inaugurado na Praia Vermelha. A partir de então, os doentes mentais, que antes vagavam pelas ruas, estavam em prisões ou perturbavam a ordem pública, passaram a ter um lugar de destino. Segundo os médicos da época, a necessidade de retirar os doentes mentais das ruas e prisões era justificada pela concepção de isolamento, segregação e coerção como possibilidades terapêuticas.

Porém, alguns autores, como Medeiros (1992), Russo (1992), Arruda (1995) e Ribeiro (1999), que se dedicaram à história das primeiras décadas de assistência psiquiátrica institucionalizada, mostram que o tratamento dispensado visava mais o afastamento da sociedade do que propriamente atenuar o sofrimento. A extensão deste assunto não favorece o propósito do capítulo. Entretanto, vale lembrar que, durante o século XIX, a história da primeira Instituição Psiquiátrica do país encontrava-se totalmente atrelada à história da urbanização brasileira. O hospício, em seus primórdios, foi utilizado como estratégia de ordenamento e moralidade.

Com o advento da República e a laicização da administração do manicômio (antes subordinada à Santa Casa), a Psiquiatria vai se encaminhando para sua cientificização.

Certamente o ano de 1903 foi de extrema importância, no que diz respeito à evolução da assistência ao doente mental no Brasil. Neste ano se conseguiu, através do decreto n.1132 de 22 de dezembro de 1903, assinado pelo presidente Rodrigues Alves, a reorganização da assistência a alienados no país (SILVA, 2009). A primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental se concretizou pela Lei de Assistência aos Alienados.

Até 1903 o Hospício Nacional era dividido em 4 seções, duas para pensionistas – Seção Morel para mulheres e Seção Cameil para homens – e duas para os doentes mantidos pelo Distrito Federal – seção Esquirol para mulheres e Seção Pinel para homens. Não havia seção especial para crianças (FACCHINETTI et al, 2010).

Segundo Ribeiro (1999), a maioria das crianças que ali estavam era de responsabilidade do Distrito. Muitas não tinham famílias e viviam no hospício em condições degradantes.

⁹ A instituição foi chamada de Hospício de Pedro II, durante o Império. Passou a se chamar Hospício Nacional de alienados, por volta de 1890, com a Proclamação da República. Em 1911 passou a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. (ARQUIVOS BRASILEIROS DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA e CIÊNCIAS AFINS: uma fonte com muita história).

¹⁰ Em 1841, o Imperador Pedro II assina o Decreto n.82, de julho de 1841.

A negligência com as crianças internadas pode ser vista através do relato de Olavo Bilac (1905)¹¹, que desde a criação do Hospício até o início do século XX, afirmava que não era oferecida nenhuma assistência às crianças.

Antigamente, as crianças idiotas asyladas no Hospício viviam, n'uma sala apenas aumentada, de roço no chão, gritando e gargalhando, sem ensino, como animaes malfazejos ou repulsivos. Eram asyladas e alimentadas – e cifrava-se n'isso toda a assistência que lhes dava o Estado. Aquillo era para ellas o limbo sem esperança. Uma vez entradas ali, como criaturas incuráveis, ali ficavam crescendo ao acaso, condenadas ao idiotismo perpetuo, ou votadas em futuro próximo ou remoto á loucura furiosa, á demência, á paralyisia geral, e á morte. Inúteis a si mesmas e inúteis á sociedade, os pequeninos idiotas assim ficavam, como o rebotalho maldito da vida, flores gangrenadas logo ao nascer, sem promessa de melhor sorte (BILAC, 1905. Mantida a grafia original).

O primeiro passo rumo à mudança do panorama acima descrito se deu com a criação do Pavilhão Bourneville.

1.2 Pavilhão Bourneville 1904

De acordo com Muller (1998), Facchinetti (2006) e Silva (2009), o Pavilhão Bourneville, localizado no Hospício Nacional de Alienados, foi o primeiro serviço organizado em nosso país, destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais. Em 1902, após várias denúncias e protestos sobre a péssima condição de assistência às crianças que se encontravam internadas junto com adultos, em estado de nudez e negligência, foi criada uma Comissão de Inquérito que formalizou as denúncias e exigiu providências de urgência. Mesmo antes da formação da Comissão, há relatórios anteriores de 1886, elaborados por Teixeira Brandão¹², e em 1900, por Pedro Dias Carneiro¹³, denunciando a situação em que as crianças se encontravam no hospício: “Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, [...] permaneciam nus e expostos às intempéries. A promiscuidade de homens, mulheres, crianças, mendigos, criminosos e loucos; de doentes mansos, agitados e perigosos era de causar espanto” (BRANDÃO, 1886 apud ARRUDA, 1995, p.28).

11 Olavo Brás Martins dos Guimarães Bilac, jornalista e poeta brasileiro. Dentre seus muitos feitos, Bilac foi o responsável pela criação da letra do Hino da Bandeira do Brasil.

12 João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), médico alienista, foi o primeiro professor de psiquiatria com reconhecimento oficial do país. Em 1884, começa a trabalhar no Hospício de Pedro II. No decorrer da carreira, publicou vários artigos, denunciando as irregularidades, o modelo e a mentalidade do hospício. (ARRUDA, 1995).

13 Pedro Dias Carneiro, médico que atuou no serviço sanitário do Hospício Pedro II. (ARRUDA, 1995).

Porém, somente em 1903, sob a direção do alienista Juliano Moreira¹⁴, foi tomada uma providência. Houve a solicitação de verbas ao governo para que se pudesse proceder às reformas necessárias, incluindo a necessidade de implantar um novo modelo de atendimento às crianças do hospício.

Juliano Moreira, endossando a necessidade de reorganizar o modelo de assistência à infância, propôs a contratação de um médico pediatra para se responsabilizar pelo serviço. “é imprescindível a criação de alguns logares de clínicos: um delles, que deverá ser pediatra, conhecedor do ramo de psiquiatria e de neurologia aplicada às creanças, ficará encarregado do serviço especial do instituto a que me referi acima” (MOREIRA, 1905 apud MÜLLER 1998, p.77. Mantida a grafia original).

Em fevereiro de 1904, criou-se o Pavilhão Bourneville¹⁵. O pavilhão era composto por três grandes salas, uma para meninas, outra para meninos, e uma em que funcionava uma espécie de “escola de creanças anormaes” (MÜLLER, 2000, p.85). O tratamento adotado para estas crianças foi o método médico-pedagógico, formulado pelo médico alienista francês Desiré Magloire Bourneville. Este método era organizado da seguinte forma:

Partia-se do mais simples para o mais complexo, começando pela educação do andar, depois das mãos, da vista, da audição, do olfato, do paladar, da palavra, da higiene pessoal, todos com usos de aparelhos especiais ou objetos concretos diversos de experiências vivenciadas pela criança. O ensino primário também era ministrado para aqueles meninos menos comprometidos e o ensino profissional para os adolescentes. O serviço tinha como meta principal a ocupação de todo tempo da criança, para isso deveriam oferecer diversas atividades, de manhã à noite, de forma que todas fossem contempladas, e que todo o controle e vigilância fossem exercidos (MULLER, 2000, p.85).

Basicamente, tal método visava a aprendizagem de hábitos cotidianos que pudessem promover algum grau de independência e civilidade, como a habilidade de se vestir, despir-se, amarrar os sapatos. O tratamento evoluía para função de habilitar a criança a identificar e se ambientar com as noções de comprimento, superfície, sólidos e cores. Avançava para exercícios mais complexos, que consistiam no treino da fala, do desenho, leituras, até quem sabe, pudessem alcançar o ensino escolar.

¹⁴ Juliano Moreira (1872-1932), baiano, médico alienista, considerado um dos mais importantes médicos de sua época. Dirigiu o Hospício de Pedro II de 1903 a 1930. Foi responsável pela reformulação do modelo de assistência de seu tempo. Disponível em: < www.acordacultura.org.br/herois/heroi/julianomoreira. Acesso em: 22 abr. 2016.

¹⁵ O nome do Pavilhão faz referência ao médico alienista francês Desiré Magloire Bourneville, (1840- 1909). Dedicou a vida a tratar e estudar doenças mentais e nervosas infantis. Em seu livro *Assistance, traitement, educacion des enfants idiots et arrièrès* (1895), defendeu a separação de crianças em relação aos adultos, para que as mesmas pudessem ter tratamentos diferenciados, pois apresentavam patologias específicas (SILVA, Renata Pudência, 2009), e desenvolveu um método pedagógico, através de experimentos realizados com as crianças do Hospício de Bicêtre.

As atividades variavam de acordo com o grau de comprometimento de cada criança, o que também servia para separá-las em diferentes grupos. Grupos estes que ficavam submetidos a exercícios compatíveis com a condição das crianças.

Também existia o ensino profissional, que contemplava diferentes oficinas, como costura, sapataria, jardinagem, marcenaria entre outras. Para cada oficina, havia um profissional, que era responsável pelo ensino, bem como pela direção moral.

Pode-se dizer que o método tinha como objetivo ajustar a criança anormal às normas sociais. De certa forma, contribuiu para a concepção de que “crianças anormais” poderiam, mediante intervenções e influências externas, modificar seus comportamentos e estados, por meio da educação e reabilitação. Sendo assim, elas não mais seriam consideradas incuráveis, inúteis. Passariam a ser vistas como passíveis de intervenções e melhoras.

A respeito do diagnóstico da população internada no pavilhão, Silva (2009, p.201) apresenta um levantamento dos prontuários da época; encontrou aproximadamente 15 categorias. “Sendo os mais recorrentes os de idiotia, paralisia, epilepsia, imbecilidade e os quadros de degeneração”. Segundo a autora, o diagnóstico mais frequente era disparado o de idiotia.

Vale ressaltar que, na época, o autismo ainda não existia enquanto categoria diagnóstica, o que não significa que não existissem crianças que hoje seriam consideradas enquanto tal. Portanto, podemos imaginar que entre essas crianças possivelmente encontraríamos o que hoje chamamos autistas.

Pode-se dizer que nas primeiras décadas do século XX, vimos a consolidação da Psiquiatria como especialidade médica autônoma (1912), e um aumento significativo no número de estabelecimentos públicos¹⁶ destinados aos doentes mentais, no Rio de Janeiro.

Também no que se refere à infância, na década de 20, vimos a proliferação de serviços médico-pedagógicos¹⁷, em todo território brasileiro. Esta imbricação médico-pedagógica mostra que a educação era um fator integrante do tratamento, sendo a maior parte das vezes, considerado sinônimo.

Segundo Schechtman (1992), a psiquiatria busca legitimar-se como uma das instâncias reguladoras do espaço social, extrapolando os limites hospitalares, e dispara na construção de

¹⁶ Por conta da superlotação do Hospício Nacional, durante esse período são inaugurados a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário (FACCHINETTI, 2010).

¹⁷ Segundo Ribeiro (2006), em 1921 foi inaugurado um pavilhão em Juqueri, São Paulo; em 1925 um Instituto de Psicologia em Pernambuco, que se propunha a trabalhar com pesquisas sobre inteligência infantil, enfatizando a estreita relação entre psicologia, psiquiatria e educação; em 1929, um laboratório de Psicologia da escola de aperfeiçoamento Pedagógico em Minas Gerais, sob a coordenada de Helena Antipoff, que em 1932 fundou a sociedade Pestalozzi.

um saber psiquiátrico preventivo, ao qual se associa o surgimento da psiquiatria infantil. Neste momento a psiquiatria e a Higiene mental se misturam.

Vários aspectos da vida cotidiana passaram a ser merecedores da atenção higienista, sendo fundamental direcionar um trabalho para as novas gerações.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), pelo psiquiatra Gustavo Reidel¹⁸, que tinha como uma de suas prioridades a “prevenção das doenças nervosas e mentais, pela observância dos princípios da higiene geral e especial do sistema nervoso” marcando seu caráter preventivo e direcionado à infância.

Schechtman (1981) chama atenção para o crescente interesse pela questão da saúde mental infantil, que, com o fortalecimento e a influência da LBHM, propagou o objetivo de rastrear anomalias incipientes e prevenir futuras alterações. No mesmo período, viu-se a criação e expansão de vários ambulatórios que seguiam este objetivo. Como exemplo, o plano ambulatorial, elaborado pelo então presidente da LBHM, Ernani Lopes, cuja proposta revela o pensamento da época.

Entre as modalidades de consulta deste ambulatório estariam: às segundas-feiras: Prevenção dos acidentes nervosos da infância, Conselhos às mães e às amas com o Dr. Gustavo Resende e a Clínica de Toxicômanos – Conselho às suas famílias com o Dr. Ignácio Cunha Lopes. Às terças-feiras: assistência Profilática aos “pequenos nervosos”, coordenada pelo Dr. Maurício de Medeiros. Às quartas-feiras: Dr. Heitor Carrilho prestava o Tratamento e prevenção das reações antissociais da infância. Durante as quintas-feiras: aconteciam as Pesquisas genealógicas destinadas a orientar a higiene mental, com o Dr. Floriano de Azevedo. Às sextas-feiras era repetido o programa de segundas-feiras; nos sábados eram realizados exames médicos periódicos, visando a conservação da saúde mental (SCHECHTMAN, 1992, p.87-8).

Dez anos após sua fundação, a LBHM instituiu cuidados voltados para infância, através da fundação da Clínica da Eufrenia (1932). O objetivo da criação deste serviço foi promover atendimentos e cuidados preventivos das doenças nervosas da infância, assim como a correção das reações psíquicas anormais.

Outro exemplo é o folheto denominado *Exortação às mães*, destinado para as mães e propagado pelos mentores da LBHM, que consistia no seguinte alerta sobre os descuidos da infância:

¹⁸ Este assunto não será aprofundado por fugir ao propósito do capítulo. Para saber mais sobre o tema, ver: *História da psiquiatria no Brasil*, de Jurandir Freire Costa, 1989; e *História da psiquiatria no Brasil*, de Schechtman, 1981.

Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz [...]. Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa! Teu filho tem defeito na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber a sua verdadeira causa. Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. Teu filho é mentiroso, ou tem vício de furtar? Trata-o, sem demora, se não quiseses possuir um descendente que te envergonhe. Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procura evitar a desgraça futura do teu filho que poderá ser candidato ao suicídio. Teu filho progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás, então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor encaminhar na vida. Lê e reflete: a felicidade do teu filho está, em grande parte, nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o seu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o, quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil. (SCHECHTMAN, 1992, p.91. Mantida a grafia original).

Logo, pode-se dizer, em consonância com a afirmação de Lobo (2007), que se no século XIX a criança não era foco da atenção médica no Brasil, na primeira metade do século XX certamente esta perspectiva estava mudando. Além do mais, parecia que a medicina estava bem ativa, contribuindo para a construção de um projeto nacional em que as crianças eram vistas como elementos fundamentais para a constituição, crescimento e prosperidade da nação. Portanto, no projeto rumo à civilização, a infância passava a ganhar destaque, na medida em que nesta faixa-etária, os malefícios biológicos e ou morais poderiam ser superados, quem sabe, através dos princípios higienistas e educativos¹⁹.

Devido à superlotação do Hospital Nacional de Alienados em 1938²⁰, muitos pacientes foram transferidos para o Centro Psiquiátrico Nacional. Este passa a ser o grande herdeiro do antigo Hospício.

Segundo Soares (1997), neste movimento, mais especificamente em 1942, o Pavilhão-Escola de Bourneville foi desativado. Paralelamente, no Centro Psiquiátrico Nacional, foi inaugurado o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em 10 de outubro de 1942, para receber os pacientes menores encaminhados do Hospital Nacional de Alienados.

¹⁹ Não à toa, segundo Carneiro e Vilela (2012), em 1930, nasce o movimento da Escola Nova, a partir da necessidade de erradicar o analfabetismo, e cuidar para que povo brasileiro, higienizado, conduzisse a nação ao progresso. A escola e a medicina têm papel fundamental rumo a este projeto.

²⁰ Em 1911, por conta da superlotação do Hospício Nacional, cerca de 200 pacientes indigentes do sexo feminino foram transferidas para a Colônia de Alienadas, localizada no Engenho de Dentro. Em 1938, a então chamada Colônia de Alienadas, passa por um processo de reestruturação e ampliação para receber os pacientes oriundos do Hospício Nacional. Neste período passa a ser denominado Centro Psiquiátrico Nacional. Em 7 de janeiro de 1965, através do Decreto-Lei nº55474 foi o Centro Psiquiátrico Nacional passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II, resgatando a homenagem ao antigo Imperador (JORGE, 1997).

Ainda ao longo da década de 40, as Clínicas de Orientação Infantil foram criadas, seguindo as prerrogativas profiláticas em voga. Inspiradas em serviços que vêm de uma tradição Inglesa (*Tavistock*) e Americana (*Institute for Juvenile Research*), utilizavam o modelo de “*Child guidance*” que tinha como objetivo pesquisar, cuidar e atender crianças, adolescentes e suas famílias, para um possível ajustamento social.

No Rio de Janeiro, em 1946, foi fundada a primeira clínica pública de orientação de jovens da América Latina, o Centro de Orientação Juvenil do Departamento Nacional da Criança. Com um trabalho interdisciplinar, oferecia à comunidade serviços de diagnóstico e tratamento em assistência social, psicologia e psiquiatria. Em 1950, foi inaugurada a Clínica de Orientação Infantil do Departamento Nacional de Saúde Mental, que seguia o modelo higienista e direcionava seus atendimentos aos filhos de pacientes psiquiátricos.

Já em 1953, surgiu a Clínica de Orientação Infantil do Instituto de Psiquiatria²¹ da Universidade do Brasil (COI-IPUB). A intenção era criar um serviço para atendimento exclusivamente infantil, pois até então as crianças eram atendidas no setor de psiquiatria de adultos, sob regime ambulatorial. Nesta época, só havia atendimento a crianças na faixa de 2 a 12 anos (JACÓ-VILELA e CARNEIRO, 2012).

Com o desmonte do Hospital Nacional de Alienados (hoje Avenida Pasteur, 250), o imponente e grandioso edifício passou a ser ocupado pela recém-criada Universidade do Brasil, as outras edificações adjacentes também foram destinadas à Universidade. O Pavilhão Rodrigues Caldas e o Pavilhão de Observações (também chamado Pavilhão Teixeira Brandão) foram assim transformados no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil²² (hoje IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Em 1964, o antigo Pavilhão Bourneville, que prestava assistência à infância e adolescência, foi transformado em Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil. Também na década de 60, o Hospital de Neurosífilis²³ foi desativado e transformado no Hospital Pinel.

²¹ Em 1998, no bojo das transformações oriundas da Reforma Psiquiátrica, foi transformada no CARIM (Centro de Atenção e Reabilitação da Mocidade).

²² Em 3 de agosto de 1938, o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas foi transferido para Universidade do Brasil; o pavilhão Rodrigues Caldas e anexos transformaram-se no então Instituto de Psiquiatria-IPUB. (SILVA FILHO, 1998).

²³ Criado através da Lei n.378, de 13 de janeiro de 1937. Em 1944, transformou-se em Hospital de Neurosífilis (RAMOS; GEREMIAS. Ver REFERÊNCIAS nesta tese).

1.3 Hospital Pinel

Somente em 1965, por um decreto do então presidente Castelo Branco, o antigo Hospital de Neurosífilis passou a chamar-se Hospital Pinel. Não apenas o nome foi modificado como também sua função. O Hospital Pinel passou a funcionar como pronto socorro psiquiátrico da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. A modificação do nome e o redirecionamento assistencial retratavam dois aspectos importantes, à época: a sífilis perdeu sua importância sanitária e simbólica, principalmente com o advento da penicilina; o surgimento da concepção de atendimento às emergências psiquiátricas como nova proposta assistencial com o intuito de intervir nas crises e evitar internações (CARRARA e CARVALHO, 2010).

No entanto, ao contrário do que se imaginava, o afluxo de pacientes cresceu vertiginosamente, tornando-se necessária a ampliação das instalações. Em 1968, inaugurou-se um novo prédio, construído após a demolição do pavilhão original; em 1969, outra construção foi erguida, transformando o Hospital Pinel em um conjunto formado por três prédios.

Oriundo de uma reforma assistencial do Hospital de Neurosífilis, o Hospital Pinel iniciou suas propostas assistenciais com a fundação do Pronto Socorro Psiquiátrico, a instalação de um Serviço de Psicoterapia Analítica de Grupo, a implantação de um setor de Terapêutica Ocupacional, a tentativa de implementação de um Hospital-dia e a criação de uma Clínica de Orientação Infantojuvenil, além do atendimento ambulatorial e o serviço de internação (NUNES & CORREA, 1970)²⁴.

1.4 Centro de Orientação Infantojuvenil (COIJ)

Para resgatar esta parte da história, entrevistei 6 profissionais²⁵, de diversas áreas, que podem nos ajudar a recontar a biografia do serviço infantil do Pinel. São eles, F., médico psiquiatra; K. psicanalista; A., médica psiquiatra; S., terapeuta ocupacional; R., psicóloga, e R., diretor do Pinel na década de 90. A participação destes profissionais na presente pesquisa é de extrema relevância. Eles representam a história viva, dedicaram-se de corpo e alma e apostaram na construção de um serviço comprometido com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Também

²⁴ Fonte: Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada, Rio de Janeiro 22(2): 69-83 abr/jun 1970.

²⁵ A identidade dos participantes entrevistados será preservada. Para isso, serão usadas abreviações.

como fonte de pesquisa, utilizei vídeos gravados na década de 90, pelos profissionais que trabalharam no COIJ e no NAICAP.

Os relatos dos entrevistados e os vídeos encontrados, auxiliam a preencher a ausência de publicações sobre a trajetória do ambulatório infantil, iniciado entre 1965 e 1968.

Dos 6 entrevistados, A. é a mais antiga no Pínel. Ingressou como médica psiquiatra em 1981, para trabalhar no pronto socorro e em 1983 foi realocada para o ambulatório infantil.

Segundo A., o ambulatório infantil existe desde 1968, após uma grande reforma no hospital e a inauguração de um novo prédio. Recebeu este nome, possivelmente, por influência das Clínicas de Orientação Infantil americanas e inglesas. Que eram espaços na comunidade, basicamente com proposta muito influenciada pela ideia de higienismo mental. Ela relata que o COIJ recebia, sobretudo, crianças muito pobres ou indigentes. Isto se deve ao fato de que, na época, antes do advento do SUS, o Ministério da Saúde concentrava suas ações médico-hospitalares para clientela indigente ou para quem não tivesse acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Portanto, o COIJ recebia qualquer demanda que recorresse a eles. O ambulatório infantil, à época, funcionava ao lado do ambulatório de adultos, com entrada totalmente independente, composto por uma equipe de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social e fonoaudiólogos.

Os atendimentos aconteciam em formato ambulatorial conservador, onde cada profissional cuidava de seus casos. No entanto, a ideia de multiprofissionalidade já fazia parte do formato do serviço destinado à infância. Na prática, a noção de multiprofissionalidade se traduzia na oferta de diferentes categorias profissionais, sem que necessariamente houvesse qualquer trabalho na direção de uma interdisciplinaridade. O horário de funcionamento era bem restrito, funcionando de segunda a sexta, de 8h às 12h. Sobre a demanda que buscava atendimento no COIJ, A. relata: *“Atendíamos casos gravíssimos, não graves, qualquer demanda que batesse na nossa porta, porém, não existia um trabalho coletivo e muitas vezes, tínhamos que nos virar em mil para dar conta de situações limítrofes”* (A., 20 de abril de 2017).

A. relata ainda que trabalhar com os pais das crianças sempre foi uma direção do trabalho ambulatorial: *“A gente sempre entendeu que para trabalhar com crianças tínhamos que trabalhar com os pais. E isso requeria muita habilidade, para que os pais não se sentissem culpabilizados”* (A., 20 de abril de 2017).

Isto porque o ambulatório infantil do Pínel foi bastante influenciado e baseou suas ações em trabalhos desenvolvidos pelas Clínicas de Orientação Infantil, movimento já citado acima,

que possibilitou a inclusão do trabalho multiprofissional, estimulando a importância da relação da criança com suas famílias.

Por conta da ascensão do movimento da Reforma Psiquiátrica, A. diz que já existia a tendência no próprio COIJ, de evitar o excesso de medicações e a hospitalização, ainda mais, no caso de crianças e adolescentes.

Portanto, era através do trabalho extra-hospitalar, neste caso, ambulatorial, que a equipe do COIJ se mobilizava para incluir recursos multiprofissionais e de acolhimento às crianças, adolescentes e suas famílias, para entrar em consonância com os princípios da época.

A. ressalta que, apesar de contar com uma equipe multiprofissional, na década de 80 não havia propriamente um trabalho interdisciplinar. Existiam as reuniões semanais de equipe, que tratavam sobretudo de questões burocráticas. Certamente, havia crianças atendidas por mais de uma especialidade, entretanto, cada profissional desenvolvia seus trabalhos, no interior de seus consultórios. A integração das categorias profissionais pouco acontecia.

Em 1986, K., jovem psicanalista, ingressava ao COIJ. Recém-chegada do Hospital do Engenho de Dentro, onde trabalhava com psicóticos, K. constata que havia uma demanda considerável de crianças autistas e psicóticas que vagavam em busca de atendimento. Na época, a ausência total de atendimentos para essas crianças, na rede pública de saúde mental, levou K. a se unir com D., psicóloga, para repensar a proposta de trabalho do ambulatório. Juntas começaram a elaborar um projeto clinicoinstitucional, para acolhimento de crianças autistas e psicóticas no Instituto Philippe Pinel.

Paulatinamente, foram recebendo essa clientela e logo se deram conta de que o modelo ambulatorial apresentava inúmeras limitações: “Considerávamos que o modelo ambulatorial não produzia impacto na clínica com a criança autista e psicótica, o que nos obrigou a repensar a prática até então desenvolvida junto a elas” (Entrevista K., 8 de maio de 2017).

A ideia inicial era implantar um Hospital-dia²⁶ que pudesse oferecer “recursos técnicos, de caráter diário e intensivo, distintos da atenção ambulatorial” (MONTEIRO e RIBEIRO, 2004) já que o próprio Instituto Philippe Pinel oferecia, na época, assistência ambulatorial para clientela infantojuvenil.

Num trecho extraído da carta endereçada à diretoria do hospital, pode-se ver o que motivou as referidas psicanalistas:

²⁶ Em junho de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No relatório final, consta na parte de reorganização da assistência à saúde mental, a necessidade de implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como o hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, entre outros. Neste período o Hospital-dia era considerado um recurso inovador (Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental).

Uma situação, no entanto, chamou-nos mais atenção, são os casos de crianças autistas e psicóticas, que recebemos em grande número. Na maioria das vezes são crianças com histórias de passagem por diferentes serviços, onde quando são atendidas, não recebem uma resposta adequada à sua situação clínica. Quando muito, recebem uma atenção ao nível estritamente farmacoterápico. A isso se acresce que essas crianças, em sua maioria, percorrem uma série de serviços, não obtendo assistência de nenhum deles, sendo colocadas em filas de espera, o que leva a uma sobrecarga das tarefas familiares, aumentando o tempo de deslocamento por repetição dos pais e o conseqüente absenteísmo ao trabalho por parte destes. Em vista disso, nos vimos obrigados a repensar nossa prática neste ambulatório, visando criar um Projeto de Trabalho que atenda de forma eficaz à necessidade dessas crianças. Com este Projeto pretendemos viabilizar a implantação efetiva de um Programa de Cuidados Intensivos à Criança Autista e Psicótica, considerando que o Hospital Dr. Philippe Pinel já conta com potencial humano e material para tanto, baseando somente investimentos adicionais, que resultariam mínimos frente ao profundo alcance técnico e social desta proposta. (Documento conseguido nos arquivos de K.).

O embrião do Naicap já estava se formando. D. e K. começaram a desenvolver uma clínica diferenciada, onde a reinvenção da proposta de trabalho, oferecia uma nova possibilidade de acolhimento para esta clientela. A forma como encontraram de rever o formato ambulatorial foi através de pequenas oficinas, ou seja, estendendo a permanência das crianças no serviço. “Enquanto a D. atendia os pais, as crianças eram atendidas por mim, ou estavam nas oficinas que havíamos montado com a ajuda de estagiárias”. (Entrevista de K., 8 de maio de 2017).

A despeito do apoio que receberam da equipe do COIJ, com a mudança de diretoria no ano 1989, K. e D. são expulsas do COIJ. O afastamento abrupto das duas do serviço, gerou um mal-estar enorme, visto que elas não puderam se despedir de seus pacientes. K. foi realocada na enfermaria masculina e D. foi transferida para o IPUB. O projeto foi compulsoriamente interrompido. Em trecho de carta enviada para o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, para o Sindicato de Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro, para o Conselho Federal de Psicologia e outras instâncias, elas relatam o motivo da expulsão:

Encaminhamos, através deste, o relato dos acontecimentos que nos atingiram eticamente em nosso desempenho profissional no Hospital Philippe Pinel, do Ministério da Saúde, nesta cidade [...] em 14 de julho do corrente ano a referida chefe afirmou ‘Não ser do interesse da atual direção o projeto de Hospital-dia, nem a prioridade no atendimento a crianças psicóticas’. Posteriormente comunicou o afastamento de duas profissionais do setor, as psicólogas D. e K., justamente as autoras do projeto, impedindo-as de continuar o atendimento aos pacientes e mesmo de permanecer no Centro, vedando seus acessos aos prontuários dos pacientes em tratamento e outras informações. Levou alguns desses prontuários para uma reunião, onde, sem a presença das profissionais, proferiu críticas ao diagnóstico, classificando o tratamento desenvolvido como ‘Laboratório com Psicóticos’. Caracteriza todas essas atitudes como sendo baseadas em um ‘modelo médico de atenção psiquiátrica’. Gostaríamos de saber em nome de que medicina, de que psiquiatria e de que atenção se encontra justificativa para a irresponsabilidade de interromper um cuidado

psicoterapêutico com crianças autistas e psicóticas? Qual o ‘modelo’ que garante a impunidade frente a tantas transgressões da ética profissional? A preferência por uma forma de tratamento não autoriza ninguém a desconhecer o trabalho terapêutico de outros. (CARTA [s.n.], p.2-3).

Um ano depois, a diretoria do Pinel é demitida junto com todas as subdiretorias dos serviços. Com a saída da então diretora do COIJ, K. retorna ao COIJ. Aos poucos, retoma os atendimentos dos autistas e, com a ajuda de três estagiárias, tira o projeto da gaveta.

Em seus primeiros anos de existência, K. tinha uma equipe bastante reduzida, mas extremamente empenhada no desenvolvimento do projeto. Logo, foi criado o Programa de Cuidados Intensivos à Criança Autista e Psicótica, atuante dentro do próprio COIJ, que servia como uma espécie de recurso intermediário entre a internação e o ambulatório (AZEVEDO et al, 1993).

Enquanto o projeto de K. ia se desenvolvendo dentro do COIJ, o ambulatório continuou funcionando em seu formato original.

1.5 Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), 1992

Pode-se dizer que o NAICAP surge como um serviço, no organograma do hospital, em 1992. Apesar de já existir desde 1987, o NAICAP, na época, começa a funcionar, separado do COIJ.

Neste momento, com a entrada de P., uma nova era começa a se instaurar. Impulsionados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e com um diretor afinado com a Política de Saúde Mental vigente, inicia-se um desmonte dos paradigmas manicomial do Pinel. Neste período, K. apresenta o projeto ao diretor do hospital e o mesmo se encanta:

Eu tinha uma responsabilidade como diretor do Pinel e a Reforma Psiquiátrica era algo integrante na minha vida. As pessoas tinham muita resistência e eu sabia que se não estivesse presente, não conseguiríamos avançar. Digo presente em todos os espaços, circulando e apoiando os profissionais de todas as categorias a transformar o paradigma da assistência aos loucos. Quando ela me apresentou o projeto, fiquei encantado. Eu tinha o maior carinho pelo trabalho que estavam desenvolvendo. Eu apostava naquele trabalho. (Entrevista de R., 10 de maio de 2017).

O Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP) renasce como a primeira proposta no cenário da saúde mental pública dedicada à clientela infantil e adolescente de autistas e psicóticos (CARVALHO, 1998).

De acordo com CARVALHO (1998), o NAICAP,

O serviço pioneiro do Ministério da Saúde surge como uma alternativa aos procedimentos mais usuais encontrados nos serviços da rede pública de assistência e tem como proposta reverter este quadro, na tentativa de construir em um Espaço de Possibilidades, uma forma institucional que investisse numa assistência intensiva, sustentando uma escuta dirigida à singularidade de cada criança sem perder de vista as referências institucionais (CARVALHO, 1998, p.51).

Alguns fatores contribuíram para que o NAICAP se transformasse em um serviço independente do COIJ. Em 1992, com a desativação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), muitos profissionais foram remanejados para o Hospital Philippe Pinel e, a pedido de K., foi feito um processo seletivo para ingresso no NAICAP.

Nessa ocasião, o NAICAP recebeu Sandra Pacheco, Claudia Cadaval, Jeanne Marie, Cristina Ventura, entre outras pessoas que fizeram a diferença na construção desse novo serviço. Com o aumento da equipe, foi cedido um espaço físico – a metade do segundo andar do prédio onde ficava o ambulatório COIJ – para o novo momento do NAICAP.

Juntamos todos da equipe, até o Lapi, artista plástico, nos ajudou. Catamos móveis em todos os setores, compramos tintas coloridas e começamos a transformar aquele andar num lugar mais alegre. Cerramos portas, pintamos mesas, cadeiras, cada porta de uma cor e construímos artesanalmente aquele espaço. Foi um envolvimento afetivo muito grande das pessoas que ali estavam. Conseguimos dar uma cara infantil para o nosso espaço (Entrevista K., 8 de maio de 2017).

Na década de 90, muitos daqueles profissionais que estavam no NAICAP não tinham nenhuma experiência com autistas. Não podemos esquecer que a escassez de oferta de tratamento para os autistas e a ausência de políticas públicas de saúde mental, voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes, contribuiu para diversos impasses em relação ao acesso, deixando vários autistas e suas famílias desassistidos e desamparados. Não foi à toa que, ainda na década de 80, nasceram as primeiras associações de pais de autistas do país²⁷, reivindicando visibilidade, informação, tratamento e assistência para a condição de seus filhos.

Na época, ninguém tinha experiência com o autismo, porque os autistas estavam em lugar nenhum. Era exatamente isso. Eles estavam nos neurologistas, fazendo o 'elétrico', como as mães chamavam, e sendo medicados de 3 em 3 meses. Na sua grande maioria, eram os pais que buscavam medicações. Eles estavam totalmente em lugar nenhum. Não estavam nem na educação nem na saúde. (Entrevista de K., 29 de julho de 2014).

Com este cenário, a situação dos autistas era bastante precária. Quando muito, os poucos dispositivos que os recebiam – normalmente instituições filantrópicas ou da área da educação – não sabiam muito bem o que fazer com esta população. As raras intervenções que aconteciam

²⁷ Para se aprofundar no assunto, ver *Retratos do autismo no Brasil*. MELLO et al, 2013.

na rede pública de saúde eram predominantemente ambulatoriais e farmacoterápicas, revelando uma situação bastante frágil e insuficiente.

Diante desta conjuntura, a equipe do NAICAP investiu na capacitação de seus profissionais.

A equipe inteira fez cursos, parcerias com o Instituto Franco Basaglia, organizava ciclos de palestras, convidava várias pessoas, dentre elas, Oscar Cirino, de Belo Horizonte, que fez parte da primeira residência em psiquiatria infantil do Pínel.

Seguindo a linha da capacitação de seus profissionais, elaborou-se o Projeto nomeado *Conversando com o NAICAP*. O projeto fundamenta-se num espaço de reflexão acerca das questões relacionadas à área do autismo e psicose na criança. Iniciado em 1993, contou com mais de 20 conferencistas, convidados pela equipe, cujos temas variados giravam em torno da clínica com essas crianças.

É importante destacar que, além da Reforma Psiquiátrica em evidência, a psicanálise também estava bastante difundida na década de 90, muitos psiquiatras psicanalistas e psicólogos psicanalistas clínicos, influenciados principalmente pela Psicanálise Lacaniana, têm um forte interesse pela Psicose. Portanto, estar no Pínel, nos anos 90, em um espaço que atendia crianças graves, autistas e psicóticas era algo que estava totalmente em sintonia com o desejo de muitos daqueles profissionais.

Como a equipe era majoritariamente constituída por psicanalistas, a psicanálise foi a diretriz do trabalho que desenhou o primeiro formato deste dispositivo clinicoinstitucional. Com isso, a ênfase na singularidade, na escuta da criança, do adolescente ou de seus pais, foi utilizada como fio condutor do tratamento.

Sendo assim, a equipe batizou de “Espaço de Possibilidades”, que serviria como uma espécie de orientação do trabalho. Segundo Ribeiro (2004), o “espaço de possibilidades” era uma “orientação que propunha o desafio de manter um espaço aberto de não saber, que possibilitasse a reformulação e reconstrução da direção de trabalho a partir da singularidade de cada caso”.

Com uma equipe bastante engajada, comprometida e afinada com os princípios da Reforma Psiquiátrica, logo no início da década de 90, o NAICAP tornou-se um serviço especializado para assistência às voltas com pesquisas que contemplavam não apenas as necessidades clínicas, como também questões relativas a gestão e levantamento de dados sobre o campo de assistência à esta clientela no Rio de Janeiro. Neste período, a equipe começou a investir em formação de recursos humanos.

É curioso pensar que o NAICAP nasce de uma espécie de híbrido: para diminuir a lacuna de desassistência, o serviço promoveu a eleição da clientela autista e psicótica, ato considerado por muitos como uma espécie de especialização do serviço, na medida em que, *a priori*, restringe o acesso a autistas e psicóticos. Porém, ao mesmo tempo, tem como premissa sagrada a valorização da singularidade e a necessidade de investir na complexidade dos casos em detrimento do diagnóstico.

Este paradoxo aparece em vários artigos²⁸ que narram um pouco do histórico e do trabalho clínico desenvolvido naquela época. Por exemplo, ao mesmo tempo em que é notável a recusa em construir um modelo homogêneo de assistência, distanciando-se veementemente de intervenções coercitivas ou adaptativas, o NAICAP foi se constituindo para receber uma clientela específica. Este fato está diretamente relacionado à existência do COIJ. A clientela autista e psicótica, que na prática se traduzia como a clientela de maior complexidade²⁹, era direcionada para o NAICAP enquanto que todas as outras demandas da infância e adolescência ficavam com o COIJ.

Implementar um dispositivo institucional-psicanalítico destinado ao substrato diagnóstico impôs, sem dúvida, muitos desafios. Assegurar as referências institucionais sem perder de vista a singularidade de cada criança, privilegiar os passos idiossincráticos daqueles que se apresentavam de modo muito radical, sem ignorar as referências do corpo social às quais todos nós somos expostos, conformaram igualmente alguns dos árduos aspectos inerentes ao trabalho desenvolvido no NAICAP.

Apesar de tantos impasses, a equipe tinha um objetivo muito bem definido de propor atendimento na modalidade de atenção diária com cuidados intensivos à criança autista e psicótica. Sendo assim, a equipe do NAICAP desenvolveu um conjunto diversificado de atividades realizadas durante cinco dias por semana no período de 8:30 às 16:30. Nota-se que o intuito de preservar a singularidade de cada caso em um contexto institucional foi a base para construção de todas as atividades.

As atividades realizadas no NAICAP não se constituem em escala obrigatória para todas as crianças que ali frequentam; ao contrário, colocam-se, antes, como opções para ampliar as possibilidades de circulação de uma palavra, possibilidades essas sempre guiadas pelas peculiaridades de cada criança, para que a expressão livre de seu mal-estar possa ter lugar (CARVALHO, 1995, p.4).

²⁸ CARVALHO, K. A. 1998. *Uma proposta de trabalho institucional com crianças autistas e psicóticas; De um lugar possível a um espaço de possibilidades- naicap*, 1995.

²⁹ Como a elaboração e constatação do diagnóstico de autismo e psicose infantil exige refinamento clínico, a maioria dos casos era direcionada ao NAICAP, mais pela complexidade do que necessariamente pelo diagnóstico.

Pode-se dizer que existiam atividades “padronizadas”, de cunho institucional, considerando que essas práticas são intrínsecas ao trabalho com crianças que podem ou não passar um período longo do dia na instituição. São elas as chamadas Atividades da Vida Diária (AVD): café da manhã, almoço, lanche, banho. No entanto, mesmo sendo atividades da vida diária, estavam diretamente ligadas ao funcionamento institucional, e ganhavam um contorno clínico, na medida em que a singularidade sempre se impunha como direção de trabalho. O projeto terapêutico exclusivo, para cada criança em particular, era o imperativo do trabalho institucional do NAICAP.

Segundo Carvalho (1995),

Certamente não se trata de uma instituição cujo fim último seja a consolidação de uma clínica voltada para a domesticação, para o uso de dispositivos ortopédicos normalizantes onde a massificação dos cuidados, num movimento retroalimentador, é o motor para a condução da criança em direção à “adaptação de sua inadaptação” (CARVALHO, 1995 p.4).

Havia também os chamados Atendimentos Especializados, que contemplam as Atividades Aquáticas, Assistência aos pais, Enfermagem, Fonoaudiologia, Pedagogia, Psicofarmacologia, Psicomotricidade, Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Oficinas, Passeios, Festas e o Projeto Comunidade. Todas as atividades propostas estavam dentro do mote “Espaço de Possibilidades” onde “a orientação do trabalho propunha o desafio de manter um espaço aberto de não saber, que possibilitasse a reformulação e reconstrução da direção de trabalho a partir da singularidade” (RIBEIRO, 2004, p.24).

As atividades realizadas no NAICAP, de forma alguma eram obrigatórias. Ao contrário, apresentavam-se como opções para ampliar as possibilidades de circulação e expressão da criança. Com isso, cada criança ou adolescente tinha um projeto terapêutico único, cuja singularidade guardava em si a possibilidade de reformulação sempre que a criança apontasse para esta necessidade.

O trabalho no NAICAP era realizado por uma equipe multiprofissional composta por psicanalistas, psicomotricista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo pedagogo, psiquiatra, auxiliar de enfermagem, estagiários.

Apesar de nem todos os integrantes da equipe terem formação psicanalítica estrito senso, o NAICAP promovia atividades de pesquisa, estudo e capacitação, que, de alguma forma, imprimia o viés psicanalítico que predominava no NAICAP.

Além das atividades voltadas para assistência, os profissionais do NAICAP desenvolveram projetos nas áreas de ensino, pesquisa e formação de recursos humanos na modalidade de cuidados à infância. Um dos projetos pioneiros e de suma importância

desenvolvido no NAICAP foi o mapeamento dos serviços que prestavam atendimento em saúde mental para a clientela infantojuvenil.

A primeira pesquisa foi realizada em 1992, teve como objetivo construir um banco de dados referente aos serviços que atendiam a clientela infantojuvenil na modalidade de assistência em saúde mental. No período, foi feito um levantamento apenas das áreas programáticas 2.1 e 2.2.³⁰, conseguiu-se construir um banco de dados composto de instituições que trabalhavam com esta clientela.

A pesquisa ganhou força apenas em 1995³¹, quando foi desenvolvida em parceria com a Faculdade de Psicologia da Universidade Santa Úrsula, o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Fiocruz e a Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Realizada no período de junho de 1995 a junho de 1997, o intuito era mapear novamente os serviços com atendimento em saúde mental infantil, nas áreas programáticas 1.0, 2.1 e 2.2³². A escolha destas áreas programáticas se justifica na medida em que eram próximas ao NAICAP, mas a intenção era ampliar o estudo.

Com objetivo de levantar dados sobre a rede de serviços com especial atenção para aqueles que se propõem a atender crianças autistas e psicóticas, a finalidade principal era transformar esses dados em instrumento facilitador dos encaminhamentos. Principalmente entre os profissionais e os serviços na articulação entre os mesmos, além de construir um banco de dados para ser utilizado pelas próprias instituições que participaram do levantamento (1999).

Foram realizadas visitas às instituições, para aplicação de um questionário e observação participante, além da possibilidade de recolher material informativo sobre os serviços visitados. O intuito do estudo era desenvolver um mapeamento situacional de atendimento em saúde mental infantil e a construção de uma rede de cuidados com maior interação entre os serviços. Desta pesquisa foi elaborado um Guia dos Serviços de Saúde Mental Infantil e publicado em 1999, constando nele 46 instituições, entre públicas e privadas – conveniadas ou filantrópicas – que prestavam serviço à clientela infantojuvenil nas áreas programáticas 1.0, 2.1 e 2.2.

³⁰ Para fins de planejamento em saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha com a divisão da cidade em 10 áreas de planejamento, conhecidas também como áreas programáticas (AP). Cada uma das áreas programáticas é composta por vários bairros. AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3.

³¹ Sobre esta pesquisa, ler: Sobre a demanda na *área da saúde mental*: follow-up do atendimento em um serviço para crianças, de Angélica Bastos, Katia Alvares de Carvalho e Roberta Verônica Ferreira Costa. Relatório de Pesquisa financiada pela FAPERJ, RJ, 2003.

³² Guia de serviços de saúde mental infantil áreas programáticas 1.0, 2.1 e 2.2 do Município do Rio de Janeiro. Organização, pesquisa e produção, de Andrea da Luz Carvalho, Cláudia Cadaval e Kátia Alvares de Carvalho Monteiro. Instituições envolvidas: NAICAP, Gerência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Fio Cruz.

O Guia foi organizado da seguinte forma. Dividido entre as três áreas programáticas e cada área entre serviços públicos e serviços privados. Cada serviço mapeado no guia continha informações sobre Clientela, Faixa Etária, Tipo de Serviços, Modalidade de Atendimento, Contato e uma parte chamada de Em Destaque, para observações complementares.

Os dados podem ser resumidos com base no Guia dos Serviços de Saúde Mental Infantil, publicado em 1999, para ilustrar um panorama da aceitação da psicose infantil e do autismo em meio ao atendimento infantojuvenil, à época:

Área programática 1.0, composta por 7 bairros: Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.

- cinco unidades públicas para atendimento infantojuvenil em regime ambulatorial
- uma unidade de emergência geral

Das cinco unidades públicas³³, somente uma, o Pam 13 de Maio Clínica da Adolescente, mencionou o Autismo como parte da sua clientela, porém com o limite da faixa etária de 12 a 18 anos. O Hospital Municipal Salles Netto continha como parte de sua clientela, o atendimento ambulatorial para Transtornos Globais do Desenvolvimento.

No campo privado³⁴ – 03 unidades de atendimento, das quais 01 mencionou o autismo diretamente:

- Clínica Universitária Henry Dunant Universidade Estácio de Sá – menciona o autismo;
- Instituto Henri Wallon – psicose na criança, atendimento à faixa etária de 7 a 21 anos;
- Sociedade Pestalozzi do Brasil Centro Integrado de Atendimento Terapêutico (CAT), tradicionalmente conhecida por acolher deficientes físicos, mentais, pessoas com distúrbios de aprendizagem, comportamentos ou transtornos neuróticos.

Área programática 2.1, área programática do NAICAP, correspondia a 16 bairros: Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, Urca e Vidigal.

- sete unidades públicas para atendimento;
- três unidades – psicose infantil (parte da clientela);
- NAICAP – autismo.

No campo privado – 13³⁵ serviços na AP 2.1,

³³ Centro Municipal de Saúde Ernani Agrícola XXIII R.A; Centro Municipal de Saúde Zerefino Tibau VII R.A; Hospital Municipal Salles Netto; Pam 13 de Maio Clínica Adolescente; Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim Setor de Saúde Mental.

³⁴ Por campo privado, compreende-se tudo que não é estritamente do SUS, portanto, estão incluídas instituições filantrópicas, caritativas, universitárias e outros.

³⁵ ABBR- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação Setor Psicologia; Ambulatório São Luiz Gonzaga Setor Psicologia; Ambulatório Praia do Pinto/Cooperativa Estruturar Setor Psicologia; Centro de Desenvolvimento Humaitá; Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória; CEPAC- Curso de Especialização em Psicanálise Universidade Santa Úrsula; CEPPAC- Centro de Estudo e Pesquisa em Psicanálise com Crianças; Clínica Santa Cecília; Hospital São Zacarias; Instituto Anna Freud; Instituto Nossa Senhora de Lourdes; Serviço de Psicologia Aplicada da PUC; Serviço de Psicologia Aplicada da Santa Úrsula.

- seis – autismo “associado a uma deficiência” como parte da clientela;
- seis – psicose na criança como pertinente à sua clientela.

Área programática 2.2

- sete³⁶ dispositivos de atendimentos,
- seis - autistas e psicose infantil.
- Sodalício Sacra Família - deficiência visual e outras patologias associadas.

Área programática 2.2, a maior do guia em números absolutos de unidades públicas de saúde mental – 11 unidades – que recebem crianças e adolescentes. Bairros: Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Tijuca e Vila Isabel.

Estas 2 unidades mencionaram o autismo e o autismo associado a uma deficiência; psicose na criança como parte de suas clientelas:

- PAM da Praça da Bandeira Setor Saúde Mental Infantil
- Serviço de Psiquiatria e Psicopatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ,

E mais dois mencionaram psicose na criança:

- Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ
- Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela.

No campo privado

- sete³⁷ dispositivos de atendimentos,
- seis recebiam autistas e psicose infantil.
- Sodalício Sacra Família - deficiência visual e patologias associadas.

Uma das conclusões obtidas neste levantamento diz respeito à característica de assistência as crianças e adolescentes. A mesma foi considerada como um apêndice da assistência do adulto, isto é, a ideia de que a assistência funcionava exatamente como para os adultos, pautando os cuidados em intervenções medicamentosas, ambulatoriais e internações. Sendo assim, não contemplavam as especificidades da infância e adolescência o que incluiria disponibilidade intensiva e ampliada com recursos pertinentes à infância, como musicoterapia, pedagogia, arteterapia, entre outras (Cartografando o percurso da criança autista e psicótica nos serviços e saúde mental, 1997).

Outra conclusão importante advinda desta pesquisa é que a clientela que procurava os serviços de atenção infantil era predominantemente marcada por distúrbios de aprendizagem e de comportamento. Também foi detectado que na época não havia quase nenhuma unidade de

³⁶ APAE - Associação de pais e amigos dos excepcionais; CEMPRE - clínica médica psicológica de reabilitação, CLITOP Associação Cultural Machado Gaglianone; CRIART- Centro de Estimulação em Psicopedagogia, IBRM- Associação Beneficente do Instituto Brasileiro de Reeducação Motora, Sodalício Sacra Família; STOP- Serviço de Tratamento e Orientação Psicológica.

³⁷ APAE; CEMPRE; CLITOP; CRIART; IBRM; STOP.

saúde da rede pública que se propunha a atender crianças autistas e psicóticas, na modalidade intensiva, reforçando a hipótese original de carência de serviços destinados para esta clientela.

Este mapeamento situacional deu ainda mais relevo ao trabalho que estava sendo desenvolvido pelo NAICAP. Ao mesmo tempo em que a pesquisa se efetuava com os seus integrantes, houve uma divulgação indireta do trabalho ali realizado. Isso fez com que, rapidamente, esses serviços demandassem parcerias no formato de assessorias, reuniões, palestras, ou mesmo o endereçamento de casos de autistas e psicóticos para o NAICAP. Ou seja, uma rede de assistência foi se desenvolvendo a partir desta iniciativa.

Verifica-se que o mapeamento situacional promoveu o crescimento da demanda da clientela autista e psicótica infantil, advinda das mais diversas regiões do Estado do Rio de Janeiro e direcionada para o NAICAP, na medida em que o intercâmbio entre as instituições suscitou a construção de uma rede e a divulgação do trabalho ali realizado.

Outro projeto que o NAICAP desenvolveu na área de ensino e pesquisa foi a oferta de estágio para estudantes em graduação nas áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Psicomotricidade, Terapia Ocupacional e áreas afins. Os profissionais do Núcleo investiam vigorosamente nos programas de formação, pois acreditavam na importância do espaço de reflexão e estudo acerca das especificidades da clínica na infância, para aprimorar a qualidade de sua prática assistencial.

Em 1994, o NAICAP implantou o Programa de Residência em Psiquiatria e Saúde Mental infantil em parceria com o COIJ.

Este programa tem como objetivo principal proporcionar aos profissionais o reconhecimento da assistência à criança enquanto prática na área da saúde mental proporcionando habilitação na especificidade do adoecimento psíquico na infância bem como na participação de montagens institucionais necessárias para o atendimento à criança em sofrimento psíquico (CARVALHO, K., 1998, p.4).

Ainda que a residência médica tenha sido instituída por lei, desde 1981, somente em 1994, foi criado o terceiro ano opcional da residência em psiquiatria da infância e adolescência. Dois anos depois, foi criado o equivalente, o terceiro ano opcional, para a residência Multiprofissional³⁸ em Saúde Mental.

Ainda sobre o engajamento do NAICAP nos projetos de formação de recursos humanos, o serviço mantinha um programa de qualificação de seu corpo técnico e um programa de

³⁸ Vale lembrar que a lei que formaliza a residência multiprofissional veio em 2005: Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Antes da instituição desta lei, o programa era apresentado como Curso de Especialização.

formação e treinamento de pessoal da rede pública de saúde através do Curso de Extensão em Saúde Mental Infantil em parceria com o COIJ.

Outra atividade promovida era a oferta de consultoria, parcerias e assessorias de outros serviços da rede de atendimento, com o objetivo de multiplicar a proposta de trabalho do NAICAP.

Com isso viu-se a necessidade de construir uma Biblioteca e Disqueteca, para aglutinar material bibliográfico na área de saúde mental infantil, particularmente sobre autismo e psicose na criança e temas correlatos.

Em agosto de 1995, os profissionais do NAICAP criaram um jornal³⁹ com o intuito de divulgar os trabalhos realizados dentro e fora do serviço, assim como serviria de estímulo para promover debates e propostas de ações voltadas para a clientela infantojuvenil atendida no NAICAP. O jornal também serviria como espaço de divulgação de Congressos, jornadas, simpósios.

Fala-se um pouco acerca da primeira edição, para exemplificar os objetivos listados acima: A primeira edição, lançada em agosto de 1995, contava com a divulgação do curso de extensão em Saúde Mental Infantil, que tinha como foco principal o aprofundamento e a ampliação das discussões e práticas no campo da Saúde Mental infantil. O curso era destinado aos residentes de Psiquiatria Infantil R3 e aos profissionais de saúde da Rede Pública, e foi dividido em 11 aulas⁴⁰.

Outra atividade divulgada na edição de agosto foi o trabalho de assessoria realizado por alguns integrantes da equipe do NAICAP.

A coordenação de ensino e pesquisa do NAICAP participou recentemente de uma reunião em Volta Redonda com o coordenador de Saúde Mental, com o representante do centro de estudos dessa coordenação e com profissionais da área de saúde mental infantil. Essa reunião teve como objetivo discutir a viabilidade da montagem de um Curso de Saúde Mental Infantil para esses profissionais. Participaram desta reunião: Kátia Alvares, Jeanne Marie Ribeiro e Cristina Ventura (JORNAL NAICAPETA, ago.1995, p.2).

O trabalho de assessoria, divulgado nesta edição, foi a viagem que a equipe fez para São José do Rio Preto, com o objetivo de assessorar o Projeto-Escola do Autista e Comunidade

³⁹ O jornal foi chamado em sua primeira edição de NAICAPETA, nas edições seguintes de Jornal do NAICAP até que, a partir de dezembro de 1995, passou a ser NAICAP EM FOCO.

⁴⁰ O calendário das aulas continha: 26/07/1995-Dinâmica Familiar I; 02/08/1995-Dinâmica Familiar II; 03/08/1995 -Autismo e Psicose: Histórico; 09/08/1995-Dinâmica Familiar III; 10/08/1995-Autismo e Psicose: contribuições da Psiquiatria I; 16/08/1995-Autismo e Psicose: Contribuições da Psiquiatria II; 17/08/1995-Classificações Atuais em Psiquiatria Infantil; 23/08/1995-Autismo e Psicose: Contribuições da Psiquiatria III, 24/08/1995-Psicofarmacologia Infantil I; 30/08/1995-Síndromes Neurológicas e Autismo; 31/08/1995- Psicofarmacologia Infantil.

Terapêutica Rural. Também comentaram sobre a reunião realizada com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Resende, com o intuito de assessorar o projeto de Assistência à criança Autista e Psicótica.

Algumas notícias entre as informações contidas no referido jornal, como

O Centro de Orientação à infância e à Adolescência da Colônia Juliano Moreira e o Programa de Assistência Intensiva da Fundação Municipal Lar Francisco de Paula-FUNLAR tiveram que interromper a assessoria em função das dificuldades internas que esses dois serviços estavam enfrentando na época (JORNAL NAICAPETA, ago.1995).

Em outra seção da edição de agosto, consta um item intitulado “Cooperações técnicas”, realizado com o Benjamin Constant, com o Hospital Municipal Rocha Maia, com o Instituto Nacional de Educação de Surdos, com o Instituto Helena Antipoff e com a Universidade Santa Úrsula. Para cada contato e cooperação, existia um propósito bem definido, que geralmente girava em torno da construção de uma rede articulada.

Nessa edição, consta um trecho respeito da pesquisa realizada por Cristina Ventura e Jeanne Marie Ribeiro em parceria com o Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ, com o “objetivo de estudar a representação da criança nas políticas públicas brasileiras” (Jornal NAICAP, p.4, edição ago. 1995).

Havia, também, espaço para a divulgação do I Simpósio Internacional de Práticas Comunitárias e Institucionais com a Criança, realizado na PUC-Rio (1995). Outra seção do jornal é a da Biblioteca. Nele há cinco sugestões de material disponibilizado com os temas relacionados à clínica da Infância e adolescência. Ainda, nesta edição, constam publicações científicas realizadas por membros da equipe⁴¹.

Durante dois anos e meio, o jornal foi publicado sistematicamente. Cada edição continha novidades e aprimoramentos do trabalho desenvolvido dentro e fora da Instituição. Coube explicitar o conteúdo de algumas edições para que se pudesse acessar o expressivo trabalho que a equipe do NAICAP desenvolveu. Dentre os muitos projetos desenvolvidos pelo NAICAP, também vale destacar o “Projeto Comunidade” e o “Projeto Escola”. Ambos em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, visavam a ampliação do cotidiano das crianças. Para isso, eram realizados passeios, festas, visitas e tudo mais que estivesse voltado à inserção

⁴¹ Em agosto,1995, divulgaram o artigo “Autismo e Psicose Infantil: uma clínica possível? NAICAP: Uma experiência em instituição pública”, de J. Marie de Leers Costa Ribeiro e M. Cristina Ventura Couto, publicado na *Revista FOCO da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro*, vol.16, n.47, jun. 1995.p.6.

social dessas crianças. Que muitas vezes, tinham a circulação social extremamente restrita ou mesmo inexistente.

O Projeto Escola nasceu de uma parceria com a Secretaria de Educação, com a intenção de promover a inserção e o acompanhamento da criança autista e psicótica na rede pública de ensino regular. Para viabilizar esta inserção, eram realizados encontros, reuniões e assessorias com as escolas, professores e familiares, objetivando promover qualquer suporte necessário à viabilização da inclusão das crianças na escola. Portanto, ao longo de seus primeiros anos de desenvolvimento, o Núcleo de Atenção à Criança Psicótica foi ganhando notoriedade em várias partes do estado do Rio de Janeiro e outras cidades do Brasil.

Naquela altura, o serviço contava com vários projetos e atividades em andamento. Merecem destaque:

- O Projeto Oficinas – funcionava em diferentes formatos, com os recursos musicais, teatrais, de pinturas e fantoches, para a construção de cenários possíveis que buscassem revelar a posição subjetiva da criança;
- O Projeto Atividades Aquáticas – contava com o mesmo fundamento clínico de ofertar espaços para vivências lúdicas, buscando a interação e expressão através da água;
- O Pintando o Sete – atividades expressivas, coordenadas por arte-educadores, visando, entre outras coisas, a integração da clientela infantil do NAICAP. Por isso era aberta para os filhos de funcionários e crianças da comunidade;
- O Projeto Vídeo.

Todas estas atividades têm pelo menos algum registro, graças ao Projeto Vídeo. Este Projeto nasceu da necessidade de se construir uma memória do trabalho realizado no NAICAP. O registro da evolução clínica das crianças poderia ser feito através de filmagens que documentariam o impacto da clínica naquelas crianças. No entanto, foi necessário contar com a ajuda do diretor do hospital para angariar os recursos necessários.

P. (diretor do hospital, entrevista maio de 2016) conta que conseguiu a primeira câmera com o delegado federal de controle do Rio do Ministério da Fazenda, através dele, obteve doações para o Hospital Pinel. A ideia era montar uma ilha de edição, para que os vídeos gravados pela equipe do Jornal NAICAP contribuíssem para o projeto da Reforma Psiquiátrica. Ainda mais por conta da escassez de políticas públicas na área da saúde mental, destinadas à clientela infantojuvenil.

Segundo P., a TV Pinel nasceu por causa do NAICAP. Ele obteve o dinheiro necessário, montou uma ilha de edição e contratou um cinegrafista para capacitar os pacientes adultos do hospital dia. A ideia inicial da TV Pinel era investir na desconstrução do paradigma da loucura, além de contribuir para o registro da memória dos trabalhos realizados no Pinel. O NAICAP utilizava os recursos da TV Pinel para editar os vídeos gravados.

O Projeto Vídeo do NAICAP⁴² tinha a intenção, indo além da construção de uma memória do trabalho realizado, utilizar os registros para fins de divulgação ou mesmo de treinamento e assessoria para outras instituições. Esse arquivo encontra-se na sala de almoxarifado do CAPSI Maurício de Sousa.

Há registros em VHS do projeto Recursos Humanos. Este objetivava a qualificação do corpo técnico do NAICAP, como também de profissionais e serviços voltados para a clientela infantil autista e psicótica. Como se pode ver, através dos registros citados via edições do jornal, o NAICAP investia em assessorias e consultorias, programas de intercâmbios, visitas de profissionais de fora do serviço, programas de qualificação do corpo técnico e espaços de discussão e reflexão com profissionais convidados a respeito de questões relacionadas à área do autismo e psicose na criança. Muitas destas atividades encontram-se registradas em fitas VHS, localizadas no CAPSI Maurício de Sousa.

Portanto, pode-se afirmar que o NAICAP se constituiu como um serviço destinado à assistência, ao ensino, à pesquisa e à formação de recursos humanos na área do autismo e psicose infantil, buscando uma forma de organização que sustentasse uma escuta dirigida à singularidade de cada criança, sem perder de vista as referências institucionais.

A primeira marca da direção clínica do trabalho realizado no Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Psicótica (NAICAP) é o que eles chamam de postura ética. Postura esta que entende que o mal-estar, inerente à condição humana, deve ter um lugar de endereçamento. No caso dos autistas ou psicóticos, por exemplo, as aparentes bizarrices, como as estereotípias e automutilações, são entendidas de um modo geral, como manifestações de um “Sujeito em Trabalho”, do que se falará mais adiante, ainda neste item.

Segundo, Ribeiro (2004, p.22), “tínhamos como ponto de partida a ética da psicanálise: supor um sujeito a advir nas estranhas produções dessas crianças”.

⁴² Existe um acervo de mais de 200 fitas em VHS, contendo registros das atividades clínicas desenvolvidas, palestras internas e externas, assessorias entre outros importantes fatos da memória do NAICAP. Por falta de recursos, essas fitas se encontram guardadas no almoxarifado, sem o devido cuidado de preservação. Urge que se processe a conversão do referido arquivo em versões modernas tecnológicas, para que a memória valiosa ali contida não se perca com o desgaste contínuo do tempo.

Para Jeanne Marie (2013) e Kátia Alvares (2004), no dia a dia de trabalho com essas crianças, os saberes prévios eram colocados em xeque. Havia uma dificuldade enorme, inúmeros questionamentos sobre como agir diante daquelas crianças que não falavam, que repetiam sempre os mesmos gestos ou não mostravam interesse ou não se fixavam em quase nada.

A equipe se viu às voltas com a necessidade de criar uma ponte de comunicação possível, de interação necessária para que o trabalho se desenvolvesse. Assim, como base do trabalho, decidiu-se que cada staff, à sua maneira, teria que se despojar de saberes prévios e seguir a direção que a própria criança apontava. Procedeu-se uma espécie de mergulho no universo particular de cada criança. A ideia era mesmo despir-se de saberes *a priori*, para que esta suposta ponte de comunicação possível fosse construída. No entanto, estar despojado de todo saber seria um exercício cotidiano, imposto pela clínica, de testemunhar o “trabalho de tratamento do Outro”, o que, de alguma forma, já estava acontecendo para cada criança.

A esse respeito, Beatriz Freire (2004) concorda que “em um primeiro nível, podemos afirmar que essa clínica é uma lição no próprio sentido da concepção do saber: a partir dela, nos deslocamos de um saber que pressupõe uma origem natural (deficitária) para um saber que pressupõe um sujeito em construção” (p.43).

Para melhor compreender a direção de trabalho clínico adotada pelo NAICAP, é necessária alguma familiaridade com os termos psicanalíticos. Para isso, os termos específicos do campo da psicanálise encontrarão tradução, em notas de rodapé correspondentes, à medida que aparecerem no texto.

De acordo com a leitura psicanalítica, na direção oposta à concepção deficitária do autismo, o discurso psicanalítico vai tomar a criança autista como Sujeito⁴³. Isso implica dizer que, ainda que não falem verbalmente, os autistas são afetados pelo campo da linguagem (RIBEIRO, 2013).

Ribeiro (2013, p.21) diz: “Há trabalho no estranho comportamento dessas crianças, portanto, possibilidade de que alguém, um analista, venha se incluir neste trabalho que a criança já realiza”, em seu livro que retrata um pouco do trabalho clínico desenvolvido no NAICAP. Deste modo, podemos perceber que a direção clínica ali exposta entende que há uma lógica nas

⁴³ Desde que Freud introduziu a concepção de uma estrutura inconsciente, inaugura-se a ideia de Sujeito do Inconsciente. Para Lacan, o inconsciente é estruturado como linguagem. Lacan demonstrou que o sujeito é submetido ao significante nos seus encadeamentos, e a articulação dos significantes em cadeia determina os pensamentos inconscientes que se produzem e operam à revelia do eu.

manifestações dessas crianças. Entendida como uma espécie de resposta frente aos excessos do Outro⁴⁴.

A direção de trabalho que propomos é a de procurar a particularidade de cada sujeito em suas variadas e estranhas formas de manifestação. Trata-se de uma proposta de tratamento que procura acompanhar essas crianças no trabalho que realizam na tentativa de sair do lugar de objeto de gozo do Outro, para se constituírem como sujeitos. Na contramão do discurso universalizante da ciência, o que buscamos é a dimensão do sujeito em sua singularidade (RIBEIRO, 2013, p.88).

Diante dessas premissas teóricas psicanalíticas, a equipe se viu às voltas com inúmeras questões, dentre as quais merece destaque a pergunta que impulsionou o trabalho com essas crianças.

Se os autistas não nos escutam enquanto nos ocupamos deles e se qualquer demanda do Outro é vivida como intrusiva, quais seriam as condições de um Outro que ao mesmo tempo não se ocupasse deles e mesmo assim pudesse lhes dizer algo? Quais as condições de uma fala, de uma intervenção, que não fosse invasiva e devastadora para estas crianças e que facilitaria a operação que os autistas já realizam para tentar produzir-se como sujeito? (RIBEIRO, 2013, p.89).

Esses questionamentos levaram a equipe a estudar os trabalhos de Jacques Alain Miller (1996) acerca da “prática entre vários” – orientação psicanalítica de trabalho em instituições que acolhem crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves na Bélgica.

A “prática entre vários” teria como base a necessidade de se constituir uma equipe de trabalho capaz de responder às condições exigidas pelo sujeito psicótico de saber não saber. Ou seja, manteria um lugar vazio de saber, isto é, faria com que nenhum membro da equipe se colocasse como detentor do saber sobre os casos, pois caberia à criança autista ou psicótica construir seu próprio saber. Esta dimensão corroboraria com a ideia de que a criança autista já realiza um trabalho para tratar o seu Outro sem lei. A prática entre vários apresentar-se-ia como uma tentativa institucional de oferecer condições para que a criança encontre parceiros para o trabalho que realiza na tentativa de se produzir como sujeito.

A reunião de equipe funcionaria como um instrumento essencial para manter este lugar vazio de saber. Cada membro teria a chance de colocar os impasses encontrados em cada caso, as percepções, e teria a oportunidade de falar sobre as observações do trabalho que cada criança

⁴⁴ Termo utilizado por Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou ainda Deus- que determina o sujeito. Ora de maneira externa a ele, ora de maneira intersubjetiva em sua relação com o desejo. Pode ser escrito com maiúscula, opondo-se então a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar da alteridade especular (ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*, 1998, p.558).

realiza. Este formato favoreceria no sentido de que nenhum membro se considerasse detentor do saber ou como o único parceiro do sujeito neste trabalho.

No NAICAP encontramos como forma de resposta a esta questão um funcionamento que inclui a participação na reunião geral de um psicanalista, que funciona num lugar íntimo em relação a equipe. Sua função é a de garantir a manutenção desse lugar vazio de saber. A direção do tratamento de cada caso em sua singularidade é construída assim, em equipe, não para confirmar o já sabido da teoria, mas para reinventá-la a cada caso (RIBEIRO, 2013 p.100).

Sendo assim, estar “entre vários” nas atividades propostas pelo NAICAP – como as oficinas e os espaços de convivência – permitiria o “esvaziamento do gozo do Outro”⁴⁵.

O NAICAP, sem dúvida alguma, teve uma trajetória inovadora e extremamente bem-sucedida em vários aspectos. Trouxe visibilidade para a clientela autista e psicótica, fez um levantamento situacional, mobilizou uma rede de serviços e abriu portas para discussões importantes para a construção do campo de atenção em saúde mental infantil. Investiu fortemente na capacitação de seus profissionais, promoveu cursos, assessorias e parcerias com dispositivos externos. Durante muitos anos inspirou diversos serviços, inovou na parte clínica, política e institucional, e ganhou significativo destaque no cenário nacional.

Porém, esse sucesso veio acompanhado de grandes desafios. Sobretudo, desafios internos em relação ao trabalho clínico, orientado pela psicanálise, em uma instituição pública.

Partindo do pressuposto de que o NAICAP era formado por uma equipe multiprofissional, muitos profissionais não tinham familiaridade com a teoria psicanalítica. Mesmo considerando que a maior parte da equipe era formada por psicanalistas, os não psicanalistas relataram dificuldades. Colocar em prática esses conceitos exigia uma formação psicanalista sofisticada. Apesar de o serviço promover estudos teóricos, discussões de casos, supervisões, palestras, ainda assim, alguns membros da equipe não tinham afinidades com a teoria psicanalítica. Conceitos como *Sujeito, Grande Outro*⁴⁶, *Gozo, Criança em Trabalho, Prática entre Vários* suscitavam desconfortos e estranhamentos para alguns profissionais.

Se não existia consenso na equipe sobre a psicanálise, sem dúvida os preceitos da Reforma Psiquiátrica estavam bastante disseminados entre seus membros. Por isso, algumas dimensões clínicas da psicanálise se mesclavam com direções éticas e políticas. Foi o caso da

⁴⁵ Inicialmente ligado ao prazer sexual, o conceito de gozo implica a ideia de uma transgressão da lei: desafio, submissão ou escárnio. O GOZO participa da perversão; teorizado por Lacan como um dos componentes estruturais do funcionamento psíquico, distinto das perversões sexuais. Posteriormente o Gozo, repensado por Lacan no âmbito de uma teoria da identidade sexual expressa em fórmulas da sexuação, que levaram a distinguir o gozo fálico do gozo feminino (*Dicionário de Psicanálise*, op. cit, p.299-300).

⁴⁶ O *Grande Outro* como discurso do inconsciente é um lugar, o alhures onde o sujeito é mais pensado do que efetivamente pensa. É o arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância até mesmo antes de ter nascido. (QUINET, A., 2012).

noção de Sujeito. A ideia de que a criança era um SUJEITO foi facilmente assimilada, principalmente a proximidade com o Sujeito da Reforma Psiquiátrica. O Sujeito da reforma Psiquiátrica era um Sujeito de direitos, protagonista de sua história. O “*sujeito do desejo*” e o “*sujeito de direitos*” encontram, através da necessidade de valorização da singularidade e da direção do trabalho na contramão do estigma, uma via única.

A ideia de que aquela criança era um *Sujeito* e tinha voz, mesmo que não falasse verbalmente, foi amplamente absorvida entre os não psicanalistas. Porém, outras questões, como, por exemplo: o *Grande Outro*, o *Trabalho do Sujeito e da Prática entre Vários*, renderam muitas discussões entre os membros da equipe.

S., terapeuta ocupacional, conta que aprendeu muito com a psicanálise, principalmente com a valorização da criança enquanto “Sujeito e com a ideia de caso a caso”. Porém, expressa a enorme dificuldade que tinha com os termos psicanalíticos e com algumas direções clínicas.

A história do porquinho rosa ilustra algumas das dificuldades que enfrentei. Tínhamos ganhado de presente um porquinho rosa que fazia um barulho que as crianças amavam. Um dia, um menino pegou o porquinho e colocou no microondas. Ele estava acompanhado de sua terapeuta. Ela deixou o menino colocar o porquinho no microondas e obviamente o porquinho derreteu. A terapeuta justificou que o menino “estava em trabalho”, e que este ato foi clínico, motivo pelo qual ela não o interrompeu. Este episódio para mim, foi o fim! Eu não conseguia entender que diabo de trabalho é esse que faz com que um porquinho usado por outras crianças possa ser derretido em nome de um trabalho clínico. Eu ficava maluca com essas coisas, levava para supervisão e não conseguia entender, colocar limite é ser o Outro intrusivo?. (S., entrevista 3 de maio de 2017).

Outra situação ilustrativa da dificuldade encontrada por alguns profissionais que não tinham a psicanálise como orientação teórica foi a história do liquidificador.

Tínhamos a oficina de culinária, que era realizada toda sexta feira. Ganhamos de presente um liquidificador que era bastante utilizado tanto para preparar receitas como para estimular a autonomia das crianças na preparação de seus próprios alimentos. Um dia, cheguei na oficina e o liquidificador estava quebrado. Isso, porque uma criança colocou um objeto duro como pedra no liquidificador e o ligou. A terapeuta justificou que este foi um ato simbólico/clínico e que a mesma apenas testemunhou sem interromper. Resultado: a oficina ficou sem liquidificador por causa de um trabalho supostamente clínico. Essas atitudes eram incompreensíveis. Qual é o limite de não ser o Outro excessivo e ser o Outro desregrado de limites? (S., entrevista 3 de maio de 2017).

Trabalhar com crianças autistas e psicóticas já era visto como um grande desafio para muitos profissionais. Lidar com os conceitos psicanalíticos também não foi sem consequências para parte da equipe que não tinha familiaridade com esta abordagem. Certamente, as dificuldades encontradas pelos trabalhadores do NAICAP eram endereçadas nas supervisões e reuniões de equipe. Ainda assim, alguns profissionais não conseguiam se adaptar, o que os levava a trabalhar no COIJ.

O COIJ e o NAICAP, apesar de estarem no mesmo conjunto institucional, funcionavam com pouquíssima articulação. Às vezes, o NAICAP contava com a ajuda de médicos do COIJ, para assistências específicas. Outras vezes, comunicavam-se por conta de encaminhamentos de pacientes. Somente quando os dois serviços se mudaram para o mesmo prédio, uma mudança começou a se instaurar.

1.5.1 1998: A inauguração do prédio destinado ao setor infantil

Até o final da década de 90, o COIJ funcionava ao lado do ambulatório de adultos. Já o NAICAP de 1992 até 1998, na metade do segundo andar do prédio central do Pinel. A outra parte era destinada ao CAIS⁴⁷. Segundo F. (entrevista 17 de abril 2017), o NAICAP tinha se tornado um grande destaque, por seu ineditismo e a implicação notável da equipe, portanto, não fazia mais sentido mantê-lo numa estrutura improvisada, funcionando ao lado do CAIS.

No final da gestão do P., foi decidida a construção de um espaço próprio para o setor infantil. Na época, o espaço, que era utilizado pela antiga lavadeira, foi destinado para esse propósito. Antes o COIJ pegava uma parte do ambulatório e o NAICAP estava ali improvisado num andar, em condições estruturais ruins. A ideia era também poder reunir toda essa parte da infância num espaço desenhado, pensado especialmente para atender crianças. Então foi feita uma reforma imensa naquele espaço que era um grande galpão, e que deu origem ao que hoje é o prédio do CAPSI Maurício de Sousa. (F., 17 de abril de 2017).

Durante a obra, o NAICAP passou a funcionar, por um ano e meio, em uma enfermaria masculina desativada. Em 1997, as instalações ficaram prontas, o NAICAP e o COIJ foram transferidos para este novo prédio feito, exclusivamente, para crianças e adolescentes. Em termos, esses dois serviços estavam próximos fisicamente. Cada um, em um andar, com a sua própria equipe.

Basicamente, o COIJ continuou com o trabalho ambulatorial generalista na área de saúde mental da infância e adolescência, atendendo as mais variadas patologias. Enquanto o NAICAP se dedicava ao atendimento intensivo de crianças e adolescentes autistas e psicóticos.

Em 15 de setembro de 1998, foi inaugurado o prédio destinado ao Núcleo de Atenção à Adolescência e à Infância do Instituto Philippe Pinel. A inauguração do prédio não promoveu a fusão do NAICAP e do COIJ. Eles continuaram funcionando separadamente.

⁴⁷ CAIS era o nome do hospital-dia que funcionava no Pinel.

Fazendo um parêntese, vale a pena lembrar que a Reforma Psiquiátrica estava a todo vapor, impulsionando a criação de vários dispositivos de saúde mental, orientados pela desinstitucionalização. Ou seja, avançava-se para a criação de serviços substitutivos à lógica manicomial.

Portanto, o final da década de 90 foi importante para as primeiras iniciativas, no que diz respeito à institucionalização da Reforma Psiquiátrica no campo da infância e da adolescência no Brasil. Em agosto de 1998, foi inaugurado, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro Centro de Atenção Infantojuvenil: o CAPSI Pequeno Hans⁴⁸. Desde seu início, o CAPSI Pequeno Hans foi bastante influenciado pelo trabalho do NAICAP, tendo também como eixo de sua orientação de trabalho a psicanálise.

Embora o NAICAP nunca tenha recebido a designação de CAPSI, a proposta do primeiro CAPSI do Brasil foi inspirada no NAICAP. O Pequeno Hans tinha em sua equipe um grupo de psicanalistas, com formação lacaniana, que se propunham, pelo menos em seus primórdios, a trabalhar com a clientela infantojuvenil de autistas e psicóticos. O NAICAP prestou várias assessorias para aquela equipe. O NAICAP teve seu efeito multiplicador. (F., entrevista de 17 de abril de 2016).

Ainda no final da década de 90, o NAICAP recebe propostas para ser transferido para a Rocinha e se tornar um CAPSI. No entanto, a equipe, na época, resistiu. A justificativa girava em torno de alguns aspectos. Primeiro, a ideia de que o NAICAP queria preservar o ineditismo de sua iniciativa, assim como manter sua autonomia e direção clínica, dimensões que seriam revistas caso fosse transformado num CAPSI. Em paralelo, havia receio por parte da equipe, em relação às experiências complicadas que estavam em andamento e abrir mão do suporte institucional hospitalar gerava muita insegurança.

Segundo, considerando que o hospital havia acabado de inaugurar um prédio exclusivamente dedicado ao atendimento infantojuvenil, disponibilizando um andar inteiro para o NAICAP, e outro andar inteiro para o COIJ, não fazia muito sentido sair dali naquele momento.

O NAICAP resistiu a entrar nesse modelo, por mais que hoje eu reveja esta posição. A ideia proposta era tirar o NAICAP de onde nós estávamos e colocar-nos na beira da Rocinha. Os estudos da demanda que tínhamos nos provavam que a Rocinha, além de não representar nossa demanda maior, ainda dificultaria o acesso e as articulações que estávamos construindo. Em paralelo, estávamos receosos, pois existiam iniciativas saindo da estrutura hospitalar e indo para a comunidade, mas

⁴⁸ No final da década de 90, existiam ações isoladas, promovidas pelos próprios trabalhadores de saúde mental, com o intuito de reverter a lacuna de desassistência para esta clientela. O CAPSI Pequeno Hans foi inaugurado, ainda sem que políticas públicas instituídas tivessem sido desenvolvidas. A inclusão tardia de ações governamentais se deu somente em 2002 com a portaria 336 e a oficialização dessas ações enquanto políticas públicas nacionais.

estavam se virando aos trancos e barrancos. Não era incomum a prefeitura não pagar o aluguel da casa. E, então, os serviços ficavam sem chão. Nós víamos essa realidade e não queríamos viver isso. Já que tínhamos acabado de montar aquela estrutura física com todo respaldo da instituição (K, entrevista 29 de julho de 2014).

Ainda no final da década de 90, a saúde mental infantojuvenil, em seus ensaios preliminares, ganhou reforço significativo com a criação de dois Fóruns Públicos: O Grupo de Trabalho de planejamento de ações de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes com transtorno mental grave do SMS/RJ e o Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes da SES/RJ.

Estes dispositivos foram criados a partir da necessidade urgente de reverter o déficit assistencial de políticas públicas para infância e adolescência em nosso país.

De um modo geral, historicamente as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência estiveram sob a égide da educação e da assistência social, com irrisórias proposições provenientes da saúde mental. Portanto, o reconhecimento e o agenciamento de ações governamentais, na direção de corrigir a lacuna de desassistência a esta população impulsionou a criação de uma agenda dedicada a este segmento com movimentos embrionários, fortemente marcados pela Reforma Psiquiátrica, em ascensão.

E o NAICAP teve o seu papel multiplicador. Ainda sobre o final da década de 90, constatou-se o surgimento e o crescimento de instituições destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes com questões relacionadas à saúde mental, tais como o CAPSI Pequeno Hans, já citado acima, e o CAPSI Eliza Santa Roza. Esses CAPSIs se constituem antes mesmo da implementação de uma política pública de saúde mental infanto-juvenil.

Somente em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental⁴⁹, veio à tona a necessidade de criar e fortalecer uma rede de atenção integral à criança e adolescente. Em 2002, a portaria 336 se apresentava como um marco consolidador da Reforma Psiquiátrica, assumindo a função de formalização de uma política de saúde mental, direcionada para reorientação do modelo de assistência em saúde mental (COUTO, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, serviços integrados à política de saúde mental brasileira, são considerados fundadores institucionais de uma política pública voltada especificamente para crianças e adolescentes. Com o objetivo de prover atenção em saúde mental baseados nos conceitos de território e integralidade do cuidado. Assunto a ser retomado ao longo da tese mais detalhadamente.

⁴⁹ A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, embalada pelo mote “Cuidar, sim. Excluir, não”.

Por ora, é importante destacar que a implantação desses serviços considerados essenciais na consolidação institucional da Reforma Psiquiátrica foi importantíssima para a ordenação da assistência à clientela infantojuvenil. Ainda que esta população estivesse na “aba” de uma política elaborada para a situação de adultos, sem que necessariamente contemplasse as especificidades infantojuvenis, foi a oportunidade de se dar início a tal intenção. Aos próprios CAPSI, fica o desafio de se construírem enquanto serviços estratégicos na organização de uma rede de assistência esta clientela.

Nota-se que não foi à toa que o NAICAP estava sendo cotado para se transformar em um CAPSI. Seu modo de funcionamento, de certa forma, estava em consonância com os princípios básicos. Pode-se dizer que o trabalho realizado em sua porta de entrada, chamada de triagem naquele momento, é um dos exemplos que se aproxima da ideia de “ordenador da rede” – conceito-chave da função dos CAPS.

O NAICAP recebia encaminhamentos das mais variadas fontes. Intrigados com a maneira como esses encaminhamentos eram feitos, normalmente pouco implicados e com informações superficiais, os profissionais da equipe desenvolveram uma espécie de triagem diferenciada.

A conduta era, através de “entrevistas preliminares”, desenvolver uma escuta diferenciada, tomando como singular as questões que sustentavam o pedido de ajuda.

Esse primeiro tempo de escuta dos casos encaminhados ao NAICAP tem até esse momento, se desdobrado em dois sentidos, ambos circunscritos sob uma mesma direção, a saber: um tempo prévio ao trabalho a ser construído no próprio NAICAP para aquelas crianças que aí permanecerão, e um tempo de trabalho anterior ao encaminhamento para outras instituições (COUTO, 1998).

Como princípio, mesmo sendo um serviço destinado para crianças autistas e psicóticas, a porta de entrada era aberta. A equipe recebia os encaminhamentos que lhe eram dirigidos, assim como qualquer demanda que os procurassem. A conduta em relação aos casos não indicados para o serviço era muito clara: um encaminhamento responsável e implicado. Sendo assim, o técnico de referência, responsável pelas entrevistas preliminares, procurava instituições mais adequadas para o acolhimento do caso, assim como se certificava, através de contato prévio com a equipe, de que o caso seria encaminhado. Contactava, posteriormente, o serviço e/ou o próprio solicitante para garantir a eficácia do encaminhamento. Neste caso, não apenas o encaminhamento era estabelecido, como também o NAICAP se tornava uma espécie de referência na Ordenação da Rede, tanto para essas instituições quanto para as pessoas que demandavam ajuda.

Esta postura, de encaminhamento implicado, que já era vista como um dos princípios regulador de ações em saúde mental, foi, posteriormente, instituída através do texto elaborado pelo Ministério da Saúde, “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” (2005).

Certamente se pode dizer que os princípios de intersetorialidade, encaminhamento implicado e construção permanente de uma rede faziam parte das práticas do NAICAP. O COIJ, a seu modo, também estava redirecionando suas ações e adotando em suas práticas esses princípios.

O fato de os dois serviços, destinados à infância e adolescência, estarem no mesmo prédio, durante um período onde as políticas públicas infantojuvenis estavam se desenhando, instaurou um novo momento tanto para o COIJ quanto para o NAICAP.

O NAICAP, graças ao trabalho de construção de rede que os profissionais realizavam, fruto de um intenso intercâmbio com outras instituições, ganhou bastante visibilidade, fazendo com que sua demanda continuasse crescendo exponencialmente. Apesar de ser considerado um dos serviços de referência para o autismo e psicose na infância, com tamanho destaque, passou a receber encaminhamentos diversificados com enfoque na gravidade dos casos.

Com isso, evidentemente sua clientela foi ampliada. Autistas, psicóticos e neuróticos graves passaram a fazer parte das pessoas que se tratavam no NAICAP.

O COIJ, em seu formato ambulatorial, fazia uma espécie de dobradinha com NAICAP. Os casos de autismo, psicose e os gravíssimos indefinidos ficavam com o NAICAP, enquanto os “outros”, de menor gravidade, ficavam com o COIJ.

Também foram realizadas algumas parcerias, como, por exemplo, num determinado momento, o NAICAP ficou sem psiquiatra, a diretora do COIJ, A. se prontificou a atender os casos do NAICAP. Outro ponto de interseção dos dois serviços foi o compartilhamento da mesma supervisora, Maria do Rosário do Rego Barros, apesar de dias separados. Ter a mesma supervisora, dividir o mesmo espaço e até alguns profissionais, como a fonoaudióloga, que trabalhava nos dois serviços, e os residentes que também ficavam nos dois, fez com que o NAICAP e o COIJ inevitavelmente se aproximassem.

O NAICAP foi, durante muito tempo, uma grande referência no tratamento de autistas e casos graves. Porém, com o passar dos anos e o esvaziamento da equipe, o serviço foi se descaracterizando. Numa instituição pública é muito difícil instituir práticas que dependem de capacitação específica. O NAICAP teve, durante muitos anos, uma equipe bastante engajada e comprometida com a construção de uma clínica orientada pela psicanálise. Com o passar dos

anos, mudança de equipe, aposentadorias, municipalização do hospital, perda de recursos humanos, ficou cada vez mais difícil preservar a identidade “naicapiana”.

Somado a isso, diante do contexto da Reforma Psiquiátrica, a direção já estava colocada: o movimento era transformar os serviços de saúde mental infantil em CAPSIs. Portanto, desde 2001, com a municipalização do hospital Philippe Pinel, com a efetivação das políticas de saúde mental (lei 10216 e portaria 336), a proposta de um serviço de base comunitária com o princípio de acolhimento universal, excluía a possibilidade de organizar um serviço em função do diagnóstico. Ainda mais no bojo da reforma psiquiátrica, que tinha como mote a desinstitucionalização, colocando os diagnósticos entre parênteses e promovendo a ideia de se basear num certo tipo de condição de maior severidade, maior complexidade.

Diante deste cenário, a partir de 2002 houve uma necessidade de rever a proposta de trabalho dos dois serviços e trabalhar em direção da unificação.

Este processo não foi sem consequências. Os profissionais que restaram do NAICAP apresentavam enorme resistência de abrir mão de um formato de trabalho que foi construído com muito investimento. Certamente, quando se tem uma equipe que vem durante muito tempo, investindo e construindo algo inovador, a ideia de se integrar ao COIJ representou uma ameaça. Uma ruptura daquele trabalho.

Ao mesmo tempo, a equipe do COIJ, muito acostumada ao trabalho ambulatorial, também apresentava resistências em se integrar a outro modelo de assistência. Foram dois anos de muitas discussões sobre a reorientação dos serviços. Somente em 2004, houve a integração.

E chegou um momento que a crise realmente explodiu. Estava impossível tocar o serviço com a equipe reduzida, então de fato se decidiu que era uma questão estratégica: ou se acabava com aquele trabalho ou os dois serviços se compunham como um todo. Assim a gente redistribuiria o trabalho para continuar atuando com aquela clientela que estava lá. A ideia era não interromper a proposta de trabalho realizada pelo NAICAP, que considerávamos muito importante (F., diretor do Pinel da época).

1.5.2 A fusão dos dois serviços

Os dois serviços se unificaram, então. Isso foi o início de um momento de transição. O COIJ e o NAICAP, duas instituições com trajetórias e estilos diferentes, se juntaram para refundar um lugar de acolhimento para crianças e adolescentes com as mais variadas formas de sofrimentos psíquicos.

Pode-se dizer que foi uma decisão organizacional, política e pragmática. Inevitável diante do cenário contextual.

A unificação convocava o serviço para uma renomeação. Serviço de Atenção Infantojuvenil (SAIJ) foi o nome escolhido. O primeiro passo para a operacionalização da fusão foi o estabelecimento da reunião de equipe. Que seria um marco simbólico de coadunar as equipes.

Antes mesmo de se juntarem, os dois serviços tinham em comum a mesma supervisora: Maria do Rosário do Rego Barros. Tê-la como supervisora foi uma escolha dessas equipes. Mantê-la nesse momento crucial também. Portanto, ela contribuiu como uma facilitadora, na medida em que conhecia de perto as fraquezas e os alcances das duas propostas de trabalho e suas equipes.

Este trecho escrito por Maria do Rosário, resume bem esse momento:

Esse encontro tem colocado duas equipes com histórias diferentes na mesma sala de reunião para discutir esse momento de transição a partir de sua prática cotidiana. Trata-se então de um momento particular que tem efeitos sobre os pacientes e sobre os próprios profissionais e estagiários e convoca a contribuição de cada um na constituição de um novo espaço, de uma nova equipe [...]. Sua reinvenção permitirá um trabalho de luto que ajudará a equipe a não ficar na nostalgia do passado nem na impotência do futuro, pois ela recriará o presente (Maria do Rosário do Rego, [s.d.]).

A ideia de unir os serviços e tentar preservar os trabalhos que já eram desenvolvidos não foi sem consequências. O primeiro andar, onde funcionava o NAICAP, foi renomeado como “Intensivo”. O segundo andar, onde funcionava o COIJ, continuou como “Ambulatório”. O Intensivo herda a proposta do NAICAP. Naquele momento, a ideia era preservar o projeto do NAICAP diante do possível, mas reconfigurando a organização da equipe.

A orientação era que as duas equipes pudessem participar das duas modalidades ofertadas pelo SAIJ. Isso quer dizer que, a equipe, oriunda do COIJ, teria que trabalhar, durante alguns turnos no Intensivo e vice e versa.

Essa integração, construída paulatinamente, foi repleta de desafios. O NAICAP tinha deixado uma herança forte da psicanálise, da “Prática entre Vários” e da noção de “Sujeito”. Os profissionais do COIJ também preservavam a modalidade de atendimento ambulatorial, e revelavam muita dificuldade em operacionalizar o modelo de assistência herdado do NAICAP.

Duas equipes tão diferentes, aglutinando profissionais antigos, novos e estudantes, tentando trabalhar na direção da unificação de um serviço com a ideia de transformá-lo num CAPSI.

Os relatos dos entrevistados para esta pesquisa mostram um pouco desse momento. A., então diretora do COIJ, sempre defendeu a valorização do ambulatório; segundo ela “*deixado muito de lado pela reforma psiquiátrica*”, como uma modalidade prática e acessível.

Uma briga que sempre batalhei foi que a parte ambulatorial nunca morresse. Sempre acreditei nessa agregação. Sempre quis que as duas coisas continuassem. Acreditava que o ambulatório era um lugar de fácil acesso. Qualquer tema que diz respeito à criança poderia ser endereçado para lá. Então, poderia funcionar como uma espécie de lugar preventivo também. (A., entrevista de 20 de abril de 2017).

Já S., que assumiu a direção quando o serviço foi unificado, relata um pouco das dificuldades encontradas.

A primeira coisa que unificamos foi a reunião de equipe, pois tínhamos a mesma supervisora. Demos este passo importante. Foi uma tarefa bem difícil para Rosário. Outras medidas concretas foram a redistribuição de turnos. Todos tinham que circular pelo intensivo e pelo ambulatório. Não foi fácil. Quando a equipe do ambulatório tinha que descer para o intensivo era um caos. O pessoal do ambulatório tinha uma resistência enorme em descer. Somado a isso, a gente fazia um esforço enorme para não deixar a proposta do NAICAP morrer. Obviamente, ela ficou distorcida, mas continuou existindo. Muitos profissionais não tinham familiaridade com a psicanálise. Juntamos os dois serviços na marra. Não foi exatamente uma junção de projetos, foi uma junção de equipes. Sem as mesmas pessoas era quase impossível manter a identidade do NAICAP. Inclusive, com a mesclagem das equipes o projeto que a Kátia havia idealizado ficou bem desvirtuado. (S., entrevista de 3 de maio de 2017).

Embora essa integração tenha sido marcada por muitos obstáculos, o projeto ia avançando para a construção de um CAPSI. A equipe teve que se reinventar. Teve que lidar com o novo espaço de trabalho e repensar sua proposta clínica.

O serviço foi reorganizado estruturalmente para caber num formato de um CAPSI, mas a orientação clínica ficou heterogênea demais, a ponto de ficar solta. Na verdade, as dimensões da reforma psiquiátrica ganharam contornos clínicos. O que não é de todo ruim. Na verdade, existe uma direção clara do formato do CAPSI. Uma direção mais política do que clínica. Consequentemente, as dimensões da reforma psiquiátrica ganharam contornos clínicos. Se você perguntasse para qualquer membro da equipe sobre a direção de trabalho, as pessoas diziam que tinha a ver com a intersectorialidade, acesso, integralidade do cuidado, construção permanente de rede etc. Agora se a pergunta inclinava para parte clínica, aí o “bicho pegava”. O que salvava era a disponibilidade e a sensibilidade clínica de muitos profissionais da equipe. Muitas vezes eles não tinham a menor ideia do que estavam fazendo, no que diz respeito a uma articulação teoricoclínica. Mas eles tinham o que falar da clínica. Porque havia, ali, pessoas disponíveis, que sabiam falar de uma clínica, mas não tinham anteparo teórico. Até porque muitos eram recém-formados. Isso deu um outro colorido para o trabalho. (K., entrevista de 29 de julho de 2014).

Podemos dizer que o período entre 2004 e 2012 foi de transição. De uma reconstrução da identidade do serviço. Assim surgiu o SAIJ, que depois foi renomeado como Núcleo Infantojuvenil⁵⁰ (NIJ), e que fez progredir as marcas do NAICAP.

⁵⁰ A renomeação foi para cumprir o objetivo de redefinir os serviços do Hospital Pinel, nomeando-os núcleos. Sendo assim, existia o núcleo da emergência, o núcleo das enfermarias, o núcleo infantojuvenil etc.

O cenário brasileiro estava avançando para a construção e consolidação de políticas públicas em saúde mental para infância e adolescência. O serviço infantojuvenil unificado do Pinel, denominado SAIJ, estava diante da necessidade de caminhar nesta direção: como redefinir estratégias e construir um projeto, com a fusão das equipes, para que se pudesse avançar para transformar o serviço em um CAPSI?

O primeiro obstáculo foi a dimensão operacional. O SAIJ fazia parte de uma instituição psiquiátrica. Fato que a Portaria 336, que rege os CAPS, não permitia. No entanto, vale lembrar que no período onde esta discussão veio à tona, já existia um CAPS na mesma área do serviço infantil do Pinel, denominado CARIM, vinculado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este fato contribuiu para adiar o projeto de transformar aquele serviço em um CAPSI, considerando que não era estratégico abrir dois CAPSIs no mesmo quarteirão, na Praia Vermelha. Muitas pessoas pensaram em unir o serviço infantil do Pinel ao CARIM, mas a proposta não foi adiante.

Enquanto isso, internamente, a equipe unificada estava às voltas com uma redefinição da proposta clínica do seu serviço.

A porta de entrada passou por diferentes moldes: desde ter dia específico para receber a clientela nova até por deixar uma equipe disponível, diariamente, para acolher quem quer que chegasse ao serviço. Quanto aos procedimentos relativos a encaminhamentos, a equipe, manteve a direção utilizada no NAICAP sobre o encaminhamento implicado. Os atendimentos individuais e grupais também foram mantidos. O Intensivo, inevitavelmente, ganhou novos contornos. Sobretudo no que diz respeito à operacionalização clínica da psicanálise.

Certamente, algumas heranças do NAICAP acabaram institucionalizadas. Como por exemplo, a valorização sagrada da singularidade e a ideia do Projeto Terapêutico Singular, construído, artesanalmente, para cada caso. A ideia de que é a partir da própria criança que vem a direção do trabalho também continuou bastante disseminada.

Cada dia contava com uma equipe responsável pelo Intensivo. Composta por profissionais, estagiários e residentes que imprimiam, a seu estilo, o que entendiam como herança do “espaço de possibilidades”. Os profissionais de cada turno tinham autonomia para organizar as atividades. Embora cada turno tivesse um estilo de acordo com os profissionais que ali estavam, era imprescindível que se trabalhasse com a valorização do cotidiano. Isto é, a estruturação de horários, os rituais de começo e fim de atividades. Havia a hora do café da

manhã, do almoço, do lanche, de tal oficina. O cotidiano era organizado estruturalmente, mas para cada criança, uma proposta de trabalho singular.

A ideia era que cada profissional pudesse doar algum turno de trabalho no Intensivo, desde os médicos até qualquer outra categoria profissional que compunha o quadro técnico. O que certamente não ocorreu sem consequências. Muitos reclamavam, argumentando falta de noção sobre o que fazer naquele espaço; consideravam aquela proposta de trabalho “solta e despropositada”. Outros foram reinventando aquele espaço, deixando suas marcas.

Neste período de transição, os profissionais que se mantiveram, desde a época do NAICAP, continuavam, em menor escala, conduzindo o trabalho de acordo com os preceitos “naicapianos”. Outros, mesmo sem ter filiação psicanalítica, adotavam alguns conceitos da psicanálise, desvirtuando inevitavelmente da proposta original.

Assim a construção da rotina de cada criança estava invariavelmente conectada aos contornos reconstruídos por cada turno, de acordo com os profissionais que o tocavam. Sendo assim, existiam oficinas previamente estabelecidas, ou seja, planejadas e dirigidas por eles, como a oficina de culinária e a de música.

E também as atividades/oficinas que eram construídas, em tempo real, com os pacientes. As atividades diárias de alimentação, bem como a prática de higiene pessoal, eram incorporadas nos trabalhos realizados nos turnos ou mesmo nos atendimentos individuais, a depender da necessidade de cada caso.

Contudo, mesmo que as modalidades de cuidado ganhassem contornos diversos, muitas ainda guardavam as marcas do trabalho desenvolvido pelo NAICAP. Por exemplo, todos os espaços propostos pelo SAIJ eram vistos como espaços de produção de subjetividade e autonomia. Assim como eram considerados como dimensões para a construção de laços sociais.

Outra marca deixada pelo NAICAP foi a “reunião de final de turno”. No final de cada turno do Intensivo, havia reuniões com as miniequipes. Nelas, eram discutidos os principais acontecimentos, ou eventuais problemas, com o objetivo de ser um espaço de reflexão sobre o trabalho desenvolvido ali, por aquelas equipes.

Outra característica deste momento era a rotatividade significativa dos profissionais.

O SAIJ, por fazer parte do Programa de Formação, contemplava o Programa de Residência Médica, Residência Multiprofissional e também o Programa de Estágio Integrado. Consequentemente, a circulação temporária de profissionais resultava na interrupção de alguns projetos. Por exemplo, um residente criava uma oficina no turno de segunda-feira. Com o fim

do programa de residência, muitas vezes a proposta de trabalho construída e dirigida por aquele residente não tinha sustentabilidade institucional.

Este paradoxo trazia o benefício da criatividade, dinamismo e novas ideias, assim como a interrupção e a descontinuidade de projetos que possuíam alcance clínico significativo. Muitos projetos acabavam não tendo continuidade, pois dependiam do profissional que os conduz.

Entretanto, a própria dimensão de que esses espaços não deveriam ser ditados por protocolos preestabelecidos e sim tratados como possibilidade para organizações subjetivas, como espaços de endereçamento do sofrimento, fez com que os espaços *livres* (o suposto caos, como denominado por alguns colegas do serviço) perdessem no quesito continuidade institucional, mas ganhassem sustentabilidade clínica. Isto incluía um manejo flexível dos atendimentos do serviço, de modo a permitir um livre acesso das crianças a todo e qualquer espaço do serviço infantil, de modo a fomentar a “circulação do trabalho de cada criança” e dos laços sociais.

A heterogeneidade dos profissionais que passaram pelo serviço infantil do Pinel durante esse período se traduzia em diferentes opiniões sobre o trabalho desenvolvido no Intensivo. Enquanto muitos eram partidários desta proposta, que misturava concepções psicanalíticas e diretrizes da reforma psiquiátrica, outros relatavam considerar aquele espaço um momento livre de lazer para as crianças ou mesmo um caos. Os profissionais que estavam mais acostumados aos atendimentos tradicionais mostravam bastante dificuldade ou mesmo dúvidas sobre qual era o papel deles no Intensivo: “*Quando estamos nos turnos com as crianças, estamos efetivamente trabalhando com elas, ou estamos como meros recreadores?*” (R., entrevista do dia 9 de maio de 2017).

As reuniões de equipe tinham papel fundamental na sustentação da proposta clínica do Intensivo. Todas as terças-feiras, na parte da manhã, e com a presença de todos os funcionários, a equipe se reunia para discutir os desafios e alcances encontrados no cotidiano do trabalho. Assuntos clínicos e relativos à vivência diária institucional faziam parte das questões trabalhadas. Havia, com regularidade, uma supervisora para auxiliar a equipe a lidar com os desafios cotidianos.

Grupos de estudos e supervisões também eram práticas que faziam parte dos projetos do SAIJ.

Como informação adicional, neste empenho de trazer um pouco da história do serviço infantil do Pinel, não se pode deixar de mencionar que houve uma mudança de nome do serviço

infantojuvenil. De acordo com as pessoas entrevistadas, o SAIJ passou a ser chamado de Núcleo Infantojuvenil, no momento em que houve uma reorganização da estrutura do Hospital Municipal Philippe Pinel. Dentre outros fatos, essa renomeação tinha como objetivo adequar o serviço infantil aos outros núcleos de serviço do hospital. Assim como havia o núcleo de atenção à crise, teria que haver o núcleo infantojuvenil. Esta mudança permitiria que cada chefia pudesse ter uma gratificação remunerada para o cargo, o que não acontecia antes.

Nenhum dos entrevistados soube precisar quando se deu esta mudança. Alguns dizem que foi a partir de 2008. Mas faltam informações para confirmar esta data. Esta mudança de nome, não trouxe nenhuma implicação prática para o serviço em si, além de remuneração extra para a chefia.

Cabe neste momento da tese, situar o autismo no SAIJ/NIJ.

Embora os profissionais, oriundos do COIJ, estivessem acostumados, com a fusão, a encaminhar os pacientes autistas para o NAICAP, foi consenso que esta clientela era de responsabilidade do novo serviço. Ademais, como o serviço estava caminhando na direção de se tornar um CAPSI, orientava-se pelas diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil. Com isso, o setor infantil do Pinel, embora não tivesse, oficialmente, se tornado um CAPSI, funcionava respeitando esses moldes.

Isto significa que, de acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde (2004), o CAPSI é “destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nesta categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (p.23).

Embora o autismo fosse entendido como clientela destinada para acolhimento no serviço infantil do Pinel, de acordo com os entrevistados, não havia nenhum dispositivo terapêutico no formato de grupos, atividades de convivência, turnos ou oficinas onde a divisão fosse estabelecida pelo diagnóstico. O projeto terapêutico construído para cada criança era tão singular que aspectos para além dos diagnósticos eram considerados. Por exemplo, aspectos práticos como a disponibilidade de a família ou cuidador trazer a criança ou o adolescente para o serviço. Assim como os aspectos idiossincráticos, funcionais e cognitivos estavam incluídos no desenvolvimento do projeto de cada criança.

Pode-se dizer que alguns turnos foram sendo desenhados a partir de demandas específicas, como faixa etária, gravidade dos casos e organização da equipe. Porém, o diagnóstico nunca foi o marcador de nenhuma modalidade de atendimento do serviço. Ademais,

a integração entre autistas e demais usuários sempre fazia parte do cotidiano e muitas vezes era, inclusive, direção clínica.

Também não houve menção, pelos entrevistados, a nenhuma especificidade relativa à frequência e duração dos atendimentos em função da categoria diagnóstica. A oferta de espaços de cuidados e tratamentos era realizada na direção das peculiaridades de cada criança.

Foi destacado que o tema autismo aparecia, constantemente, nas reuniões de equipe, supervisões, discussões de caso e no trabalho intersetorial desenvolvido pela equipe. Falou-se da frequência do contato estabelecido pelas escolas com a equipe ou dos encaminhamentos de casos com esta hipótese diagnóstica para o serviço. Portanto, pode-se dizer que muitos trabalhos intersetoriais desenvolvidos pela equipe do serviço infantil do Pinel convocavam a equipe para falar sobre o trabalho realizado com os autistas, assim como para orientar e articular ações intersetoriais.

1.6 CAPSI Maurício de Sousa

Relativamente ao CAPSI Maurício de Sousa, este estudo vem tentando, pelo breve resgate da história, mostrar os caminhos percorridos na construção de uma trajetória de atendimento à infância e adolescência, que culminou na consolidação do CAPSI.

Viu-se que, nas últimas três décadas, o serviço infantojuvenil do Pinel foi influenciado e influenciou as políticas públicas vigentes. Alicerceado pelas diretrizes do SUS e da rede de atenção psicossocial, as ações e os trabalhos desenvolvidos pelo serviço infantojuvenil estavam em consonância com as diretrizes preconizadas. A direção já estava dada. O serviço não mais deveria “funcionar como um CAPSI”, precisava tornar-se oficialmente um CAPSI.

Durante dois anos, a equipe dedicou-se a desenvolver um projeto técnico com o objetivo de se adequar às exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde. E provar que o serviço já estava mais do que preparado para ser reconhecido como um dispositivo-chave da assistência em saúde mental infantojuvenil nos moldes das políticas de atenção psicossocial.

O projeto tecnicoterapêutico confirmava que o serviço funcionava, segundo a lógica do território, responsabilizava-se pela atenção psicossocial da clientela infantojuvenil, que apresenta intenso sofrimento psíquico e vulnerabilidade social oriunda das áreas programáticas 2.1 e 1.0. Colocava-se no território como referência para o atendimento dos casos de maior

complexidade e que demandam um trabalho interdisciplinar e intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Os conceitos-chave de integralidade do cuidado e intersectorialidade norteavam o conjunto de ações operacionalizadas pelo serviço infantojuvenil.

Enquanto as diretrizes técnicas e terapêuticas estavam alinhadas com as preconizações do Ministério da Saúde, as dimensões arquitetônicas representavam entraves. Segundo as instruções para implantação de CAPS, no que diz respeito às estruturas físicas, os CAPSI só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, com acesso privativo e equipe profissional própria⁵¹.

De acordo com o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde:

É fundamental que os projetos arquitetônicos e de ambiência propostos promovam relações e processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS⁵², caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas (p.5).⁵³.

Alguns ajustes específicos e burocráticos foram necessários para a viabilização desse passo. Ajustes que iam desde a contratação de mais profissionais, para se alinhar às exigências organizacionais, até a contratação de engenheiros e arquitetos para viabilizar a ruptura concreta com as instalações do Hospital Municipal Philippe Pinel.

Outro exemplo foi a reestruturação de recursos humanos, visto que para que um CAPSI possa funcionar deverá contar com equipe mínima, composta de 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio⁵⁴.

A existência do CAPSI CARIM, vinculado ao governo federal, situado bem próximo do serviço infantil, também contribuiu para o credenciamento formal tardio. O fato de existirem dois CAPSIs, próximos geograficamente, só se justifica perante análise dos processos históricos

⁵¹ Pode-se consultar também: o documento elaborado pelo Ministério da Saúde titulado: “Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município”.

⁵² A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº3088/2011, com republicação em 2013, dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

⁵³ Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016. O manual abrange Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS de UA, como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios.

⁵⁴ Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico

que contribuíram para a consolidação do modelo CAPSI de assistência em saúde mental. Tema que daria uma nova tese. Neste momento, é importante sublinhar que a solução dada para esta situação peculiar foi a divisão de tarefas e responsabilidades entre estes dois serviços, na área de abrangência de seus territórios.

Para além das dimensões burocráticas, a equipe se viu às voltas com a necessidade de chamar alguém com experiência para coordenar o serviço, visto que, neste interím do desenvolvimento do projeto, a então diretora, S., fora convidada para trabalhar na Coordenação de Saúde Mental, na Assessoria de Infância e Adolescência, tendo que dividir seu tempo com duas funções desafiadoras. Com isso, decide convidar para assumir a direção Maria Jacintha Costa da Franca, uma das fundadoras do CAPSI Eliza Santa Roza.

Após alguns anos de trabalhos direcionados para a legitimação do CAPSI, dia 8 de agosto de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) oficializa o estatuto de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, batizado de CAPSI Maurício de Sousa, em singela homenagem ao cartunista brasileiro, criador da famosa “Turma da Mônica”.

Porém, somente em 11 de junho de 2014, a Secretaria de Estado de Saúde junto à Comissão Intergestores Bipartite aprovava o credenciamento do CAPSI Maurício de Sousa.

Não se pode negar que este serviço atravessou significativas transformações num processo incessante de construções de muitas experiências. Inegável também é que os avanços em direção à consolidação de mais um CAPSI na cidade do Rio de Janeiro impõem novos desafios.

A ampliação da cobertura dos CAPS é sem dúvida indispensável e continua sendo uma das principais estratégias da política de atenção em saúde mental. Porém, é de suma importância uma avaliação consciente dos alcances e limites, principalmente no que diz respeito à execução do mandato e à produção de cuidado desenvolvida nesses equipamentos estratégicos, para o atendimento de crianças e adolescentes com problemas mentais.

Sendo assim, a ideia de fazer um percurso etnográfico no CAPSI Maurício de Sousa está em consonância com essa necessidade. No intuito de acompanhar de perto os autistas vinculados ao CAPSI, é preciso entender como se dá a inserção desta população em um serviço que tem papel importante na história do tratamento dos autistas e no desenvolvimento da política. Portanto, nos próximos capítulos, pretende-se avaliar os acertos e desacertos da natureza tripla deste CAPSI: ser ao mesmo tempo ordenador da rede, agente de cuidado e trabalhar na capacitação de seus profissionais.

2 O AUTISMO NO CAPSI

A partir do trabalho de campo, de cunho etnográfico, neste segundo capítulo da tese passa-se a analisar como os autistas estão inseridos no cotidiano do CAPSI⁵⁵.

Como visto no primeiro capítulo: *Antecedentes históricos: do hospício ao CAPSI*, diante de um longo período de desassistência, nasce no bojo da história do serviço infantil do Pinel a primeira iniciativa na esfera pública para o atendimento de crianças autistas e psicóticas, em um dispositivo diário e intensivo na área da saúde mental. O NAICAP, por mais de uma década, ofereceu tratamento, de base psicanalítica, para este segmento. Além de ter exercido um papel fundamental na formação, ensino e pesquisa nesta área, influenciou os primeiros CAPSI da cidade do Rio de Janeiro.

A situação de vácuo assistencial vivenciada pelo segmento do autismo durante muitas décadas mobilizou os profissionais que idealizaram o NAICAP. Como também, no ano de 2000⁵⁶, acirrou discussões concernentes às políticas públicas de saúde mental infantojuvenil. Considerando que a temática do autismo foi um disparador para se pensar a questão da dívida do poder público com as crianças e adolescentes no campo da saúde mental, é preciso sublinhar que as referidas políticas foram articuladas com base na ampliação do acesso, intersetorialidade e atuação no território, com o intuito de conhecer de perto as verdadeiras demandas dessa população.

Nota-se, como exemplo, o processo vivenciado pelo serviço infantojuvenil do Pinel, que, caminhando na direção de se tornar um CAPSI, a partir da fusão do COIJ com o NAICAP, teve que se redefinir. Para isto, aumentou sua atuação no território, pautando seu mandato com base nas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Aos poucos foi deixando de ser um serviço especializado em autismo e psicose, vindo a se tornar de atenção psicossocial, destinando-se a problemas de saúde mental da infância e da

⁵⁵ Alguns dados objetivos importantes podem nos ajudar a compreender melhor o CAPSI Maurício de Sousa. De acordo com *accountability* (2015), referente aos dados de 2014, o CAPSI Maurício de Sousa contava com 662 pacientes cadastrados, dos quais 200 estavam ativos, frequentando o serviço e 462 inativos. Dos 200 pacientes ativos, 141 são do sexo masculino e 59 do sexo feminino. Sobre a faixa etária da clientela cadastrada, existem dez pacientes entre 0 e 4 anos, quarenta e dois entre 5 e 9 anos, sessenta e um, entre 10 e 14 anos, oitenta e um entre 15 e 19 anos e seis acima de 20 anos.

⁵⁶ Nesse ano, foi instituído o Fórum Interinstitucional de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente (Recomendação 01/2000 e Recomendação 02/2000), do Estado do Rio de Janeiro, que surgiu a partir da necessidade de pensar e criar políticas públicas de saúde mental para este público, onde a intenção era privilegiar o atendimento de crianças com transtornos graves, especialmente autistas e psicóticas com o reconhecimento como prioritários (ALMEIDA, N.M.C.; DELGADO, P.G.G. (org.), 2000).

adolescência. Note-se que o termo psicossocial traz em si concepções polissêmicas e plurais em oposição a noções dualistas que remetem às práticas manicomiais focalizadas em doenças mentais.

Para Rotelli (2001), que teve grande influência na Reforma Psiquiátrica Brasileira, “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social” (ROTELLI, 2001, p.90). Exatamente neste paradigma referido à doença é que se constituiu o conjunto de aparatos manicomiais que a Reforma Psiquiátrica Brasileira luta para desconstruir (AMARANTE, 2007; AMARANTE et al, 1995, 1994, 2007; BEZERRA & AMARANTE, 1992; PITTA, 1996).

Esta luta é movida pela necessidade de superação do conjunto do aparato – científico, legislativo, institucional, assistencial e sociocultural — centrado no objeto da psiquiatria na direção de uma transformação estrutural. Impulsionada pela reorganização dos modelos assistenciais, práticas e concepções sociais em torno do sujeito da psiquiatria, vem sendo mantida nos dias atuais. Neste sentido, a busca pela superação do modelo manicomial e suas instituições totais fez com que as diretrizes da rede de atenção psicossocial resistissem a qualquer espécie de categorização que fosse acompanhada do risco de achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007).

Os esforços no direcionamento das políticas públicas na atenção psicossocial trazem desafios de desinstitucionalização e da ampliação do acesso. Tornava-se inviável pensar em um serviço de saúde mental com base nas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica que pautasse o acesso pela via do diagnóstico, portanto.

Em 2012, no mesmo ano da transformação oficial do serviço infantil do Pinel em CAPSI Maurício de Sousa, foi sancionada a lei n.12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Embora esta lei tenha sido considerada por muitos familiares de autistas como um grande avanço na garantia dos direitos, houve uma polêmica em torno da assistência ao autismo na rede pública de saúde. Esta celeuma envolveu, principalmente, pais ativistas e profissionais da rede pública de saúde mental.

Interpelados por críticas aos CAPSI, enquanto serviços “despreparados para atender os autistas por não serem especializados”, os profissionais da rede de saúde mental viram-se às voltas com a necessidade de refletir e sustentar o motivo pelo qual suas ofertas de saúde/tratamento não poderiam ou não deveriam ser orientadas por categorias diagnósticas. Além de terem sido convocados a falar mais sobre os efeitos de suas propostas terapêuticas para os autistas.

A rejeição de algumas associações de pais de autistas em relação aos tipos de serviços ofertados pela rede de atenção psicossocial gerou uma tensão significativa no campo da saúde mental. Exatamente neste cenário, tomou-se a decisão de pesquisar como os autistas são atendidos no CAPSI Maurício de Sousa⁵⁷. Acredita-se que as tensões que surgiram nesse campo oferecem uma boa oportunidade para avaliar os alcances e impasses acumulados pela experiência do tratamento aos autistas neste dispositivo. E foi com esse espírito que no ano de 2014 esta pesquisa se lançou para um mergulho no universo particular dos autistas nesse CAPSI.

Neste capítulo, uma reflexão está delineada acerca de como os preceitos da Reforma Psiquiátrica, conjugados com os princípios do SUS, mais especificamente os de acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade, influenciam o tratamento oferecido aos autistas no CAPSI Maurício de Sousa. Para tal, recorreu-se a dados etnográficos, com a intenção de analisar os motivos que conduziram os profissionais da rede de atenção psicossocial a sustentar a ideia de que o CAPSI não pode ou não deve ser um serviço especializado por categoria diagnóstica.

2.1 Um breve parêntese sobre o nascimento do CAPSI a partir dos CAPS

Os CAPS são considerados serviços estratégicos e fundamentais para a organização da rede de atenção à saúde mental. Representam o símbolo da trajetória de desinstitucionalização e a reinvenção da assistência em saúde mental. Criados com o intuito de inverter a lógica manicomial e propor uma nova proposta assistencial substitutiva ao manicômio, são destinados à população com transtornos mentais severos e persistentes, como já apontado.

Se, no primeiro momento, a finalidade de implantar esses dispositivos foi combater o modelo hegemônico centrado nas dimensões asilares e manicomiais, com o tempo a proposta foi ganhando contornos ampliados. De transformações no modelo tecnicoassistencial passou a

⁵⁷ De acordo com o documento Accountability (2015), dos 200 pacientes ativos matriculados no CAPSI, entre 50 e 60, podem ser descritos, para fins de construção de dados, sob a rubrica diagnóstica F84 que corresponde aos Transtornos Globais do Desenvolvimento, segundo o CID 10- Classificação Internacional de Doenças. Porém, foi ressaltado, pelos próprios profissionais, que este número pode ser maior em decorrência dos casos onde é necessária a *construção diagnóstica cautelosa*.

alcançar dimensões complexas, cujo alcance inclui os paradigmas conceituais, sociais e culturais da experiência da loucura.

Uma das bases que faz com que estes dispositivos ganhem tanta centralidade na Reforma Psiquiátrica Brasileira consiste no fato de se constituírem como serviços comunitários. Isto é, suas ações são pensadas a partir da indissociável relação do sujeito com o seu contexto, em oposição ao modelo manicomial.

Contrapondo-se aos postulados manicomiais – excluir, isolar para tratar –, os CAPS apostam nas noções de rede e território⁵⁸, para fundamentar suas práticas assistenciais. Seu mandato, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, inclui o acesso universal, a integralidade do cuidado e intersetorialidade guiando suas ações. Neste sentido, a concepção de cidadania e direitos humanos estão por trás destes princípios.

Sobre a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, é importante sobressaltar seu início tardio. Nasceu na esteira da política da saúde mental para adultos. Isto explica, em parte, sua trajetória se pautar mais em diretrizes adultocêntricas do que propriamente nas especificidades do campo infantojuvenil. Como argumenta Ramos (2016, p.20), este início “reflete muito mais uma concessão ao possível do que uma resposta ao necessário”. A III Conferência Nacional de Saúde Mental junto com a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, inauguram a política de saúde mental destinada à infância e adolescência (BRASIL, 2001).

Portanto, aos CAPSIs, na aba da proposta “adultocêntrica” de combate manicomial, caberia o desafio de se constituírem a partir das especificidades do campo da infância e da adolescência. Se por um lado a carona na política de saúde mental para adultos foi estratégica para viabilizar a construção de ações governamentais na saúde mental infantil, por outro, a construção de referenciais específicos para o campo fez-se necessária. E este, sem dúvida, continua sendo um grande desafio.

Apesar de serem aqui partilhados os mesmos princípios e diretrizes que orientam o campo da saúde mental como um todo, é preciso constantemente refletir sobre a especificidade do campo da infância e adolescência, para que não se construa apenas uma extensão das estratégias destinadas à população adulta. Se os CAPS nasceram como serviços substitutivos ao manicômio, com o foco na desinstitucionalização, a assertiva dos CAPSIs é a articulação

⁵⁸ Para saúde mental, resumidamente, a noção de território, inspirada no trabalho de Milton Santos (1994, 1999) refere-se ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos, onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca. (DELGADO & LEAL, 2007, p. 144).

intersetorial em seu papel estratégico no processo de implantação da atual política para crianças e adolescentes.

O mandato dos CAPSIs transcende a questão do trabalho desenvolvido em oposição aos pressupostos manicomial. Ele também inclui, com a mesma importância, a responsabilidade de desenvolver, no território, ações para conhecer as necessidades e os recursos existentes, com o objetivo de articular uma rede ampliada e colaborativa de atenção psicossocial para crianças e adolescentes. Os CAPSIs precisam assumir que seu mandato não é exatamente ser alternativo ao modelo manicomial e sim propositivo em enfrentar os problemas complexos e as realidades vivenciadas pela população de sua responsabilidade.

Neste sentido, o que se compreende como especificidades do campo moldará o mandato e guiará as ações no cotidiano assistencial. Diante da dupla natureza do mandato do CAPSI – de um lado, como articulador da rede, ao mesmo tempo em que é agente do cuidado –, há compromissos éticos de ordem prática que o tornam particularmente complexo.

2.2 Os três princípios do CAPSI: acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade

Apesar de não serem os únicos princípios que regem os CAPSIs, recebem destaque por sua relevância na hipótese formulada nesta pesquisa, qual seja, a de que a acessibilidade universal, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade impactam o tratamento oferecido aos autistas no CAPSI Maurício de Sousa. No contexto do horizonte da Reforma Psiquiátrica, pode-se afirmar que o acesso universal, a intersetorialidade e a integralidade do cuidado são conceitos-chave para a estruturação da proposta assistencial em um CAPSI. Além de serem premissas básicas que visam superar o hiato de desassistência que a população infantojuvenil sofreu por muitas décadas, esses conceitos sustentam que a proposta clínica da saúde mental caminha na direção oposta à demanda por serviços fundados a partir do diagnóstico.

O acesso universal possibilita o acolhimento da demanda no momento em que ela se apresenta. Este princípio estabelece que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental devem receber todos aqueles que chegam. A proposta é transformar o contato em acessibilidade para a rede de cuidados. Isto não significa que os CAPSIs tenham que absorver toda demanda que lhes é endereçada. No entanto, a premissa de acolher qualquer demanda está vinculada a

seu mandato como articulador, além de ser também a porta de entrada para uma rede de dispositivos que pode servir para o cuidado assistencial à população.

Segundo Donabedian (1973), a noção de acessibilidade é fruto da interação de pessoas que endereçam suas questões a profissionais que as recebem. Noção valiosa para o campo da atenção psicossocial. Pode-se dizer que acessibilidade diz respeito ao conjunto de obstáculos ou facilidades no processo de busca e obtenção. Implica também o agenciamento da demanda para além do acolhimento ou não no interior de seu serviço.

Ao se entender que acessibilidade inclui os diversos aspectos geográficos⁵⁹, econômicos⁶⁰ e socioculturais⁶¹, é fundamental que a porta de entrada, de qualquer dispositivo do SUS, mas especialmente dos CAPSI, não burocratize as demandas, tornando-se obstáculo para o acesso à rede de cuidados. Portanto, a porta de entrada de um CAPSI deverá levar em consideração todos estes elementos e ainda que um acolhimento efetivo é aquele que compreende seu mandato e operacionaliza esta diretriz como meio de agenciar a demanda que recebe.

O processo de instrumentalização da acessibilidade poderá ter alguns desdobramentos: a necessidade de encaminhamento, a absorção da demanda no CAPSI, a resolução da questão na porta de entrada e o estatuto de referência do CAPSI para aqueles que buscam ajuda e encontram um norte para suas questões. Se parte do mandato do CAPSI é ser responsabilizado pelo território, ou seja, pela população adscrita, a dimensão da acessibilidade deve ser vista não apenas como acolhimento da demanda, mas também como oportunidade de exercer a função de agenciamento territorial ao dispositivo destinada. Dito isso, pode-se afirmar que outras dimensões estão relacionadas ao acesso e são de extrema importância para o campo da saúde mental. São elas a noção de intersectorialidade e rede.

O campo abrangente da infância e adolescência é intrinsecamente multidimensional e interdisciplinar. A sua fronteira com diversos campos de atuação convoca, de modo contínuo, a discussão da intersectorialidade nas práticas assistenciais. O tema foi amplamente debatido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental⁶², reafirmando a necessidade de “garantir a estratégia intersectorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersectoriais,

⁵⁹ Dimensões geográficas: concretas distâncias físicas entre a população e os recursos da saúde.

⁶⁰ Correspondentes aos custos da família sobre o deslocamento, abstenções de responsáveis em empregos.

⁶¹ Estigmas em relação a categorias diagnósticas, medos, percepções sobre os problemas em questão, concepções sobre os serviços de saúde, o papel dos profissionais, a linguagem utilizada para descrever seus problemas e a linguagem utilizada pelos profissionais que acolhem.

⁶² Realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 1 de julho de 2010.

compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais” (SUS, CNS, 2010, p.23).

A articulação entre os diferentes campos de atuação que prestam assistência à saúde mental dessa população em pauta é o caminho necessário para a efetivação da oferta de cuidados e resolução dos objetivos, pois somando esforços e articulando funções, aumentam-se as chances de transformar os mandatos específicos de cada segmento em mudanças efetivas na vida daqueles que recebem o cuidado. De acordo com Couto (2012), a organização da cobertura assistencial para crianças e adolescentes não pode ficar restrita à oferta de serviços em saúde mental. Esta deve ser potencializada pela articulação dos diferentes setores encarregados do cuidado à infância e adolescência.

A proposta de intersetorialidade, ancorada nas diretrizes do SUS, implica que para além dos mandatos específicos de cada setor haja a construção de uma articulação entre estes. Historicamente os setores da justiça, da assistência social e da educação operavam isolados, de forma independente e autônoma. Conseqüentemente, gerando a ineficiência de políticas públicas, que, quando fragmentadas, não conseguem cumprir efetivamente seu mandato. Segundo Couto (2012, p.97), “a ausência ou a sobreposição de ações por esses diferentes setores e o seu correlato, a falta de cobertura adequada, resultaram em impropriedades na utilização dos recursos ou na subutilização dos mesmos, [...]” assim, “a desassistência acabou por ser a marca do período anterior à formulação da política atual”.

No caso específico da atenção psicossocial infantojuvenil nos CAPSIs, a essencialidade da intersetorialidade se faz pela sua importância, inclusive no trabalho clínico. O cotidiano do CAPSI é profundamente marcado pelos diferentes setores e atores, que estão também envolvidos com essa clientela. Além da família e da escola, a justiça, a assistência social e a cultura são os segmentos que participam direta ou indiretamente dos processos de cuidado. A intersetorialidade e a diversificação são componentes essenciais de uma política que visa à clientela infantojuvenil. Há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que nem sempre lhe é inerente.

Portanto, a rede de cuidados se apresenta como possibilidade de superação da dispersão intersetorial, do desperdício de recursos públicos e da potencialização das ações. A noção do trabalho em rede vem orientando as articulações intersetoriais e a operacionalização do cuidado. Sendo assim, trabalhar deste modo é uma necessidade estratégica que potencializa as ações e se vincula à noção de integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado pressupõe a incorporação das várias dimensões que se contrapõem ao reducionismo. Se tomarmos como pressuposto que a ideia de adoecimento não diz respeito exclusivamente ao organismo daquela pessoa em questão, o cuidado deve ser pensado – sem desprezar as dimensões psicopatológicas –, mas, considerando todos os outros elementos que constituem a experiência do sujeito.

Esta perspectiva leva a concordar com a afirmação de Camargo (2006, p.16), a respeito de que a integralidade não pode nem mesmo ser chamada de conceito, “na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si”. A ideia de integralidade estaria associada ao conjunto de valores que inspiram estratégias variadas de assistência à saúde e o desenho de políticas públicas.

Mattos (2006) traz três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, a partir de uma investigação histórica. A primeira diz respeito à influência do movimento que ficou conhecido como “medicina integral”, originado nos Estados Unidos. O movimento criticava duramente a fragmentação e o reducionismo da formação médica, que ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, não considerando as dimensões psicológicas e sociais.

Um segundo conjunto de sentidos da integralidade discorre sobre a organização dos serviços e das práticas em saúde, desconstruindo a noção hospitalocêntrica, descentralizando as práticas de saúde e conectando-as às noções preventivas e promotoras de saúde. O terceiro trata de respostas governamentais através de políticas públicas, para certos problemas ou necessidades de grupos específicos. A inclusão da perspectiva ampliada desses problemas convoca inevitavelmente a pensar de modo abrangente ações governamentais destinadas a determinada população. Pode-se afirmar que integralidade como princípio orientador de práticas, de organização do trabalho ou de organização de políticas implica uma recusa ao reducionismo, ampliando as percepções das necessidades e dos problemas enfrentados.

Ao se organizar um dispositivo de saúde pública, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, há de se avaliar, constantemente, como esses conceitos-chave se traduzem na operacionalização das práticas assistenciais.

Os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes estão intimamente ligados à complexidade da operacionalização desses princípios éticos que regem a lógica de funcionamento dos CAPSI. Este breve resumo sobre os conceitos-chave tem por objetivo apresentar como o cotidiano dos autistas inseridos no CAPSI é impactado por esses princípios.

2.3 O cotidiano do CAPSI Maurício de Sousa

Para fins didáticos, pode-se dizer que a rotina do CAPSI está estruturada da seguinte forma. Todos os dias, exceto terça de manhã, acontecem os turnos de convivência de manhã e à tarde. Esta proposta é uma herança adaptada do intensivo do NAICAP, que tem como princípio a direção clínica voltada para a singularidade de cada “Sujeito-criança”, privilegiando suas particularidades e seu percurso idiossincrático em direção a uma organização subjetiva (este assunto será explorado adiante). Ou seja, esses espaços visam à ampliação da expressividade espontânea e singular. Além dos turnos, existem as oficinas semiestruturadas.

Diariamente são realizadas reuniões pós-turnos, e praticamente, de segunda a sexta, há supervisões para estagiários ou residentes. Esta é uma particularidade do CAPSI Maurício de Sousa, que desde antes de sua fundação é um serviço de assistência, ensino e pesquisa. Por ser uma instituição que está intimamente conectada à Universidade (no sentido literal de estar muito próxima fisicamente, inclusive o acesso se dá pela universidade), o serviço oferece estágio e formação através de parcerias com o Programa de Estágio Integrado do Município/ Programa de Residência Médica e Residência em Saúde Mental, Programa de Estágio do Hospital Municipal Philippe Pinel, entre outras parcerias. Todas as terças-feiras é realizada a reunião geral de equipe, onde todos os membros participam. São trocados informes, organização do cotidiano e discussões de casos. Paralelamente, há os atendimentos individuais nas diferentes modalidades profissionais, além dos atendimentos em grupos. Existem as parcerias com o projeto Circulando⁶³ da UFRJ e outras atividades de imersão territorial, como os passeios a museus, pontos turísticos da cidade, cinema, teatros, praças, praia etc.

Também vale ressaltar que o serviço atende diferentes faixas etárias entre dois e “dezoito” anos. O emprego de aspas aqui se refere à dificuldade de a rede absorver a clientela, principalmente, autista oriunda dos CAPSIs. Como os encaminhamentos são feitos de modo muito cuidadoso, não é incomum encontrar pessoas que já atingiram a maioridade cronológica, mas que ainda permanecem no serviço.

⁶³ O projeto Circulando faz parte de uma pesquisa intitulada “Circulando, traçando laços e parcerias: atendimento para jovens autistas e psicóticos em direção ao laço social” do Programa de Teoria Psicanalítica da UFRJ. O programa tem como público alvo adolescentes e jovens adultos com grave sofrimento psíquico e dificuldades no laço social. Para mais informações ver: <https://circulandoufrj.wordpress.com/2013/07/18/blog-do-dispositivo-clinico-circulando-tracando-lacos-e-parcerias/>.

O caráter de ordenador da rede, por sua vez, faz com o trabalho realizado para fora do CAPSI seja parte da rotina. A imersão territorial, com costuras intersetoriais e impactos na construção diária da operacionalização da integralidade do cuidado, possibilita que as injunções assistenciais do cotidiano do CAPSI tenham diversas faces. Os diferentes territórios familiares, comunitários, jurídicos, educacionais, assistenciais e culturais, que atravessam a vida da população cuidada pelo CAPSI, fazem com que a rotina extramuros seja parte constitutiva do trabalho clínico.

O CAPSI inclui como parte do compromisso do trabalho de atenção psicossocial desde visitas domiciliares, encontros, reuniões e discussões de casos com PSF, escolas, instâncias jurídicas, abrigos, Conselho Tutelar até as mais inesperadas situações.

A população-alvo é de suma importância, sendo o norte ético de inclusão. São contemplados crianças e adolescentes com as mais variadas dimensões de transtornos mentais. Portanto, estão entre as pessoas que fazem parte do campo de atuação de um CAPSI: quadros psicóticos, neuroses graves, autistas, problemas de aprendizagem, de marginalização, pessoas em situação de vulnerabilidade social, moradores de rua, de abrigos e todos aqueles que por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Nota-se que o conceito de população-alvo é propositalmente ampliado, na medida em que a proposta de trabalho no território e seu legado antimanicomial indicam a recusa ética e política de delimitação dos fluxos dos serviços de saúde por critérios exclusivamente diagnósticos, pois se acredita no papel excludente, segregador e hospitalocêntrico desta concepção. Fala-se aqui de uma clínica que sustenta a singularização dos casos e trabalha na contramão de pretensões universalistas que desconsideram as especificidades individuais, sociais, históricas e contextuais em que as crianças se encontram. Trata-se de uma clínica que se faz territorialmente, acionando redes e fluxos, ampliando, assim, os compromissos coletivos de produção de outro olhar para a clínica da infância e juventude.

Em tempos em que sistemas classificatórios e especializantes têm conquistado destaque dentro das noções que norteiam as práticas assistenciais na saúde, esbarramos no desafio de sustentar, de modo crítico e reflexivo, os motivos pelos quais os profissionais da atenção psicossocial acreditam na importância da clínica ampliada em detrimento da clínica especializada.

A hipótese inicial é de que o CAPSI, sob os marcos da Reforma Psiquiátrica, foi se constituindo em oposição aos postulados manicomial, isto é, suas diretrizes são formuladas mais no sentido da oposição do que efetivamente na afirmação das especificidades deste campo.

Com isso em mente, apresentam-se as propostas de trabalho com os autistas, no CAPSI Maurício de Sousa, para que se possa avaliar os alcances e as barreiras oriundas desta proposta assistencial.

2.3.1 Diário de campo: notas do primeiro dia

A manhã de quarta feira começou especialmente agitada. O turno, também chamado de coletivo clínico, estava *pegando fogo*. A intensa aflição de Thiago⁶⁴ era contagiante. Aos berros, corria de um lado para o outro. Estava visivelmente agoniado, porém, não era através de palavras que os berros revelavam suas razões.

Para além do que o vocabulário pode expressar, era claro, para todos que ali estavam, o tamanho de sua angústia. Dos seis profissionais presentes, três se mobilizaram para acalmá-lo. Os gestos de carinho e as tentativas de apaziguá-lo mostravam-se insuficientes.

O turno de quarta-feira de manhã é formado por crianças de cinco a nove anos, que apresentam dificuldades em suas mais variadas formas. Se fosse possível dizer que existe um critério de organização dos turnos, seria por idade aproximada. Certamente essa distribuição não corresponde ao diagnóstico. O que determina a inserção da criança nesse ou naquele turno é realmente a singularidade de cada caso.

Embora, Marcos, de 9 anos, parecesse estar alheio aos gritos de Thiago, começou a jogar tudo que encontrava pela frente no chão. Usava sua força para fazer um ruído ainda maior. André, que estava internado no Pinel e acompanhado pela estagiária para participar do turno, mostrou-se indignado com o barulho, por não conseguir se concentrar no jogo do computador, dizendo: “Desse jeito, vou enlouquecer de vez, calem a boca”.

Já Marcelo, que parecia, em um primeiro momento, não se incomodar com o que estava acontecendo, entrou de roupa, sapatos e tudo mais no chuveirão.

Os gritos de Thiago eram intercalados por socos na parede, empurrões e autoagressões. Enquanto o turno acontecia, profissionais, familiares e pacientes que chegavam no serviço, passavam por ali, na medida em que não existe outra porta de acesso. Se alguns passavam

⁶⁴ Os nomes mencionados estão modificados.

direto, outros paravam para tentar ajudar. Crianças colocavam as mãos nos ouvidos, enquanto outras pareciam não serem afetadas.

Foi notável a maneira como a técnica de referência de Thiago lançava mão de muitas tentativas para atenuar aquela angústia. Tirando-o do turno, o levou para a sala de atendimento, voltou com ele para o turno. Outros profissionais interviam juntos. A mãe de Thiago também participou das tentativas. Entretanto, os gritos se estenderam por mais de 1 hora.

Ao final de cada turno, há sempre uma reunião com a equipe responsável, cujo objetivo é “discutir os casos e fazer a evolução nos prontuários”. Enquanto parte da equipe estava às voltas com Thiago, André entrou na sala de reunião para dizer em alto e bom tom que ia desfazer o acordo com sua médica e não tomaria as medicações. Em seus termos, “somente os loucos que perdem a consciência precisam de remédios”. Segundo ele, “esta história toda de medicações e internações vai atrapalhar a carreira de jogador de futebol”. Concomitantemente, Valéria, uma das técnicas do CAPSI, recebia uma ligação do DEGASE sobre a prisão de uma paciente, largando tudo, e partiu rumo à Ilha do Governador para cuidar dessa situação.

À tarde, chegou mais um coletivo para crianças entre 6 e 10 anos. Apesar dos esforços do professor de educação física para uma partida de futebol, a pedido de Miguel, o jogo não foi adiante. Claudio pegou na mão da residente e a levou para o banheiro. Na pia, ele fez xixi; parabenizado pela residente, o mesmo vestiu a roupa e voltou para o pátio. Claudio, é uma criança de oito anos, “que fazia xixi e tudo mais nas calças”. Sua mãe, exausta e constrangida, passou a não sair com ele de casa. Vinculado ao CAPSI, há dois anos, passou a se dirigir ao banheiro para defecar ou urinar. Embora ele não use o vaso sanitário, o ato de ir ao banheiro foi reconhecido como um progresso pela equipe e familiares. Este comportamento o impedia de frequentar escolas, tendo, inclusive que abandoná-las. Certamente, fazer suas necessidades fisiológicas em qualquer espaço do banheiro não era concebido como algo comemorável por muitas pessoas. Mas, para aqueles que acompanhavam de perto as idiossincrasias de Claudio, era algo extraordinário e libertador, possibilitando inclusive o retorno para a escola.

Enquanto os turnos aconteciam, a equipe do CAPSI se dividia entre atendimentos individuais nas diferentes modalidades profissionais. Vanessa, terapeuta ocupacional e psicanalista estava envolvida com o desaparecimento de um paciente que fugiu de casa. Dois profissionais, recebendo um caso “de primeira vez”, encaminhado pela equipe do NASF. Paulo, de cinco anos, foi trazido ao CAPSI por sua avó, apresentando uma situação de vulnerabilidade social expressiva (mora em comunidade violenta, tendo seu pai sido assassinado em sua frente e sua mãe usuária de drogas, envolvida com a prostituição). Apesar de Paulo não falar, não

interagir com outras pessoas e apresentar alguns tiques, sua vó diz que “esse é o menor dos problemas”. Sua queixa gira em torno da dificuldade de criá-lo sozinho, em um lugar bastante violento e ainda ter que trabalhar, por ser a provedora do lar. Paulo tem mais dois irmãos, que também estão sob os seus cuidados.

Ainda antes das 17hs da tarde, acompanho um atendimento a um casal que discute sobre a mordida que Roberto, de 10 anos, tomou enquanto participava do turno. O pai de Roberto é usuário de drogas. A mãe tem muita dificuldade de cuidar dos filhos, por ter depressão. Aos quatro anos de idade, Roberto sofreu uma queda de três metros e desde então apresenta comprometimentos significativos na fala e episódios regulares de convulsão. Também sofre de um problema no coração, não consegue fazer o acompanhamento necessário por falta de recursos financeiros. Roberto e sua família estão passando por “avaliações”, termo usado para os trabalhos desenvolvidos com os casos que ainda fazem parte da porta de entrada.

Os casos de crianças com as mais variadas expressões de vulnerabilidade social e manifestações sintomáticas diversas, o cuidado com os familiares e as inúmeras ações terapêuticas, dentro e fora do CAPSI, configuram um dia comum de trabalho no CAPSI Maurício de Sousa.

Pode-se dizer que este CAPSI é formado por uma equipe multiprofissional com profissionais que exercem multifunções. Diante do mandato político, ético e clínico, estão profissionais, profundamente engajados, fazendo contorcionismos assistenciais para executar as diversas injunções cotidianas.

As notas de campo, referentes ao primeiro dia de imersão etnográfica, revelam o espírito do trabalho realizado naquele CAPSI. O final do expediente não encerra a empreitada daqueles profissionais. Vanessa continua entre muitas ligações e sua busca ativa no território, à procura do paciente desaparecido. Os gritos agoniados de Thiago ainda permanecem, ecoando nas paredes.

Entre registros no diário de campo, observações participantes e participações observantes, aqui estão expostos fragmentos deste mergulho no cotidiano do CAPSI, que certamente são incapazes de traduzir a riqueza de experiências e acontecimentos que puderam ser acompanhados durante o ano de 2014.

2.4 Clínica ampliada: a singularidade, e o diagnóstico entre parênteses.

Diante das reivindicações de pais de autistas sobre o direito ao tratamento especializado, os primeiros passos etnográficos desta pesquisa vão mapear como era desenvolvido o trabalho com os autistas no CAPSI. Por já ter trabalhado no CAPSI em outro momento da minha trajetória profissional, estava convencida de que se pode afirmar os impactos daquela proposta assistencial. Se os pais estavam reivindicando que seus filhos fossem tratados em “lugares especializados, específicos e próprios para suas necessidades”⁶⁵, e na saúde mental estas reivindicações significavam retrocessos, estava na hora de avaliar por que o trabalho desenvolvido nos CAPSI era/é visto por aqueles que o rejeitavam, como inadequado, não apropriado ou ineficaz para o segmento autista. Indo além, o que impulsionava esta pesquisa era a necessidade de analisar como as propostas assistenciais da saúde mental impactavam a vida de autistas e de suas famílias. Será que a dificuldade estava na retórica, na semântica, onde a afirmação de um trabalho especializado implicava padronizações e reducionismos? Ou será que a própria concepção sobre os princípios constitutivos daquele espaço afastavam os profissionais responsáveis pelo atendimento de práticas assistenciais estandardizadas e pautadas no diagnóstico?

Com esta pergunta em mente, as primeiras semanas de imersão etnográfica estavam voltadas para as atividades que fossem direcionadas aos autistas matriculados no CAPSI. Entretanto, as indagações acerca do tratamento especializado desenvolvido para determinada clientela não pareciam fazer muito sentido naquele contexto. Parafraseando a resposta da coordenadora do CAPSI em relação ao que estava sendo questionado: “*Os autistas estão em todos os espaços, depende do que cada criança necessita*” (Material colhido informalmente, janeiro de 2014).

O interesse por atividades direcionadas exclusivamente para autistas não apenas parecia despropositado, como foi visto por muitos profissionais como descontextualizado. Rotelli (2001), em seu clássico artigo *A instituição inventada*, 1988, propõe que o que deve ser colocado em questão não é o manicômio, mas sim o paradigma psiquiátrico. Para o autor, o objeto da psiquiatria não pode nem deve ser a doença – entendida como algo que está no corpo

⁶⁵ A Petição pública, Diga, Não! à Alínea C da minuta da regulamentação da lei 12.764/2012, lei do autista, expressa a posição de alguns grupos de familiares ativistas críticos ao atendimento de autistas em CAPS e CAPSIs. Consideram que esses serviços não são capacitados, adequados ou especializados para tratar autistas. Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR72114>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

ou no psiquismo de uma pessoa – mas sim a “existência –sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (2001, p.90). A proposta de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as instituições manicomiais haviam simplificado. Em seus termos,

A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto. O problema não se tornará a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam o processo de singularização e ressingularização (ROTELLI, 2001, p.91).

Em plena sintonia com as referências rotellianas, os profissionais concebem a orientação de tratamento no CAPSI. Para entender melhor como as estratégias assistências do CAPSI são formuladas, é preciso considerar que as mesmas estão associadas a um conjunto de valores que visa a ruptura com o paradigma manicomial. Por isso, naquele espaço existe uma forte resistência ao que remete a generalizações, pressupostos segregadores ou que reforçam estigmas. O vício do modelo biomédico, centrado na dualidade causalista, é considerado um problema pelos profissionais do CAPSI. Esta concepção está intimamente conectada aos efeitos deletérios de práticas manicomiais enfrentados pela luta antimanicomial. Existe uma resistência em aceitar o biológico como sendo autônomo ou mais relevante que outras dimensões. No caso, o biológico é concebido como mais uma dimensão que, somada a diversas outras, interfere na vida cotidiana.

Por isso, na trama do cotidiano do CAPSI a noção de singularidade é uma direção clínica inegociável: *“Como não são os diagnósticos que pautam as atividades oferecidas no CAPSI e sim as possibilidades de cada criança, você verá que uma criança com autismo pode estar em qualquer atividade que faça sentido para ela”* (Entrevista com profissional da equipe, julho de 2014)⁶⁶.

Esta afirmação remete às considerações de Galimberti (1984), citado por Rotelli (2001).

O Olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas. Mas, quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tonam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico (GALIMBERTI, 1984 apud ROTELLI, 2001, p.92-3).

⁶⁶ Será mantido o sigilo dos profissionais entrevistados, por isso optou-se por não revelar os nomes reais.

O fantasma da cultura manicomial e os efeitos da institucionalização ainda pairam na maneira como os profissionais do CAPSI se incomodam com certas reivindicações fundadas no diagnóstico. Percebe-se um mal-estar em relação à demanda por tratamento especializado baseado em categoriais psiquiátricas. Não apenas um mal-estar como uma defesa militante relacionada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Falar sobre o autismo no plural só fazia sentido em textos técnicos. Na clínica do autismo no CAPSI, é a singularidade que guia as propostas assistenciais. Diante das vocalizações críticas sobre as propostas assistenciais do CAPSI e do exposto descontentamento dos profissionais da saúde mental quanto a tais reivindicações, é importante analisar como o paradigma da atenção psicossocial, no formato da clínica ampliada, impacta a construção assistencial do cotidiano dos CAPSI para os autistas. Para tal, é necessário explicitar alguns conceitos importantes que parecem autoexplicativos para quem faz parte do campo, mas, para os que não têm familiaridade, vale a pena uma breve sintetização (mesmo considerando que pela força das expressões no campo, elas já tenham sido mencionadas diversas vezes ao longo do texto, sem interrupção para explicar o que significam). O campo da atenção psicossocial é uma expressão usada para designar o paradigma de cuidados em saúde mental. Com o foco na superação do paradigma psiquiátrico, a expressão é usada para nomear “o conjunto de dispositivos e instituições que faz com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (TENÓRIO, 2001, p.55).

“Incidência efetiva” pode ser interpretada de diversas maneiras. Exatamente por isso, implica a ampliação e diversificação das propostas de cuidado. Se a proposta de deslocar o processo de tratamento centrado na doença, para a pessoa, indica a necessária reformulação da concepção de tratamento e cura, torna-se imprescindível substituir vocabulários para encontrar representantes em palavras que sejam capazes de expressar as propostas e valores postulados pela Reforma.

“Tratamento”, “cura”, “paciente”, “doença” remetem ao enredo de cânones científicos que se propõem generalizantes e universais. Dito de outro modo, são termos que pressupõem o relevo sintomatológico (em detrimento de outros aspectos que incidem na experiência) e assim estão mais dispostos a práticas normativas.

De certa forma, as práticas clínicas que tenham um horizonte definido de antemão, com bases normativas, moralizantes ou adaptativas, são alvos de críticas no campo da atenção psicossocial, pois remetem à cultura manicomial ou a um ideal de normalidade subjacente.

Em Leal & Delgado (2007), encontra-se a seguinte consideração sobre a possibilidade de transformação das expectativas em relação ao cuidado: tem-se como norte “não almejar a restituição de um padrão de normalidade idealizada transforma os efeitos do cuidado num objetivo não estático, mas sempre processual” (p.150).

Algumas considerações tecidas por Teixeira (1999, p.91) vão ao encontro da seguinte concepção processual. O autor, ao considerar a cura como um meio e não como um fim, faz ponderações sobre as perspectivas essencialistas da doença, que implicam consequências universalizantes. Dito de outro modo, se a doença for tomada como algo vivenciado de modo igual por todas as pessoas, a terapêutica será igual para todos os casos. Isto levaria a um desastre terapêutico na medida em que a “ação terapêutica torna-se uma batalha incessante, uma tentativa de tornar o psicótico (que podemos trocar por autista⁶⁷) algo que ele não é, porque não quer, ou porque não pode ser” (p.91).

A cura pensada no sentido médico tradicional como eliminação sintomática, restituição de algo que se perdeu, retorno à normalidade, ou através de imposições de modos de funcionar, não é utilizada na concepção de cuidado que o campo propõe. Pelo contrário, assume o sentido de acolher. Na medida em que o próprio tratamento é considerado um ato de cuidado. Seria uma espécie de “cura-meio” (TEIXEIRA, 1999, p 92-93), onde a cura não é um objetivo em si. Por isso, a palavra “cuidado” combina melhor com a proposta do campo da atenção psicossocial. Pensa-se a cura como “um trajeto de tratamento, onde existe maleabilidade em relação aos sujeitos envolvidos, onde cada momento tem um valor, onde uma norma de recuperação final não se impõe a todo instante tem um efeito benéfico, pois estabelece possibilidades clínicas mais amplas” (TEIXEIRA, 1999, p.92-93).

Teixeira (1999), nos oferece outra definição que resume bem este ponto.

Se for assumida uma posição menos pretensiosa em relação aos resultados de um tratamento, se for dispensada a angustiada perseguição de uma cura, como vimos, de difícil definição, torna-se possível sustentar, num projeto de cuidados, um certo espaço em aberto (espaço epistemológico, teórico, prático e de disponibilidade afetiva), que permite a emergência da diversidade e que cada caso se torne absolutamente original em suas muitas leituras” (TEIXEIRA, 1999, p.94).

Como consequência pela busca de vocabulários que impulsionem novas práticas, o campo da saúde mental utiliza-se de termos que expressam a transformação do aparato de cuidados.

⁶⁷ Na citação original, TEIXEIRA (1999) refere-se a psicóticos, porém, enfatiza-se aqui que sua observação também se aplica a autistas.

Delgado (1997), ao descrever a atenção psicossocial como tarefa do campo, convoca a refletir sobre o impacto de novos vocabulários para o campo da assistência:

É necessário tomar, como objeto de nossa intervenção, o **cliente** em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais; trata-se de ajudar o **usuário** em sua lida cotidiana por uma vida melhor. Isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio e a orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, a existência permanente de uma referência institucional a que pacientes e familiares possam recorrer. Simplificando um pouco: não só remédios, mas comida, diversão e arte. Nosso **território de atuação** situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura de nossos clientes nos interessa. Por isso, preferimos substituir os termos “**psiquiátrico**”, “**psicológico**” e “**psicanalítico**” e dizer que a tarefa dos nossos serviços é **atenção psicossocial** (DELGADO, 1997, p 41, grifo nosso).

Desse modo, no paradigma da atenção psicossocial, o cuidado passa a ser concebido para além dos sinais e sintomas descritos sob a rubrica do diagnóstico. Repara-se que os termos grifados na citação revelam uma escolha substitutiva de vocabulários que pressupõem outras práticas (sempre referidas ao modelo manicomial que se deseja superar).

No cotidiano do CAPSI Maurício de Sousa, o uso da palavra “cuidado” e não “tratamento” condiz com os valores subjacentes do campo. Revela um modo nativo de operar na saúde mental. Em Yasui (2007), encontra-se a seguinte descrição:

Cuidar é a essência do trabalho cotidiano [...] Significa pensar numa atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isto representa uma ruptura epistemológica de grande importância. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas, centrados na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante (YASUI, 2007, p. 160-161).

Logo, *cuidado* em saúde mental pressupõe modos diversos de lidar com o sofrimento oriundo de condições psicopatológicas, a partir de uma crítica contundente à racionalidade médica biologizante. Por isso, o verbo tratar é pouco utilizado nos espaços do CAPSI, pois é considerado circunscrito à doença. Neste sentido, cuidar, para o campo da saúde mental, significa singularizar e ampliar as possibilidades normativas psíquica, existencial e social do sujeito (BEZERRA, 2007). Assim, os ensinamentos basaglianos acerca de “colocar a doença entre parênteses para se ocupar do sujeito em sua experiência” (BASAGLIA, 1981) são incorporados no cotidiano assistencial do CAPSI.

A convicção dos profissionais de que a ênfase do trabalho deve ser “*no Sujeito concreto com todas as dificuldades que a vida acarreta*”⁶⁸ expressa marcas de uma ruptura com as

⁶⁸ Frase comum ouvida no campo, dita entre os profissionais do CAPSI.

premissas manicomiais. É assim que nasce o conceito de clínica ampliada, entendida como a incorporação na lida cotidiana dos serviços de saúde mental das dificuldades concretas experienciadas pelas pessoas acometidas por transtornos mentais (DELGADO, 1997; TENRIO, 2001). A clínica ampliada está intimamente relacionada à noção de integralidade do cuidado. E quanto mais aspectos forem incluídos nesta perspectiva, menos universalizantes e padronizadas podem ser as propostas de intervenção.

O campo da saúde mental, ao propor a clínica ampliada e a integralidade do cuidado, incluiu outras dimensões existenciais e sociais, conseqüentemente alargando as possibilidades de atuação assim como as práticas assistenciais. Compreende-se que as pessoas não se limitam à condição de suas doenças e, portanto, as abordagens devem incluir na compreensão das problemáticas apresentadas os diversos âmbitos da vida dos usuários. Observa-se que a palavra usuário também revela o deslocamento da relação de passividade encarnada na noção de paciente. Abandona-se esta relação hierarquizada e passiva, inclui-se a noção protagonista de usuário de um serviço de saúde.

Sendo assim, a singularidade ganha notoriedade nas ações assistenciais. Em vez de as categorias diagnósticas serem o verdadeiro objeto da clínica, a clínica passa a ser centrada na noção de singularidade, incluindo vários aspectos da vida das pessoas. “A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.3).

Neste contexto, entende-se por singularidade um contraponto às noções universalizantes que um diagnóstico acarreta. Se o diagnóstico pressupõe generalizações, a singularidade ilumina as idiossincrasias. Determinado diagnóstico vai se expressar de maneira ímpar em determinado sujeito. Portanto, o próprio uso da palavra cuidar faz mais sentido na atenção psicossocial. Se o tratamento visa a especificidade da doença, o cuidar focaliza a pessoa e inclui necessariamente as multicausalidades e multiconsequências experienciadas.

Ainda sobre as tentativas de ilustrar o conceito da palavra cuidado, que atravessa as práticas assistenciais, recorreu-se a Tenório e Rocha (2006). Para eles, o cuidado na saúde mental implica um campo de iniciativas e dispositivos ligados a certo agenciamento da vida naquilo em que ela está impedida ou prejudicada. Sendo assim, o cuidado consiste em levar a pessoa a um funcionamento mais favorável ao seu pertencimento à convivência social, à convivência na família e no seu meio. Isto requer, paralelamente, intervenções no meio social

da pessoa que está sendo cuidada no CAPSI, de modo a fazer com que o contexto no qual ela vive se torne mais disponível e favorável para acolhê-la.

No cotidiano do CAPSI Maurício de Sousa, esta diretriz parece ter sido incorporada. Não se pensa em “cuidado” em termos nativos, que não inclua outros aspectos para além das sintomatologias diagnósticas.

Estamos mais preocupados com a gravidade de cada situação do que com o diagnóstico. Não que não tenha importância, mas não é o diagnóstico que guia a conduta terapêutica. O que verdadeiramente direciona as nossas ações tem a ver com as variáveis contextuais, individuais, familiares e sociais, é isto que permite a construção das nossas estratégias. (Material colhido na etnografia em conversas informais entre profissionais da equipe, janeiro de 2014).

Do ponto de vista de mais um profissional, podemos ver como esta diretriz é levada em consideração.

Minha maior preocupação quando recebo os residentes é que a pessoa que eles vão cuidar não seja reduzida ao diagnóstico. Que o foco não seja nos supostos sintomas psicopatológicos e sim em todas as dimensões da vida. Porque invariavelmente está tudo articulado. Se os residentes estiverem interessados apenas nos sinais e sintomas da psicopatologia eles vão se desinteressar pelo resto. E isso será péssimo para a proposta clínica. A clínica no CAPSI envolve a vida real das pessoas. Por exemplo, ser autista não é não falar e ter suas dificuldades de interações sociais. Cada autista é tão diferente que não falar para o João vai ter implicações diferentes do não falar para o Ricardo. Além do mais, o não falar, para cada um, vai ser de um jeito. E as repercussões também vão ser diferentes, não só para o João ou para o Ricardo, mas para todo o ambiente, contexto que eles circulam, frequentam. Por isso que não dá para generalizar e por isso mesmo que temos que incluir na clínica o que chamamos de tudo mais além dos sintomas (Material colhido em uma das reuniões de equipe, agosto de 2014).

O fato de o CAPSI ser destinado para crianças e adolescentes intensifica ainda mais os desconfortos em relação à temática do diagnóstico.

Fechar um diagnóstico de uma criança pode ter efeitos catastróficos na forma como os familiares a olharão a partir de então. Acredito que o diagnóstico pode aprisionar as possibilidades da criança perante seus pais e a sociedade. Por isso, temos que tomar muito cuidado com o que a classificação diagnóstica acarreta (Material colhido na etnografia em conversas informais, abril de 2014).

Nota-se, nesta consideração feita por uma psiquiatra do serviço, a cautela ao abordar a questão do diagnóstico:

Vivemos um furor diagnosticante. Hoje em dia você diagnostica antes de tratar. Aliás, a medicina tem isso, precisa diagnosticar antes de tratar, isso faz parte do modelo médico. Mas na psiquiatria isso não é necessariamente assim. Você pode tratar antes de diagnosticar, porque o diagnóstico na psiquiatria pode ser evolutivo. Você pode tratar sintomaticamente, enquanto você formula o diagnóstico, porque você pode, no processo de acompanhamento, formular o diagnóstico. A gente não pode sair diagnosticando, ainda mais no campo da infância, que é um campo em que a criança

está em desenvolvimento, que a construção da psique está em curso, o processo de formação do pensamento está em curso. Então você não pode sair diagnosticando. (Entrevista com profissional, 24 de julho de 2014).

Mais uma vez, a maneira como esses profissionais concebem o lugar do diagnóstico na clínica da atenção psicossocial está em consonância com a influência da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Saraceno et al. (1994), o diagnóstico por si só não é considerado um instrumento de grande utilidade para se construir estratégias de intervenções, prevendo o desenvolvimento da condição psiquiátrica. Segundo esses autores, as variáveis extraclínicas têm papel fundamental. O meio familiar, os contextos socioeconômico e cultural, são considerados de suma importância para a construção de qualquer intervenção terapêutica.

Esta perspectiva marca um deslocamento do modelo que se pauta nas descrições diagnósticas para formular suas intervenções em uma nova norma que atribua importância a outros eventos da vida do sujeito, os quais incidem em sua condição. As histórias de vida, seus contextos e experiências singulares não apenas são consideradas importantes, como são destacadas no processo de cuidado que tem orientado as práticas assistenciais no campo da saúde mental. Portanto, a dimensão da singularidade é percebida nos discursos, na maneira como o CAPSI é organizado e em como são formulados os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

No CAPSI Maurício de Sousa, tais projetos são concebidos como um conjunto (PTS) de propostas terapêuticas, formulado pela equipe e articulado com familiares ou responsáveis. Elabora-se numa espécie de equação que visa incluir as necessidades e as possibilidades da criança ou do adolescente, com as outras pessoas ou instâncias diretamente envolvidas. As famílias ou os responsáveis, membros da comunidade, a escola, a justiça, o abrigo ou qualquer outro serviço que tenha relevância para o caso podem ser incluídos na elaboração do PTS. Esta costura leva em consideração o “campo da realidade”. Isto é, nem sempre é possível costurar as necessidades da criança com as possibilidades da família ou do responsável. Portanto os PTS são artesanalmente construídos e requerem avaliações sistemáticas sobre a sua validade. As elaborações são realizadas através de reuniões de equipe, discussões de casos clínicos, conversas e articulações com as famílias e ou responsáveis envolvidos com o caso. É interessante observar que como os PTS são inerentemente singulares, as propostas incluem ações dentro e fora do CAPSI, refletindo assim, que na concepção de cuidado promovida, é a diversificação das realidades contextuais vivenciadas que definem a proposta de trabalho.

Levando em consideração os expostos acima, pode-se afirmar que a busca por atividades específicas direcionadas para autistas, intencionada por esta pesquisa em relato, não se aplica à proposta do CAPSI Maurício de Sousa.

Nos termos de uma psicóloga, “o CAPSI não pode ser um serviço especializado, exatamente por ser um serviço aberto e ampliado, preparado para receber o que está no campo da infância e da adolescência”. Ela nos conta que não é incomum receber crianças com queixas que remetem à tríade do autismo – dificuldade de fala e interação social. Afirma que

Se você não estiver com a sensibilidade aguçada e “embarcar no ímpeto diagnóstico”, você acabará hiper diagnosticando, sem que isso se traduza em efeitos positivos na vida das pessoas. Estar no território tem dessas coisas, a gente se envolve e percebe que para além do não fala desde 3 anos, existe uma estrutura social que silencia (Entrevista com profissional, junho de 2014).

Esta posição é corroborada pelos sete profissionais entrevistados em colaboração a esta pesquisa. Há consenso sobre os efeitos deletérios de pautar a clínica pelo diagnóstico. Os sete entrevistados alegaram que um dos efeitos considerado nocivo e retrocedente tem relação direta com o acesso. Segundo eles, o efeito segregador do serviço especializado mais obstaculiza do que amplia as condições efetivas de acesso e de atuação. Referem que um serviço comunitário e territorial não tem como reduzir suas possibilidades de acesso.

Temos responsabilidade sobre o nosso território de abrangência. Nosso território é grande e bastante complexo. Quando se é um serviço comunitário, não existe virar as costas para os problemas concretos, da vida. Por isso que um serviço de saúde mental não pode ser especializado, senão teríamos que ser especializados em questões imprevisíveis. Que não se aprende em nenhum manual como agir diante de todas as situações vivenciadas. Não tem como. Além do mais como poderíamos exercer a função de ordenador da rede se só chegassem casos já diagnósticos para cá? É incompatível com a nossa proposta de trabalho (Entrevista com profissional, junho de 2014).

De acordo com Couto e Delgado (2016), a função de ordenador da rede e sua capilaridade territorial levam os serviços de atenção psicossocial a contribuírem para a produção de conhecimento sobre as condições de vulnerabilidades psicossociais que podem afetar a saúde mental das crianças e adolescentes. Este mandato tem como estratégia ampliar o acesso à rede de cuidados e, em seu papel de agente protagonizador deste processo, deverá ativar os diversos personagens setoriais, intersetoriais e extrasetoriais, capazes de operar no suporte transformacional na vida daquelas pessoas.

A lógica dos CAPSI, diante da complexidade dos casos, é trabalhar as barreiras sociais e culturais, enquanto também se ocupa dos impedimentos pessoais e familiares. Esta lógica leva em consideração os vários aspectos da vida, envolvidos no padecimento, incluindo as

dimensões sociais e as particularidades individuais, sejam elas biológicas ou psicológicas. O que se considera como gravidade sintomática está sempre em relação a estes diversos aspectos.

A partir desta concepção integradora e a heterogeneidade dos problemas enfrentados no dia a dia dos CAPSI, encontram-se, nas entrevistas, narrativas sobre as dificuldades de atuar clinicamente em todas essas esferas:

Às vezes os casos são tão complexos que me sinto totalmente despreparada para lidar. Sem capacitação mesmo. Aqui, a construção dos caminhos que devemos percorrer acontece ao vivo, de modo bem singular mesmo. Por isso que a supervisão é tão essencial. Nos ajuda a estruturar os improvisos. (Entrevista com profissional, novembro de 2014).

Por mais que haja uma defesa coesa contra os reducionismos atrelados, ao se pautar o acesso do serviço por diagnósticos, os profissionais entrevistados demonstraram que reconhecem a complexidade do tema. Se por um lado, familiares de autistas enxergam no tratamento especializado um caminho para a inclusão social daqueles, por sua vez os profissionais da saúde mental acreditam que os serviços especializados por diagnósticos reduziram as possibilidades.

Os entrevistados elencam 5 efeitos considerados retrocessos consequentes de um serviço especializado, no caso, para autistas. São eles: o diagnóstico como sentença que estigmatiza e reduz as possibilidades subjetivas da criança; a medicalização da infância; e o boom diagnóstico, com seus falsos positivos. Além dos efeitos de produzir a exclusão e o reforço dos estigmas a partir de modelos especializados em diagnósticos (a medicalização da infância, a produção do estigma e da exclusão social).

Por outro lado, os participantes da pesquisa reconhecem que muitos pais atravessam uma saga em torno de respostas para os problemas vivenciados por eles e seus filhos. E que o diagnóstico tem o valor de dar sentido e proporcionar certo alívio para “os vazios do não saber” (Entrevista com profissional, julho de 2014).

Para reverter os sentimentos de indefinição, vazio e desespero, provenientes de uma não nomeação para o estado de seus filhos, muitos pais alegam alívio ao receber um diagnóstico. A fala de um familiar do CAPSI ilustra o abrandamento proporcionado pelo diagnóstico:

Antes do meu filho fazer tratamento no CAPSI, passei por muita dificuldade porque ele não tinha um diagnóstico fechado. Na Santa Casa falaram que ele tinha retardo mental, mas o pediatra falava que ele era hiperativo. Mas ninguém me dava um laudo. Ninguém confirmava nada. Eu procurei tratamento em um monte de lugares, mas não encontrava um diagnóstico. Até que no CAPSI, finalmente, me explicaram o que o meu filho tem. Foi um alívio. Desde então ele tem um diagnóstico e direito aos benefícios. (Material colhido na sala de espera do CAPSI, onde as mães ficam esperando seus filhos, março de 2014).

A temática dos benefícios oriundos de um diagnóstico é sem dúvida um desafio que os profissionais do CAPSI ressaltam. Embora eles reconheçam a importância de algumas garantias de direitos, provenientes da definição diagnóstica, este tema é bastante problematizado nas reuniões de equipe e nas discussões de caso. São ressaltados os prós e contras dos laudos em prol dos benefícios assim como as consequências de possíveis usos questionáveis nocivos da rotulação diagnóstica. Por exemplo, uma psicóloga salienta casos em que a escola solicita laudos frequentes para os comportamentos desviantes e excêntricos de diversas crianças:

Algumas escolas solicitam laudos psiquiátricos para justificar a permanência ou a impermanência de alunos. Já tivemos inúmeras reuniões com escolas para problematizar essas demandas. Até porque a rotulação diagnóstica pode significar um desinvestimento tanto dos professores quanto dos familiares. Então temos que fazer um trabalho constante de problematização dessas solicitações. (Material colhido na etnografia em conversas informais, janeiro de 2014).

Na opinião de um dos médicos, ele observa o paradoxo dos benefícios e direitos:

Algumas coisas são direitos indiscutíveis, como o passe-livre. Muitas vezes a criança ou o adolescente não tem dinheiro para vir para o CAPSI. Isso pode virar um problema sério. Para muitas pessoas o passe livre pode ser essencial. Mas isso não significa que o rótulo necessário do diagnóstico para conseguir o Rio-Card não seja uma questão pra gente. Porque, muitas vezes, passamos meses suspendendo a questão do diagnóstico. Com crianças é difícil fechar o diagnóstico rápido. Aí vem o pedido da declaração do Rio-Card, que exige o diagnóstico. Temos que conversar com os familiares e explicar que o diagnóstico da declaração cumpre a função pragmática de solicitação do benefício. Mas, que neste momento, ele ainda não significa nada em relação ao diagnóstico clínico. Temos esse cuidado para que a criança não seja aprisionada no diagnóstico. (Material colhido na etnografia em conversas informais, março de 2014).

Em fala de outro profissional, pode-se ver a preocupação com “os falsos positivos”.

Essa epidemia diagnóstica do autismo está repleta de falsos positivos. A gente cansa de ver no CAPSI crianças encaminhadas porque não falam, não interagem socialmente ou apresentam estereotípias, como se fossem autistas, mas que quando a gente faz um trabalho cuidadoso, minucioso, a gente consegue desconstruir o diagnóstico. É um trabalho muito importante. Temos que ter sabedoria, sensibilidade e paciência. Porque os próprios familiares gostam do diagnóstico. Eles se sentem mais aliviados, porque afinal não tem a ver com eles. É uma doença, uma aleatoriedade, um azar da vida, ou um destino predeterminado. É delicado. Quando a gente mostra que a criança pode muito mais do que se espera de um doente, os familiares ficam emocionados. E voltam a se engajar na criança. (Material colhido na etnografia na reunião de equipe, março de 2014).

Há também a discussão sobre a intervenção precoce. De acordo com os profissionais entrevistados, embora haja a crença de que a detecção e o atendimento precoces de riscos atenuem os efeitos deletérios do espectro do autismo, este tema ainda é polêmico. Há os que defendam que o diagnóstico seja estabelecido o mais cedo possível. Há também aqueles que acreditam que trabalhar com a detecção precoce de riscos não necessariamente significa a necessidade do estabelecimento precoce do diagnóstico.

A crença de que a intervenção precoce pode levar a um bom prognóstico, entre os profissionais do CAPSI, é acompanhada da preocupação consensual a respeito dos instrumentos que serão formulados e utilizados para esta finalidade. Muitos acreditam que a noção de risco e/ou a identificação de supostos traços sintomáticos podem levar a iatrogenias, acarretando intervenções excessivas e medicalização da infância. Ainda, destacam os riscos sobre o qual:

Os sinais de risco, identificados muito cedo, podem ser considerados como preditivos do diagnóstico do autismo, levando a erros com consequências graves para a forma como os pais vão conceber aquela criança e limitar suas apostas, atrofiando as possibilidades desta. Embora haja a necessidade de produzir algum efeito, construindo artesanias de cuidado em relação àqueles sinais de risco apresentados naquele momento. (Entrevista com profissional, agosto de 2014).

O receio em relação às consequências adversas de um rótulo classificatório aparece em várias falas, sobretudo quando o assunto da detecção precoce vem à tona. Uma das profissionais do CAPSI salienta a preocupação em relação “aos alarmes exagerados e medicalizantes que as escolas estão produzindo”. Em suas palavras:

Estamos recebendo crianças cada vez menores, que já chegam taxadas de autistas. Isso é um crime. A família e a escola passam a explicar tudo que acontece com a criança como se fosse consequência da doença. E tapam os olhos para as questões multidimensionais. A maioria das vezes a criança é um sintoma da família, dos problemas vivenciados por eles. Por isso que o CAPSI tem um papel fundamental. A gente entra para desconstruir esses ideais simplistas que estão arraigados nos discursos. Quando a gente entra no caso, mostramos o que está por trás dos problemas da criança. E aí, consequentemente, alargamos as possibilidades da família inteira. (Material colhido na reunião de equipe de maio de 2014).

Outro problema que esbarra nos princípios que constituem um serviço de saúde mental tem relação com a “mistura”. A crítica feita por segmentos de pais de autistas em relação à heterogeneidade da população contemplada pelo CAPSI é considerada um retrocesso pelos trabalhadores de saúde mental. Muitos pais que contestam os serviços da rede de atenção psicossocial alegam ser um “absurdo misturar os autistas com esquizofrênicos, usuários de drogas e outros loucos” (Mãe de autista, audiência pública, maio 2014).

O movimento da luta antimanicomial se pautou no combate veemente às formas de exclusão, assim como defendeu, em todas as esferas, a tolerância e o respeito pela diferença. Hoje, diante de críticas feitas por familiares de autistas, os profissionais se deparam com discursos resistentes às suas propostas assistenciais. Esta é mais uma ferida aberta para o campo da atenção psicossocial. Está embutida em seu discurso a ideia de insuperação dos preconceitos associados ao paradigma da loucura. Noções de periculosidade e animosidade ainda se refletem nas concepções que muitos familiares de autistas têm em relação às outras crianças que são

atendidas pelo CAPSI. Estes preconceitos continuam representando um grande desafio para a proposta de desconstrução no campo cultural.

Mas como os familiares dos autistas que frequentam o CAPSI Maurício de Sousa pensam esta questão da clientela misturada? Embora eles não tenham sido contemplados nas entrevistas para esta tese, a imersão etnográfica permitiu o contato próximo a alguns familiares, principalmente nas salas de espera, nas festas, comemorações, passeios entre outras atividades realizadas dentro e fora do CAPSI.

A situação crítica de um adolescente em crise suscitou este assunto enquanto se processava, para esta pesquisa, o acompanhamento de conversas dos acompanhantes na sala de espera do turno. Uma das mães comentava que seu filho voltava para casa, imitando o que via no CAPSI. *“Um dia desses, F. chegou em casa gritando igualzinho a este menino. Não sei se é legal deixar ele ver essas coisas. Porque aí chega em casa e faz igual, já basta todos os problemas, ainda vai ficar imitando o problema dos outros”* (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Aproveitou-se a oportunidade para perguntar o que aquelas mães pensavam sobre esta “mistura” de diferentes “problemas” nos turnos. Uma das mães respondeu da seguinte forma: *“as crianças ficam mais ou menos com as outras da mesma idade. Acho que deveria misturar mais, porque se o trabalho é socialização, elas têm que aprender a socializar com todas as idades”*. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Por achar que não havia o entendimento de que se fazia referência a diferentes patologias que transitavam pelo CAPSI, foi dada uma explicação, diante do que, a mesma respondeu. *“Cada criança tem o seu problema, mesmo as que são autistas, ou as que são esquizofrênicas, são muito diferentes. Se você tratar separado não teria como tratar a socialização. Por exemplo, aqui eles preparam para frequentar a escola, sem a socialização, meu filho não vai conseguir avançar”*. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Para esta mãe, o principal objetivo do tratamento de seu filho era a socialização. Portanto, estar entre os “diferentes” era parte do processo de socialização. Estabelecido um diálogo entre os presentes, outra pessoa, que se apresentou como avó, declarou que gostaria que seu neto fosse tratado só com autistas. Ela afirmava existirem muitas crianças mais espertas e agressivas do que seu neto. Por isto, ele deveria ficar junto com as mais parecidas com ele. Em seus termos,

Aqui tem crianças que são mais sabidas e até mesmo mais agressivas. Tem os adolescentes do manicômio judiciário, que passam a perna no meu neto. Não acho legal ele ser tratado junto com esses outros. Tem que ser tratado com as crianças do

mesmo problema. Porque elas ficariam mais no mesmo nível. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

A interferência de outro familiar levou a observar que não há consenso sobre referida “mistura” de casos:

A verdade é que tem autistas que são agressivos, autistas que falam, autistas que têm retardo, autistas que ficam tirando a roupa, tem autista hiperativo, tem até autista com Down e cego. Como é que o tratamento dividiria? Aqui é como na escola. Não dá para dividir as turmas por nível. Imagina, teria que existir mil turmas diferentes. Seria impossível. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Outra mãe considerava que o contato com a gravidade de algumas crianças a havia ajudado para uma relativização dos problemas enfrentados por ela.

Antes de tratar minha filha aqui, achava que minha vida era um perrengue, uma droga. Depois que conheci outras crianças, vi que minha filha é abençoada. Temos que levantar as mãos para o céu. Aqui tem muita criança com problemas mais graves que a minha. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Já outro familiar expressou que o convívio com crianças graves piorou o filho, que sempre fora muito bonzinho até começar a frequentar os turnos. Desde então, “*passou a beliscar as pessoas e gritar igual ao que ele presencia no turno*”.

Durante este diálogo, o discurso da solidariedade também permeou as falas:

As crianças que se tratam no CAPSI têm tantos problemas que fica difícil não querer ajudar. A gente vê as dificuldades que eles passam, e que suas famílias também. Às vezes só pelo olhar a gente consegue entender a dor que a outra mãe está passando. Tem a mistura da criança que grita com aquela que fica mais no canto dela e não quer brincar nem falar. Tem os meninos que não têm família, tem também aqueles que estão internados e são agressivos. Mas o que todos têm em comum é aquele olhar meio perdido. Aquele pedido de ajuda. Por isso que aqui é um lugar de cumplicidade. Não acho certo querer excluir ninguém. Não podemos esquecer que aqui é o SUS. Se até os ricos penam para tratar seus filhos com problemas, imagina a gente. Por isso que tratar todo mundo aqui é, pelo menos, garantir que eles estão sendo tratados. (Material colhido na etnografia em conversas informais, julho de 2014).

Existe consenso entre os acompanhantes presentes neste diálogo de que as pessoas que se tratam no CAPSI são pessoas que “*têm muitas dificuldades, são graves e sofrem bastante*”.

Não apareceu, pelo menos neste diálogo, nada que remetesse à demanda de ofertas terapêuticas pautadas no diagnóstico. Como crítica à “mistura”, pode-se dizer que há o receio em relação à agressividade de algumas crianças e a preocupação quanto a comportamentos de imitação. Sobre os pontos positivos da “mistura”, constata-se a ideia de que o trabalho da socialização vislumbra exatamente o contato com outras crianças, a relativização das questões enfrentadas, a empatia e solidariedade.

Embora não tenha sido possível investir na perspectiva dos familiares do CAPSI sobre o tratamento dos autistas naquele espaço, por falta de tempo e condições de ampliar a pesquisa, fica registrada a necessidade de implementar a investigação sobre o assunto como contribuição importante para o campo. Os trabalhos realizados por Lima et al. (2014), Nunes (2014), Rios & Costa (2015), Costa (2017), podem aprimorar a compreensão do que se busca neste estudo.

Se a partir deste pequeno recorte, na perspectiva dos pais, se puder afirmar que não houve demanda por ofertas terapêuticas centradas nos diagnósticos, a perspectiva dos profissionais entrevistados e acompanhados, definitivamente vai de encontro à ideia de ofertas terapêuticas pautadas no diagnóstico.

Os profissionais, imbuídos dos preceitos antimanicomiais enxergam que a experiência da doença mental deve ser valorizada e guiada à terapêutica e não às categorias psiquiátricas diagnósticas. A clínica seria construída em cima das expressões singulares dessa experiência onde cada manifestação sintomática, na sua especificidade, revelaria os aspectos psicossociais diretamente conectados.

Nos termos da diretora do CAPSI Maurício de Sousa, *“a clínica seria menos real se direcionássemos as nossas intervenções para os supostos critérios diagnósticos. Um autista nunca será somente um autista. Será muito mais que isso”* (Entrevista com profissional, novembro de 2014).

Os diversos aspectos que configuram a realidade dos usuários do CAPSI acabam por confundir quadros clínicos com contextos econômicos e sociais.

O tratamento pautado no diagnóstico pressupõe a anulação da singularidade e de outros aspectos da vida que incidem sobre a experiência de sofrimento decorrente de uma condição psicopatológica ou psicopatologizante. Existem crianças que não falam e que enfrentam sérios problemas de interação social, mas que não se enquadram nos critérios diagnósticos do autismo. (Depoimento prestado na reunião de equipe realizada após audiência da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) maio de 2014).

É com esta pegada de valorização da singularidade que os turnos, também chamados de coletivos clínicos, são considerados potentes no trabalho clínico realizado no CAPSI.

2.4.1 Turnos ou Coletivos Clínicos

Pode-se dizer que os turnos são dispositivos clinicoinstitucionais onde a convivência entre os demais participantes se dá de forma livre, espontânea e transcende qualquer pré-

estruturação de atividades. São espaços considerados valiosos, pois é onde a criança se apresenta de forma natural, livre e desprendida. Sendo possível acompanhar as minúcias dos gestos, das interações, das expressões corporais, dos interesses e gostos pessoais expressados de forma espontânea. A disponibilidade para o acolhimento do inesperado, das idiosincrasias e das miudezas do cotidiano faz desta proposta de “espontaneidade instituída” um dispositivo interessante de análise.

Os turnos acontecem diariamente pela manhã e à tarde, exceto às terças-feiras de manhã, em que a reunião de equipe geral é realizada. Todos os profissionais do CAPSI (estagiários, residentes, staffs de todas as categorias profissionais, diretora e coordenadora) participam de algum turno. Em média, cada coletivo clínico dura uma hora e meia, e tem no mínimo 4 profissionais.

Dentro da composição da equipe dos turnos não há tarefas preestabelecidas, embora, de acordo com as características singulares de cada profissional, os coletivos clínicos ganhem contornos próprios. Como já mencionado, não são os diagnósticos que definem como os turnos são organizados. Se é que dá para afirmar que existe um critério de organização da clientela, este se dá pela faixa-etária. Existem os turnos dos pequeninhos, os turnos dos jovens/adolescentes e os turnos dos demais.

Este dispositivo, chamado hoje de turno ou de coletivo clínico, existe desde a época do NAICAP, porém, os contornos atuais revelam outra proposta. Ainda é possível escutar que a direção clínica é influenciada pela “prática entre vários”, embora foram poucos os profissionais capazes de definir o que isso significa, para além de “estar entre vários para não ser invasivo”.

Ao se pautar pelo indefinido inerente ao trabalho que é desenvolvido nos turnos, pode-se considerar algo da ordem do dinâmico e criativo na tentativa de nomear o ofício ali realizado. Durante a etnografia, houve uma tentativa para sistematizar o que acontecia nesses espaços. Mas foi difícil estruturar, pois não existiam tarefas instituídas, e sim ações dinâmicas de acordo com a realidade do momento.

Nos primeiros turnos vivenciados, a sensação de que eram espaços indefinidos e soltos marcava as primeiras impressões. Depois, foi possível uma ambientação, e clareou-se a percepção do que os profissionais chamavam de “dispositivo clínico potente”.

Os técnicos entendiam como direção clínica “*prestar atenção nos movimentos que as crianças e/ou jovens realizam naquele espaço e naquele dia*”. Por exemplo, os brinquedos selecionados, as interações através de bate-papos ou trocas de objetos, as expressões não verbais, o brincar, os interesses e desinteresses, as sonecas, as diferentes manifestações

sentimentais, o não fazer nada, entre outras possibilidades. Havia também os acolhimentos individuais, as intervenções em situações de crises, as mediações de conflitos, as conversas entre os técnicos, os jogos ou brincadeiras coletivas, o escutar música, a interação com a árvore, com o chuveirão ou mesmo com as formigas que circulavam no ambiente. Os acontecimentos eram múltiplos, ativos e inesperados.

Duas coisas também chamaram atenção de modo significativo: a horizontalidade das funções técnicas e a aproximação concreta das crianças entre si e com os profissionais. Não dava para saber a filiação profissional pelas atividades exercidas naquele espaço. O inesperado do turno convocava todos que ali estavam para agirem de maneira próxima e criativa. O ambiente acabava direcionando para o desprendimento das amarras das categorias profissionais: era o médico que trocava a fralda e levava ao banheiro, era o porteiro que jogava bola com a criança, o administrador arriscava-se na leitura de um livro, enquanto o professor de educação física intervinha em uma crise psicótica.

A partir dos turnos, podiam surgir oficinas estruturadas. Algumas nasciam do interesse das crianças, outras da oferta dos técnicos que entendiam que aquela proposta podia fazer sentido, ou mesmo, de uma demanda dos pais.

Durante o ano de 2014, existiam seis oficinas estruturadas. A oficina das caixas, a oficina dos pequenos (crianças de dois, três e quatro anos), a oficina livre, a oficina de futebol, a oficina de música e a oficina para mães e bebês. Os turnos e as oficinas aconteciam em paralelo, justamente pela composição heterogênea dos turnos. Ou seja, nem todas as crianças se beneficiaram das oficinas estruturadas ou mesmo por elas se interessaram.

O que se entende como potência dos turnos são os efeitos clínicos de fortalecimento dos vínculos, aproximação dos laços de interação entre os participantes e do afeto. Notava-se também que as crianças ou jovens, que deles participavam, encontravam um ambiente direcionado para promover experiências acolhedoras, sensíveis e abertas às suas idiossincrasias e gestos excêntricos. Alguns profissionais definiam os turnos como “*espaços facilitadores da comunicação e da interação entre os participantes*”, justamente pelo relevo dado ao caráter acolhedor.

A própria rotina flexível permitia uma dimensão terapêutica para a circulação simultânea de crianças com as mais variadas condições psicopatológicas. De acordo com os profissionais, esta mistura é saudável, pois representa a realidade do mundo. “*Os autistas não convivem isolados numa bolha, eles estão e devem estar no mundo real*” (Residente de saúde mental, agosto de 2014).

Apesar de não ser possível fazer alguma generalização sobre o trabalho nos turnos, pode-se dizer que a situação analítica que eles promoviam era composta exatamente por versatilidade e valorização da liberdade individual. De modo bem abstrato e amplo mesmo. Esta seria uma definição comum a todos os diferentes 9 turnos que aconteciam semanalmente no CAPSI.

Apesar de todos os membros da equipe participarem de algum turno, foram encontradas expressões valorativas mistas. Alguns descreditavam a dimensão clínica e consideravam os turnos soltos. *“Os turnos são soltos mesmo, ficamos lá brincando com os pacientes e às vezes tenho a impressão de que não estou fazendo nada”* (Residente de psiquiatria, maio de 2014).

Ou:

O turno é meio abstrato. A gente faz um papel de cuidador mais do que técnico. Fico seguindo os passos dos meninos para ver o que eles querem fazer. Às vezes fico incomodado com essa coisa solta, porque gosto de coisas mais organizadas, aí proponho uma atividade estruturada. Jogar bola, um jogo ou qualquer outra coisa mais organizada. (Psiquiatra, março de 2014).

Outra opinião: *“Antônio chega aqui, quer bater em todas as crianças e quer ficar pelado. No meu turno eu não deixo, essa coisa da criança fazer o que quiser não existe. A vida lá fora não é permissiva assim, então ele tem que aprender que não pode”* (Enfermeira, março de 2014).

Termos como “amplo”, “abstrato” e “solto demais” eram adjetivos utilizados por alguns profissionais, estagiários ou residentes, quando se referiam aos turnos. Muitos ainda alegavam resistência aos termos psicanalíticos, utilizados por alguns staffs e supervisores, para descrever a proposta do trabalho realizado neste espaço.

Apesar de os turnos terem sido alvos de críticas de alguns profissionais, pode-se dizer que havia consenso sobre a ideia de que do caos podiam acontecer avanços clínicos interessantes.

Acontecimentos clínicos significativos confirmaram a potência do CAPSI em questão: *“No turno de segunda, a Patrícia falou pela primeira vez. Foi um dia de muita alegria para toda equipe. Ela que nunca havia expressado nada verbalmente aqui no CAPSI, falou sua primeira palavra: água. Até as outras crianças comemoraram.”* (Psicanalista, fevereiro de 2014).

Outro evento testemunhado no trabalho de campo ilustra este ponto.

Marcelo não podia tocar em absolutamente ninguém. Ele morria de agonia do contato físico. Era visivelmente desestruturante para ele. Imagina só naquele

ambiente cheio de crianças por todos os lados, ninguém podia esbarrar nele. Ele chegou assim. Depois de um tempo, participou da brincadeira de roda e pôde dar as mãos. Meus olhos encheram de lágrimas. Tocar nas mãos do outro foi uma vitória sem precedentes. (Psicóloga, agosto de 2014).

Neste cenário de caos, desorganização e improvisos, outra parte da equipe afirmava que as múltiplas experiências dos turnos configuravam o fortalecimento das relações, do vínculo e do protagonismo das crianças e dos jovens.

Os turnos permitem uma nova forma de conceber o trabalho clínico com essas pessoas. É uma clínica viva, intensa, surpreendente e totalmente dirigida ao singular. Os próprios vícios de percepção são desconstruídos. Aqui não se espera nada a priori de uma criança autista ou de uma criança hiperativa. Espera-se o inesperado. (Residente de saúde mental, fevereiro, 2014).

Dentre os profissionais, alguns acreditavam que as vivências de atividades da vida diária ou aqueles mais simples hábitos de cuidado pessoal e higiene deveriam ser implementados nos trabalhos realizados nos turnos. Alegavam que para cuidar de crianças era necessário incluir regras cívicas e sociais. Na visão de uma psicóloga

No turno que participo, sempre ensino as crianças a lavarem as mãos antes do lanche, a calçarem seus sapatos, se vestirem e outras atividades que podem favorecer a autonomia e o autocuidado. Mesmo sabendo que são expectativas a priori e que estas atividades são consideradas pedagógicas e impositivas, as vejo como necessárias e mesmo fundamentais para essas crianças e suas famílias. Não se pode pensar num trabalho de socialização que não inclua as dimensões importantes da vida em sociedade. Ninguém pode fazer o que quiser, na hora que bem entender. É claro que temos que respeitar o tempo de cada criança. E nada pode ser compulsório. Mas, não podemos perder de vista que estas são tarefas que devem ser levadas em conta num dispositivo clínico. (Psicóloga, setembro de 2014).

Embora houvesse consenso de que as propostas terapêuticas eram orientadas pelos próprios usuários, ou seja, pela singularidade de cada caso, alguns profissionais acreditavam que “a liberdade indiscriminada” em busca da “liberdade do sujeito” fosse mais iatrogênica do que terapêutica, em alguns casos. Pois,

A criança não pode tudo em nenhum lugar do mundo, então, por que ela poderia qualquer coisa em nome do devir sujeito? Há de haver limites para essa questão da liberdade indiscriminada. Em todos os espaços sociais existem regras. Aqui não pode ser diferente. Até que ponto uma criança pode bater, porque não está conseguindo se expressar de outra forma? (Material colhido na etnografia em um dos turnos, setembro de 2014).

Um evento ocorrido em um dos turnos explicita esta colocação. Um usuário quando entrava em crise jogava tudo que via pela frente, quebrava coisas, além de bater nos técnicos e nos outros usuários. Era a maneira dele de se comunicar, já que não conseguia verbalizar. Este caso suscitou discussões que colocavam em relevo as diferentes perspectivas dos membros da

equipe sobre como proceder. Obviamente havia consenso sobre o fato de ele não poder bater em outras crianças. Mas não sobre o fato de ele não poder se expressar livremente, mesmo que isso implicasse em agressividade corporal.

O lugar da crise é o CAPSI. É melhor que ele faça isso aqui do que em qualquer outro lugar. A gente entende que ele está em sofrimento e que precisa comunicar alguma coisa desta forma. É o que é possível para ele naquele momento. E temos que endereçar este sofrimento. De modo cuidadoso e parceiro. Apanhar não é o ideal, mas muitas vezes faz parte do processo. A gente precisa escutar o sujeito, mesmo quando essa fala vem através da agressão.

Já outro técnico discordou veementemente desta postura: “o Capsi não pode ser um lugar permissivo assim. Apanhar não é terapêutico para ninguém”. (Material colhido na etnografia, setembro de 2014).

As divergências sobre esse caso levam a refletir a respeito de as interpretações referentes aos turnos serem tolerantes o suficiente para acolher os diferentes modos de estar no mundo, ou mesmo se constituírem como espaços de liberdade capazes de acolher a idiosincrasia dessas pessoas em nome de um “devir sujeito”. Ou ainda, em nome de um testemunho terapêutico não invasivo, não pedagógico ou não normativo, a que a “permissividade” pudesse vir a ser adotada como caminho necessário para a autonomia do sujeito.

Alguns profissionais se mostraram mais avessos a intervenções de cunho pedagógico ou intervenções “restritivas”. Outros alegaram que para trabalhar com crianças não se pode prescindir de intervenções pedagógicas.

Crianças convocam isso. Se partimos do pressuposto que ninguém nasce pronto e todos somos seres sociais, não existe criança no mundo que possa prescindir de regras e ensinamentos. E aqui é lugar para isso também. Não tem como não ser. No meu turno, tem ritual quando chega e ritual quando vai embora. Ritual igual para todas as crianças. É uma forma de se orientar no tempo, no espaço e na convivência. Sei que algumas pessoas são contra, têm preconceito, porque consideram que eu sou comportamental. Pior que não sou. Apenas acredito que para trabalhar com crianças e adolescentes temos que ter algumas direções mais objetivas. (Material colhido na etnografia, setembro de 2014).

Embora seja perceptível que existem discordâncias sobre a maneira como cada técnico articulava o trabalho clínico no cotidiano dos turnos, vale enfatizar, novamente, que houve consenso acerca de que as atividades e recursos terapêuticos deveriam ser variados e abertos, respeitando sempre a singularidade de cada caso. Também foi unânime que o propósito desses espaços era favorecer um lugar, ou criar possibilidades, onde os “sujeitos” possam estabelecer laços, vínculos, conexões. Que os turnos ou espaços coletivos funcionassem como “ferramentas

de ressignificação de experiências”. Ou que “*sejam lugares de acolhimento e ampliação da capacidade de criar novas normas para as injunções da vida*”.

A despeito das concordâncias, quando as divergências sobre o trabalho clínico desenvolvido nos turnos desembocavam em discussões, elas apareciam no formato de críticas a filiações teóricas.

Discussões, supostamente centradas nas diferentes perspectivas teóricas, ganharam contornos acalorados entre os profissionais do CAPSI.

2.4.2 A influência da psicanálise nos turnos

Ainda que não fosse uma ferramenta de trabalho proposta oficialmente, não se constituindo como uma direção clínica institucional, como era na época do NAICAP, influências diretas e indiretas da psicanálise foram percebidas no acompanhamento realizado nos turnos.

Se for possível afirmar que os serviços de saúde mental infantil possuem diretrizes preconizadas para as dimensões políticas, o mesmo não ocorre quanto às estratégias metodológicas clínicas, no sentido de se privilegiar uma abordagem em detrimento de outra. No entanto, com base no discurso de que os CAPSI funcionam no enquadramento da psicanálise, algumas reflexões podem auxiliar tanto no que diz respeito aos impasses internos vivenciados no CAPSI Maurício de Sousa quanto às críticas que os CAPSI vêm recebendo sobre a prestação de assistência a autistas.

Quanto aos impasses internos do CAPSI, diversos profissionais foram acompanhados, principalmente residentes e estagiários, fazendo duras críticas à suposta hegemonia psicanalítica no trabalho desenvolvido. É verdade, como visto no primeiro capítulo, que a história do CAPSI Maurício de Sousa está intimamente ligada à psicanálise. O próprio modelo de atendimento dos turnos revela marcas ainda presentes da época do NAICAP, onde a teoria psicanalítica orientava a direção clínica do serviço.

Também é verdade que existem psicanalistas no CAPSI Maurício de Sousa, exercendo funções na coordenação geral, clínica, ou mesmo como preceptores de residentes e estagiários. A própria supervisão clínica – atividade implementada e reconhecida como essencial para a consolidação do trabalho clínico num serviço de atenção psicossocial – é realizada por

psicanalista, assim como os profissionais, em reuniões ou discussões de casos e impasses clínicos, recorrem a diversos textos psicanalíticos.

Porém, a equipe é múltipla e tem se modificado com frequência nos últimos anos, por motivos de contratos em novas modalidades e aposentadorias. Assim, com a saída de psicanalistas e a entrada de jovens profissionais, o trabalho clínico do CAPSI vem ganhando outros contornos. No entanto, os turnos são importantes balizadores de uma apropriação particular da herança da psicanálise naicapiana.

Isto é dito, pois basicamente os carros-chefes de proposta terapêutica interna do CAPSI são os turnos. E os turnos acompanhados em 2014, para embasamento desta tese, são oriundos do “Espaço de Possibilidades” (visto no primeiro capítulo). Ainda é possível escutar/constatar a influência da psicanálise nas descrições das propostas dos turnos e perceber que retoricamente estão bastante alinhadas à época do NAICAP.

É interessante salientar que a orientação clínica dos turnos permanece a mesma: “saber não saber” (Miller, 1996, citado no capítulo 1) para que se possa permitir a autonomia da criança e o *descortinamento* da singularidade. A ideia de que a cortina diagnóstica vai ser deixada de lado para a valorização das idiossincrasias e dos caminhos particulares que cada criança vai traçar naquele espaço. Pelas descrições feitas aqui, é possível perceber que ainda opera a proposta de espontaneidade instituída, sendo um espaço onde a criança ou o adolescente podem se apresentar de forma “livre”, “natural”, “desprendida”.

A pressuposição de que o trabalho nos coletivos clínicos exige certo *esvaziamento do saber anterior, entrega ao desconhecido, recusa a protocolos de intervenções padronizados* indica que há certa direção clínica para o que é desenvolvido nos turnos. Pode-se até arriscar dizer que essas orientações revelam uma tendência de certa expertise psicanalítica acerca do *saber não saber*. Dito de outro modo, pode-se compreender que há uma direção do trabalho clínico que parte de um saber prévio específico. Ora, não é nada trivial saber se esvaziar do saber adquirido, colocar entre parênteses o saber especializado de cada categoria profissional em nome de uma prática clínica cheia de especificidades.

Uma das reuniões de equipe foi palco de uma discussão bastante interessante. Uma residente de saúde mental e um de psiquiatria questionaram, através da discussão de um caso, a dificuldade de “acompanhar Fábio, testemunhando seus passos excêntricos no turno, sem fazer nada, só testemunhando, não traz a sensação de que estamos ajudando”. (Material colhido na etnografia, agosto de 2014). De acordo com eles, a necessidade de

“*desespecialização*” da especialidade em nome do “*todo mundo pode e deve fazer tudo*”, gera mais “*um não fazer nada do que a sensação de estar fazendo alguma coisa*”.

Por sua vez, a terapeuta ocupacional alegou que, apesar de haver liberdade para criar atividades nos turnos, “*há problematizações demais, quando estou fazendo coisas mais reabilitadoras*”. Alguns profissionais enxergam que a função reabilitadora tem uma “*pegada reducionista e normatizadora que visa respostas imediatistas e padronizadas*”. E mesmo os que sustentam a necessidade de uma proposta mais pedagógica junto às crianças e adolescentes, procuram se afastar de qualquer discurso que vise a normatização.

Mesmo diante do diversificado de ofertas terapêuticas nos turnos – diante das mais variadas expressões singulares dos pacientes e dos próprios profissionais – nas reuniões de equipe, quando se falava sobre o que se fazia, retóricas pedagógicas ou reabilitadoras eram alvos de duras críticas.

O tema apareceu diversas vezes nas reuniões. E, em suas mais variadas considerações sobre o trabalho dos turnos, a equipe pôde trazer as dificuldades inerentes às orientações clínicas. Alguns falaram da dificuldade de compreender os jargões da psicanálise. Outros mencionaram dificuldades em se distanciar das especificidades de sua categoria profissional, para se lançar a coisas cujo propósito não entendiam. No entanto, mesmo entre os que discordaram, havia uma convergência sobre os valores por trás das propostas clínicas: “*Nossa proposta é desprovida de fórmulas prontas. O que funciona para uma pessoa hoje, pode não funcionar para a mesma pessoa amanhã. Por isso que a singularidade do caso a caso, no dia a dia, é que vai direcionar nosso trabalho*”. (Entrevista, maio de 2014).

Embora a discussão tenha sido bastante acalorada, alguns pontos de reflexão para a tese emergiram da reunião desses modos de pensar. A premissa da **singularidade**, a expertise de saber não saber, alinhada à proposta de “*desespecialidades*” profissionais revela que o viés psicanalítico deixou suas marcas no CAPSI Maurício de Sousa. Não somente no CAPSI Maurício de Sousa, como também em outros CAPSI da cidade do Rio de Janeiro.

No livro intitulado “*12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro*”, 2008, Luciano Elia, ao falar sobre seus aprendizados enquanto supervisor de CAPSI, traz alguns fragmentos que conversam diretamente com os dilemas relatados acima. Sobre a concepção de equipe multiprofissional, ele alega que:

Mais que interdisciplinar ou multiprofissional, marcada pela pluralidade de especialidades, uma equipe de saúde mental deve ser marcada pela desespecialidade: todo mundo pode e deve fazer tudo. Não se trata de cada um com o seu ‘olhar’, sua especialidade, sua formação profissional, na ilusão de que, ao final, todos esses

olhares se juntarão em um quadro coerente, sintético, do sujeito atendido [...] O que ocorre é que cada um, intervindo com a singularidade de sua posição como técnico, com seu estilo, com as possibilidades do momento trabalhará um aspecto emergente e imprevisível do sujeito atendido, e só depois será possível conhecer os efeitos disso (ELIA, 2008, p.45).

Esta citação mostra que existe uma vertente no campo da saúde mental que leva tão a sério a hegemonia da singularidade que aposta na desconstrução, não apenas do objeto de intervenção da psiquiatria – a doença – como também das próprias especialidades do campo. Ou seja, não se trata apenas da singularidade do usuário, mas também da do profissional que o atende. Neste sentido, o discurso da **singularidade** pode ser o fio condutor do intercâmbio entre premissas psicanalíticas e pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Em seu clássico texto *Os três sujeitos da psiquiatria* (1997), Jane Russo colabora para o entendimento das tensões que influenciam as discussões aqui trazidas sobre os diferentes “Sujeitos” dos discursos do campo. Para a autora, de um lado estão as versões fisicalistas do Sujeito, focadas no substrato biológico dos transtornos mentais, representadas pela chamada Psiquiatria Biológica. De outro, o Sujeito da Reforma Psiquiátrica, que propõe a politização da questão, elencando a perspectiva da cidadania e seus respectivos direitos; e, finalmente, o Sujeito da Psicanálise; este último centrado na afirmação da Singularidade, com ênfase na alteridade e nas diferenças.

A aproximação da psicanálise com a Reforma Psiquiátrica, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, pode ser compreendida se forem levadas em conta algumas questões. Não se pode negar que muitos psicanalistas propulsionaram e participaram ativamente de discussões acadêmicas e assistenciais, dentro e fora dos hospitais psiquiátricos, exercendo forte influência para a consolidação do campo da Reforma Psiquiátrica.

Os antecedentes históricos do CAPSI Maurício de Sousa servem como exemplo para ratificar este ponto, assim como outros dois importantes CAPSIs cariocas que, em seus nomes, homenageiam a psicanálise: O CAPSI Pequeno Hans (fundado em 1998) – primeiro serviço da rede municipal que já nasceu como um CAPSI e faz referência à primeira criança⁶⁹ tratada pelo suporte psicanalítico e o CAPSI Eliza Santa Roza (fundado em 2001), que simboliza a condecoração à médica psicanalista dedicada à saúde mental infantil.

A psicanálise, em sua marca de distanciamento do fisicalismo e por sua proposta terapêutica, que considera a subjetividade singular em sua perspectiva relacional, localiza o

⁶⁹ Hebert Graf, paciente famoso de FREUD, que sofria de uma grave fobia aos cinco anos de idade.

“sujeito” em suas desrazões. Ao se contrapor ao estatuto negativo do delírio, essa teoria se constituiu a partir de uma positivação da desrazão.

Os sintomas histéricos incompreensíveis para a medicina, os sonhos, os episódios da vida cotidiana comumente associados ao registro do erro, como as trocas de palavras e os esquecimentos, os sintomas neuróticos insensatos, como as fobias e as obsessões inexplicáveis, e, finalmente as manifestações da loucura claramente associadas à perda patológica da razão e ao afastamento da realidade, como as alucinações e o delírio de Schreber, todos esses fenômenos eram, antes de Freud, tomados apenas no registro de erro ou da negatividade. Freud atribuiu a todos eles o estatuto de mensagem passível de decifração e, mais do que isso, de índices do sujeito e portadores de verdade (TENÓRIO, 2001, p.78).

No trabalho desenvolvido nos turnos, o discurso sobre o que é feito lá revela como o viés psicanalítico se alinha bem com certos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Principalmente no sentido de se contraporem às perspectivas moralizantes e normatizantes do modelo biomédico. De acordo com Ribeiro (2005), pode-se afirmar que as duas partem do pressuposto ético de que o louco é um indivíduo com voz, capaz de dizer sobre si mesmo e de que sua loucura, portanto, não é uma doença a ser necessariamente curada, mas uma produção de sentidos que deve ganhar, no âmbito do sujeito, lugar de existência subjetiva, e no âmbito social, pertencimento.

Além do mais, se a clínica psiquiátrica tradicional corrobora a ideia de que existe um padrão de subjetividade e que o que desvia está no registro do patológico, a psicanálise propõe exatamente o contrário.

Outro ponto de aproximação refere-se à concepção de diferença, existência, condição atribuída à loucura ou psicose: “a psicose envolve uma questão de existência, mais do que uma doença”. Isso significa que é “uma questão de sujeito e não apenas de sintomas” (TENÓRIO, 2001, p.60).

Se for entendido que a condição de muitos usuários da saúde mental diz respeito à experiência do sujeito, no sentido subjetivo e pragmático, não se pensará na dimensão curativa (como foi vista acima) no sentido de restituição, reparação ou uma suposta volta à normalidade. Tanto na psicanálise quanto na Reforma Psiquiátrica, o “*ajudar o sujeito ou o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor*” faz mais sentido.

O caráter de cidadania articulado à perspectiva clínica da singularidade indica uma ruptura com discursos estigmatizantes e práticas opressivas do paradigma manicomial. A concepção de que o sofrimento psíquico é uma manifestação de existência, devendo ser acolhido em sua dimensão contextual, singular e social, atravessa as descrições clínicas dos profissionais filiados à psicanálise e dos não filiados.

A despeito das diferentes filiações metodológicas terapêuticas, os profissionais do CAPSI, estagiários e residentes, parecem estar de acordo quando o tema de propostas assistenciais padronizadas vem à tona. Há uma convergência de valores contundentemente críticos a modelos que valorizem o estabelecimento de uniformização, normalizações ou standardizações. Discursos que conferem produtividade baseada em resultados, metas uniformizadas ou propostas genéricas unem os profissionais no sentido da *defesa do contrário*. Aliás, a defesa do contrário pode ser considerada uma marca identitária do discurso do que se faz nos turnos. Ou seja, nas descrições do que se faz nos turnos, um discurso muito esclarecido sobre o que não se deve fazer ganha força. Este é mais um ponto de união entre os profissionais. Todos ali advogam pela ruptura com abordagens exclusivamente sintomatológicas para definirem o fazer da clínica e pela recusa a tudo que remete ao paradigma manicomial.

Dito isto, pode-se pensar que, nos relatos dos profissionais, a sensação de “*não fazer nada*”, “*estou perdida*” ou as descrições “*abstração demais*”, “*solto*”, “*muito amplo*”, estão relacionadas ao conjunto de valores que orienta as práticas clínicas do CAPSI. Tanto é que as definições do que se opera nos turnos é sempre corroborada com as ideias imprecisas de “*sustentação de condições necessárias para que cada criança crie o seu percurso singular*”, ou ainda “*O acompanhamento e a sustentação da maneira como a criança se apresenta*”. “*A gente vai estabelecendo relação com a criança a partir do que ela está construindo.*” (Recortes de entrevistas de maio e julho de 2014).

Talvez, por existir uma dificuldade de nomear o que é feito nos turnos (pela recusa à associação a premissas universalizantes, padronizantes, reabilitantes), muitos profissionais, mesmo os não psicanalistas, estagiários e residentes, pegam emprestado conceitos da teoria freudiana para batizar ou organizar retoricamente o trabalho desenvolvido. Parece que a psicanálise, principalmente num campo de maioria “psi”, fornece uma licença poética para ratificar os preceitos da Reforma Psiquiátrica nos moldes clínicos.

As ambivalências nos discursos dos profissionais, mesmo aqueles que criticam contundentemente a teoria psicanalítica, levam a algumas considerações. Novamente, é importante enfatizar que a psicanálise não é um enquadramento teórico oficial proposto pela Reforma Psiquiátrica. Porém, como o discurso psicanalítico vai ao encontro de uma postura ética da Reforma Psiquiátrica, há uma aproximação entre os dois campos. Acredita-se que, por isso, a força do discurso prevalente do “antimanicomial” encontra no vocabulário da psicanálise consonância com as premissas preconizadas.

Isto acaba gerando ambiguidades nas falas de alguns profissionais não psicanalistas, que criticam a teoria freudiana, mas utilizam termos psicanalíticos – sem que esta ambivalência seja percebida pelos mesmos – para descrever o que se faz nos turnos. Para ilustrar, nas palavras de um enfermeiro “*esse psicanalês é muito chato, não entendo nada e acho um saco essa história do Grande Outro*”. O mesmo enfermeiro, na reunião de equipe, traz um caso de um familiar que “*tirou a filha do lugar de objeto*”. Como descrito por ele,

Essa mãe entendeu que ela precisa respeitar as vontades da filha, ficar mais atenta aos desejos dela. Agora, quando a filha não está com vontade de comer na hora que ela determina, ela aprendeu a não brigar, a respeitar que a filha tem um outro tempo. A mãe trouxe outras situações que mostram que ela está enxergando a filha como um sujeito, não mais como objeto. (Material colhido na reunião de equipe, setembro de 2014).

Fazendo uso do vocabulário psicanalítico para explicar esse ponto, pode-se afirmar que, por mais que muitos profissionais critiquem o “psicanalês”, existe certa “transferência” dos não psicanalistas com os termos da psicanálise. É notável a maneira como muitos profissionais de diferentes categorias, inclusive os que criticam a psicanálise, quando descrevem o trabalho clínico, utilizam termos de origem psicanalítica. Talvez o uso deste linguajar possa funcionar como um capital simbólico para profissionais de diversas categorias, na medida em que colaboram para a pertença de um suposto status profissional.

Por sua vez, a transversalidade multiprofissional e o fato de que qualquer um pode exercer a função de técnico de referência (a partir do vínculo), possivelmente influenciem a utilização de um linguajar que tem prestígio no CAPSI.

Outro exemplo de conteúdo ambivalente: uma residente, que sugeriu que nas supervisões fossem oferecidos textos para “*além da psicanálise*”, pois “*não aguentava mais a imposição da psicanálise em todos os espaços*”, ao falar sobre o trabalho desenvolvido nos turnos, adotou o *psicanalês*:

O trabalho que desenvolvemos nos turnos é um trabalho de testemunhar. Por isso a importância de ‘estar entre vários’. Temos que ter muita sensibilidade para que uma intervenção não seja invasiva, intrusiva. É entre vários que acontecem aquelas situações que escapam, que o sujeito aparece sem filtros e sem pudor. Por isso que muitos autistas se sentem bem. (Material colhido em reuniões de equipe, setembro de 2014).

Citando outro caso, um técnico diz para o residente que a dificuldade de linguagem apresentada por João não deve ser compreendida na perspectiva de déficit:

O modo como ele se comunica não é deficitário, é diferente, parece estranho no primeiro momento, mas tem um sentido que você vai perceber acompanhando. Às vezes ele vai usar palavras sem a intenção de comunicar. Outras, ele vai se comunicar sem usar nenhum repertório verbal. Quanto menos interferência e expectativa, mais

você conseguirá testemunhar o trabalho desenvolvido. O que as pessoas chamam de estereotípiã, a gente reconhece como um sujeito em trabalho. (Material colhido em reuniões de equipe, setembro de 2014).

Mais uma situação ilustrativa, com o intuito de fazer uma crítica à culpabilização dos pais (oriunda de uma vertente obsoleta da psicanálise, como a “mãe geladeira”, de Kanner, 1949 e Bettelheim, 1987), o profissional enfatiza que percebe que de alguma maneira as interpretações dos casos desembocam numa responsabilidade parental:

De alguma forma, a equipe fica atenta para questões do tipo “esse filho foi desejado ou não”, ou mesmo se a mãe foi hiperprotetora e privou a criança de estímulos para um desenvolvimento saudável. De uma ponta a outra, os pais, que sempre são incluídos no tratamento, recebem o troféu de culpa de alguma forma. Essa coisa de sempre desembocar nos pais é muito cansativo. (Material colhido em reuniões de equipe, setembro de 2014).

Em contrapartida, outro profissional rebate a crítica, enfatizando que na clínica da infância, frequentemente os pais são responsabilizados de alguma forma. Em suas palavras:

Não tem a ver necessariamente com a psicanálise, até porque essa questão de mãe geladeira já está mais do que ultrapassada. É a própria sociedade que está sempre inclinada a colocar a culpa nos pais. Existe a ideia de que os pais são entidades mágicas, capazes de evitar ou produzir um monte de coisas nos filhos. Quem dera que o desejo tivesse essa força toda. Muitas de nossas crianças já estariam ótimas se dependessem dos desejos parentais. (Material colhido em reuniões de equipe, setembro de 2014).

Na mesma reunião, o mesmo profissional que criticou a “culpabilização dos pais”, ao discutir o caso de hipótese diagnóstica de autismo de uma criança, ressaltou:

A mãe de F. relatou que durante a gestação, ao fazer o exame de translucência nugal, o médico detectou uma alteração que se confirmou irrisória no decorrer da gravidez, mas essa mãe se fixou na fantasia de que o filho teria problemas. A fantasia dessa mãe foi tão poderosa que estamos com dificuldade de saber o que é da ordem da criação e o que é da ordem do autismo que não passa pela fantasia dessa mãe.

As ambiguidades apresentadas evidenciam que os próprios críticos e incomodados com a hegemonia psicanalítica, talvez sem se dar conta, acabam recorrendo ao linguajar psicanalítico, principalmente quando narram seus fazeres clínicos. Quem sabe, por acreditarem que a comunicação através da linguagem psicanalítica é melhor aceita neste ambiente, ou mesmo pela falta de outros predicados para discutir a clínica.

Em virtude desses exemplos contraditórios, acredita-se que a força do discurso prevalente acaba pressionando para determinado vocabulário. Através do uso de certos hábitos linguísticos, pressupõe-se a filiação ao campo da atenção psicossocial. Possivelmente é neste

sentido que as dimensões clínicas da psicanálise se misturam com as proposições clínicas da Reforma Psiquiátrica. A utilização de alguns termos, embora possam ter representações variadas, demonstram pertencimento ao campo da saúde mental. Aliás, a própria inibição no uso de termos reabilitação, funcionalidade, cura, pedagógico, doença como desaprováveis pelo campo, presume uma identidade. Principalmente, quando se fala sobre a clínica, há o impulso pela utilização de vocábulos que demarquem um pertencimento não ao campo da psicanálise exatamente, mas ao campo da luta antimanicomial. É como se o vocabulário trouxesse o compromisso “anti” um monte de coisas.

Se o próprio conceito da Reforma Psiquiátrica parte de uma premissa de coisas que se pretende superar (visa-se a superação de modelos que centram suas atuações nas doenças, visa-se a luta contra o estigma, contra as barreiras sociais, contra a institucionalização, reducionismos etc.), há apropriações variadas sobre como estas superações se traduzem em atos.

No caso do CAPSI Maurício de Sousa, de algum modo, todo o arcabouço técnico assistencial é fundado na concepção de uma disponibilidade ao outro, uma condição permanente de escuta e o favorecimento de condições dentro e fora do CAPSI, no qual cada sujeito em sua singularidade possa se inserir e ampliar sua capacidade normativa, existencial e social. Viu-se que embora haja a influência de psicanalistas propriamente ditos, termos emprestados pela psicanálise são utilizados por não psicanalistas também para designar as práticas clínicas.

Relativamente às descrições que referem ao trabalho desenvolvido nos turnos, como *amplo demais*, *abstrato* ou até mesmo *solto*, arrisca-se a dizer que se deve à necessidade de se ajustar as dimensões singulares. Se os parâmetros da ação terapêutica devem ser individualizados e jamais padronizados, a ideia de espaços abertos, sem objetivos *a priori*, acaba fazendo muito sentido entre os profissionais das mais variadas categorias profissionais e filiações teóricas.

Ainda sobre os impasses internos acerca da aproximação paradoxal da psicanálise e da clínica da Reforma Psiquiátrica, vale a pena destacar as discussões sobre o “Sujeito-Criança” e “Criança Cidadã⁷⁰”.

⁷⁰ Embora escape ao alcance e objetivos desta tese uma discussão mais consistente sobre esses conceitos, fica a intenção de se pensar como os profissionais do CAPSI se apropriaram desses termos e seus desdobramentos no cotidiano.

No livro, *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*, organizado pelo Ministério da Saúde (2005, p11), como princípio importante é colocada a ideia de que “a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito”.

Ao escolher a noção de Sujeito (embora não seja o Sujeito do inconsciente propriamente dito), o texto referido exprime certa aproximação entre os dois campos.

Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas a noção de sujeito implica também a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. Finalmente, não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovens (pais, familiares, professores, e etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam[...]. É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa (MS, 2005, p.11-12).

Nesta citação, na tentativa de descrever o que seria o sujeito criança, aparecem várias acepções: sujeito de direito, sujeito da singularidade, da liberdade, da palavra. A grosso modo, algumas recomendações de Freud acerca de como não direcionar o paciente, cabendo ao sujeito indicar o caminho da análise, ou a própria positivação do delírio, no sentido de que há uma lógica própria ou mesmo uma tentativa de cura, alinham-se às perspectivas da atenção psicossocial para desconstruir um ideal normativo. Na própria configuração do turno, quando muitos profissionais advogam pela não proposição de *a priori*, isto é, pela fuga de perspectivas homogeneizantes, marcando a direção da singularidade caso a caso, pode-se perceber essa aproximação retórica.

No entanto, se é verdade que existem afinidades, também divergências podem ser identificadas. Estas divergências aparecem, principalmente, quando se esbarra nas dimensões de cidadania e códigos sociais compartilhados. Se o sujeito da singularidade é aquele onde a incomparabilidade entre os indivíduos é uma marca ética, o sujeito da cidadania abarca dimensões de igualdade e, pelo menos, no plano jurídico e político, pressupõe objetivismos.

Bezerra (1992), em seu texto intitulado *Cidadania e loucura: um paradoxo?*, traz reflexões interessantes. Ele mostra que este paradoxo é fruto de concepções essencialistas, racionalistas, que ainda norteiam as noções de cidadania e de loucura. Para ele é necessário que a primeira “implique não apenas o reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo, e, portanto, onde a loucura não implique impossibilidade”. (p.124).

O entendimento de que a criança, ou o adolescente, precisa de alguma maneira se conformar às diligências sociais é um tema que mobiliza. Conjugando as idiosincrasias com o viver em sociedade e circular pela cidade não é sem consequências. Algumas dimensões éticas esbarram em impasses clínicos que desembocam em calorosas discussões assistenciais.

Embora os pais não participem das atividades dos turnos⁷¹, o acesso à sala de espera onde eles ficam se dá pelo pátio e salas onde são realizados os turnos. Portanto, não é incomum que os pais atravessem o corredor e observem seus filhos. Em um desses momentos, foi possível acompanhar críticas realizadas por eles, quanto ao excesso de liberdade que as crianças têm nos turnos.

Aqui eles dão liberdade demais. Deixam o meu filho brincar com a torneira o tempo que ele quiser. Claro que quando chega em casa, ele quer ficar horas brincando com a água. E não tem como. Onde a gente mora, água é um bem precioso, custa caro, não posso desperdiçar com a justificativa de que meu filho ama brincar de se molhar. (Material colhido na sala de espera, agosto 2014).

Outro exemplo, uma mãe reclama que o filho precisa aprender a comer sentado, que desde que ele veio para o CAPSI, pôde comer em qualquer lugar e isso para ela representa um problema. A técnica de referência explica que G. fica muito agitado e desconfortável, quando eles lhe pedem para sentar com outras crianças e que, no turno, ele poderia comer em outro espaço. Mas que entende que em casa esta situação pode suscitar problemas. Nas palavras da mãe:

Vocês precisam entender que, em casa, quem limpa tudo sou eu. Essa história dele poder comer em qualquer lugar não serve para mim. Não sei por que vocês querem deixar ele fazer o que quiser. Essa permissividade toda deseduca. (Fala de um familiar em reunião de pais, no final do turno, março de 2014).

Por vezes, a ideia de que os turnos enquanto espaços de liberdade deve ser assegurada pode confrontar as expectativas de alguns pais que almejam que o CAPSI colabore com premissas educativas. Em defesa desta demanda, por parte de alguns familiares, uma técnica corroborou este ponto.

Muitas vezes não dá para ficar esperando que a criança mostre o caminho. Criança precisa de limites. Então é importante que a gente possa oferecer, aqui no CAPSI, esses limites. Propor alguma atividade organizada, estruturada, num determinado momento para determinada criança. É saudável. É importante. Às vezes, acho que com o intuito de barrar os excessos dos pais a gente acaba produzindo o excesso na direção oposta. Tem uma hora que é tão importante dizer isso não pode, isso não deve. Não dá para trabalhar se for na direção do transbordamento dos excessos. Nem para um lado e nem para o outro. (Entrevista, novembro de 2014)

⁷¹ Salvo em situações específicas de festividades, ou quando precisam ajudar a intervir em alguma situação clínica

Mesmo que muitas vezes demandas pragmáticas vindas dos pais sejam problematizadas pela equipe, através da *premissa de que a criança não pode ser exigida, baseando-se em padrões estabelecidos, que têm o poder de anular a singularidade*; em outros momentos colocam em xeque a premissa da *liberdade instituída* dos turnos.

Existe muitas vezes um limite tênue entre a liberdade de se expressar, comportar-se livremente e os limites para convivência social. A permissividade indiscriminada em nome do *advir sujeito* pode provocar dilemas nos espaços sociais.

Temas como controle dos esfíncteres, sujeiras, agressividades, sexualidade disparam essas discussões. Normalmente, nas situações onde estas dimensões aparecem, membros da equipe consideram que agir coercivamente ou pedagogicamente, no sentido de ter que barrar ou ensinar outro modo de lidar com determinada situação, é fundamental, enquanto outros consideram que devem evitar essas posturas.

Dois casos que suscitaram discussões acaloradas, acompanhados no trabalho etnográfico, ilustram as divergências entre os profissionais.

M, adolescente, tem se masturbado e tocado seus genitais, inclusive, com alguns brinquedos, nos turnos que frequenta. Apesar do constrangimento que esta situação implica, alguns técnicos tentam intervir. M. se dirige ao sutiã de uma das psicólogas e tenta tirá-lo. Fica bastante nervoso, com a tentativa de o barrarem. A profissional tenta conversar e diz que entende que ele esteja passando por um momento de descobertas sexuais, mas que naquele espaço não seria possível fazer essas coisas. Dois integrantes da equipe chamam a mãe de M e a mesma diz que está muito aflita com esta situação. Relata que M. tem demonstrado comportamentos obscenos no caminho para o CAPSI e que está desesperada:

As pessoas olham com cara de nojo, de raiva e eu fico desesperada. Porque parece que a culpa é minha, ninguém entende que ele não para, mesmo eu falando mil vezes. Como ele não tem cara de doente, as pessoas não sabem que ele é doente. Acha que é pervertido mesmo. Vindo para cá, ele quase apanhou. Porque fica tentando se esfregar nas pessoas. Pedi pelo amor de Deus para não baterem nele, porque ele tem problemas, é muito doente. (Mãe do adolescente M., no final do turno).

A situação de M exemplifica as dificuldades encontradas pelos profissionais do CAPSI em se posicionarem em termos clínicos. Enquanto parte da equipe alegava que a sexualidade deveria ser *“endereçada clinicamente”*, *“sem expor os outros usuários”*, mas que de alguma maneira M. precisava dar vazão às questões sexuais. Surgiu o assunto de direcionar a sexualidade para a privacidade, no sentido de que talvez fosse necessário levar M. para o banheiro, circunscrevendo-o como o espaço onde ele poderia ter tal comportamento.

O constrangimento da equipe, ao discutir o manejo dessa situação foi explícito. Expuseram seus desconfortos para lidar com esta exposição de sexualidade “*tão escancarada e desenfreada*”, dirigida aos brinquedos, outras crianças e aos técnicos. Então, um dos profissionais resumiu a questão: “*Como podemos ajudá-lo a lidar com a sexualidade e ao mesmo tempo ensinar as regras sociais?*”. Dentre várias sugestões, falou-se sobre garotas de programa, revistas de mulheres e outros recursos que presumem um suposto “saber da sexualidade masculina”. Este suposto saber foi altamente questionado por parte da equipe, que enfatizou que a maneira como M. expressava sua sexualidade era autêntica, apesar de causar horror e repulsa. Ali não seria um lugar de enquadrá-lo num tipo de sexualidade.

Esta discussão rendeu a retórica da valorização da singularidade, mesmo em situações extremas como a expressão da sexualidade de modo “*desenfreado*”, foi defendida como necessidade de construir, a partir do trabalho que o próprio M. já estava realizando.

Nos termos da profissional que levantou esta questão,

Não devemos sugerir que ele veja em revistas algo que dê conta desta manifestação, podemos direcioná-lo para a privacidade, a gente pensa num lugar onde ele possa fluir sem expor outras pessoas. A gente pode trabalhar a questão da privacidade e do consentimento, mas jamais dirigir a sexualidade dele para padrões.

A resposta contrária sustentou a ideia de que, independentemente do tipo de abordagem para que M. pudesse se expressar sexualmente, as convenções sociais não permitiriam que ele se manifestasse da forma que vinha fazendo em público e que era parte do trabalho do CAPSI não apenas acolhê-lo, mas escutar a angústia da mãe em relação aos problemas oriundos do tema. Era preciso mostrar para M. que existem regras que regem a vida social, que seu comportamento o estava colocando em risco. Sem esgotar este tema, a reunião terminou com as divergências latentes, considerando a complexidade do caso e as diferentes acepções sobre o manejo clínico.

O outro caso, sobre uma menina que cuspiava compulsivamente, também gerou discussões acaloradas. J., autista, era bastante agitada e não parava quieta nos turnos. Além de apresentar autoagressões, estando cheia de marcas por conta disso, ela cuspiava muito o tempo todo. Cuspia para cima, nas mãos, nas outras pessoas, na comida. Seus cuspes eram acompanhados de diferentes sons, possuindo texturas e propósitos. Ficou evidenciado que este comportamento estava incomodando não apenas as outras crianças como também seus próprios pais e alguns profissionais. Em função deste incômodo, a situação foi levada para reunião e os dissensos apareceram:

Pode dizer que ela está em trabalho, mas, a partir do momento que invade o trabalho do outro, gerando mal-estar e desconforto, deve ser freada. Ela não pode sair cuspiendo em qualquer coisa. Essa situação está insustentável. Isso não existe, em nenhum lugar do mundo ela poderá fazer isso sem consequências. Por que que aqui ela pode?(Material colhido em reunião, outubro de 2014).

Em resposta, um profissional defende que

J. tem uma lógica nas cuspidas. Ela não cospe indiscriminadamente. Os cuspes são direcionados e estão cumprindo a função de marcar territórios subjetivos. Ela se defende, ela se comunica através dos cuspes. Em breve, vai prescindir deste sintoma. Se não pudermos trabalhar isso no CAPSI, ela vai continuar cuspiendo. (Material colhido em reunião, outubro de 2014).

Mais um exemplo concerne a um adolescente com muita dificuldade de aproximação física, que teve diarreia e sujou a roupa durante um turno. As tentativas para que se pudesse fazer a higiene e trocar seu short foram frustradas, ele não permitia o cuidado de modo algum. Cada aproximação era carregada de gritos, heteroagressões e autoagressões, momento de muita tensão para a equipe. A equipe estava dividida entre deixá-lo como estava ou em insistir na troca de roupa, para que ele pudesse retornar para casa sem passar por constrangimentos.

A mãe foi chamada e também não conseguiu fazê-lo trocar de roupa. Ela começou a chorar por saber de antemão que poderia ser penoso levá-lo para casa. Enquanto isso, ele continuava sujo e sujando os ambientes do CAPSI, o que causou um transtorno considerável. Ao final de certo tempo, optou-se, a pedido da mãe, por intervir e trocá-lo mesmo contra sua vontade.

As diferentes apropriações sobre o Sujeito-Criança/adolescente e suas interfaces com as regras de sociabilidade são desafios de uma clínica que propõe a “*invenção*” permanente de práticas assistenciais que focalizem suas ações no auxílio para “*o sujeito em sua vida cotidiana por uma vida melhor*”. A liberdade para se expressar, para se apresentar de modo idiossincrático e despido de exigências e expectativas esbarra, muitas vezes, em convenções sociais, às quais não podemos deixar de nos sujeitar.

O comentário a seguir expressa este dilema:

A gente trabalha com a ideia de que a criança é um sujeito que tem voz, que fala por si, mesmo quando ele não se expressa verbalmente. Isso ajuda muito a pensar a clínica do sujeito, mas tem muitos momentos que não dá para ignorar a realidade. É neste momento que entra a clínica do psicossocial. O psicossocial traz para a vida concreta. A criança está inserida numa família, num contexto, numa realidade social. E a gente inclui isso na clínica. Nosso trabalho é subjetivo, é territorial, é psicossocial (Material colhido em etnografia).

2.4.3 Cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos

Outro tema que mobilizou atenção ao longo da pesquisa etnográfica refere-se ao que se chama de regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Portaria 336/2002).

Na perspectiva de alguns familiares de autistas, o tempo e a frequência do tratamento, são critérios importantes, como descrevem em suas demandas. Isso foi constatado não apenas nos corredores e salas de espera, por ocasião do contato mais próximo com familiares do CAPSI, como também na observação nos espaços públicos⁷² acompanhados no ano de 2014. Talvez, uma das razões que contribua para tal expectativa se deva ao fato de existirem famílias que encontram muitas dificuldades em conjugar o emprego e a necessidade de cuidar de seus filhos ou familiares com alguma “necessidade especial”. A fala de uma mãe, a seguir, é um exemplo do que se acompanhou.

Perdi o emprego, meu marido não segurou a onda e nos abandonou. Cuidar da minha filha autista é minha única ocupação. Não me restou outra opção. Sobrevivo com a ajuda de familiares. Me sinto muito sozinha e desamparada. Se ao menos ela pudesse ir para escola ou passasse o dia inteiro num local de tratamento, a gente teria uma vida melhor. Eu ia conseguir voltar a trabalhar e respirar um pouco (Material colhido em conversa informal com familiar na sala de espera do turno, agosto de 2014).

As dificuldades que os familiares do CAPSI relatam são inúmeras e diversas. Temas que versam sobre vulnerabilidade social, violência, privação de recursos, desemprego até os dilemas de cuidar no dia a dia de alguém com problemas. Viu-se que alguns familiares⁷³ gostariam muito que seus filhos pudessem se tratar e ao mesmo tempo estudar. Talvez por isso que a ideia de clínica-escola seja “bem vista” por certo número de pais.

Também foi presenciada uma conversa entre duas mães que enfatizaram a necessidade de aumentar a frequência dos filhos no CAPSI, pois achavam que esta era insuficiente: “*Meu filho vem até aqui, fica uma hora e meia e acaba. Duas vezes por semana. Gostaria que ele viesse mais e passasse mais tempo*”. Outra mãe contou que o filho vinha diariamente, quando estava em crise, mas que agora ele não precisa mais. “*Desde que ele melhorou da crise a gente vem três vezes por semana*”. (Material colhido em conversas informais, novembro 2014).

⁷² ALERJ, Congresso Brasileiro de Autismo, evento CAPSI na praia

⁷³ Novamente é importante salientar que os familiares não foram entrevistados, pois o foco da pesquisa são os profissionais do CAPSI. Porém, como a imersão etnográfica teve duração de um ano, foi possível conversar com alguns familiares.

Esta leitura da questão em pauta teve o mérito de suscitar reflexões sobre o que caracterizaria um tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, para autistas, na atenção psicossocial infantojuvenil.

De acordo com a Portaria 336/2002⁷⁴, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes pode ser oferecido em três categorias, a variar de acordo com as carências de cada caso. Chama-se de intensivo o acompanhamento diário destinado aos usuários que assim o necessitem.

O semi-intensivo é direcionado àqueles que precisam de acompanhamento frequente, caracterizado em 3 dias na semana ou até 12 por mês. Geralmente esta modalidade é direcionada “quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia” (MS, 2004, p.16).

Já o atendimento não intensivo é aquele que em função do quadro clínico não tem indicação de uma frequência significativa, ou seja, diz respeito ao comparecimento quinzenal ou de até 3 vezes no mês.

A Portaria 336/2002 estabelece esta orientação, mas como exatamente é pautada essa noção de necessidade para o campo da atenção psicossocial infantojuvenil?

A primeira observação a fazer diz respeito à perspectiva de intensidade intimamente relacionada à frequência interna (embora estejam previstas visitas domiciliares), ou seja, a quantidade de vezes que o usuário frequenta o CAPSI ou que o CAPSI vai até o usuário. Embora a presença seja um indicador de avaliação sobre o número de vezes que o usuário vai ao serviço, não corresponde, necessariamente, ao tratamento intensivo ou não.

Isto porque, partindo-se do pressuposto de que a clínica da atenção psicossocial conjectura a integralidade do cuidado com todas as esferas necessárias, inclusive intersetoriais e territoriais, como se pode considerar que estas modalidades se limitem à inserção presencial no CAPSI?

A confecção e execução do tratamento intensivo envolve a mobilização de diversos recursos. Necessidades da própria criança ou do adolescente em determinado momento, demanda e disponibilidade dos acompanhantes (que podem ser familiares, cuidadores, funcionários dos abrigos e etc.), disponibilidade e recursos do próprio CAPSI, e das ferramentas

⁷⁴ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 30 jul. 2014.

territoriais e intersetoriais. Ou seja, para se construir um PTS, conjugar diversos aspectos torna-se imprescindível.

A explicação se resume em que durante o ano de imersão etnográfica, foi impressionante a quantidade de injunções vivenciadas pelos profissionais no cotidiano do serviço. Fazer operacionalizar a integralidade do cuidado, a ordenação da rede e a intersetorialidade se traduz em múltiplas funções e mobilização de muitos recursos. Embora se esteja falando de um CAPSI localizado na Zona Sul, com uma equipe de mais ou menos 23⁷⁵ funcionários, além de estagiários e residentes, a sensação de sobrecarga, angústia e impotência atravessa falas de muitos profissionais. Uma frase recorrente é “*O CAPSI não tem pernas para dar conta*”.

Ao longo de 2014, esta frase foi acionada em diversas situações. “*M. não vem ao CAPSI há dois meses, precisamos agendar a visita domiciliar*”. Ou mesmo “*Precisamos ir ao abrigo conversar sobre tal caso*”. “Não ter pernas”, significa, em grande parte, não dar conta do mandato para fora das estruturas físicas do CAPSI.

Os profissionais atendem individualmente crianças, adolescentes, familiares; fazem grupos e oficinas, participam dos turnos, frequentam reuniões intersetoriais, dão supervisão e muitos fazem preceptoria de estagiários e residentes. Participam de reuniões obrigatórias de final de turnos e semanais. Fazem evolução em prontuário. Realizam busca ativa no território, visitas domiciliares⁷⁶, parcerias com outros setores. Fazem acolhimento da porta de entrada⁷⁷. Frequentam os fóruns estaduais e municipais. Vão às escolas, aos abrigos⁷⁸. Acompanham internações. Cada caso vai exigir uma mobilização enorme de diferentes frentes. A distribuição do trabalho dos profissionais é um malabarismo. Definitivamente, a atuação clínica do CAPSI não se resume ao que acontece nas estruturas físicas do serviço.

Certamente, pode-se afirmar que o trabalho que se realiza no CAPSI é intensivo, embora, neste sentido, o contato direto e exclusivo com a criança não se traduza em quantidade de horas semanais. Constatou-se que o mesmo usuário, ao longo do tempo, pode frequentar o CAPSI intensiva, semi-intensiva ou não intensivamente. A depender de inúmeros fatores (como por exemplo, um paciente psicótico que não pode sair da comunidade por correr risco de vida, um paciente autista que não tem quem o leve ao atendimento na frequência de 3 vezes por semana,

⁷⁵ Dos quais, 18 são técnicos e cinco administrativos. Fonte: Accountability 2015.

⁷⁶ O número de visitas domiciliares realizados no ano de 2014 foi em média 6 por mês. No entanto, este número não corresponde às reais necessidades. Considerando que as barreiras operacionais inviabilizam que essa modalidade de trabalho seja realizada de acordo com as necessidades.

⁷⁷ Mensalmente são recebidos, em média, 25 casos novos na porta de entrada. Fonte: Accountability 2015.

⁷⁸ No ano de 2014, 17 pacientes moradores de abrigo estavam em atendimento no CAPSI Maurício de Souza. Fonte: Accountability 2015.

ou mesmo a falta de recursos financeiros da instituição para prover alimentos para uma pessoa que precise ficar um dia inteiro no CAPSI) e não relacionado apenas à gravidade do usuário estrito senso.

Outra consideração deve-se ao fato de que a frequência diária, semanal ou quinzenal caracteriza a presença, mas não a intensividade do projeto terapêutico. Ao longo do ano, viu-se que os pacientes em “crise”, ou os que estavam internados nas adjacências do CAPSI, eram aqueles que o frequentavam muitos dias por semana e várias horas por dia, e isso levou à segunda observação.

O segundo ponto de observação diz respeito ao lugar que o CAPSI representa, quando se pensa na perspectiva de tratamento intensivo. O que a Portaria 336/2002 presume parece estar mais relacionado às dimensões de crise e ao tratamento intensivo do usuário em crise nas dependências do CAPS. Parece mais destinado ao tema de desinstitucionalização, no sentido de desospitalização, da clientela adulta.

Considerando as particularidades do mandato psicossocial para a clínica da infância, a adoção de outra perspectiva dessas modalidades parece fazer mais sentido. A própria perspectiva territorial e intersetorial impulsionam ou deveriam impulsionar o cuidado para fora.

Se a proposta da clínica da atenção psicossocial se traduz na clínica ampliada e na integralidade do cuidado, as modalidades de tratamento intensivo, semi ou não intensivo, neste sentido, não se centram em intervenções na psicopatologia da criança. A perspectiva de tratamento intensivo, para infância e adolescência, se faz precisamente na articulação intersetorial e na produção de laços, pertencimentos, cuidados compartilhados e apoio. É por esta via que parece fazer mais sentido o que se desenvolve como tratamento intensivo.

O CAPSI funciona como agenciador dessas interlocuções. Mais uma vez vale ressaltar que o serviço também se debruça sobre atenção à crise. Porém, é importante que se fique atento ao fato de que a crise, no âmbito da cultura, ainda é referenciada ao aparato hospitalar. Dell'Ácqua e Mezzina, (1991) alertam para que os serviços comunitários não reproduzam a simplificação da crise em sintomas individualizantes, não se oferecendo como um modelo de simplificação do próprio sintoma.

É neste sentido que o CAPSI deve alargar a noção de intensividade para outras dimensões. Se de um lado, os familiares de autistas dizem que almejam a inserção intensiva no CAPSI; por outro, há profissionais que trabalham intensivamente no projeto terapêutico de cada criança. Encontram-se aí diferentes perspectivas a respeito de quais são as necessidades de tratamento para uma criança no campo da saúde mental.

Talvez o campo da atenção psicossocial ainda tenha dificuldade de operacionalizar seu mandato e expressar, de forma clara, os paradigmas de cuidado propostos pelo campo. O que ficou claro no trabalho etnográfico foi que a frequência intensiva, semi-intensiva ou não intensiva, por si só, não diz muita coisa.

Volta-se à citação que inaugurou esta parte do capítulo. Uma mãe, legitimamente desabafa, afirmando que precisaria de um lugar onde a filha pudesse ficar para que fosse possível retomar as atividades laborais e “respirar”. A mãe precisa trabalhar para melhorar as condições de vida das duas. Esta demanda não é incomum entre familiares. Mas seria o CAPSI o lugar adequado e desejável para receber estes usuários, e disponibilizar carga horária correspondente à necessidade de gerar renda para as famílias? Não dá para negar que esta seja uma demanda legítima.

Na concepção dessa mãe, a frequência diária com carga horária mínima de cinco horas seria o ideal de tratamento. Para ela, o lugar de tratamento “*perfeito*” para sua filha seria uma clínica-escola, capacitada para atender as necessidades individuais da filha como autista e como criança.

Ela diz:

A escola cumpre essa função de ajudar na parte da educação, ensina um monte de coisas, além disso poderia tratar do autismo e eu teria tempo de voltar a trabalhar. Final de semana, teríamos dinheiro para fazer passeios e poderíamos morar num lugar melhor, sem depender de favores. A escola regular não me ajuda nesse sentido. Para ela estudar, eu tenho que ficar praticamente em função da escola. Porque eles me chamam para tudo, não sabem lidar com ela. Ela voltava cheia de marcas, se mutilava, ficava isolada num canto, não queria entrar na sala de aula. Não fazia absolutamente nada lá. Só figuração. E as professoras também não sabiam o que fazer com ela.

Embora não tenha sido possível adentrar no caso específico desta mãe, as conversas ocorridas na sala de espera mostraram que algumas expectativas dos familiares vão de encontro à proposta do CAPSI. Nas considerações desta mãe, uma clínica-escola especializada no autismo corresponderia ao seu ideal de tratamento.

Por outro lado, a ideia de que uma criança deva ficar “institucionalizada” no CAPSI, diária e regularmente, em horário mínimo preestabelecido, independente da situação clínica momentânea para esses fins, é considerada um fracasso.

O CAPSI cumpriria seu mandato se ele funcionasse como referência de construção de vínculos e mediadores de laços sociais. Mas há uma dificuldade enorme de trabalhar para fora dos CAPSI, por falta de recursos humanos e financeiros, como a dificuldade de transporte ou a questão da segurança para adentrar no território de forma mais eficaz. Eu não consigo atender individualmente, participar dos turnos,

dar supervisões para os estagiários, fazer as costuras intersetoriais, visitas domiciliares, frequentar os fóruns, ir aos passeios ou mesmo conhecer melhor a rede. Sempre tenho a sensação de que não temos pernas para cumprir o mandato. Por isso que aposto na construção de vínculos e na construção da rede como forma de superar as barreiras do dia a dia. (Material colhido em conversas informais entre profissionais).

Por sua vez, a sensação de esgotamento, impotência, sobrecarga, faz parte de desabafos recorrentes da equipe.

Parece que embora tenhamos uma trabalhadeira intensiva, no dia a dia, há sempre a sensação de insuficiência e impotência. É claro que a gente oferece acolhimento diário e o dia inteiro se for necessário, mas, de forma alguma é isso que a gente almeja. Ter um usuário institucionalizado no CAPSI é correr o risco de reproduzir nova institucionalização e fugimos disso como o diabo foge da cruz. (Material colhido em reunião de equipe).

Ao se visualizar as diferentes funções do CAPSI, as variadas necessidades de seus usuários, as possibilidades e demandas dos cuidadores e a capacidade organizacional do serviço, pode-se dizer que a demanda de inserção diária com carga horária estabelecida e padronizada não corresponde à proposta do CAPSI.

No entanto, o tratamento pode ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo se incluídos outros aspectos da clínica ampliada com empuxo para o território e a verdadeira concretização do cuidado compartilhado intersetorial. Assim sendo, somam-se outros recursos sociais que possam dialogar com as necessidades particulares dessa população. Neste sentido, privilegia-se a experiência de pertencimento, o exercício das potencialidades singulares e do respeito às trocas sociais pautadas nas diferentes formas possíveis de realizar tais trocas. Esta perspectiva não permite que a caracterização do tratamento intensivo se resuma a intervenções focalizadas apenas nos usuários que frequentam os espaços físicos do CAPSI.

A lógica das modalidades de tratamentos intensivos para a clientela infantojuvenil faz muito mais sentido, se as ações forem centradas nos princípios de promoção de saúde e não na lógica de enfrentamento da doença ou da crise.

Embora neste estudo não tenha sido possível investigar detalhadamente esse tema, sublinha-se a concordância com Lima et al (2017) sobre a emergência de realização de estudos aprofundados que investiguem qual seria a noção de intensividade adequada para as necessidades dessa clientela na rede de cuidados da atenção psicossocial e suas articulações intersetoriais.

2.5 Afinal, como podemos dizer que os autistas estão inseridos no cotidiano do CAPSI?

Como foi visto ao longo do capítulo, é possível descrever de várias maneiras como os autistas estão inseridos no cotidiano do CAPSI. Exatamente porque os cuidados a eles destinados se caracterizam pela diversidade de propostas assistenciais. A plasticidade terapêutica estabelece consonância com o exercício da valorização da singularidade e do respeito aos contextos em que se encontram os usuários do serviço. Neste sentido, ganha importância o desafio da conjuntura de um cotidiano criativo pautado na construção de laços, fortalecimento de vínculos, acolhimento e pertencimento social.

Os três princípios – acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade – impactam a composição de propostas assistenciais do CAPSI, na medida em que inspiram as estratégias e ampliam a percepção das necessidades e dos problemas enfrentados.

No CAPSI, o autismo não é considerado um fenômeno homogêneo. O olhar para a singularidade é uma direção ética. As diferenças e os contextos também. Por isso não foi possível encontrar uma proposta terapêutica unificada para os autistas, a plasticidade teve que ser tomada como recurso.

Os projetos terapêuticos são costurados artesanalmente com base no caso a caso e totalmente atravessados pelo princípio de integralidade do cuidado. Sublinha-se, eles não se constituem a partir do diagnóstico. Foge-se de perspectivas universais, estigmatizantes, imperativas e institucionalizantes. A clínica ampliada e o diagnóstico entre parênteses dão relevo aos diferentes aspectos que incidem na vida da população atendida.

Na prática assistencial do CAPS Mauricio de Sousa, o acesso universal diz respeito não apenas ao acolhimento de qualquer pessoa que apareça lá. A presente pesquisa pôde constatar que no dia a dia acontece bem mais do que isso. Além de ser a porta de entrada não apenas da rede de saúde mental, mas do conjunto de aparatos assistenciais oferecidos pelo Estado, a postura dos profissionais leva a considerar que o serviço se coloca como referência de suporte e acolhimento de situações que transcendem o enfrentamento de questões circunscritas às problemáticas conhecidas. Isto significa que a equipe se coloca como parceira da criança e suas famílias⁷⁹, para intervir junto aos imprevistos do cotidiano.

⁷⁹ Torna-se pertinente lembrar que embora entre os autistas representem a minoria, há aqueles que não têm nenhum suporte familiar. Estes exigem uma mobilização ainda mais expressiva por parte da equipe, para promover o cuidado compartilhado e proteger da institucionalização.

Além da oferta de acolhimentos individuais e coletivos, internos, incluem-se nos projetos terapêuticos individuais estratégias de diálogo e cuidado compartilhado com a rede de atenção psicossocial e outros setores. É um espaço de construção contínua, de difícil manejo, mas com alcance fundamental. Certamente, a maneira como se operacionalizam esses conceitos exige desmedida mobilização da equipe e de uma rede de cuidados que ainda se mostra frágil, insuficiente e pouco articulada.

A intersectorialidade, fundamental para a construção efetiva de assistência, é entendida como a articulação com vários campos de atuação que fazem fronteira no cuidado da população infantojuvenil. Para os profissionais do CAPSI, este é um dos maiores desafios, na medida em que a organização da cobertura assistencial para crianças e adolescentes não pode ficar restrita à oferta de serviços em saúde mental. E a articulação com os outros setores esbarra em muitos impasses. O estigma, a precariedade da rede de atenção e cuidados, a insuficiente articulação entre as políticas públicas (educação, justiça, assistência social, lazer, habitação, cultura) atravessam os desafios de um trabalho realizado com os paradigmas de cuidado na infância, que ainda tendem a institucionalizar os problemas, circunscrevendo-os ao campo da psiquiatria.

Esta pesquisa acompanhou as dificuldades diversas para se fazer operacionalizar o trabalho no território e intersectorial, como se pode constatar na entrevista:

Ainda temos que avançar muito no território. Fazer um levantamento situacional. Entender melhor quem são as crianças que estão em vulnerabilidade social. Isso, infelizmente, não temos pernas para fazer. A gente sabe que é parte do mandato, mas não tem sido possível diante de todas as demandas. Os diferentes setores que deveriam compartilhar o cuidado da infância trabalham muito desintegrados. Entendem que o problema que a criança apresenta se resume à criança. Desconsideram tudo que está em torno da problemática. Patologizam e encaminham para gente. O trabalho territorial e mesmo o intersectorial tem sido feito a partir dos casos. As estratégias do caso a caso são importantes, mas não têm o mesmo alcance que teriam se tivéssemos pernas para fazer um trabalho intersectorial e territorial da disseminação de valores. Ainda que o caso a caso seja uma das direções, não é suficiente para trabalharmos na produção de saúde das crianças e adolescentes de nossa alçada. O CAPSI ainda é visto como lugar para lidar com situações de gravidade avançada. (Entrevista com profissional, novembro de 2014).

A declaração acima é mais uma confirmação acerca do que foi possível observar nesta pesquisa. As parcerias intersectoriais e as imersões territoriais são sustentadas pelos casos acompanhados no CAPSI. Discutem-se casos em reuniões escolares, na atenção básica, nos abrigos, em maternidades, entre outros. O diálogo com os diversos setores que atravessam a vida dessa clientela tem esbarrado em desafios que vão desde o desconhecimento das funções específicas, sobrecarga dos serviços até a configuração do compartilhamento do cuidado.

A despeito de os profissionais reconhecerem a importância do trabalho territorial, a articulação entre os diferentes dispositivos que poderiam ser acionados tem se mostrado difícil de operacionalizar. Os profissionais acreditam que a intersetorialidade, no sentido de coletivizar as estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado, ainda é incipiente, como mostra o depoimento de um membro da equipe:

Ainda estamos fazendo um trabalho de formiguinha para sensibilizar a rede. Esbarramos no impasse do preconceito, do estigma, da lógica do “não estamos preparados”. As escolas dizem que não têm estrutura para absorver tal caso, que não têm professores especializados, ou que não têm preparo para acolher um autista e a gente precisa enfrentar isso diariamente para construir a inclusão. (Entrevista com profissional, maio de 2014).

Uma técnica definiu a dificuldade, com o seguinte esclarecimento:

A Reforma Psiquiátrica avançou, transformando a proposta assistencial, mas ainda não avançamos na desconstrução de paradigmas culturais. Tanto profissionais de outros setores como os familiares ainda enxergam que as patologias psiquiátricas são as causas dos problemas vivenciados. Eles acreditam que medicando, internando ou tratando com psiquiatras, as coisas vão melhorar. Temos que avançar no compartilhamento de valores comuns, sem isso não será possível cuidar efetivamente desta clientela. O trabalho com outros setores é mais do que necessário, é essencial. (Material colhido em reunião de equipe, agosto de 2014).

As inúmeras incumbências que os casos mobilizam fazem com que a equipe diga, com frequência, que “*não tem pernas para cumprir*” seu duplo mandato, por falta de recursos humanos, materiais e articulação, a capacidade de imersão territorial ainda é muito frágil.

Nas palavras da psicóloga,

A gente se desdobra em mil, fazemos reuniões com os abrigos, vamos às escolas, frequentamos assiduamente os fóruns, mas tem sido muito difícil dar conta. A gente até trabalha muito dentro e fora do CAPSI. Dentro, para a parte clínica propriamente dita, fora para sensibilizar e fazer com que outros espaços sustentem o cuidado desta população. Mas, tenho a sensação que deveríamos trabalhar mais com as crianças e mais com a rede. Como temos muitos casos vinculados, e cada caso exige muito, fica difícil dar conta. (Entrevista com profissional, julho de 2014)

Esta pesquisa testemunhou que a clínica do CAPSI se inclina para trabalhar as barreiras sociais e culturais enquanto, ao mesmo tempo, trabalha as pessoais e familiares. É uma clínica que se sustenta na singularização dos casos e opera na contramão de pretensões universalizantes, trazendo outra perspectiva de tratamento. Volta-se para o acolhimento, e por isso a palavra cuidado é mais utilizada. Pensa-se num trajeto de tratamento com maleabilidade e flexibilidade.

Conta-se com a figura do técnico de referência, tão importante para o campo da saúde mental. Na perspectiva do vínculo, este pode ser feito com qualquer profissional do CAPSI. Geralmente o técnico de referência é aquele com quem se construiu laço. Pode ser a pessoa que acolheu quem buscava atendimento na porta de entrada, a pessoa que recebeu o caso de outro técnico que trabalhava no CAPSI, como também pode simplesmente se dar o estabelecimento do vínculo por qualquer outra razão.

A responsabilidade do técnico de referência é um tema que mobiliza discussões entre os profissionais da equipe por vários aspectos. Constatou-se a dificuldade, em alguns casos, de se estender o vínculo para outros membros da equipe, principalmente nos momentos de gravidade. Ou até mesmo para o elo institucional. Por conta da sobrecarga de atividades realizadas pelos componentes da equipe, não foi incomum escutar a ponderação de um membro: *“aciona o técnico de referência dele”*, ou ainda *“pede para ele voltar no dia do técnico de referência”*.

Em alguns casos, o projeto terapêutico individual está, exclusivamente, referenciado à figura do técnico de referência e isto nem sempre corresponde às reais necessidades do caso e possibilidades do serviço.

Observou-se que a oferta de atendimentos individuais é feita pelo enfermeiro, médico, musicoterapeuta, educador físico, psicólogo ou qualquer outro agente do cuidado. Isto ocorre porque o tratamento se orienta pelas indicações da criança ou do adolescente, porque o técnico de referência está associado ao vínculo. Todos no CAPSI Maurício de Sousa são agentes do cuidado. Também é importante ressaltar que todos os membros participam das atividades coletivas.

Há do mesmo modo a inserção de autistas em diferentes atividades grupais, com atividades planejadas e dirigidas por algum profissional ou arquitetadas, no improviso, junto com as crianças. Em diversas oficinas terapêuticas, encontramos autistas. Na oficina de culinária, bijuteria, na oficina para adolescentes. Como também os encontramos nas sessões grupais de musicoterapia. Observou-se ainda que autistas frequentam o que parece ser o carro-chefe do CAPSI: os turnos. Há os que participam de atividades de lazer dentro e fora do CAPSI e de festividades.

Alguns autistas se beneficiam de atendimentos individuais com psiquiatras e indicações farmacológicas. Outros são atendidos individualmente, também por psiquiatras, mas não necessariamente são medicados.

O apoio e acolhimento às famílias são considerados fundamentais; em sua grande maioria estão incluídos no projeto terapêutico. Podem ser realizados através de atendimentos

individuais ou grupais. Em todas as entrevistas realizadas e na observação participante, constatamos que as diferentes modalidades de acolhimento aos familiares visam a escuta, o acolhimento das dificuldades e sofrimentos enfrentados por eles. Podem funcionar também como espaços de orientação (como esclarecimentos para administrar a medicação), fortalecimento de vínculos, ressignificação da experiência de cuidar de um familiar autista. Assuntos como sobrecarga, perda de emprego, solidão, frustração, relativização, positividade, medos, fantasias fizeram parte dos espaços acompanhados nesta pesquisa. O investimento na qualidade das relações com os familiares, por parte da equipe, é constante e notável; colocar-se como referência para a família parece ser uma tarefa incorporada pela equipe do CAPSI Maurício de Sousa.

Nos termos de familiares: *“se não fosse pela equipe do CAPSI não sei se teria condições de enfrentar o diário com F.; graças a M., J. F. e T. temos avançado muito”*.

Acontecem, regularmente, reuniões de familiares. Nas palavras da técnica do CAPSI. *“as assembleias são espaços onde as famílias trazem as reivindicações, suas avaliações ou mesmo discussões sobre a política. É um espaço de protagonismo e construção da participação”* (Entrevista com profissional, julho de 2014).

Outro dado que chamou atenção foi a valorização dos familiares, principalmente no caso dos autistas, como aqueles que têm muito a dizer sobre seus filhos: *“Aquele mãe que está ali todos os dias com a criança tem muito a acrescentar. Ela conhece bem seu filho, é nossa grande parceira na construção do cuidado”* (Entrevista com profissional, novembro de 2014).

Outro profissional corrobora.

Os familiares que convivem constantemente com aquelas crianças, muitas vezes conseguem decifrar uma linguagem excêntrica, conseguem colocar em palavras o que seus filhos comunicam. Temos que ser muito sensíveis a isso. Claro que existem diversas configurações familiares, e alguns não têm nem família. Mas trabalhamos na direção de produzir um sentido positivo, fortalecer e proporcionar uma qualidade na interação dessas famílias. Porque o dia a dia pode ser muito difícil. Por isso é fundamental incluir as famílias desde o início. (Entrevista com profissional, novembro de 2014).

Há autistas que brincam sozinhos, outros que gostam de brincar junto com outros. Há os que brincam sozinhos num dia, mas que em outro, topam compartilhar. Vimos os que precisam da salinha de descanso, quando o barulho está demais, ou por qualquer outro motivo que lhes faça desejar o recolhimento. Há aqueles que se empolgam com a atividade física e os que a detestam. Há os que frequentam escolas inclusivas, os que frequentam escolas regulares ou que não frequentam escolas.

Há aqueles que já atingiram a maioridade cronológica, mas que ainda permanecem no CAPSI.

Seria possível destinar páginas para descrever as diferentes maneiras de inserção de um autista no CAPSI Maurício de Sousa. Porque o que particulariza a proposta assistencial para autistas no CAPSI é justamente o que caracteriza a inserção de qualquer outra criança ou adolescente que apresente situação de gravidade psicossocial. A clínica ampliada, o diagnóstico entre parênteses, a integralidade do cuidado e o compromisso intersetorial.

Busca-se construção de vínculos, autonomia (dentro das possibilidades idiossincráticas e contextuais) ou que a criança possa contar com uma rede de suportes para que se ampliem as possibilidades de estabelecimento de novas normas, novos ordenamentos para a sua vida. Por isso que a continuidade do cuidado, a não exclusão, a não institucionalização e a produção de laços sociais e pertencimento são marcas do trabalho desenvolvido por essa equipe aqui referida.

A Reforma Psiquiátrica, com a proposta de serviços territoriais, visa a desconstrução de paradigmas. Caminhando na contramão da especialização, o que foi visto ao longo do trabalho etnográfico foi o empenho da equipe para operar o seu mandato através da diversidade de estratégias que cada caso convocava. A promoção da não exclusão social e da construção diária do exercício de cidadania funciona como combustível para a defesa de práticas plurais que promovam o acesso a direitos e a efetividade do cuidado no âmbito das políticas públicas.

O desafio em tentar descrever como é realizado o tratamento dos autistas no CAPSI, a partir das premissas da atenção psicossocial, ainda está colocado.

A complexidade de uma clínica ampliada, não generalizável e singular, exige que encontremos formas de avaliar o seu impacto. Muito embora não tenha sido possível medir objetivamente os impactos das ampliadas estratégias de cuidado durante o período da pesquisa, é extremamente necessário que o campo da atenção psicossocial construa formas de sustentar “objetivamente” a efetividade da proposta de cuidado.

Quando se descreve o que se faz a partir da defesa da singularidade, constrói-se um discurso que fica muito circunscrito entre pares do campo. Não basta reafirmar o que se faz a partir do “anti” um monte de coisas (antimanicomial, antimedicalização, antiestigmatização, antimodelo biomédico etc.).

Retomando a ideia de Saraceno (2016), fica-se diante de uma prática à espera de teoria. Existe uma prática que se apoia em premissas muito bem definidas – da Reforma Psiquiátrica e do SUS –, mas que encontra dificuldades de sustentar, de forma clara e acessível, um

“modelo” que lhe dê suporte. O entre parênteses se refere à própria resistência em definir o que se faz a partir de modelos. A investigação em campo encontrou práticas clínicas sofisticadas, com alcance representativo no que diz respeito à satisfação de familiares e desdobramentos notáveis para as crianças e adolescentes, mas que não trazem em si substrato teórico comunicativo que produza consenso e sentido concreto para a população geral. As descrições sobre como é realizado o tratamento de autistas no CAPSI permanecem imprecisas, amplas e abertas.

Como se mostra o resultado do que se faz?

É com esta correlação em mente, que se aponta o tema do próximo capítulo.

O tratamento para autistas na rede de atenção psicossocial vem sem alvo de questionamentos e críticas, por grupos de familiares que reivindicam outra proposta de assistência. A demanda por serviços especializados encontra entre os profissionais de saúde mental enorme resistência.

No próximo capítulo, um mergulho será dado no debate público, orquestrado por familiares e profissionais da rede de atenção psicossocial. As tensões presenciadas no Município do Rio de Janeiro, em torno do tratamento do autismo, servem como oportunidade de avaliar como os profissionais de saúde mental entendem essas críticas e se posicionam diante delas. Ademais, podem servir como ocasião favorável para avaliar limites e alcances de propostas assistenciais para autistas no CAPSI.

3 DEBATE PÚBLICO: CAPSI ENTRE DEFESAS E ATAQUES

Era uma terça feira de maio, dia da reunião geral de equipe. Iniciou-se com pedido de atenção e silêncio, pois “*temos um assunto sério que vai precisar da mobilização de todos*”. Tratava-se da celeuma em torno do lugar de tratamento para autistas na rede pública.

É uma batalha que está colocada. Precisamos contextualizar para quem não está acompanhando. Familiares dizem que não existe tratamento para autista na rede pública do município. Através da bandeira da pessoa com deficiência, eles vêm batalhando por serviços especializados. Eles reivindicam a aplicação da lei Berenice Piana. Eles exigem atendimento exclusivo para autistas. (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

A pauta principal girava em torno da necessidade de mobilização da equipe, para que se fizesse “*frente à batalha*”. “*Precisamos nos posicionar, precisamos falar mais sobre o nosso trabalho. Precisamos firmar melhor nosso campo de atuação*” (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

O terceiro capítulo desta tese nasceu nessa reunião. Possui como objetivo mapear os discursos em defesa do tratamento de autistas no CAPSI. Optou-se por seguir os passos dos profissionais do Maurício de Sousa, dispostos a fazer *frente a esta batalha*:

Temos que entender o que está por trás dessas reivindicações por serviços especializados. Eles querem atendimento integral, um retorno à institucionalização, e que os profissionais sejam capacitados a partir de tal modelo. Não adianta a gente trabalhar bem; produzir, a gente produz. Para além de termos que colocar o nosso saber fazer, visto que temos 16 anos de prática, temos que nos posicionar diante dos ataques à nossa proposta assistencial. É inconcebível pensar que estamos diante desse discurso e que ao invés de nos unirmos para avançarmos na consolidação de políticas públicas, temos que nos defender para não retroceder. (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

Era a primeira vez que se via a equipe formular um pensamento essencialmente concordante. Composta, na data, por 22 profissionais (incluindo estagiários e residentes), todos pensavam juntos em estratégias de representação em espaços sociais.

O CAPSI não está preocupado sobre qual é o diagnóstico da criança, quando ela chega e sim, se ela está em sofrimento psíquico. Você pode ser autista, você pode ser usuário de drogas, você pode ser psicótico, você pode ser deficiente. Se você está em sofrimento psíquico, você pode ser atendido aqui. A gente tem pessoas com síndrome de down, deficientes visuais, auditivos, com várias deficiências. A gente não fecha as portas. A questão não é se é deficiente ou se não é, o trabalho que a gente se propõe a fazer é no âmbito da saúde mental. A gente precisa tomar esses espaços para poder falar. A gente precisa explicar o que fundamenta o nosso trabalho”. (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

Em poucos minutos após o início da reunião, a pergunta que movia esta pesquisa foi colocada de forma objetiva. Dessa vez, a partir da iniciativa da própria equipe. *“Temos que ocupar os espaços e falar sobre o nosso trabalho. Temos que falar mais sobre como os autistas estão inseridos no CAPSI”* (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

O mês de maio é simbólico no campo da atenção psicossocial. O dia 18 é celebrado nacionalmente como o Dia da Luta Antimanicomial⁸⁰. Em 2014, a agenda do CAPSI Maurício de Sousa estava repleta de atividades e ações para esta comemoração e para refletir sobre os impasses e avanços da Reforma Psiquiátrica à época. Por conta da polêmica em torno do autismo, naquele mês as discussões enfatizariam este tema.

Três eventos importantes mobilizaram a equipe. Um deles, na praia de Copacabana, onde os CAPSIs da cidade do Rio se uniram para promover uma série de atividades lúdicas para as crianças e adolescentes atendidos e para a população em geral. O objetivo era distribuir panfletos esclarecedores do serviço de assistência prestado, conversar com as pessoas, tudo voltado para a intenção de expor a proposta do trabalho desenvolvido. *“É uma ação territorial, vamos nos aproximar da população para mostrar quem somos e o que fazemos. Os pais estão conosco para a urgente mobilização em nome do CAPSI, todos nós temos que comparecer em peso e mostrar nosso trabalho para população”*. (Material colhido em reunião de equipe em maio de 2014)

Especialmente no ano de 2014, o dia 18 caiu num domingo. Era a data perfeita para se fazer uma presença na praia de Copacabana e sensibilizar os diversos atores sociais que poderiam se unir em nome do reconhecimento da importância do CAPSI.

Nós, trabalhadores da saúde mental e integrantes da reforma psiquiátrica, precisamos nos unir nesta luta. O que está acontecendo na cidade do Rio de Janeiro é muito sério. Temos deputados da bancada evangélica ocupando a Alerj e condenando nosso trabalho com argumentos que evocam o manicômio. Eles estão defendendo o retorno das comunidades terapêuticas para os usuários de drogas e o atendimento integral – no sentido de instituição total – aquela em que os autistas chegam de manhã, passam o dia inteiro e quem sabe, podem voltar para casa à noite. A gente já conhece esta história. Os efeitos catastróficos dessas práticas. (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa, em maio de 2014).

⁸⁰ No dia 18 de maio é comemorado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Diferentes categorias profissionais, familiares e usuários, instituições acadêmicas e assistenciais e outros segmentos da sociedade comemoram a Reforma Psiquiátrica. De acordo com Luchmann & Rodrigues (2007), a luta antimanicomial se resume ao conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que visam a transformação de condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade.

Neste momento da reunião, os ânimos acalorados faziam com que muitos profissionais falassem simultaneamente:

Este deputado se uniu a um grupo de familiares para reivindicar o retrocesso. A gente precisa conhecer melhor o que esses pais, que foram até ao deputado, esperam de um serviço. Porque a gente acompanha de perto o desespero de muitas famílias, sabemos que este desespero é legítimo, mas também sabemos que este desespero legítimo faz estragos políticos. É com isso que nós temos que ficar atentos. (Material colhido em reunião de equipe do CAPSI Maurício de Sousa em maio de 2014).

Diante da polêmica sobre quem deveria assumir os cuidados desta condição clínica – dispositivos exclusivamente destinados ao autismo ou dispositivos da rede de saúde mental –, audiências públicas vêm ocorrendo na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), nos últimos anos.

Organizadas pela Comissão da Pessoa com Deficiência da Alerj, as audiências se constituem como um espaço interessante para fins desta pesquisa, na medida em que colocam em pauta os assuntos que têm despertado diversos atores sociais. Principalmente as associações de familiares e profissionais da área da saúde e da educação, que estão diretamente envolvidos com o campo do autismo.

Com o intuito de acompanhar um espaço público, composto pelos diferentes atores sociais às voltas com o tema em questão, a participação na audiência se revelara uma ótima oportunidade para acompanhar a mobilização dos profissionais do CAPSI em defesa de suas práticas. Dos três eventos importantes, dos quais a equipe do CAPSI participara, a audiência realizada dia 22 de maio de 2014, com o tema *A integração dos Autistas nos CAPSI*, foi um deles.

O terceiro espaço considerado essencial pelos profissionais para ocupação e representação do CAPSI é o Fórum Interinstitucional para o Atendimento em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Embora a equipe do Maurício de Sousa marcasse presença assídua neste fórum, o mês de maio, em especial, e o encontro do mês de junho, tornaram-se importantes para fins desta tese, pois abordariam a discussão sobre a integração *dos autistas no CAPS e CAPSI*.

Estavam mapeados os primeiros passos do terceiro capítulo desta tese. O evento da luta antimanicomial seria uma bela oportunidade para acompanhar como os profissionais falam para a população geral sobre o que fazem. A audiência da Alerj se configuraria como ensejo de como os profissionais sustentavam suas práticas diante de um debate sobre a situação atual do atendimento para autistas na rede pública. Já o Fórum, por ser um lugar aglutinador de diferentes atuações no campo da infância e adolescência e por possuir uma amplitude maior de

abrangência, no que diz respeito à rede de cuidados para a clientela em questão, foi considerado estratégico para uma compreensão melhor acerca de como os profissionais concebiam as críticas e se mobilizavam em torno delas.

3.1 Breve contextualização

Para avançar o conteúdo deste capítulo, urge uma breve contextualização de alguns acontecimentos que podem auxiliar a abranger de forma mais aproximada o cenário atual carioca.

Diante da peregrinação em busca de diagnóstico e tratamento, um grupo de pais, representado pela associação Mão Amiga⁸¹, recorre à justiça, com intuito de lutar por serviços especializados, públicos, capazes de oferecer atendimento integral para autistas.

A motivação que impulsionou tal decisão decorre, segundo um familiar ativista, “*da experiência angustiante de ter um filho numa condição que poucos sabem identificar e, mesmo os que sabem, não conseguem tratar adequadamente na rede pública*”. (Material colhido em audiência pública, maio de 2014).

De acordo com esses familiares, não haveria no sistema público atendimento adequado e especializado para essa clientela. As poucas ofertadas eram, por eles, definidas como fragmentadas, pulverizadas e despreparadas. Tanto no âmbito da saúde quanto no âmbito da educação. Tal cenário poderia vir a fazer com que muitos autistas viessem a ser prejudicados pela falta de acesso, diagnóstico, assistência e tratamento. A exclusão social destas pessoas seria consequência da falta de recursos e de acesso a tratamentos adequados.

Na Ação Civil Pública (2005)⁸², elaborada com o intuito de defender os direitos dos autistas no que se refere ao acesso ao tratamento no sistema público, são apresentadas declarações de familiares, denunciando a ausência de instituições especializadas e adequadas. Como se pode constatar neste recorte do referido documento:

Não existe atendimento público ou conveniado especializado, tanto na área da saúde mental, quanto na educação; a APAE e a FUNLAR dizem não ter condições de tratar esta patologia, e que as poucas escolas públicas que recebem estas crianças, o fazem

⁸¹ Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas Mão Amiga - Bem Viver com Autismo, localizada no bairro Pavuna, Rio de Janeiro. Site: <http://maoamiga.org/site/>. Acesso em: 29 jan.2015.

⁸²Processo n.2005.001.035541-6. Disponível em:<<http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2014/11/Den%C3%B4nciaInternAutismo.pdf?x20748> > Acesso em: 29 jan.2015.

por mero cumprimento da LDB⁸³, e que muitas vezes estas crianças ficam poucas horas e/ou minutos em uma sala adaptada, não se beneficiando da inclusão em um projeto psicopedagógico estruturado. Sabe-se que existem várias instituições privadas que são especializadas em tratamento de autistas, e que algumas cobram preços altíssimos [...] que as instituições públicas que lhe deram atendimento, foram somente para diagnóstico e exames, não conhecendo nenhuma instituição pública que ofereça tratamento especializado para autistas aqui no Estado do RJ. (Ação Civil Pública, 2005, p.11)⁸⁴.

Ao longo da petição inicial da Ação Civil Pública (2005), está destacado que o tratamento adequado e especializado não “se identifica com qualquer um dos existentes em matéria de saúde mental no âmbito público, seja Municipal ou Estadual” (p.13). Esta afirmação é fundamentada a partir de uma solicitação dirigida à Secretaria do Estado de Saúde, para que esta se manifestasse acerca dos eventuais tratamentos existentes para os autistas na rede pública. Em resposta, a Secretaria indicou os CAPS como os serviços destinados para o atendimento desta população.

Na linha dos argumentos registrados na petição, os CAPS não se constituíam como lugares apropriados, na medida em que apenas um número muito reduzido destes centros tratava de autistas. Destinados para dar assistência a psicoses e neuroses graves, e não explicitamente à categoria referida, esses serviços foram classificados pelos defensores públicos como inadequados ao provimento assistencial.

De acordo com os depoimentos de profissionais da área médica, utilizados na petição para corroborar as reivindicações dos familiares, o tratamento adequado é definido, como se pode ver a seguir:

O tratamento do autismo é essencialmente de reabilitação multidisciplinar, incluindo no mínimo, os seguintes profissionais: fonoaudiólogo especializado em linguagem, psicólogo especializado em desenvolvimento, pedagogo especializado no atendimento a crianças excepcionais, terapeutas ocupacionais e, quando necessário, psiquiatra infantil. (Ação Civil Pública, 2005, p.12).

Pode-se ponderar, a partir da petição, que o tratamento oferecido pelo Estado, “além de inadequado, é esporádico e pulverizado, não existindo um lugar que reúna todas as atividades necessárias ao desenvolvimento desse público em horário integral” (Ação Civil Pública, 2005, p.14). Portanto, avalia-se que esta Ação Civil Pública deu início, no cenário do Rio de Janeiro, à politização de grupos de familiares em torno do tratamento especializado para autistas.

⁸³ Lei de diretrizes e Bases da Educação n° 9394/1996.

⁸⁴ Petição à Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas – MÃO AMIGA. Disponível em: <<http://www4.tjrj.jus.br/consultaProcessoWebV2/consultaProc.do?v=2&FLAGNOME=&back=1&tipoConsulta=publica&numProcesso=2005.001.035541-6>>. Acesso em: 29 ago.2016.

Em 2006, mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro, o então vereador Márcio Pacheco⁸⁵ foi procurado por grupos de familiares que denunciaram o que eles consideram como *descaso do município com os autistas*. Neste encontro, foram mencionados os problemas enfrentados em busca de diagnóstico e assistência, assim como situações graves e comoventes: autistas presos, enjaulados e violentados em instituições psiquiátricas.

Diante de tais denúncias, Pacheco se aproximou dos familiares, fez um levantamento da situação no Rio de Janeiro e propôs o Projeto de Lei nº 903. Segundo o vereador, este ato jurídico reforçaria a necessidade de ser reconhecida “*a pessoa autista como portadora de deficiência para fins de fruição dos direitos assegurados pela Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro*” o que se justificaria pela inexistência de serviços especializados disponíveis para esta clientela no Município. O referido documento determinava que fossem disponibilizados centros de atendimento integrado de saúde e educação, especializados no tratamento de pessoas autistas, tendo como orientação a psicoterapia comportamental com métodos TEACCH e ABA. Estabelecia também a realização de testes específicos gratuitos para o diagnóstico precoce. Em novembro de 2007, foi promulgada lei nº4709 oriunda deste Projeto de Lei nº 903.

Porém, em janeiro de 2008, a lei foi embargada pelo então prefeito César Maia (COSTA, 2013). Apesar de este ato ter ocorrido na justiça, em janeiro de 2009, quando o prefeito Eduardo Paes assumiu a cidade do Rio de Janeiro, anunciou que o município seria o primeiro a implantar um tratamento especializado para os autistas (JORNAL DO BRASIL, encarte *Cidade*, p.3, 07 jan.2009)⁸⁶.

Os profissionais de Saúde Mental do Rio de Janeiro, insatisfeitos com essa declaração, escreveram uma carta aberta em resposta à matéria intitulada “Autistas serão tratados no Rio: Novo Secretário da Pessoa com Deficiência promete implementar o serviço na rede municipal”, publicada pelo Jornal do Brasil (encarte *Cidade*, p.3, 03 jan.2009)⁸⁷. O texto enfatizava que não havia tratamento para o autismo na rede municipal pública de saúde do Rio de Janeiro, mencionando que o primeiro serviço especializado seria lançado naquele mesmo ano: o Centro

⁸⁵ Filiado ao Partido Social Cristão (PSC). De acordo com a assessoria de comunicação do deputado, desde 2004, em seu primeiro mandato enquanto vereador do município do Rio de Janeiro, Márcio Pacheco se dedicava ao tema autismo. Após receber em seu gabinete denúncias sobre maus tratos de um jovem autista, que sofrera violência em uma instituição hospitalar do município, deu início à jornada em defesa dos direitos de pessoas com deficiência, principalmente autistas.

⁸⁶ Disponível em:

<https://www.google.com.br/search?rlz=1C2VFKB_enBR619BR619&dcr=0&q=Autistas+serão+tratados+no+Rio%3A+Jornal+do+Brasil+dia+03+jan.2009&oq>. Acesso em: 16 jun.2010.

⁸⁷ Idem.

de Atenção à Pessoa com Autismo (Cema-Rio). A carta, escrita por profissionais de saúde mental, ressaltava a trajetória dos CAPS na rede pública de saúde, com o intuito de desconstruir a visão mencionada no jornal.

Em 7 de outubro, foi inaugurado o Centro de Atenção à Pessoa com Autismo (CEMA), por iniciativa da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD). A proposta deste serviço consistia em oferecer reabilitação, atividades inclusivas, socializantes e qualificação com vistas à inserção no mercado de trabalho.

Pode-se dizer que neste período, onde as controvérsias vieram à tona, o tema ganhou visibilidade. Na época, também se acirravam os debates nacionais sobre o autismo. Em novembro de 2009, o senador Paim recebeu, no Senado Federal, um grupo de familiares de autistas. Como proposta final deste encontro, surgiu a promessa relativa à promulgação de uma lei nacional voltada para a proteção dos direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista. O texto seria elaborado pelos próprios familiares e o senador participaria como relator (OLIVEIRA, 2015). Deste movimento, mais ou menos três anos depois foi sancionada a lei 12.764/2012⁸⁸, também conhecida como Lei Berenice Piana ou Lei do Autismo. Este estatuto reconhece os autistas como pessoas com deficiência para todos os efeitos legais.

Como exposto por Rios e Andrada (2015), incluir o autismo na categoria de deficiência significou mais do que redefinir o status legal da condição para a garantia de benefícios sociais já adquiridos pelo campo da deficiência. De acordo com as autoras, a inclusão foi uma manobra política, protagonizada pelas associações de pais e familiares, com o intuito de retirar a responsabilidade do tratamento dos dispositivos de assistência da saúde mental, deslocando a assistência para a garantia de tratamentos especializados dentro do SUS.

Nesse contexto político foram lançados dois documentos – “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo” e “Linha de cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e Suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”. A história destes documentos auxilia a pensar na ausência de homogeneidade em torno dos debates sobre o tema em questão (OLIVEIRA et al., 2017).

Apesar de as duas cartilhas terem sido publicadas no mesmo ano, elas são fruto de uma cisão de um grupo de trabalho iniciado em 2008. Intitulado “Grupo de Trabalho sobre a Atenção ao Autismo no SUS”, este foi convocado pela Coordenação de Saúde Mental com o objetivo

⁸⁸ A lei 12.764 foi sancionada em 27 de dezembro de 2012, com veto ao inciso IV, do artigo 2º, o parágrafo 2º do artigo 7º e o artigo 6º.

de “conhecer a situação atual da atenção às pessoas com autismo na rede SUS e propor medidas para a ampliação do acesso e qualificação da atenção nessa mesma rede” (BRASIL apud OLIVEIRA, 2015, p.65). A equipe era heterogênea, composta por representantes de órgãos governamentais, associações de familiares, entidades filantrópicas, entre outros. A produção de duas cartilhas distintas permite avaliar que, para eles, não foi possível chegar a um consenso.

Tanto no âmbito local, do município do Rio de Janeiro, quanto no âmbito nacional, este debate iniciado com a aproximação dos diferentes campos de atuação do autismo colocou em questão: qual o estatuto do autismo: transtorno mental ou deficiência? Quem deve assumir os cuidados dessa condição? Como o Estado Brasileiro irá se posicionar em relação ao provimento de recursos financeiros, investimento em capacitação e à construção de dispositivos de assistência?

Após a aprovação da lei 12.764/2012, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) iniciou um movimento para a regulamentação desta legislação. Neste período, a polêmica em torno do lugar mais adequado para o tratamento dos autistas se intensificou. O CONADE organizou uma consulta pública, com o intuito de colher a participação da sociedade sobre o decreto regulamentador da lei, realizada entre os dias 27 de dezembro de 2013 a 30 de janeiro de 2014. O artigo 3, item C⁸⁹, suscitou um debate polêmico na internet, organizado por grupos de familiares que discordavam do provimento de cuidados oferecidos pelos CAPS para os autistas.

Em maio de 2014, foi lançada uma campanha, via internet, com o lema “Diga, Não! À Alínea “C” da minuta da regulamentação da lei 12.764/2012 – Lei do Autista, para Exma. Senhora Presidente, do Brasil Dilma”⁹⁰. Esta campanha, liderada por determinadas associações de familiares não consideram os CAPS como espaços adequados para o tratamento de seus filhos (NUNES, 2014; ANDRADA, 2017; RIOS), desdobrou-se em petição pública. Em trechos desta, pode-se notar a ênfase na concepção de que os autistas precisam de serviços especializados não condizentes com a proposta dos CAPS.

[...] A lei 12.764/2012, que leva o nome da mãe de um autista e que representa mais de 2 milhões de pessoas nessa condição, precisa mais uma vez de vossa intercessão para que não seja somente mais uma lei, e que acima de tudo, cumpra com o propósito ao qual foi criada: prover tratamento digno, especializado e adequado aos autistas, filhos desta Pátria e cidadãos deste mundo. Contudo, Senhora Presidenta, a lei assinada em 27/12/2012, por Vossa Excelência ratificando mais um direito dos cidadãos brasileiros, e garantindo dignidade aos autistas que sempre viveram no limbo da sociedade, em sua etapa de Regulamentação, recebeu em sua minuta o que

⁸⁹ Item C) a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro do autismo (CONADE, 2014, p.1).

⁹⁰ :Disponível em:< <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR72114>. > Acesso em: 7 julh.2016.

podemos chamar de desvio da verdadeira missão da lei. A Alínea "C" no seu terceiro artigo, que institui em seu texto "a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro do autismo", que na realidade é a PORTARIA N. 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (RAPs/CAPs). E isso, para nós, é o que de pior poderia ser oferecido aos nossos filhos. Precisamos que a Senhora nos ajude, porque o CAPS não é lugar para nossos autistas. Os CAPS foram criados para atender pessoas com transtornos mentais graves como a esquizofrenia, e dependentes do uso de crack, álcool, drogas lícitas e ilícitas, de todas as faixas etárias, não tendo dessa forma a capacitação e nem a adequação para atender pessoas deficientes na condição de autista. Não temos preconceito como nos acusou o CONADE, não estamos segregando já que somos segregados todos os dias... queremos que os direitos de nossos filhos sejam preservados e que eles tenham um CENTRO ESPECIFICO E PRÓPRIO PARA SUAS NECESSIDADES.(2014, p.1)⁹¹.

Esta citação da petição ilustra o posicionamento de alguns grupos de familiares ativistas críticos à qualidade de assistência provida pela rede de atenção psicossocial (RAPS). Baseiam-se na concepção de que os CAPS ou CAPSI não se configuram como lugares capacitados e adequados para as necessidades dos autistas. Entendem esses serviços como não apropriados, por se destinarem a uma variedade de transtornos mentais, incluindo usuários de álcool e outras drogas. No entendimento desses grupos, o autismo não terá adequabilidade em meio a situações de cuidado tão diversas (OLIVEIRA, 2015; NUNES & ORTEGA, 2016; RIOS & Costa ANDRADA, 2015, RIOS & KENNETH).

Embora a polêmica acerca do tratamento para autistas no SUS tivesse/tenha amplitude nacional, foi no cenário carioca que se acompanhou, para esta pesquisa, como os profissionais dos CAPSIs se mobilizaram em defesa do tratamento dos autistas na rede de atenção psicossocial.

A seguir, procura-se demonstrar, através dos eventos selecionados, como os profissionais sustentavam suas práticas diante de um debate sobre a situação do atendimento para autistas na rede pública.

3.2 Evento “A comemoração do dia Nacional da Luta Antimanicomial”

Organizado pelos CAPSIs do Município do Rio de Janeiro, o evento intitulado “*A comemoração do dia nacional da luta antimanicomial*”, configurou-se como uma oportunidade

⁹¹ Disponível em: < <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR72114>.> Acesso em: 16 jun.2015.

significativa para acompanhar os profissionais falando sobre o que fazem para a população geral, conforme já apontado. A observação de que, entre pares, eles utilizavam vocabulários da Reforma Psiquiátrica e conceitos específicos do campo, provocou o estímulo para acompanhar como eles se comunicavam com o público leigo.

O evento contou com a presença de profissionais, familiares, crianças e adolescentes atendidos em todos os CAPSIs da cidade, além de pessoas que estavam passeando pela praia de Copacabana e se aproximavam para integrar o acontecimento. Ainda que estivesse marcado para 10h, o encontro se deu às 8h, para a preparação de tendas e organização das brincadeiras. Cada CAPSI⁹² ficara responsável por alguma atividade lúdica.

As equipes foram chegando em peso. Diante dos ataques contra o tratamento dos autistas nos CAPSI, havia uma espécie de união afirmativa sobre o valor dos CAPSI nas políticas públicas para infância e adolescência. *“Tomara que o evento seja um sucesso. Temos que mostrar para a população o nosso trabalho. Os familiares comparecerão com as nossas crianças, vai ser um dia divertido e teremos a oportunidade de mostrar como nosso trabalho pode impactar a vida dessas pessoas”*. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

Com entusiasmo, construíam juntos, artesanalmente, a tenda do evento e se distribuíam entre as principais tarefas. Alguns ficaram responsáveis pela panfletagem, outros, pelas brincadeiras e lanche coletivo. O evento contava com múltiplos jogos, divertimentos, manuseio de bolas, oficinas de desenho, contação de história, música e bate-papos. O encontro entre as crianças e seus respectivos técnicos⁹³ chamava atenção, por ser um senso de familiaridade, euforia e carinho.

O evento localizou-se no meio do calçadão da praia de Copacabana. Invariavelmente, as crianças que passavam se aproximavam para participar das brincadeiras. A integração dos usuários de saúde mental com as crianças aleatórias que por ali transitavam não passou despercebida. Brincavam juntos, jogavam bola. Dançavam, desenhavam, aproximavam-se.

Havia o panfleto explicativo sobre o CAPSI. O que era, como surgiu e qual a sua função. O intuito era sensibilizar a população para que não apenas conhecessem as ações realizadas, mas para que pudessem entender a importância de um serviço de base comunitária para acolher a clientela infantojuvenil.

⁹² A equipe do Maurício de Sousa ofereceu atividades de slackline e oficina de customização de caixas de papelão.

⁹³ O termo técnico, profissional ou trabalhador são termos recorrentes no campo da atenção psicossocial usados para designar os profissionais que trabalham no CAPS ou CAPSIs.

Um casal se aproximou e perguntou se poderiam doar dinheiro para ajudar as “*crianças especiais*”. O profissional explicou a importância do CAPSI, dizendo que este não estava em busca de doações e sim que o objetivo era sensibilizar a população e divulgar os valores da luta antimanicomial. E que o casal muito ajudaria se propagasse a importância dos CAPS.

As crianças que se beneficiam dos CAPSI hoje, não serão institucionalizadas. Serão preservadas em seu direito de exercer a cidadania numa cidade que precisa aprender a lidar e a incluir as pessoas, respeitando suas particularidades. A gente luta contra o estigma. A gente luta para inclusão. O tratamento dessas crianças é feito na comunidade. Nos espaços que elas habitam. A gente vai em casa, vamos nas escolas, vamos onde for necessário para que essas crianças possam exercer a cidadania de modo pleno e não sejam excluídas. Trabalhamos com o cuidado integral e com a articulação entre os setores que participam da vida da criança. Esse é o nosso trabalho. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

Incrédulo, o casal pergunta se a instituição mencionada era pública mesmo. “*Nunca vimos, nem ouvimos falar de um serviço público que propõe atendimento domiciliar, capacitação das escolas para lidar com crianças especiais. Isso é incrível*”. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

O profissional explica que é uma diretriz das políticas públicas que nasceu da Reforma Psiquiátrica. O lema da Luta Antimanicomial “*Por uma sociedade sem manicômios*” foi o responsável pela criação destes serviços territoriais. “*Mas o que o manicômio tem a ver com essas crianças? Elas faziam tratamento nos manicômios?*”, o casal indagava, assustado.

Eis que o profissional tirou da mochila o livro da Daniela Arbex, intitulado *Holocausto Brasileiro*, 2013. As ilustrações mostravam fotos impactantes de crianças nos hospícios. Com as páginas abertas, olhava para o casal, e disse: “*Os CAPSIs existem para que essa cena nunca mais exista na história do atendimento para essas crianças no nosso país. Criamos os CAPSIs para que o Estado responda às necessidades dessas crianças com dignidade. Isso não pode acontecer de novo. Jamais.*” (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, maio de 2014).

Outra mãe, que estava passeando de bicicleta com suas duas filhas, aproximou-se para ver o que estava acontecendo. Pediu o panfleto, e passou a explicar para as meninas, de aproximadamente 5 anos, que as crianças que estavam brincando ali “*tinham problemas*”. A mãe de um dos usuários do CAPSI, aproximando-se das meninas, explicou que aquelas pessoas “*com problemas*”, que estavam ali se divertindo, precisavam muito “*da empatia da população. Da solidariedade e da aceitação*”. E seguiu, dizendo: “*Não precisam ter medo, podem ir lá brincar*”. Esta mesma mãe, acercando-se da mãe das meninas, disse: “*Pode deixar elas*

brincarem com eles. Vai fazer bem para o meu filho e para as suas filhas”. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

Era meio dia e o evento estava bastante cheio. Não só familiares, usuários e profissionais do CAPSI participavam, como também, àquela altura, já havia integração da população. Profissionais da rede de atenção psicossocial, militantes da luta antimanicomial marcavam presença e ajudavam na panfletagem e divulgação do trabalho realizado.

Outro técnico do CAPSI, ao ver duas mães que estavam caminhando com seus filhos, apresentou-se como trabalhador de saúde mental do SUS e convidou as crianças a participar da atividade. Ele disse: *“Este é um evento do dia da luta antimanicomial, você já ouviu falar?”* Elas respondem que não, nunca tinham ouvido falar, e ele continuou explicando:

Estamos realizando esse evento para comemorar os valores da Reforma Psiquiátrica. Temos que mostrar para população o que práticas segregadoras, excludentes e punitivas são capazes de fazer. Os tratamentos psiquiátricos manicomial desumanizavam seus pacientes, trancafiavam ad eternum, e os condenavam à exclusão social como forma de tratamento. Graças à Reforma Psiquiátrica, conseguimos avançar na desconstrução dessas práticas e propor um novo paradigma não só de tratamento como de concepção da loucura. A nossa proposta é que as pessoas sejam tratadas a partir da premissa da cidadania, com seus direitos preservados e garantidos. Se inclui para cuidar. É nesse contexto que surgem os CAPSIs. Essas crianças, hoje, se beneficiam de um lugar que está de portas abertas para as questões do campo da infância. Desde autismo, vulnerabilidade social até qualquer comprometimento psíquico grave, seja ele qual for. O CAPSI é um lugar de referência, cuidado e tratamento para essas pessoas e suas famílias. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

Mais um técnico de outro CAPSI, ao divulgar o trabalho realizado pelos CAPSIs explicava:

Os CAPSIs são serviços de saúde, públicos, destinados a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave. Acolhemos autistas, transtornos comportamentais ou qualquer condição que implique sofrimento psíquico severo. Funcionamos de segunda a sexta, de 8h às 17h e trabalhamos com equipe multiprofissional. Não somos um serviço que se orienta a partir de categorias diagnósticas. A gente tem as portas abertas para todo e qualquer caso de sofrimento psíquico grave de 0 a 18 anos (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

Outro familiar do CAPSI, que ajudava na panfletagem, convocou as pessoas que passeavam no calçadão. *“Venham conhecer o trabalho que o CAPSI desenvolve. É público”*. Aproximou-se de um pai que acompanhava uma criança e disse:

Vocês podem ajudar na divulgação também, se conhecerem alguém que precise de atendimento por sofrer de problemas de nervo, autismo, down, ou de qualquer outra situação de problemas mentais. Tem um CAPSI aqui em Botafogo, excelente, com ótimos profissionais. Eles salvaram a vida do meu filho e a minha também”. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, maio de 2014).

Apesar de estar voltada para registrar as falas dos profissionais em defesa do trabalho realizado pelo CAPSI, esta mãe, que estava militando, chamou atenção. Envolvida com a causa, ela convocou outras mães:

Temos que mostrar o que os CAPSI fazem pelos nossos filhos, as pessoas precisam saber. Tem gente que acha que o CAPSI não é para autistas. Querem tirar o direito dos nossos filhos de se tratarem no CAPSI, alegando que aqui eles (os profissionais) não têm capacitação. Precisamos mostrar que eles têm sim. É uma questão de sobrevivência dos CAPSI. Este evento é um ato de defesa. (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, maio de 2014, grifo nosso).

Não foi possível acompanhar os discursos dessas mães em defesa do CAPSI, mas constata-se que fizeram seu “ato de defesa”. Na tenda, houve a oportunidade de presenciar familiares, expressando satisfação em contar com o carinho e disponibilidade da equipe. Foram observados usuários, presenteando profissionais com as produções feitas nas oficinas de desenho e de artes.

Entre cenas de diversão, integração e descontração, um menino aproximou-se. Com a aparência de *pivete, menino de rua*, pediu para brincar. Ele se deparou com uma profissional, técnica do CAPSI Maurício de Sousa, que atentava para seus passos e o acolheu imediatamente. “Claro que você pode participar. Quer comer alguma coisa?” Bastaram estas palavras, uma aproximação sensível foi capaz de transformar o gesto em resultados concretos. O tal menino havia fugido de sua casa em Minas Gerais, vindo parar nas ruas do Rio de Janeiro. Acabou na praia de Copacabana em um domingo ensolarado, numa tenda de atividades organizada em função do dia da luta antimanicomial. A postura dos profissionais que o acolheram era reflexo do que os mesmos chamam de postura ética. A extensão do acesso universal (portas abertas) pôde ser estendida para *braços abertos*. A sensibilidade para o que é a *integralidade do cuidado* fez com que aquele menino, sujo, esfomeado, com aparência de pivete fosse acolhido, em tempo real, no meio da praia de Copacabana, por uma equipe que estava sensibilizando a população no dia da luta antimanicomial. Uma equipe que não foi indiferente a um pedido de ajuda. Escutou e acreditou, quando o menino disse que queria voltar para casa e que sua casa era longe. O desfecho dessa história foi bem-sucedido. No dia seguinte, às 9h da manhã, ele estava no CAPSI Maurício de Sousa. Tomou banho, fez todas as refeições, estava à espera da articulação do Conselho Tutelar de Minas Gerais, acionado pela equipe e que já havia identificado o menino. O nome dele constava na lista de desaparecidos do Estado. Felizmente, diante do olhar atento e sensível da equipe, ele havia sido encontrado, acolhido e cuidado. Dentro de alguns dias, estaria de volta a sua casa, em Minas Gerais, com a família e um encaminhamento para que prestassem atendimentos necessários a ele e sua família.

No evento de Copacabana, foi possível acompanhar a aproximação das diferentes equipes com as famílias e usuários. Houve oportunidade de testemunhar que os profissionais e familiares estavam engajados, celebrando a luta antimanicomial, expondo suas razões em defesa dos serviços da Reforma Psiquiátrica.

Os discursos observados no evento refletem como os pressupostos antimanicomiais embasam as falas dos profissionais. O movimento anti-institucionalização, antiexclusão, antissegregação, o acesso ampliado para todas as pessoas que *atravessam sofrimento psíquico grave*, independente do diagnóstico, fazem parte da construção retórica em defesa dos CAPSI. Embora os profissionais tenham encontrado muitas pessoas que não tinham ideia do que era um CAPSI, tampouco do que significava a luta antimanicomial, a divulgação sobre o trabalho desenvolvido enfatizou a cidadania das pessoas cuidadas e a não exclusão. O caráter de militância tomou conta dos discursos, direcionando as falas para a defesa antimanicomial, não chegando a fazer propostas sobre como se faz a não exclusão dessas crianças e adolescentes.

Era um dia ensolarado de domingo, o calçadão estava cheio. E lá estavam profissionais da saúde mental, unidos com familiares e usuários, reafirmando a importância das políticas públicas da Reforma Psiquiátrica. O empenho foi tido como um sucesso pelos envolvidos, profissionais, crianças e seus familiares. Especialmente para a equipe do CAPSI Maurício de Sousa, pois o desfecho do menino mineiro encontrado e cuidado possibilitou consagrar o evento como marcante. Ao dividir o acontecimento com a equipe, na terça feira seguinte, um dos profissionais ressaltou:

A ética do mandato do CAPSI fez com que João fosse acolhido, ouvido e tratado com dignidade. A aproximação dele foi suficiente para que pudéssemos fazer alguma coisa. Ele voltará para casa. João e sua família receberão toda assistência necessária para que ele seja inserido numa rede de cuidados. Além do episódio de João, gostaria de dizer que o evento de Copacabana foi um sucesso. Os CAPSIs compareceram em peso. Os familiares também. Nos divertimos bastante e trabalhamos na direção de informar a população sobre a importância dos CAPSIs. Agora temos que nos mobilizar para audiência que acontecerá na próxima quinta. A luta continua (Material colhido em evento da luta antimanicomial, Copacabana, em maio de 2014).

3.3 Audiência Pública: “Cada um no seu quadrado”

A audiência pública⁹⁴ realizada na manhã do dia 22 de maio de 2014 destinou-se à discussão do tema “Implementação da lei federal 12764/2012 – Lei Berenice Piana, no estado do Rio de Janeiro, visto a situação de vulnerabilidade das pessoas com autismo e seus familiares”.

Os profissionais do Maurício de Sousa em conjunto com profissionais de outros CAPSIs⁹⁵ mobilizaram-se para comparecer “*em peso*” na audiência. Objetivavam reunir usuários dos serviços de saúde mental e familiares, com o intuito de mostrar que dentre estes últimos existiam aqueles favoráveis ao tratamento de autistas nos CAPSIs. Antes do início, foi possível perceber que trabalhadores do CAPSI saudavam a presença dos demais profissionais “*engajados*” e dos familiares que compareceram num evento de “*suma importância*”⁹⁶.

O ambiente estava repleto de pessoas, desde o início a cisão era visível. De um lado do auditório estavam os defensores dos CAPSIs; de outro, os que defendiam serviços especializados. Compondo a mesa convidada, estavam o vereador Tiago Forastieri⁹⁷, Sandra Arouca⁹⁸, Ulisses da Costa⁹⁹, Nívea Porto de Correa¹⁰⁰, Ronilson Silva¹⁰¹, Diácono José Ferreira¹⁰², Dr. Geraldo Nogueira¹⁰³ e o Deputado Estadual Márcio Pacheco presidindo o debate.

A audiência iniciou-se com a seguinte introdução, proferida pelo presidente da mesa, o deputado Márcio Pacheco:

A lei Berenice Piana, que hoje em vigor, no âmbito nacional, enfrenta, na minha opinião, na nossa opinião, talvez um dos grandes equívocos que foi o posicionamento do CONADE, nós vamos debater esse tema

⁹⁴ Ata da 3ª audiência pública da Comissão de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência. Referência fornecida via e-mail, pela própria Comissão.

⁹⁵ Além do CAPSI Maurício de Sousa, estiveram presentes: CAPSI Eliza Santa Roza, CAPSI Pequeno Hans, CAPSI de Belford Roxo, CAPSI Heitor Villa Lobos, CAPSI Visconde de Sabugosa, CARIM, representados por profissionais, familiares e pacientes e integrantes da gerência de Saúde Mental da Secretaria do Estado.

⁹⁶ Os termos em itálico são os termos usados pelos profissionais na etnografia.

⁹⁷ Vereador de Resende, do Partido Social Cristão.

⁹⁸ Representante da Saúde Mental.

⁹⁹ Pai de autista, bastante atuante na luta pelos direitos de autistas na cidade do Rio de Janeiro e em todo Brasil.

¹⁰⁰ Representante do Conselho Estadual para Política de Integração da Pessoa com Deficiência (CEPDE) e coordenadora administrativa regional da Associação de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de funcionários do Banco do Brasil (APABB).

¹⁰¹ Representante do Conselho Estadual da Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo.

¹⁰² Assessor da Pastoral da Pessoa com Deficiência da Ordem dos Advogados do Brasil no Rio de Janeiro.

¹⁰³ Representante da Comissão da Pessoa com Deficiência da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

hoje aqui [...]. Hoje a nossa intenção é debater esse tema que tem sido um debate dolorido, feito por alguns pais que têm reiteradamente, tenho uma larga escala de documentos aqui, denunciado a questão da integração das crianças autistas nos CAPS. E esse tema precisa vir a debate [...] pais e mães precisam ser ouvidos, e a audiência pública é para isso. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.2).

O deputado vinha representando, como vimos no início do capítulo, familiares que reivindicavam serviços especializados para o tratamento de seus filhos. Desse lugar, na referida audiência, ele propôs que a pauta fosse invertida, sugerindo que os pais presentes pudessem falar antes dos convidados da mesa.

Como forma de organizar as falas dos participantes gerais da audiência, foi solicitada a realização de inscrição prévia, aberta a todos que desejassem participar. Entre os inscritos estavam profissionais de diversos CAPSIs e familiares, dentre estes, havia os que defendiam os serviços especializados.

O primeiro depoimento começou de forma dramática e impactante. A mãe se apresentou, dizendo que de seus três filhos um era autista severo e o outro “especial”. Relatou que o de 21 anos de idade fazia tratamento no CAPSI há 16 anos. Com a voz embargada, começou a chorar:

Quando ele era pequeno, dava para controlar. Depois ele foi piorando, eu tive que separar tudo, colocar cadeado. Cadeado na geladeira, nos armários. Chegou a um ponto que não deu mais, eu tive que separar ele de mim. É muito triste. Não consigo dar banho nele, a alimentação dele, eu tenho que colocar pela porta. A cama tem que ser aparafusada no chão. Não dá para sair com ele. Tem noite que ele não dorme, grita e fica batendo na porta. Ninguém consegue consultar ele, tá com a perna inchada e todos têm medo dele. Na minha opinião, acho que tinha que ter um lugar grande, tipo um sítio que pudesse atender meu filho e outros tipos de autistas. Porque dentro de sala, eu sei que ele não fica [...], o que acho é que tem que ter um lugar que ele fique pelo menos umas três horas com um terapeuta assistindo ele. [...] meu filho piorou muito, ele fica enjaulado e não teve melhora nenhuma.[...], fico imaginando se acontecer alguma coisa comigo, o que será dele? Não tem tratamento, meu filho agora está sem nada. É isso que tenho para dizer. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.3-4).

Os depoimentos seguintes expressam a necessidade de desabafo das mães, principalmente no que se referia às dificuldades vivenciadas em busca de tratamento. Em algumas falas, as reclamações giravam em torno da peregrinação para alcançar o objetivo, da insuficiência da carga horária ofertada ou das condições precárias de estrutura física das unidades de atendimento, fossem elas CAPSI, CEMA, Santa Casa, Fernandes Figueira.

A quarta mãe a se posicionar apresentou-se como presidente da associação de pais dos CAPSIs. Iniciou uma defesa dos serviços da rede de atenção psicossocial, reconhecendo que muitos necessitavam melhorias:

Temos um tratamento bom [...], profissionais bons, eles nunca abandonam a gente. Cuidam da família e dos seus pacientes, nossos filhos. Sempre estão de portas abertas. Se ficamos doentes, como aconteceu comigo, se oferecem para ir à nossa casa. Eles vão ver os nossos filhos em nossas casas.[...] o que nós, pais a quem represento aqui, desejamos é que tenhamos ampliação e melhoria do serviço. O CAPSI quer que haja inclusão dos nossos filhos à sociedade. Sabemos que nem todos os lugares aceitariam, mas já estão aceitos. Antes era mais difícil a aceitação do meu filho, por isso tinha dificuldade de socializar [...]. Nós, pais, temos que estar unidos, juntos com os nossos filhos e também com os profissionais para melhorar a situação. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.7-8).

Em seguida, mais dois familiares reiteraram a defesa dos CAPSI, embora reconhecessem a necessidade de melhorias das instituições existentes. Em seus termos “por que não melhorar o que já existe. O que está dando certo”. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.13)

Entre os depoimentos de familiares, encontra-se a primeira fala de profissionais da saúde mental. Realizada por Kátia Santos¹⁰⁴, esta abriu seu parecer, afirmando que os autistas estavam sendo tratados nos CAPSIs.

Estou aqui para afirmar que os autistas no Rio de Janeiro estão sendo tratados nos CAPSIs. A gente tem uma aproximação muito grande com os 29 CAPSIs que existem hoje no estado do Rio de Janeiro. Que oferecem cuidado e tratamento para mil e quinhentos autistas. Isso são dados de 2012, quando a gente tinha um quantitativo de quatro mil e novecentas crianças sendo atendidas nos CAPSIs e, dessas, mil e quinhentas diagnosticadas como autistas. Então os CAPSI estão aí desde 99. Eles vêm crescendo no estado e se propõem a pensar o autista não como alguém deficitário, alguém que tem várias funções que precisam ser separadas como deficitárias e que precisaria então o tratamento ser uma habilitação dessas funções. É um trabalho que visa entender o autista dentro de uma visão mais global, tomando eles como sujeitos onde os atos têm sentido. O que a gente verifica é que a gente tem resultados muito positivos com esse trabalho. A gente visa a inclusão social, portanto, os CAPSIs têm uma estrutura que é organizada para se adequar aos autistas e a outros. Ele não tem uma estrutura fixa que busca a adequação dos pacientes que ele vai tratar na estrutura que ele apresenta. Pelo contrário, ele é um dispositivo, por isso esse nome, que vai ser construído para fazer face à dificuldade de cada um, separadamente, porque mesmo dentro do autismo, a gente tem quadros muito diversos e precisamos então de propostas diversas. As propostas são construídas individualmente, singularmente. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.9-10).

Nota-se que, ao defender a maneira como os “CAPSIs se propunham a pensar o autista”, ela utilizou o argumento da oposição. Ao enfatizar que a perspectiva era “não conceber o autista

¹⁰⁴ Supervisora de dois CAPSIs, além de trabalhar na gerência de saúde mental e coordenar o Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes.

como alguém deficitário, que necessita das funções habilitadas” e ressaltar que o trabalho nos CAPSIs visava entender o autismo através de uma visão mais global que intencionava a inclusão, ela fez uso de uma retórica embasada sobretudo nos pressupostos antimanicomiais. Embutidas em seu discurso, podiam ser encontradas críticas ao modelo tecnicista que focaliza suas ações na doença, a práticas pedagógicas que reduzem a criança a funções adaptáveis ou que podem ser consertadas. Além de a força motriz ter sido a inclusão social, ou melhor, a não exclusão social dos autistas em detrimento de intervenções que objetivavam a tríade sintoma-terapêutica-cura.

Logo em seguida, vários trabalhadores dos CAPSIs, inscritos para participar, prestaram seus depoimentos e corroboraram em suas falas que o trabalho do CAPSI era fundamentalmente guiado por premissas antimanicomiais. Ainda que os discursos dos familiares favoráveis e desfavoráveis fossem relevantes, no contexto da pesquisa, foram priorizadas as opiniões dos profissionais. Portanto, as falas destes estão expostas mais detalhadamente, a seguir:

Sou trabalhadora da saúde mental há 16 anos. Acompanhei ao longo desses anos, a evolução das crianças. A maneira como esses serviços acolhem a todos. A maneira que o acolhimento é feito não é priorizando um diagnóstico, não é pelo diagnóstico que a gente recebe uma criança para tratamento. É pelo grau de sofrimento mental dessa criança, pelo grau de sofrimento dessa família. Pelas dificuldades que essa família encontra para poder incluir o seu filho, para poder fazer com que ele esteja na vida como todos. Que tenha direito à escola, à atenção básica, saúde básica [...]. O que eu tenho testemunhado ao longo desses muitos anos de trabalho é justamente o trabalho de poder produzir laços, de poder produzir esses caminhos para que as crianças que tenham sofrimento psíquico possam estar melhor na vida, que possam usufruir com todos os direitos o que todos nós temos de uma vida melhor [...], porque para além da questão da deficiência, o autista passa por um sofrimento psíquico. O autismo é da ordem de um grave sofrimento psíquico que traz muito sofrimento para as famílias. A saúde mental se propõe a meter a mão nessa massa e é disso que quero falar. Eu estou vendo aqui um paciente que eu cuidei e que está aqui para testemunhar os avanços na vida dele. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.14).

Neste relato, observa-se que a noção de sofrimento mental expressa a recusa de pautar suas ações e concepções exclusivamente centradas no diagnóstico. A crença de que as categorias diagnósticas representavam um risco de limitar o acesso, produzir estigmas, além de reduzir as possibilidades subjetivas da criança a classificação psiquiátrica, ainda sendo marca argumentativa muito presente nos discursos dos profissionais. Não à toa, a noção de sofrimento mental ganhava destaque, na medida em que expressava a valorização da singularidade. Mais um ponto de demarcação dos valores subjacentes aos argumentos antimanicomiais.

Havia mais de uma hora de audiência e os convidados da mesa ainda não tinham se pronunciado. Como o deputado invertera a proposta, abrindo primeiro para o pronunciamento dos familiares, a lista de inscritos para compartilhar seus testemunhos não parava de crescer.

Havia um clima de tensão e disputa. Os trabalhadores de saúde mental, com o apoio de familiares dos CAPSIs, lotavam as inscrições com o intuito de “*defender o lugar do CAPSI nas políticas públicas*”. (Material colhido em conversas informais, em audiência pública realizada na ALERJ, em maio de 2014). Para cada fala pró-CAPSI, os defensores batiam palmas e ovacionavam.

Os depoimentos dos profissionais da saúde mental refletiam, além da defesa do CAPSI como lugar de tratamento para autistas, críticas às reivindicações por serviços especializados. Na consideração de um professor universitário, que enfatizou ser pesquisador sobre o tema autismo há 15 anos, nota-se esta crítica:

*A questão de fundo, que eu quero, sobretudo, enfatizar, não é a orientação teórica. Há uma concepção ética, mais do que teórica. Se nós vamos tomar o autista como um doente que tem funções em déficit, que então precisam ser tratadas numa perspectiva de clínica especializada, que vai se especializar, uma retificação. Se o senhor me permite, não são clínicas específicas, são especializadas mesmo, elas querem tomar como especialidade: aqui se trata de autistas. Muitos pais supõem que isso é melhor para seus filhos. Devemos ouvir os pais, como várias pessoas colocaram. [...]. Então, muitas vezes me surpreendo, porque há aversão ao CAPSI. Eu queria tocar nesse ponto também. Porque há uma tendência a achar que o CAPSI não serve para tratar. Qual é a visão que está subjacente a isso? Em vez de ficar só combatendo, num ping-pong, uns defendem, outros atacam. Podia parar para pensar por que existe um preconceito contra o CAPSI se o CAPSI é um lugar tão aberto, tão dedicado, tão devotado à visão de tomar o autista num horizonte social mais amplo e não numa visão de especialidade, numa visão de que ele padece de uma doença a ser tratada, como se fosse uma deficiência, por técnicos especializados? **Isso é uma ilusão de que vão tirar essa criança do autismo.** É muito mais potente – isso está aparecendo em várias falas, como na da V- é muito mais potente, com um dispositivo que trate, sim, das especificidades, não das especialidades das crianças autistas, mas com uma visão transversal, quer dizer, que não se detenha no que há de autista no autista, mas que olhe o autista além de seu próprio autismo, no sentido de articulá-lo a outras possibilidades humanas, antropológicas, não estritamente sanitárias e tecnicistas. Então o que eu queria dizer que para além de comportamentalismo ou psicanálise, e do debate intrateórico, a gente deve deslocar a questão para o plano mais ético. E o que a gente quer? A gente quer uma criança adestrada, e suas competências tecnicamente desenvolvidas como especialidades? Ou a gente quer um sujeito que a sociedade suporte cada vez mais, que é um trabalho que só o CAPSI pode fazer, porque uma clínica especializada não pode articular os diferentes setores necessários para isso; a justiça, a educação, o esporte, o lazer, a cultura, enfim. A própria vizinhança. A clínica especializada é fechada em si mesmo e vai reforçar o autismo. A questão é saber o que a gente quer. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.18-20).*

Alguns pontos merecem destaque no depoimento acima referido. De acordo com esse profissional, há um problema ético que precisa ser definido. Este problema giraria em torno do autista concebido como um doente, na configuração de déficit, onde há a necessidade de reparação ou se seria concebido como um *sujeito que a sociedade suporte mais*. Talvez o professor tenha se referido à perspectiva de diferença (definida no caso dos autistas como

neurodiversidade)¹⁰⁵, em detrimento da visão biomédica, mas não ficou claro o que ele quis dizer com “*sujeito que a sociedade suporte mais*”.

O destaque da fala do professor se deve às diferentes representações sobre o tema da clínica especializada. Enquanto ele categoricamente criticava a perspectiva da clínica especializada, alguns enfatizaram que era exatamente isso que eles buscam. Os dissensos observados expressam como os diferentes atores presentes na audiência falavam de posições distantes. Muitos alegavam que a inclusão social se dava justamente pela via dos serviços especializados, outros, categoricamente, consideravam esta demanda um equívoco, na medida em que reforçaria estigmas e produziria a exclusão.

À medida que o professor advogava para que não se ficasse detido “*no que há de autista no autismo*”, os defensores dos serviços especializados pleiteavam exatamente o oposto, considerando que o tratamento adequado seria aquele “*focalizado no que há de autista no autismo*”. Conforme uns elegiam a visão de que a especialização reforçaria o autismo, outros reforçavam que a não especialização acentuaria os problemas dos autistas. No final da fala, esse professor estabeleceu a pergunta *o que a gente quer?* Embora seja possível afirmar que todos ali estivessem em busca de objetivos comuns, como o acesso a direitos, o provimento de um tratamento digno e a inclusão social, a maneira como eles buscavam alcançá-los era significativamente divergente.

Ao longo da audiência, as divergências entre os defensores do CAPSI e seus oponentes só aumentavam. Mais um familiar de autista pediu a palavra. Apresentou sua saga em busca do diagnóstico de sua filha. Disse ter aguardado por dez anos para receber um diagnóstico. De uma forma geral e resumida, questionava o porquê da resistência em relação aos serviços especializados para autistas. Em sua visão, “*se existe o inca para tratar os pacientes com câncer, por que não defender os serviços especializados para o atendimento de autistas?*” (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.21)

Outra mãe, com uma ótica integracionista, afirmou que o CAPSI funcionava muito bem para o filho dela, mas que ficou encantada com a proposta especializada de Resende, e acrescentou que o ideal seria que existissem os dois serviços. “*Um para ajudar na parte social e o outro para ajudar no comportamento do autista*”.

O ambiente era este, quando um familiar ou um profissional pegava o microfone para defender os CAPSIs era ovacionado por um lado do auditório. Quando um familiar criticava o CAPSI, era ovacionado pelo outro lado. Com quase uma hora e meia de audiência, ainda sem

¹⁰⁵ ORTEGA, F., 2009.

o pronunciamento de nenhum convidado da mesa, mais um familiar pediu para fazer uma pergunta: “A princípio o CAPS foi criado para que?” (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.27).

A representante da superintendência de saúde mental do Rio de Janeiro, respondeu:

A proposta inicial do CAPS, dos CAPSIs, é justamente poder dar um local adequado de tratamento. No caso das crianças e adolescentes, não existia nenhum serviço em que se colocasse o mandato de tratar os casos graves, de sofrimento grave, complexo, no Estado do Rio de Janeiro e em todo o Brasil. Estavam em instituições filantrópicas. Os CAPSI vêm para esse mandato, para tomar o cuidado, o acompanhamento e fazer todo um trabalho ligado à cidadania, à inclusão dessas pessoas que têm sofrimento psíquico grave, seja este dentro do diagnóstico que for, se é que tem diagnóstico ou não. Muitas crianças com questões graves, complexas. Porque o mandato é enfrentar a complexidade e a gravidade. Por exemplo, há crianças que sequer têm transtorno mental, mas que têm uma condição social, que têm uma série de questões que faz com que ela esteja fora da escola em uma situação de precariedade social. Então o mandato, ele tem a noção de que isso não se faz sozinho, é a saúde mental se unindo aos outros setores para poder dar, fazer criar uma rede que propicie a construção e a ampliação dos laços sociais dessas crianças. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.27).

Novamente reforçavam-se as críticas à demanda pelo excessivo especialismo:

Eu sou totalmente contra. Eu, pessoalmente, sou totalmente contra um centro especializado para o autismo, porque acho que o centro especializado vai na direção oposta da inclusão. Quanto mais você especializa um serviço, mais você exclui. Esses casos de crianças, eles são casos que muitas vezes você tem o autismo, só, e muitas vezes você tem o autismo e outras questões. Aí quanto mais você especializa, mais você exclui, você segrega. Aí a ideia do serviço mais amplo possível é a que atua no ponto mais importante no caso dos autistas, que é a dificuldade dessa possibilidade de convivência e de fazer laços e de estar com os outros. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.28).

Outro trabalhador de CAPSI endossou a crítica, enfatizando o princípio de acolhimento universal:

Os CAPSI estão aí de portas abertas, acolhimento universal e inclusão, seguindo todos os preceitos do SUS, eles que nos orientam antes de qualquer metodologia específica clínica, seja psicanálise ou qualquer outra. [...]. O que a gente defende aqui é isso: O SUS, as portas abertas e a inclusão. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.29)

Os profissionais da rede pública de saúde mental que prestavam seus depoimentos na audiência, tentavam mostrar que esta demanda por serviços especializados, feria o princípio de acolhimento universal previsto no SUS, além de promover, inevitavelmente a lógica da exclusão social. Para eles, um serviço especializado por categoria diagnóstica levaria a institucionalização e a segregação, além de reduzir a experiência da pessoa ao diagnóstico excluindo outros aspectos que incidem na experiência. A adoção da noção de sofrimento mental

em detrimento do diagnóstico, alinhado a perspectiva de inclusão e integralidade do cuidado, refletem os anseios embutidos nos discursos que remetem ao período manicomial.

O depoimento de mais uma técnica do CAPSI Eliza Santa Roza, corrobora com este ponto.

Quero dizer de uma experiência, não sei se vocês já tiveram acesso ao livro da Daniela Arbex. É um livro que indico para que todos possam conhecer o que é a história da psiquiatria no Brasil. Que foi construída com o pensamento de que o melhor é ter um espaço único para que seus filhos pudessem ficar e ter lá todo tipo de atendimento, seja médico, psicológico ou fonoaudiológico. Nessa experiência que a Daniela escreve, 33 crianças foram internadas. Esse relato é muito grave, porque ela mostra que as crianças sofreram maus tratos, crianças levando eletrochoque, isso é tudo que a gente não quer. O CAPSI, quando surge, vem nessa direção. De não ter mais esse tipo de atendimento, que nem era atendimento, era exclusão. [...] lá no CAPSI Eliza Santa Roza, recebemos muitas crianças que sofreram na pele exatamente este tratamento. [...] que nunca tinham ido à escola, que nunca tinham tido nenhum tratamento. Recebemos autistas, psicóticos e outras gravidades que passaram a existir a partir da institucionalização dessas crianças. Então o que a gente quer vai na contramão disso. A gente não quer esse tipo de tratamento para as crianças e adolescentes, seja que tipo de diagnóstico elas tenham.[...]. O que a gente não quer é a exclusão, a gente não quer que tenha um lugar separado, segregador, para essas crianças. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.31).

Mais um familiar em defesa do CAPSI colocou a importância de se ter um serviço de saúde que não restringisse o acesso, a partir de categorias diagnósticas:

O que está sendo discutido é sobre o autista. Na minha casa tem um autista, não tem, mas poderia ter, um viciado; poderia ter uma outra pessoa dependente de álcool, dependente de outra coisa. Como eu iria separar isso, se estão todos dentro da mesma casa? Foram pessoas citadas, falando que não queriam que esse tipo de atendimento fosse feito dentro dos CAPSIs. Há um tempo, passamos um momento terrível no Rio de Janeiro, na Escola Municipal Tasso da Silveira em que várias crianças passaram por momentos tenebrosos. Onde conseguiram recurso? Muitos estão sendo tratados nos CAPSIs. Se essa porta tivesse sido fechada: não, aqui vai ser só autista. Mas, não, o CAPSI abrange se tiver necessidade dessas crianças que passaram por esse sofrimento muito grande. A gente não consegue imaginar. A gente só pensa, mas só quem viveu é que sabe. Os seus coleguinhas serem assassinados. Precisou de um atendimento deles aqui. E se a gente falasse: não, aqui só pode autista. Onde eles seriam atendidos? (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.54).

Enquanto os depoimentos em favor dos CAPSIs tentavam explicitar as agruras oriundas dos serviços especializados, as falas dos oponentes baseavam-se na premissa de que os CAPSIs não foram criados para tratar autistas e que estes nada tinham a ver com a clientela tratada nos serviços da saúde mental. Além de reforçarem que a demanda por serviços especializados se justificava, inclusive pela garantia do direito ao acesso universal e não o contrário, como os profissionais em defesa do CAPSI alegavam. Para eles, o princípio de universalidade do SUS é defendido pela via dos serviços especializados.

Após duas horas de audiência, o deputado Márcio Pacheco passou a palavra para o primeiro convidado da mesa. Vale ressaltar que dentre os sete¹⁰⁶ convidados que compunham o debate (sem contar com o presidente deputado Márcio Pacheco), seis se posicionavam contra o atendimento de autistas em CAPSIs.

A primeira convidada, Nívea Porto, veio de São Paulo. Apresentou-se como mãe de autista, além de compartilhar sua trajetória, informou que “*em relação ao CAPS, a gente sabe que a portaria ministerial diz: doente mental e dependente químico*”. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.34). Enfatizou ainda que os serviços públicos, de uma forma geral, não possuíam capacitação para atender autistas, inclusive, não fazendo uso de tecnologias disponíveis para “*estimular as crianças*”.

Ronilson Silva, o segundo convidado a se pronunciar, noticiou haver um debate em São Paulo, onde o Ministério Público de São Paulo entrara com uma ação civil pública, por entender que o CAPS não era lugar para tratar autistas. Em seus termos:

Ninguém está pensando em fechar CAPS, mas o CAPS não veio para tratar de autista. O CAPS veio para substituir os antigos hospícios, os manicômios e coisas desse gênero.[...] então a gente percebe que está faltando entendimento. Acho que os CAPS têm lá suas formas de atender outras especificidades. [...] Da forma como os CAPS foram criados, lá há tratamento específico para pessoas que têm problemas com drogas, alcoolizados, as deficiências mentais ou transtornos mentais. [...]. Ninguém é contra os CAPS, mas como diz um rap “cada um no seu quadrado”. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.37).

Afirmava estar na audiência em defesa do cumprimento da Lei, no que se referia ao provimento de centros especializados. “*O CONADE faz lá uma minuta sem nenhuma representatividade [...] as pessoas que votaram favoravelmente para que as pessoas com autismo sejam atendidas nos CAPS, conforme o artigo 3 da alínea C da minuta do decreto, são pessoas contrárias à sociedade civil*”. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.39).

Mais uma representante da Superintendência da Saúde Mental, única convidada da mesa em favor dos CAPSI, apresenta um panorama dos autistas atendidos nos CAPSI do município.

Com relação aos dados sobre os CAPSIs, no Município do Rio de Janeiro, são oito no total. Hoje a gente soma 670 autistas em atendimento. O CAPSI Maurício de Sousa atende 97; o CAPSI CARIM, 61; o Visconde de Sabugosa, 98, sendo que é um serviço que não tem nem dois anos; [...] Maria Clara Machado atende hoje 55; o Heitor Villa Lobos, 54; o Eliza Santa Roza, 97 ou 98; o Pequeno Hans, 91 e o João de Barro, 116. Quer dizer, na verdade, são 98 em tratamento e 18 que estão em período de avaliação, somando 116. No total, dá cerca de 670. Tem que ver essa matemática desses números.” (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.41).

¹⁰⁶ Optou-se por manter a identidade real dos convidados da ALERJ.

Em sua fala, destacou que o processo de construção da política pública da atenção psicossocial foi feito com a participação de vários atores sociais.

O Capsi, assim como os Caps e CapsAD, eles existem dentro de uma política pública, da construção de uma política pública que se deu nos últimos 30 anos – a gente não pode esquecer isso –, faz parte da rede SUS, que a gente chama hoje de rede de atenção psicossocial. Foi construída nos últimos 30 anos, pelas mãos não só dos profissionais, mas também dos familiares. É verdade. Os familiares também participam de uma construção de política pública, porque é uma política comunitária. Ela é feita pelas mãos de vários segmentos, de várias representações sociais: dos profissionais que estavam já envolvidos com a questão, enquanto profissionais e dos familiares. Enfim, uma política pública se faz através de vários segmentos, várias representações sociais. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.41).

A fala de Sandra Arouca ilustra como os profissionais, em defesa do tratamento do autista no CAPSI, utilizaram argumentos ressaltando a recusa de um paradigma manicomial. O discurso, muito aplaudido pelos profissionais e familiares presentes que abraçavam a intenção a favor do trabalho ser mantido nos CAPSIs, resumiu as principais diretrizes da proposta assistencial posta em questão na referida audiência. Explicava que a clientela de responsabilidade da saúde mental “é aquela que antes estava no manicômio, os autistas estavam nos manicômios também”. Esclarecia que além dos autistas, outras pessoas faziam parte dessa clientela, que o norte das ações se mantinha pautado na singularidade de cada um e na complexidade dos casos. O pronunciamento utilizou-se do conceito de *clientela de maior complexidade* em detrimento de diagnósticos, para esclarecer o que a saúde mental chamava, à época, de atenção psicossocial:

E a gente tem aquela frase já pronta no bolso: o CAPSI foi pensado para desenvolver um cuidado que a gente chama de uma atenção psicossocial. Para quem? Ele tem um recorte de uma clientela. E a gente diz: transtornos mentais graves e persistentes. Ou seja, alguma coisa que ocupa um certo tempo na vida da pessoa, ou por toda vida dela, e que exige tratamento intensivo e complexo. E aí dentro desses transtornos mentais graves e complexos está o autismo, estão ali as psicoses, outras situações de sofrimento psíquico intenso. Inclusive questões de ordem neurológica que podem ter algum comprometimento motor ou não, sensorial. A gente tem vários casos nos CAPSIs que envolvem o sofrimento psíquico e estão se tratando nos CAPSIs. Mas essa intensidade, quando eu falo intensidade e complexidade é intensidade não só em termos de frequência, de quantas vezes a pessoa vai lá, dependendo do seu momento, do seu tratamento, [...], mas é uma intensidade que diz respeito à complexidade desse cuidado. Ou seja, o cuidado não é feito, na grande maioria das vezes, [...] por uma pessoa só. Feito por uma pessoa só seria feito num ambulatório de saúde mental, no posto de saúde mais próximo da sua casa. Ele não é feito de uma maneira protocolar, ou seja, não tem ali aquela receita de bolo de uma resposta única para aquele problema. Cada caso pensado dentro do seu contexto vai exigir uma inventividade de resposta, não basta um CID para dar uma direção de trabalho. Não basta. Por isso que a gente trabalha com a ideia de diagnóstico situacional, que leva em consideração uma série de coisas como não só sintomatologia, mas também se envolve riscos a si ou a terceiros; qual é a rede social familiar e apoio que essa pessoa conta ou não. Isso tudo vai ser importante para a gente pensar o que fazer. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.41).

Novamente nota-se que o argumento utilizado para explicar a lógica do cuidado da atenção psicossocial é a oposição a um modelo que visava se superar. As justificativas recorriam à recusa do paradigma manicomial. Falava-se sobre o que não se devia fazer, embora pouco se esclarecesse a sobre as proposições afirmativas.

As poucas tentativas de elucidação propositivas giravam em torno da inclusão social, através do destaque dado ao trabalho intersetorial e territorial:

Por isso que a gente bate tanto o martelo na ideia da intersetorialidade. A gente precisa dos outros setores para poder fazer cumprir o projeto institucional do CAPSIs de inclusão social. Ele precisa trabalhar, inclusive, ele depende dos outros setores. Ele precisa da parceria, precisa contar com os outros setores. Precisa contar com a escola para fazer a inclusão social. E aí vem uma outra ideia muito cara aos CAPSIs, de um modo geral, mas não é só cara aos CAPSIs, até atenção primária também em saúde, que é a ideia de territorialidade. Mas aí territorialidade não pensando em termos de um recorte geográfico. O trabalho é de base comunitária, é territorial. O trabalho é complexo, porque não se dá dentro do serviço, tem que ir para fora, tem que dialogar o tempo inteiro. O território, no sentido de onde acontece a vida da pessoa, no calor da vida da pessoa, nos seus laços sociais, na sua casa, com seus amigos, na escola que frequenta, no clube etc. Então, o CAPSI, por isso, precisa afiar relações o tempo inteiro, produzir diálogo com esse território. Isso é a cereja do bolo do trabalho desenvolvido pelos CAPSIs para poder justamente dar sustentabilidade ao projeto terapêutico pensado ali. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.42-3).

Em seguida, para explicar como essas duas diretrizes sustentavam o Projeto Terapêutico Singular, Sandra Arouca recorreu a conceitos, mas cabe ressaltar que podiam resultar pouco compreensíveis para quem não tivesse familiaridade com tais premissas.

É claro que o cuidado se dá dentro do serviço, por uma equipe técnica que tá ali para acolher e lidar com aquele sofrimento, mas é um cuidado que precisa se prolongar para fora do serviço. Cuidado não no sentido tratamento stricto sensu, mas como é que aquele território vai se relacionar com aquele sofrimento? (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.43).

O forte traço dos valores oriundos da Reforma Psiquiátrica e do campo da atenção psicossocial pôde ser observado não apenas na fala de Sandra Arouca, mas em todas declarações em defesa dos CAPSIs. Nota-se que as defesas giravam em torno de conceitos e valores (vistos no capítulo 2 desta tese) que privilegiavam a integralidade do cuidado, o acesso universal e o trabalho intersetorial como base de sustentação de suas práticas. É notável, em seus discursos, o antagonismo às práticas manicomiais. Se no manicômio, a doença é o alvo do tratamento, na Reforma Psiquiátrica o foco das práticas de cuidado será a pessoa em seu sofrimento, no contexto em que habita.

A noção de sofrimento mental, priorizada em detrimento de um diagnóstico específico, foi enfatizada em quase todos os depoimentos em favor do CAPSI. Tal atitude pode ser vista como uma expressão do deslocamento da visão biomédica (no sentido de atribuir as complicações vivenciadas pelas pessoas com autismo como estritamente conectadas ao substrato orgânico do autismo) para as dimensões mais amplas capazes de incluir diversas áreas da vida, não se restringindo à sintomatologia diagnóstica.

Portanto a ênfase nas diferenças entre os casos, delineando o trabalho a partir da singularidade, era uma ética que movia os discursos “capsianos”, à época. Intensidade, pluralidade, complexidade foram as estratégias retóricas que demarcaram essa posição e expressaram que se houvesse algum objetivo pré-definido e universal a toda clientela do CAPSI este seria a dimensão da cidadania e da não exclusão social.

Neste sentido, as defesas acerca dos Centros Especializados são percebidas como retrocessos, além de perigosas. Nos discursos contra o especialismo, há o receio da anulação da singularidade, da imposição de barreiras ao acesso, do reforço do estigma e da exclusão social. Antíteses para o objetivo de cidadania e inclusão social. Por isso que enfaticamente os profissionais da saúde mental vinham reiteradamente se posicionado contra.

Por outro lado, a perspectiva dos profissionais de saúde mental veio sendo altamente questionada por familiares ativistas e outros grupos, como se pôde observar nas falas na referida audiência. Mesmo que tanto os profissionais da saúde mental quanto seus oponentes estivessem em busca de objetivos comuns – como prover atendimento de qualidade, acesso a direitos, superação do estigma, inclusão social etc. –, divergiam radicalmente quanto à forma de alcançá-los (ANDRADA, 2017).

A reivindicação de um modelo de assistência, fora da rede de atenção psicossocial, com o enfoque em direito ao tratamento especializado, está centrada justamente nas concepções que a Reforma Psiquiátrica pretendeu superar. Pode se- observar a distância entre os campos nas discordâncias discursivas. Embora ficasse claro que aqueles contra o CAPSI acreditavam que os autistas deveriam ser tratados em serviços especializados, as representações que eles possuíam sobre especialização eram divergentes das representações dos profissionais da Reforma Psiquiátrica a respeito do assunto.

Ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha contado com a participação de familiares, usuários e sociedade civil na formulação de políticas públicas do campo da saúde mental, um caminho distinto foi sendo traçado por grupos ativistas de familiares de autistas que empreendiam esforços por tratamentos (MELLO et al, 2013). Muitos nem sequer ouviram falar

na Reforma Psiquiátrica. Alguns participaram da III Conferência de Saúde Mental, mas foram criando caminhos próprios.

Nessa audiência pública ficou claro que a maneira como os profissionais formulavam seus discursos em defesa do CAPSI estava intimamente relacionada aos pressupostos antimanicomiais, mesmo quando direcionavam suas falas a pessoas que não faziam ideia dos conceitos subjacentes. Se é verdade que as justificativas utilizadas em defesa do CAPSI encontraram ressonância entre pares, o mesmo não se pode dizer entre os não pares.

Os defensores dos CAPSI continuaram considerando como equívoco a demanda por serviços especializados, enquanto seus oponentes afirmavam não compreender a resistência. Os defensores dos serviços especializados alegavam que os serviços pensados exclusivamente para atender autistas levavam em conta as especificidades necessárias para atendê-los adequadamente. Apesar de não serem claros quanto ao tipo de capacitação, práticas ou técnicas específicas implicadas na especialização, o discurso contra os CAPSIs pôde ser resumido por um familiar ativista:

Quando você está com câncer, você vai se tratar num médico generalista ou vai buscar um oncologista? É a mesma coisa para a gente, não queremos assistência generalista, queremos pessoas capacitadas. Preparadas, especializadas em autismo. Porque quem sabe cuidar de tudo, não sabe cuidar de nada. Quando o professor disse, eles querem especializado mesmo, eu finalmente respirei de alívio, porque ele entendeu. Queremos um lugar preparado para receber autistas. Não é possível que eles defendam que dá para tratar um usuário de drogas no mesmo lugar em que se trata autista. Não dá para tratar esquizofrênicos no mesmo lugar. São coisas diferentes, exigem capacitações diferentes. Até entendo que os serviços públicos não possam fazer uma unidade para cada doença, mas não dá para improvisar e tratar coisas tão diferentes no mesmo lugar. O autismo está crescendo rapidamente, já temos 1 autista para cada 68 pessoas nos Estados Unidos. Aqui a gente não tem políticas públicas de diagnóstico precoce e atendimento multidisciplinar. Nunca tivemos, então não temos nem como saber quantos autistas realmente existem e não recebem tratamento adequado. Quando muito, conseguimos o diagnóstico e ficamos de mãos atadas. Agora, com a lei, o Estado tem o dever de prover centros especializados de reabilitação, é por isso que estamos brigando. Não queremos atendimentos improvisados e superficiais. Queremos unidades que atendam adequadamente nossos filhos. (Material colhido em audiência pública da ALERJ, em maio de 2014)¹⁰⁷.

Neste sentido, é provável que os dissensos girem em torno das diferentes representações que a clínica especializada evoca.

No final da audiência, o deputado afirmou que apesar de defender centros especializados e representar familiares contrários ao atendimento de autistas no CAPSI, precisava ter informações específicas dos serviços, sob a alegação de conhecer melhor os problemas

¹⁰⁷ Diálogo gravado em conversas paralelas com familiares e profissionais.

enfrentados pelos CAPSIs com o intuito de melhorá-los. Para ele, foi uma surpresa ver tantos profissionais defendendo os CAPSIs. E ponderou:

Então me digam, eu só quero essas respostas, por favor: qual é a periodicidade desse atendimento? Quantas vezes por semana esse atendido frequenta o atendimento? Qual é a capacidade de atendimento dessas unidades? Quantos podem atender, com os profissionais que têm, como suporte técnico? Será que eu não tenho que lutar para que o CAPSI aumente os profissionais? Então, por favor, me ajudem a ajudar vocês. Ajudem-me a ajudar vocês. (Comissão da Pessoa com Deficiência, 2014, p.43p.59).

Os profissionais da saúde mental tentavam responder essas perguntas em tempo real. Foram várias respostas simultâneas, com entonação enfática. Inclusive foi feito o convite ao deputado para que visitasse os CAPSI, sob a alegação de que ele *“poderia ver com seus próprios olhos como os autistas estavam inseridos nos serviços de saúde mental.”*

As perguntas pragmáticas elaboradas pelo deputado foram bastante criticadas por alguns profissionais. *“A gente pode se organizar para responder esses dados, mas esta lógica não representa o trabalho que realizamos nos CAPSIs. Têm muitas coisas que são intangíveis. Por exemplo, como é que transformamos em dados que um autista que usava fralda até os 7 anos, passa a ir ao banheiro e fazer suas necessidades no cantinho do boxe de tomar banho?”*

O trabalho realizado por Gonçalves (2015), que discorreu sobre as dificuldades de construção de indicadores avaliativos sobre a qualidade e efetividade dos CAPS, ajuda a pensar nos desafios encontrados em avaliar os princípios da Reforma Psiquiátrica transpostos em práticas de cuidado e seus efeitos.

O problema da construção de medidas para avaliar instituições de saúde talvez se relacione ao dilema que impõe uma certa noção da natureza do problema geral de uma política pública: fazer para todos, um a um. Trata-se do problema de fazer para todos, ao mesmo tempo em que se admite as singularidades e a impossibilidade de generalizações (GONÇALVES, 2015, p.53)

Abordar o caso a caso, ao mesmo tempo em que é necessário fazer um esforço de estabelecer normas gerais, construir parâmetros avaliativos e mapear os efeitos do trabalho desenvolvido parecia ser um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais da saúde mental. A forma como os profissionais se indignaram com as perguntas, revelou, de certa forma, que produzir dados supostamente objetivos, tão necessários para uma validação de políticas públicas, são concebidos *como incapazes de representar os efeitos do trabalho clínico realizado nos serviços de saúde mental.* (Material colhido na audiência pública, maio de 2014).

Para buscar esses dados, o deputado deveria visitar nossas unidades e conversar com os nossos profissionais, familiares e pacientes. Se para ele, mensurar objetivamente

o trabalho clínico se resume em números, não teremos nem como começar o diálogo. A clínica, tão central para o nosso trabalho, não cabe na lógica de produtividade.
(Material colhido na audiência pública, maio 2014).

A presente audiência permitiu que acompanhássemos os profissionais da saúde mental, defendendo o papel do CAPSI diante de um debate acirrado onde a demanda por serviços especializados representava o símbolo de muitas diferenças de concepção em torno do tratamento para autistas na rede pública. Mas as divergências não podem ser reduzidas apenas às concepções em torno do tratamento. Para além disso, elas representam uma disputa sobre quem pode propor de forma legítima as políticas públicas para esta clientela.

Assim como testemunhado no evento da praia de Copacabana, durante a audiência pública foi notável a maneira como os profissionais de saúde mental se posicionavam, mergulhados nos ideários antimanicomiais e conseqüentemente em defesa de uma política pública baseada na Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, encontrou-se, através do ativismo de grupos de familiares, uma luta para construção de políticas públicas alinhadas ao que consideravam como necessidades legitimadas pela experiência de se ter um filho autista. Não se pode esquecer a força que a primeira associação de pais e amigos de Autistas (AMA) teve na construção de uma rede de expertise, para além da expertise tradicional – fundada em práticas profissionais –, que possibilitou a construção de novas associações de familiares, redes de apoio, capacitação e tratamento para autistas no Brasil (MELLO et al, 2013).

As reflexões trazidas por Rios (2017) mostram que a demanda por tratamento especializado, orquestrada por essas associações de familiares, podem ser melhor entendidas se a atuação política desses grupos de familiares for considerada como parte da consolidação de uma rede expertise.

Neste sentido, enquanto os defensores dos Centros Especializados tentavam discursar em nome da consolidação e validação de uma política pública formulada por eles próprios, a partir de experiências prévias de desassistência e desamparo no que se refere ao provimento de tratamentos compatíveis com as necessidades de seus filhos, os profissionais da saúde mental tentavam explicitar as diretrizes de uma política pública, construída por diversos atores sociais, para superar os aparatos manicomiais em todas as esferas.

Sendo assim, talvez os profissionais da saúde mental compreendessem a demanda por serviços especializados e as críticas dirigidas aos CAPS, como retrocessos ou mesmo resistência às propostas reformistas. Já os grupos ativistas, que advogavam em nome de uma

política pública direcionada exclusivamente para autistas, legitimavam suas demandas através de suas experiências para com seus familiares.

As diferenças entre as duas lutas políticas observadas na audiência representavam dois caminhos legítimos, porém distintos. A difícil interlocução entre elas, percebida através das diferentes retóricas (pró CAPSI e contra CAPSI) era fruto do modo como grupos de familiares ativistas e profissionais de saúde mental concebiam o serviço especializado e se mobilizavam em torno da legitimação de políticas públicas para esta clientela.

3.4 Fórum Interinstitucional

O Fórum Interinstitucional, por ser um espaço estratégico da gestão da política de saúde mental que congrega diversos atores e setores responsáveis pela atenção à criança e ao adolescente, proporcionou uma boa oportunidade para se compreender melhor como os profissionais da saúde mental concebiam as críticas e se mobilizavam para enfrentá-las.

Apesar da participação em todos os encontros do Fórum realizados no ano de 2014, dois foram selecionados por abordarem diretamente os temas que estão sendo trabalhados neste capítulo: o fórum do mês de maio, que abordou a repercussão da audiência pública e o fórum do mês de junho, que teve como tema principal “o tratamento dos autistas nos CAPS e CAPSI”.

Embora não tenha sido o tema principal do dia 29 de maio de 2014¹⁰⁸, o ocorrido na audiência pública mobilizou boa parte da referida reunião. A questão polêmica acerca do tratamento de autistas foi destaque por representar “*um problema sério que a saúde mental vem enfrentando nos últimos tempos. Estamos enfrentando a difamação dos CAPSIs e de nossos profissionais*” (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Antes de prosseguir, vale ressaltar que o referido Fórum estava composto por representantes, em geral, trabalhadores de diversos setores, como educação, justiça, sistema penitenciário, assistência social, mas em sua grande maioria, trabalhadores da rede de saúde mental, principalmente dos CAPS e CAPSIs do Estado do Rio de Janeiro.

¹⁰⁸ O tema principal previsto foi a *Redução de danos na abordagem e acompanhamento das crianças e adolescentes*

Ficou bastante claro, logo no primeiro momento, que o Fórum funcionava como uma espécie de formulador, articulador e disseminador de discursos que embasavam a ética da saúde mental. Logo no início, foi introduzido o tema da audiência com destaque para o comparecimento em peso de profissionais da saúde mental e de familiares do CAPSI. Enfatizou-se a importância de afirmar o lugar dos autistas na rede de atenção psicossocial. *“Foi muito emocionante esse momento de posicionamento da rede de saúde mental. Foi extraordinário ver a união em defesa dos CAPSIs”* (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Para introduzir o tema aos diversos setores e atores participantes do Fórum, foi dito oralmente um breve resumo que expressava a maneira como os profissionais concebiam a questão:

Existem várias associações de pais de autistas, algumas que têm feito pressão no legislativo para aprovar leis e também para divulgação do tema do autismo. E as leis que eles querem aprovar são leis que falam justamente da possibilidade dessa divulgação para que se crie um dia do autismo, como já foi criado, para que neste dia então possa haver uma divulgação maior sobre o que que é o autismo, para conscientizar as pessoas sobre esse tema e, principalmente um dos pedidos deles é a criação de serviços especializados para o atendimento de autistas. Eles vêm com um discurso que vem mudando ao longo do tempo. Esse discurso se inicia dizendo que não existe tratamento para o autista no Brasil e no Estado do Rio. Quando passa a existir os CAPSIs, atendendo autistas, esse discurso vai se modificando e hoje não é mais que não existem lugares para atendimento de autistas, mas que eles querem lugares que o tratamento do autista seja um tratamento especializado. Lugares onde o autista possa estar sendo atendido na sua especificidade. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

A referência à questão da demanda por serviços especializados, tema que mobilizou de modo significativo os defensores do CAPSI, frisava a necessidade de se fazer *frente a esta batalha*, afirmando o lugar do autista na saúde mental.

E eles entendem isso dizendo que um CAPSI não é o lugar apropriado para atender o autista. E aí eu venho participando dessas audiências, dizendo que existem esses serviços e dizendo qual é a lógica dos serviços da atenção psicossocial. A lógica da atenção psicossocial e do porquê que a gente defende que os autistas estejam sim incluídos nos CAPSIs e sendo atendidos nas suas especificidades nos CAPSIs. E essa foi a primeira audiência pública da história das audiências públicas que eu tenho participado de todas elas, que se chamou os pais que têm os filhos nos CAPSIs. E eles puderam falar. Os pais e os profissionais que estão nos serviços vieram e puderam falar e foi muito importante a fala dessas pessoas. Porque nessas audiências a gente não tinha a presença dos profissionais que trabalham nos CAPSi nem dos pais que estão com seus filhos sendo atendidos nos CAPSI. Só tinha fala desses pais, dos pais que têm uma penetração muito grande, né? São pais que alguns trabalham na rede global, são pais de classe média alta, são pais que têm um contato muito fino, alguns trabalham em jornais, então eles têm um acesso à imprensa muito próximo, um acesso

grande que a gente não tem. E ficava uma coisa muito dispare, muito difícil, porque parecia uma voz ali dissonante e eles, ficava sempre uma situação difícil porque era como se a Gerência de Saúde mental estivesse falando em nome de algum governo e os pais estariam falando a coisa que tem que ser, porque eles sabem o que tem que ser, né? ” (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Os argumentos reforçavam a importância de haver uma representação de familiares de autistas nos espaços públicos que defendesse o trabalho realizado nos CAPSIs. *“Os familiares dos CAPSIs precisam somar com as nossas vozes. Precisamos mostrar que não existe um grupo de familiares e sim que é bastante heterogêneo. Se existem familiares difamando nosso trabalho, temos que mostrar que existem os que defendem”* (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Além da necessidade de mobilização dos familiares dos CAPSIs, o tema *serviço especializado* impulsionou boa parte da discussão.

A lógica de um serviço especializado é contrária à nossa lógica. Não é porque o serviço é ruim, mas se você especializa, por exemplo, é a lógica que toma o autista como deficiente intelectual e vai trabalhar a deficiência para poder eliminar ou minimizar a deficiência, ou as funções deficientes. Essa lógica ela é uma lógica que não se coaduna com o acesso universal, porque ela vai ter profissionais especializados naquilo, para poder trabalhar com aquilo, por exemplo com a habilitação, com as habilidades intelectuais, como o aprimoramento, avançar nas barreiras intelectuais, só para pegar assim, digamos que não seja só intelectual, linguagem, parte motora, vamos pegar aí só como exemplo. Quando a gente trabalha com casos mais graves, os casos graves normalmente são complexos, eles não são específicos, por mais que a gente tente fazer do complexo um conjunto de coisas específicas que não estão indo bem e quando você então se propõe a trabalhar o que está deficiente, no sentido da maior habilidade, você, além de você visar coisas específicas, você precisa ter só aquele problema ali para focar. Se a criança está naquele momento, por exemplo, crítico, em uma crise, ele, aquele profissional, não vai poder fazer esse trabalho, se a criança é além de autista, cega, como às vezes acontece, muitas vezes aquele profissional não vai poder fazer o trabalho. Se a criança é síndrome de down e autista também, isso já exclui aquele autista daquele atendimento específico para habilidade intelectual. A lógica especializada é excludente, não porque ela seja má, mas porque é a própria lógica de focar no especialismo, na visão mais recortada daquele elemento. Essa lógica leva à exclusão. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Pode-se perceber todo um esforço para mostrar que a lógica dos serviços em saúde mental vai de encontro à lógica dos serviços especializados, exatamente pela ruptura com a perpetuação de um modo de cuidado que determina e reforça um circuito de exclusão. Com o intuito de realçar a lógica da atenção psicossocial, destaca-se que a construção de novos rumos para o cuidado depende da diretriz ética de conceber a criança e o adolescente como *Sujeitos*.

Ao explicar a diretriz apontada, foi utilizada como principal argumento a oposição à lógica especialista.

Na lógica do especialismo, é quase como se a criança tivesse que responder à demanda do especialista. Você tem um recorte, tem aquela caixa lá onde você sabe trabalhar num certo sentido e a criança tem que responder a demanda do especialista, aquilo que o especialista pode oferecer. A criança tem que estar pronta, o que eu quero dizer, a criança tem que estar apta para ser trabalhada aqui e ali, nesse aspecto, naquele aspecto, então me parece que tem aí alguma coisa que na minha visão é um retrocesso. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

O princípio ético de conceber a criança enquanto sujeito deveria, segundo as falas do Fórum, conduzir as práticas de cuidado na rede de saúde mental.

A saúde mental introduz uma diretriz que é bastante progressista e revolucionária no campo de cuidados da infância e da adolescência. Se propõe a pensar a criança para além de um ser em desenvolvimento que precisa ter as suas capacidades só desenvolvidas. Então, olhar como um Sujeito. O ECA traz a criança como um sujeito de direitos e a Política de Saúde mental traz a criança como um sujeito de responsabilidade. Um Sujeito psíquico. Que quer dizer que a gente não vai olhar para essa criança a partir de funções que precisam ser reabilitadas. Que tem algo para além de funções ali. Que tem uma subjetividade que precisa ser respeitada, precisa se dar voz, precisa ser ouvida. Então tem uma dimensão importante no campo da atenção psicossocial que é a dimensão do desejo desse sujeito que precisa ser levado em conta nesses serviços. Que precisa ser viabilizado, o desejo aparecer, surgir. Muitas vezes, é embotado por olhares de que a criança nada mais é do que um transtorno, um rótulo. Essa lógica é a que precisamos afirmar. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Durante boa parte do Fórum, as diretrizes do campo foram reforçadas. No entanto, alguns pontos chamaram atenção. Foi notável que os discursos apresentados tinham ressonância entre CAPSIs específicos do município do Rio de Janeiro. Principalmente, as contribuições feitas pelos profissionais oriundos do CAPSI Eliza Santa Roza, do CAPSI Pequeno Hans, CAPSI Maria Clara Machado e CAPSI Maurício de Sousa revelavam bastante familiaridade com o tema e a rejeição total à demanda por serviços especializados. A retórica desses profissionais estava bastante afinada e fundamentada nos princípios antimanicomiais, além de terem utilizado termos que remetem à psicanálise, embora nenhuma teoria tenha sido mencionada de forma explícita. Até então, parecia haver consenso sobre o que estava sendo dito e as maneiras de enfrentar. Até que uma pessoa se identificou como trabalhadora de um CAPS, localizado no município Conceição de Macabu, pediu para fazer uma pergunta:

Mas o que esses pais dizem quando se referem à clínica especializada? O que se pede, quando se reivindica um serviço especializado? Eles estão defendendo alguma capacitação específica? Peço desculpas pela minha ignorância, mas como trabalho num município que não tem CAPSI, queria saber mais sobre capacitação. Porque nos

tem uma dificuldade de preparo. E acaba que fica meio capenga esse atendimento. A gente não consegue dar conta dessa demanda que chega. E eles acabam sendo atendidos pela APAE e Pestalozzi, isso quando conseguem atendimento. Às vezes, nem chegam até a gente. No município de Pirai, que é onde trabalho há cinco anos, dá para contar em uma mão quantos autistas a gente atende. Não é que não existam. Eles não chegam. E quando chegam, eu reconheço que há uma falha. A gente não sabe o que fazer com eles. Precisamos de um suporte, porque a gente não sabe muito bem como trabalhar com eles. As demandas são inúmeras, a gente atende tudo. Álcool e drogas, além das crianças e adolescentes, já que no nosso município não tem CAPSI. Então, claramente a gente não consegue prover um atendimento de qualidade. Como esse é um espaço adequado, eu queria colocar isso: de que forma a gente poderia ser ajudado? (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

A cisão entre os trabalhadores da saúde mental foi percebida a partir das diferentes representações que o tema da capacitação incitava. Por alguns, problematizar a capacitação e relativizar a demanda era necessário para que fosse possível evitar equívocos que a saúde mental lutava para superar:

Acho importantíssimo o que você fala, essa questão do preparo. Eu quero questionar isso. Na verdade, vamos ser honestos. Não existe preparo para a gente trabalhar na saúde mental. Esse é o primeiro ponto. As nossas formações acadêmicas, sejam elas quais forem, psicologia, medicina, assistência social, fonoaudiologia, a gente se forma e vem trabalhar na saúde mental e verifica que a formação que a gente tem não ajuda muito a gente a atuar na saúde mental. Porque eu acho que essa é uma fala muito comum. A gente, da gerência de saúde mental, escuta muito isso das equipes, em relação a esses casos. Os casos são complexos, são difíceis e esse preparo se dá na medida em que a gente pode atender, mas pode também estar pensando enquanto a gente está atendendo. Por isso a questão da supervisão clínica institucional é tão radicalmente fundamental. Porque se trata muito mais de uma formação em serviço do que uma formação prévia para o serviço. Eu queria trazer isso para a gente incluir a questão do preparo. Como é que vocês pensam isso? Concordam comigo ou não? Porque muitas vezes essa fala vem no lugar da resistência. Não é no sentido negativo, mas a gente resiste diante da complexidade, dos quadros que se apresentam gravíssimos, eu não sei o que fazer... é não saber mesmo! Esse é o primeiro passo. Não sei, por isso, o que que vou fazer então? (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Apesar de a psicanálise não ser mencionada em nenhum momento durante o Fórum Interinstitucional, chama atenção o modo como muitos profissionais embasavam seus argumentos, utilizando um linguajar que se aproxima da psicanálise. A tentativa de desconstrução da necessidade de uma formação prévia, o saber *não saber*, a interpretação do pedido de ajuda como sendo possivelmente uma representação de resistência e a posituação da formação em serviço levam a constatar influências psicanalíticas que foram observadas no segundo capítulo. Esse discurso, embora faça sentido em alguns espaços psicanalíticos, e talvez para alguns poucos CAPSIs do município do Rio, de uma forma geral, pode representar a

municípios que só têm CAPS I¹⁰⁹, a gente acaba vivendo uma angústia muito grande, porque temos que dar conta de tudo e na verdade fica muito confuso para equipe. A gente não tem capacitação para trabalhar com autismo, por exemplo. Por isso, ouvindo que esses pais reivindicam serviços especializados, fiquei imaginando qual é o tipo de capacitação que eles querem. Queria trazer para vocês aqui da coordenação do Fórum que o nosso município também precisa de capacitação. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Um profissional do CAPSI Pequeno Hans, interveio, pedindo para responder:

Este tema da capacitação precisa ser problematizado. Para além da capacitação, as pessoas ainda têm que se apropriar do que é um CAPSI. A que se propõe um CAPSI legislativamente, politicamente e eticamente, porque senão, podemos cair no engodo de também querer fazer especialismo dentro do CAPSI. Tipo, se o menino fica 10h aqui e eu atendendo, cumpro, treinei ele. O CAPSI não é para isso. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

A trabalhadora do município Conceição de Macabu iluminou algumas distorções da própria rede de saúde mental e inaugurou um outro rumo para discussão. O discurso da capacitação para atender autistas, a falta de recursos e preparo de vários municípios, trouxe à tona desafios quanto ao acesso e à própria cobertura assistencial. Outros representantes de municípios pequenos que não contavam com CAPSIs puderam colocar suas dificuldades, como pode ser visto a seguir nas observações feitas pela trabalhadora do município de Barra do Pirai.

O município do Rio de Janeiro tem uma rede, pode fazer as articulações intersetoriais. Essa coisa de trabalho intersetorial e em rede é teoricamente muito atrativa, mas não é a realidade do meu município. Por exemplo, no meu município também não tem CAPSI. Não dá nem para dizer que existe uma equipe multiprofissional. Não temos fonoaudióloga, não temos terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, e várias vezes ficamos sem médicos. Então o nosso trabalho fica muito difícil. Muito restrito. Não temos rede, não temos CAPSI, não temos equipe multiprofissional completa. Temos um ambulatório e um CAPS 1. O que acontece de fato: se você é um profissional que atende autista, atende porque se interessa. Fica em função da disponibilidade daquele profissional. Não é uma questão institucional. Exatamente, porque as pessoas dizem que não têm capacitação, não se sentem preparadas e acabam não atendendo. Então acho que devemos levantar esse tema. Porque essa é uma forma de exclusão também. Não ter capacitação faz com que as pessoas não atendam os autistas. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

Outro comentário reforçou as considerações sobre as consequências de não se ter capacitação:

A meu ver, quando esses pais falam de tratamento especializado, eles defendem um atendimento integral, onde existam terapias, ginástica, preparação para o mercado de trabalho. Seria um centro que pudesse trabalhar integrado com a escola, ajudar na inclusão social dessas crianças, preparando os autistas para estarem na vida. Eu entendo que a discussão na cidade do Rio de Janeiro leve em consideração todos os

¹⁰⁹O CAPS I é o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000- 70.000 habitantes. Fonte: Portaria 336/2002.

pontos que são contra essa lógica. Mas eu fico pensando em tantos municípios que não têm capacitação para atender. Dependem da boa vontade das pessoas. E para atender casos graves, não basta ser disponível afetivamente, acolher as famílias e receber a criança. A gente precisa saber trabalhar com elas. Senão a gente pode reforçar o que a gente luta para acabar. Sei que esse tema é delicado, mas ele precisa aparecer. E o fórum é um bom lugar para isso. A gente não tem como dar conta de todas as demandas que chegam. E sem capacitação, corremos o risco de dificultar ainda mais o acesso. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em maio de 2014).

O tema da capacitação ganhou destaque e despertou vários dissensos. Foi interessante observar que alguns profissionais expressavam ideias em consonância com o discurso do especialismo, na medida em que apostavam em capacitações específicas para poder acolher autistas em seus serviços.

Outra questão que apareceu foi a concepção de que os CAPSIs englobavam certa expertise para lidar com o autismo. Eles seriam os “capacitados” da saúde mental para acolher esta clientela. Diante das reivindicações para capacitação e dos comentários que mostravam as diferentes realidades locais enfrentadas pelos serviços de saúde mental do Estado, foi decidido que o tema do Fórum do mês seguinte enfatizaria o tratamento dos autistas nos CAPS e nos CAPSIs.

E foi com este tema que o Fórum, realizado no mês de junho, começou seus trabalhos. No dia 29 de junho, após os informes gerais, a questão da polêmica do tratamento dos autistas nos CAPS e CAPSIs deu continuidade ao debate sobre os temas levantados no encontro anterior. Desta vez, foram convidados profissionais de CAPS de adulto e de criança para apresentarem um pouco do trabalho realizado com autistas nos serviços da saúde mental.

Um psicólogo que trabalhava no CAPS Bispo do Rosário, mas que já havia trabalhado no CAPSI Pequeno Hans, iniciou sua apresentação com intuito de mostrar como autistas estavam inseridos num serviço destinado para adultos. De uma forma geral, explicou como o trabalho desenvolvido nos CAPSIs podia ser exportado para os CAPS. De acordo com ele, era a partir do trabalho que ele efetuava no serviço infantojuvenil que o CAPS Bispo do Rosário vinha desenvolvendo o acolhimento dos autistas. Novamente, (como visto no segundo capítulo) pode-se notar a influência de premissas psicanalíticas contornando suas explicações:

Lá a gente trabalhava com a lógica do coletivo, junto com os autistas e com os demais pacientes e o que eu pude apreender nessa clínica é que o autista principalmente, nos impele a trabalhar nessa lógica. Ele nos leva a trabalhar na lógica do coletivo, porque não adianta a gente querer adotar outra lógica de trabalho diante deles. E isso ressitua a gente clinicamente, porque a gente muitas vezes cai no equívoco de tentar fazer com que esse paciente trabalhe numa lógica que é nossa, que é neurótica, neurotizante. No CAPS de adulto, a gente vê muito um funcionamento baseado em oficinas, grupo de referência e com uma convivência entre usuários esvaziada. Um espaço que deveria ser mais potencial do ponto de vista clínico acaba se esvaziando. [...] Existe um quantitativo grande de usuários matriculados também. E a gente não

consegue encaminhar para a rede. Isso faz com que o CAPS se “ambulatore” de alguma forma, mas em parte, porque há uma fragilidade clínica de trabalhar nessa lógica do coletivo. Eu não acho que seja porque quem está no CAPSI é melhor do que quem está nos CAPS de adulto. É o usuário do CAPSI que faz com que você tenha que trabalhar naquela lógica. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Seguiu tentando mostrar certa expertise desenvolvida pelos CAPSIs, que podiam ser pensadas nos serviços de adulto, pois, segundo ele, era o próprio autista que determinava a direção de trabalho. Embora isso não apareça como uma contradição, é possível notar que havia certa expertise considerada. Além de afirmações que tendiam a generalizações. Por exemplo, quando o psicólogo afirmou a lógica que funcionava ou que não funcionava para autistas, ele se referiu a um grupo de pessoas que compartilhavam algo em comum:

Os atendimentos dos autistas se dão dentro do espaço da convivência, a gente sabe que não é para estar em grupo, a gente sabe que até pode estar participando de alguma oficina, mas de uma forma muito pontual. Ele pode circular naquele espaço, pode fazer o percurso dele, essa é a direção principal de trabalho. Como eram poucos autistas que a gente tinha, a gente acabava fazendo isso de uma forma pouco coletiva também. O paciente era atendido por um técnico e quando aquele técnico não estava lá, o paciente acabava não sendo atendido. E isso é horrível. Porque gera uma desassistência. Tanto porque para o autista essa lógica de um para um não funciona. Ele vai fazer algum vínculo entre vários, entre muitos ali. Não é nem com um nem com o outro. Algo que vai se dar ali é entre um e outro. E a gente tem pensado, tem discutido cada vez mais sobre a possibilidade de criar um turno, para o atendimento desses pacientes que estão chegando dos CAPSI. Não só os autistas, mas os demais também. Criar um turno, um horário, igual é feito nos CAPSIs para que a equipe possa estar junto com eles, acompanhando o movimento deles sem já ter alguma coisa pronta. Isso ainda é difícil, ainda tem resistência da equipe que trabalha muito nessa lógica do espaço já instituído. Mas acho que é um caminho. A gente já pode vislumbrar algum avanço”. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Num enredo de uma direção operacional organizada a partir da premissa de trabalho coletivo, considerando que os autistas precisavam estar *entre vários* e não funcionavam em determinada lógica, ratifica-se um *suposto saber*. Ou dito de outro modo, certa expertise, determinada maneira de trabalhar *entre vários*, que implicava algum tipo de capacitação necessária para o desenvolvimento de uma forma de clinicar os autistas. Além de que estes, neste sentido, estavam sendo representados a partir da generalização da experiência com um grupo. Em tese, algo que os próprios trabalhadores de saúde mental procuravam evitar.

O assunto do autista que cresce e torna-se adulto também foi apontado como essencial para discussão, na medida em que indicava outra fragilidade da rede de atenção psicossocial. Assuntos que diziam respeito às dificuldades encontradas em encaminhar os autistas dos CAPSI para os serviços de adultos, principalmente para os CAPS, foram trazidos como uma questão bastante relevante e enfrentada por muitos serviços ali presentes.

Nas observações levantadas por um profissional do Maurício de Sousa, destacaram-se algumas hipóteses sobre os obstáculos para a efetivação do encaminhamento. Segundo foi dito, tal dificuldade podia decorrer dos anseios da própria equipe do CAPSI em transferir um paciente que estava no serviço há muito tempo. A equipe ficaria insegura diante da lógica de funcionamento dos serviços de adultos que não levam em conta as especificidades dos autistas. *“Lá eles têm oficinas estruturadas a priori, com atividades padronizadas. Isso não necessariamente vai funcionar com os nossos usuários. Temos medo que eles sejam atendidos num formato ambulatorial que não vai dar conta das necessidades. Claramente será insuficiente”*. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

E, mais uma vez, o tema da capacitação apareceu como barreira de acesso para os outros serviços da rede.

O autista cresce e alguns vão precisar de um outro ambiente, pois não se beneficiarão de um local mais infantil. A gente precisa reconhecer que o autista cresce, vira adulto e precisa, muitas vezes, estar inserido em ambientes de adulto. É uma coisa histórica, desde de quando saiu a portaria dos CAPS e dos CAPSI, o F84¹¹⁰ não constava nos CAPS. Eu lembro que a gente conversava muito sobre isso, como se a criança autista não crescesse. Como se ela não virasse um adulto. Então tem uma coisa histórica em relação a isso. Tem sempre aquela coisa da equipe falar assim: não me sinto capacitada. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Logo em seguida, outro profissional de um CAPSI reforçou que encontrava dificuldade em encaminhar autistas para os CAPS, principalmente por eles não se sentirem preparados para o acolhimento desta clientela. Afirmou que o despreparo era visível, na medida em que eles formulavam projetos terapêuticos baseados numa autonomia que o autista não necessariamente ia ter.

Os CAPS dizem que não estão preparados e não estão mesmo. Eles funcionam numa lógica de oficinas preestabelecidas, ou proporcionam atendimentos individuais ambulatoriais. O autista não vai se beneficiar dessa lógica. Por isso precisamos avançar na capacitação dos profissionais da rede, para que eles possam atender os autistas em qualquer espaço, respeitando suas especificidades. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Em resposta, outra trabalhadora de um município pequeno desabafou:

A gente fica muito rendido no atendimento do autista por conta de uma deficiência, no preparo da equipe para acolher essas crianças. É uma equipe reduzida. A gente

¹¹⁰ De acordo com o CID 10, o F84 corresponde aos transtornos globais do desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/buscadescr?query=F84>>. Acesso em: 10 nov.2016.

psicanalização de uma demanda importante e significativa de muitos trabalhadores presentes no Fórum.

Outra profissional reforçou a problematização da capacitação, mas discordando do ponto de vista da fala anterior:

A fala da capacitação aparece, porque a gente vai sempre estar despreparado para um monte de coisas. Tanto para os casos graves, que aí dá para pensar na questão da resistência de não saber como fazer diante de situações tão complexas, mas também como as falas do não estamos preparados para o álcool e drogas, não estar preparado para o campo da infância, para os meninos em conflito com a lei e tudo mais. É interessante pensarmos que a coordenação de saúde mental já tentou contornar esse pedido com várias capacitações que foram oferecidas nos últimos anos para os profissionais da saúde mental, e ainda assim a fala, mesmo daqueles que foram capacitados, continua. Porque estamos diante de casos complexos mesmo. E a capacitação será sempre insuficiente. Por isso, não sei se devemos acreditar que o problema será resolvido pela via da capacitação. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Em seguida, outra pessoa acrescentou que:

A resposta primordial não é necessariamente a capacitação. Eu penso que é outra coisa. Acho que a capacitação não gera uma resposta de que a pessoa passa a estar capacitada. Eu acho que é poder escutar isso como a dificuldade que a gente tem mesmo diante dessas situações que são novas e difíceis. E como é você poder estar diante de alguém que precisa de ajuda de tratamento sem a mediação de uma técnica para aplicar? Porque acho que na verdade a atenção psicossocial é um campo que exige isso da maioria das pessoas. A gente, às vezes, resvala, tentando aplicar técnicas. Mas acho que a resposta que a gente tem, quando a gente tenta aplicar técnicas, é exatamente a confirmação de que isso derrapa, quanto que isso falha. Quando a gente deixa um espaço para o não saber, para verificar o que está acontecendo, qual é o contexto em que aquela criança está inserida, em que projeto que ela está envolvida e a nossa atenção está voltada para como ela pode sinalizar alguma coisa para a gente, quando verdadeiramente a gente consegue fazer isso, encontramos uma saída. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

De alguma forma, os profissionais comprometidos com a problematização da demanda por capacitação, entendiam que estava contido neste pedido um preparo voltado para uma aplicação de técnicas ou métodos específicos. Para eles, esta lógica não seria suficiente para contemplar a complexidade dos casos de responsabilidade da saúde mental. Como se pode ver no relato a seguir:

O que estamos trazendo é uma diferença fundamental do que seria uma capacitação mais vertical – vamos aprender a diagnosticar ou a aplicar técnicas – e a diferença da capacitação em serviço que tem a ver com o trabalho que a gente se propõe. Que abrange muito mais a dimensão de se construir um caminho, de um projeto terapêutico singular, em cima daquilo que a gente se depara e que a gente não sabe. Como pensar uma capacitação neste sentido? Sem recorrer aos moldes de uma capacitação especialista? Porque essa não é a nossa lógica de trabalho. (Material

colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Por alguns instantes, parecia que se estava diante de uma aula sobre as balizas técnico-conceituais que deveriam nortear a rede de atenção psicossocial e não exatamente num espaço de construção coletiva de estratégias de enfrentamento para os impasses encontrados. A preocupação em transmitir e reforçar os conceitos-chave, de certa forma, impedia que a demanda por capacitação pudesse ser concebida para além dos traços manicomialmente que supostamente continha.

A necessidade de se chegar num posicionamento do Fórum que representasse todos ali presentes, em relação à polêmica em torno do lugar de tratamento para autistas, parecia não deixar espaços para a valorização do que muitos profissionais estavam tentando advertir.

Curiosamente, naquele Fórum havia uma aproximação entre os discursos de familiares que reivindicavam serviços especializados e a exposição de profissionais de saúde mental que requeriam capacitação. Mais especificamente, os profissionais dos CAPS de municípios pequenos e os CAPS de adultos de uma forma geral, aprovavam a crença de que seria necessária uma capacitação para atender autistas. Na visão expressada por eles, o CAPSI seria uma espécie de especialista, na medida em que detinha a expertise de como lidar com os autistas. E como eles não detinham especialização, não sabiam o que fazer com esta clientela.

A aproximação desse discurso com os grupos de familiares defensores de serviços especializados também pôde ser notada pela concepção de diferença entre os autistas e os demais usuários de saúde mental, apesar das diferenças contidas nas demandas – os grupos que advogavam por serviços especializados entendiam que tal serviço deveria ser destinado exclusivamente para os autistas. Os CAPS não defendiam a necessidade de um serviço que atendesse exclusivamente um tipo de transtorno – as semelhanças na demanda por certa expertise para cuidar de autistas que diferia do cuidado de outras condições é um ponto de aproximação entre eles. Neste sentido, conferiam ao autismo o estatuto de uma condição que requeria mais do que apenas princípios éticos, mas também capacitações técnicas.

O discurso da necessidade de capacitação para o tratamento de autistas nos CAPS vai de encontro à soberania da singularidade. Ao ressaltarem a falta de preparo, premissas sobre a individualidade de cada caso em detrimento do diagnóstico ou mesmo o sofrimento do sujeito não pareciam suficientes para que aqueles profissionais se sentissem preparados para acolher e tratar da clientela autista.

Embora os trabalhadores presentes no fórum não fizessem referência à necessidade de um Centro Especializado na Saúde Mental, a questão de uma capacitação específica para lidar com esses casos foi vista em vários comentários:

Acho que nós, que trabalhamos em CAPS, estamos preparados para acolher a crise, sem produzir respostas hospitalocêntricas. Estamos preparados para trabalhar na lógica intersetorial, a gente sabe manejar bem a interlocução com outros setores. A gente banca coisas fundamentais para a inclusão social dessas pessoas. Isso a gente sabe fazer com qualquer paciente, seja ele sujeito autista, sujeito psicótico ou sujeito usuário de drogas. Mas quando o assunto é a clínica centrada no indivíduo, principalmente quando ele é autista e não usa a palavra para se comunicar, aí o bicho pega. É daí que vem a demanda pela capacitação. Estamos precisando de uma capacitação clínica mesmo. Como trabalhar os autistas na parte clínica? Porque não adianta inserir numa oficina se ele vai ficar num cantinho isolado. Também não adianta fazer uma oficina só para autistas, se não sabemos nem o que propor. Dizem que alguns têm dificuldades com sons e outros com toques. Acho que precisamos de capacitação nesse sentido. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

A convergência dos discursos em torno da capacitação revela que existe a crença compartilhada entre alguns profissionais da rede da saúde mental de que, de fato, para tratar autistas, determinadas qualificações são necessárias. Vale ressaltar que não foi mencionado nenhum tipo de demanda por capacitação específica.

As repercussões de como a polêmica acerca do tratamento de autistas impactou os diferentes municípios do Estado também foi tema da discussão.

Eu ando superangustiada com o que está acontecendo em São João de Meriti. Sou trabalhadora do CAPSI de lá e precisamos entender melhor o que está acontecendo. Na minha cidade, espalharam cartazes da campanha que defende que o CAPSI não é lugar de autista. Imediatamente, vários familiares recorreram à equipe para pedir maiores explicações. E eu fui me informar. A verdade é que fiquei mais confusa do que qualquer coisa. Vi que saíram 3 diretrizes diferentes. Duas elaboradas por profissionais e uma elaborada por uma associação forte de familiares autistas. Na minha cidade existe agora uma escola especializada em autismo. Antes, a gente fazia uma dobradinha interessante. Mas com essa campanha, vários usuários nos deixaram. Eu sei que o trabalho que desenvolvemos é legítimo e traz resultados. Mas não basta a gente saber. Precisamos que os familiares dos nossos serviços possam dizer isso também. Até este exato momento, eu também era uma que acreditava que precisava ter capacitação, mas depois que vocês falaram que não tem receita de bolo e que é sempre um desafio, fiquei mais aliviada. Sei que a nossa lógica é tratar independente da patologia. E um serviço público deve valorizar o acesso. A gente luta contra o estigma, contra a exclusão. Mas eu realmente não sei o que dizer, quando os pais questionam por que o CAPS não é lugar para autista. Ou melhor, como defender que um serviço não especializado é melhor que um especializado? Como eu sou trabalhadora de saúde mental e amo o que faço, eu entendo, mas eles não entendem essa história que um serviço especializado exclui. Então minha pergunta é essa: como devo me posicionar? Como a gente deve agir e se organizar frente a uma organização que está aí batendo de frente com a gente? (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Uma profissional da escola especializada de São João de Meriti tenta explicar o que está acontecendo por lá.

Antes de mais nada queria que vocês soubessem que sou uma voz dissonante nessa escola. Como sou da saúde mental, todas as crianças ou jovens passam por mim antes de serem encaminhados para os CAPS ou CAPSI. A gente tenta fazer essa parceria de trabalho. Com o CAPSI é mais fácil, mas com o CAPS é muito difícil. Eles não recebem nossos encaminhamentos sob a alegação de não saberem lidar com autistas. Isso é muito grave. Porque eles próprios reforçam que o CAPS não é lugar de autista. Estamos diante de familiares e governantes que querem fazer da nossa escola uma clínica-escola, trazendo terapeutas ocupacionais, pedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos e salas especiais para os autistas. É disso que os pais estão falando, quando falam de um Centro Especializado. Um lugar que se destine exclusivamente para as questões do autismo. Eu já pedi para a coordenadora tirar os cartazes contra o CAPSI, mas sou uma voz contra toda a escola. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Outra situação colocada reforçou que o Estado do Rio de Janeiro apresentava diferentes realidades locais na configuração dos serviços da Saúde Mental. A situação de Resende era mais um exemplo:

A situação de Resende mostra como o CAPSI está perdendo a sua abrangência territorial. Pelo o que foi dito por um familiar que me considerou 'amigo do especialismo', o CAPSI de lá funciona como porta de entrada do Centro Especializado. Ele faz a triagem, o trabalho sujo de dar o diagnóstico para o Centro poder tratar. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Após o ativismo político da Associação de Pais e Amigos de Autista (AMAR) de Resende, em 2014, foi inaugurado o Centro de Atendimento ao Autista de Resende (CEMEAR). Submetido à secretaria de Educação, tem como objetivo oferecer apoio pedagógico para trabalhar a autonomia do autista com diversas estratégias de socialização e atividades de coordenação motora. Na audiência pública, relatada neste capítulo, foi mencionado que o município de Resende chegou numa possível integração entre o CAPSI e a Associação de Familiares. O acordo estabelecia que o CAPSI seria a porta de entrada para o CEMEAR. Tal acordo, foi considerado uma estratégia de integração pelos profissionais de Resende.

Foi a forma que conseguimos articular a inserção da saúde mental nessa conversa. Se não é o ideal, foi o possível diante da conquista da associação em relação ao Centro Especializado. O Centro já é uma realidade. Será inaugurado este ano. Eles vão trabalhar a parte pedagógica e nós ficaremos com as questões clínicas. (Material colhido em Fórum Interinstitucional para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes, em junho de 2014).

Porém, para os presentes no Fórum, foi visto com estranhamento. As críticas em torno desta integração enfatizavam o risco de se ter um serviço de saúde mental, trabalhando para reforçar uma lógica contrária aos CAPSI.

No final do Fórum, os alcances e as barreiras encontradas pela rede de saúde mental em relação ao atendimento dos autistas foram apontadas. As barreiras identificadas, apontavam as dificuldades relatadas pelos CAPS de adulto em atender os autistas. Também se registrou como um obstáculo a situação dos municípios que só contam com o CAPS 1. Na fala de encerramento do Fórum, as dificuldades foram resumidas como se pode ver a seguir:

Apareceu aqui no Fórum, as dificuldades que os CAPS de adulto têm em relação ao acolhimento dos autistas. Apareceu o quanto os CAPS de adulto não funcionam como CAPS para essa clientela. Porque se você é CAPS, a pessoa não pode estar ligada a um profissional que se interessa pelo assunto. Porque se o profissional não vem, não é atendido. Isso não é CAPS. Então o CAPS não está podendo ser CAPS para os autistas. Na medida em que está lidando dessa maneira. Temos que trabalhar esse assunto. Temos que chamar os CAPS, pensar numa discussão junto com eles. Vamos tomar as dificuldades como nossas e deles. Acho que surgiu o que você trouxe sobre os municípios que não têm CAPSIs e têm CAPS 1, e aí essa dificuldade vem. Por mais que a nossa orientação seja que o CAPS vai lidar com toda a complexidade e gravidade, no município, e isso inclui crianças e adolescentes autistas. Percebo que nesses municípios que não têm CAPSI, as crianças estão na APAE, na Pestalozzi, estão fora da saúde mental e isso é um problema que temos que enfrentar.

Chamou atenção de modo significativo que as demandas por capacitação não foram citadas como algo que merecia ser abordado em outros encontros. Tampouco foram lançadas estratégias coletivas de enfrentamento de tal situação. A única problematização girou em torno do discurso de desconstrução da demanda por capacitação, sendo ela considerada parte de uma lógica contrária à da atenção psicossocial. Desta forma, os pedidos de ajuda dos serviços que explicitavam claramente que não se sentiam preparados para atender esta clientela foram considerados como *resistência diante da complexidade dos casos que os serviços enfrentam no dia a dia*. Ademais, foi enfatizado que não existia exatamente capacitação para lidar com os casos complexos, para além da supervisão.

Outro ponto que foi claramente abordado, mas não teve reverberações, no sentido de estratégias coletivas, foi a diversificação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Cada região, cada cidade, apresentava uma realidade muito particular na maneira como entender sua responsabilidade para com a clientela autista. Os desafios enfrentados pelos CAPSIs do município do Rio de Janeiro pareciam bastante distintos de outros municípios. Muitas vezes, o CAPS I funcionava como o único dispositivo de assistência para esta clientela.

De acordo com Couto (2004, p10),

O Fórum é um espaço de debate coletivo que tem como premissa ética estabelecer, pelo eixo da saúde mental, uma interlocução permanente, visando à construção de uma rede de atendimento capaz de fazer frente à pluralidade de demandas em seus diferentes níveis de complexidade e, ainda, o estabelecimento de balizamentos técnico-conceituais, clínicos e políticos para direção das ações públicas, o intercâmbio de experiências e a elaboração de princípios gerais que norteiem a construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.

Diante das diversas realidades apresentadas, das dificuldades compartilhadas e das demandas por capacitação, o Fórum, naquele dia, estava mais para um espaço de educação permanente de disseminação de conceitos importantes que deveriam ser absorvidos pelos trabalhadores de saúde mental do que propriamente um enfrentamento coletivo para o que estava sendo trazido.

Para ilustrar, no encerramento do Fórum, foi colocada a necessidade de se chegar num posicionamento frente às *difamações direcionadas aos CAPSIs*.

A posição do fórum frente a esta questão está clara. Vimos o quanto que está dado que os autistas estão nos CAPSIs. A gente tem aí muitas experiências interessantes, com resultados positivos, a gente tem o que dizer. Embora as condições nem sempre sejam boas, embora a gente não tenha um número grande de pessoas na equipe, embora os vínculos de emprego estejam precarizados. A gente está enfrentando essa clínica. E estamos tendo resultados. A gente tem o que dizer.

Num movimento direcionado para a posição afirmativa da inserção dos autistas na rede de saúde mental, as dificuldades apresentadas pelos profissionais foram postas entre parênteses. As questões colocadas, efetivamente representavam barreiras que comprometiam o cuidado efetivo desta população. Apesar da inserção dos autistas nas políticas públicas da infância e adolescência em saúde mental se dar desde o início, a querela presenciada em torno do tratamento para eles na rede pública do município do Rio pôde servir como possibilidade de identificar e enfrentar os desafios atuais que o período pós-reforma psiquiátrica se depara hoje.

Urge, de um lado, que se compreenda quais são os limites e os alcances da proposta assistencial. Através das críticas direcionadas aos dispositivos assistenciais da Reforma Psiquiátrica, há uma oportunidade de redefinir os problemas que realmente precisam ser enfrentados. A defesa anti tudo que remete ao manicômio pareceu poder ofuscar as reais controvérsias que o debate havia suscitado.

Na trilha de alguns mal-entendidos, pode-se considerar que a necessidade presente no início da Reforma Psiquiátrica Brasileira – de se unir em nome do inimigo comum: o manicômio – atualiza-se, de forma equivocada, em torno da demanda por serviços especializados, tomados como faces da mesma moeda.

O tempo passou, avanços significativos já demonstravam a desconstrução da hegemonia manicomial (OMS, 2015). O que foi visto ao longo do capítulo foi que muitas vezes o discurso em defesa de princípios antimanicomiais não possuía aderência para além dos conhecedores e apoiantes do movimento da reforma psiquiátrica. Sendo assim, a querela em torno do autismo, em vez de batalha, parece uma ótima oportunidade para o enfrentamento de novos problemas apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o momento de reunir reflexões que só puderam ganhar clareza ao final deste longo percurso.

Num domingo qualquer de 2007, a mãe de Edvan me liga. Chorando muito, diz que o filho estava no chão, se contorcendo. Ela não conseguia decifrar o que estava acontecendo. Tampouco Edvan permitia que ela chegasse perto. O pai, desesperado, tentara chamar a ambulância, mas não teve sucesso. Por não saberem explicar o que o filho sentia, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) não pôde enviar sua equipe. A rede de suporte dessa família se resumia aos profissionais do CAPS.

Cheguei na casa de Edvan quarenta minutos após a ligação. A cena era assustadora. No chão da sala, ele estava tremendo dos pés à cabeça, debatendo-se e cada vez que alguém se aproximava, os gritos se intensificavam.

O fato era que Edvan estava sentindo muita dor. Não sabíamos identificar onde, nem porquê. Por isso, recorremos novamente ao SAMU. Após muita insistência, o Serviço de Atendimento abriu uma exceção, levando em conta que os profissionais do CAPS estariam juntos para ajudar. Eles autorizaram, sob a condição de que eu acompanhasse *o autista para mediar os procedimentos necessários*.

Não me lembro de outro momento em que sentisse tanto medo. No fundo, sabia dos meus limites em conseguir traduzir em palavras o que estava acontecendo com Edvan. Sentia-me de mãos atadas, considerando as imposições do SAMU – em decorrência das dificuldades dos profissionais da saúde em lidar com autistas - e o estado em que Edvan se encontrava. Estar sob a rubrica de trabalhadora do CAPS foi o que permitiu que os profissionais abrissem tal exceção. Afinal, eles depositavam nos agentes da saúde mental a competência para traduzir e mediar os procedimentos adequados a modo de interagir com um autista.

Ainda que não dispuséssemos de um aparato capaz de construir uma comunicação efetiva e clara em moldes comuns ao convívio social ou nos padrões tradicionais, a essa altura já tínhamos, eu e Edvan, um vínculo. Nossa aproximação já era um fato consolidado. Comigo ao lado, ele não estaria apenas diante de estranhos que o examinariam. Foi nisso que apostei para me manter calma.

A chegada da ambulância se revelou mais um grande desafio. O espanto dos profissionais foi notável. Eles não sabiam por onde começar. A essa altura, Edvan já estava

desidratando. Mesmo com sinais explícitos de fraqueza, não permitia o contato físico, o que inviabilizava os procedimentos médicos necessários. Aos gritos e se debatendo, ele assustava ainda mais a equipe do SAMU. Durante a remoção para o hospital, passamos por várias situações difíceis. Diversas vezes, escutamos: *“desse jeito não dá”*. *“Assim vai ser impossível, vamos ter que amarrar”*.

Edvan teve que ser internado, passou por uma cirurgia de apendicite. Por uma conjunção de fatores favoráveis, foi possível evitar a gravidade do rompimento do apêndice. O caso de Edvan oportunizou a vivência do que se chama na saúde mental de clínica ampliada. A clínica da vida cotidiana das dificuldades concretas experienciadas por pessoas acometidas por transtornos mentais (TENÓRIO, 2001). As barreiras sociais de acesso à saúde, educação, cultura, entre outras, vivenciadas pelos autistas e suas famílias, são muitas. O trabalho desenvolvido no campo da saúde mental com os autistas coloca seus profissionais diretamente em contato com esses obstáculos.

A dimensão da importância da integralidade do cuidado fornece ferramentas para apostar na responsabilidade que um CAPS tem por sua clientela. Responsabilidade de se fazer operar o cuidado em todas as suas faces. O episódio do SAMU é um dos muitos exemplos que demonstram esses desafios. Edvan não poderia adoecer de qualquer outra coisa. O autismo fagocitava todas as outras possibilidades.

A partir do caso de Edvan, surgiram as perguntas que mobilizaram minha trajetória no campo da atenção psicossocial. Como os autistas estão inseridos na rede de saúde mental? Seria o Centro de Atenção Psicossocial o lugar privilegiado para o acolhimento dessa clientela? Quais são seus destinos possíveis na rede pública de saúde? Seria necessário pensar em serviços especializados?

A equipe do EAT, ao insistir na posição ética e linha mestra da clínica ampliada e de colocar a doença entre parênteses, produziu o ensino indispensável do modo de operacionalizar nos moldes clínicos as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Quem trabalha nesta lógica está exposto a todo tipo de ocorrências de situações impensáveis na vida das pessoas para as quais destina o cuidado assistencial.

Diante das demandas por serviços especializados entendidos como os mais adequados para o tratamento de autistas, o campo da saúde mental se viu às voltas com a emergência de refletir com mais profundidade sobre suas propostas assistenciais para esta população.

A imersão etnográfica permitiu um contato próximo à realidade acerca de como os autistas estão inseridos nos serviços definidos como estratégicos e fundamentais para a

organização da rede de atenção à saúde mental pública. Com o advento de políticas públicas deste setor, fundadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, os serviços estratégicos da saúde mental caminharam na direção da ampliação do acesso e desinstitucionalização. Neste sentido, promoveram uma lógica assistencial fundada nas premissas antimanicomiais.

Se é verdade que muitos avanços foram consolidados a partir da implantação da política pública de saúde mental (COUTO, 2012), outros desafios pós era manicomial estão colocados. Ao longo desta pesquisa, foram evidenciadas as crescentes demandas por serviços especializados e duras críticas em relação ao modelo assistencial proposto aos autistas pela rede de atenção psicossocial.

Ao longo desta tese, o resgate do percurso histórico que antecedeu o CAPSI Maurício de Sousa se impôs. A criação do NAICAP, primeira iniciativa pública para o atendimento de crianças autistas e psicóticas, em um dispositivo diário e intensivo na área da saúde mental, mereceu sobressair por ter se tornado uma espécie de referência direcionada à assistência dessa população. A criação do NAICAP tornou-se possível devido a uma conjunção de fatores – o empenho de profissionais, o reconhecimento da demanda de uma população e do vácuo assistencial, parcerias com instituições acadêmicas, dedicação para capacitação, entre outros – que o levou a ser considerado por muitos como um serviço especializado nessa população.

O segundo capítulo buscou trazer uma reflexão acerca de como a clínica ampliada, através dos preceitos da Reforma (acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade) influenciou o tratamento oferecido aos autistas no CAPSI Maurício de Sousa e o discurso antiespecialismo dos profissionais dos CAPSIs. Ainda ao longo do segundo capítulo, foi visto como os pressupostos antimanicomiais embasam a maneira pela qual os profissionais do CAPSI concebem a lógica assistencial. As orientações clínicas são fortemente justificadas pela recusa de um paradigma manicomial. Nesta direção, a singularidade, o diagnóstico entre parênteses, a clínica ampliada são marcas que aparecem como alternativas ao desmonte do paradigma manicomial. Pode-se dizer então que é a partir dessas premissas que os profissionais sustentam suas críticas às demandas por serviços especializados. A recusa a modelos que remetem a padronizações, normalizações, higienismo ou até pedagogizações, é embasada na associação a práticas manicomiais.

A imersão etnográfica no CAPSI Maurício de Sousa possibilitou a reflexão destas considerações, por ter apontado alguns desafios mercedores de seleção e realce. Haja vista a operacionalização das diretrizes – acesso universal, integralidade do cuidado e intersetorialidade –, que embora sejam extremamente necessárias no campo ético e político, na

esfera clínica assistencial, exigem a mobilização intensiva das equipes de trabalho. Não à toa, encontramos recorrentemente a frase “o CAPSI não tem pernas para dar conta”. A grande maioria dos profissionais a que tivemos acesso, enfatizou que se sentem extremamente exigidos e *não conseguem dar conta da demanda*.

Ainda que não tenha sido possível, neste estudo, investir na avaliação da capacidade operacional do serviço da clínica ampliada, alguns dados objetivos podem trazer reflexões importantes. O CAPSI Maurício de Sousa contava, em 2014, com 23 profissionais, além de estagiários e residentes. Considerando que existem 200 usuários ativos, frequentando o serviço e em média 25 usuários novos que acessam a porta de entrada do CAPSI mensalmente. Considerando a quantidade de injunções vivenciadas pelos profissionais no cotidiano do serviço – atendimentos individuais, grupais, participação nos turnos, oficinas, reuniões de equipe, de miniequipe, participação em fóruns, visitas domiciliares, trabalhos intersetoriais, porta de entrada, acompanhamento de internações quando necessário e tantas outras funções, como preceptoria, supervisão e etc.– a conta do número de profissionais existentes para a quantidade de usuários que frequentam o CAPSI parece *não fechar*, isto é, não corresponde.

As dificuldades relatadas para fazer funcionar a perspectiva de clínica ampliada, territorial e intersetorial, contribuem para se pensar nos obstáculos enfrentados. Arriscando uma contabilidade básica, pode-se afirmar que, partindo do pressuposto que cada profissional trabalhe 8 horas por dia, cinco vezes por semana, chegaríamos a um total de 920 horas semanais, que poderiam ser distribuídas na dedicação destinada aos 225 usuários. Neste raciocínio, cada usuário poderia receber, em média, 4 horas de dedicação por semana. Será que esse tempo seria suficiente para operacionalizar as propostas assistenciais de um CAPSI, nos moldes da clínica ampliada, dentro e fora do serviço? É claro que essa conta não se aplica à realidade do CAPSI, na medida em que nem todos os profissionais têm a mesma carga horária, assim como cada usuário vai demandar uma intensidade e proposta terapêutica única (a partir da singularidade e de determinado momento). Ainda assim, esta simples conta pode ilustrar a distância que existe entre a proposta assistencial e a capacidade operacional de viabilizar tal proposta.

Ainda que estudos tenham avançado no sentido de produção de indicadores das propostas assistenciais dos serviços comunitários da Reforma Psiquiátrica (LIMA et al 2017; ONOCKO et al, 2010; PINHO et al, 2011; GONÇAVES, 2011), encontrar critérios capazes de avaliar o impacto dessas propostas assistenciais tem se revelado um dos maiores desafios do campo da saúde mental. Mesmo que os modos de avaliação e referências tenham que ser distintos dos comumente conhecidos em áreas biomédicas ou áreas mais objetivas, é necessário

que nos dediquemos a encontrar formas de avaliar o impacto desta proposta assistencial na vida dos usuários.

Na tentativa de afirmação da clínica ampliada, os profissionais recorreram à noção de singularidade e projeto terapêutico individual para descrever o trabalho clínico realizado com os autistas. A relevância da discussão acerca da complexidade de uma clínica ampliada, não generalizável e singular, exige que se encontre formas de mapear quais são seus recortes clínicos e seus impactos. Sob o risco de nomearmos indiscriminadamente qualquer situação como intervenção clínica, este desafio nos parece inadiável. Ainda mais em um momento em que apontar o resultado do trabalho que se realiza na clínica da atenção psicossocial se mostra imprescindível.

Em virtude dos fatos mencionados acerca da influência da psicanálise no CAPSI, somos levados a acreditar que, além da preponderância decorrente do histórico da instituição, o discurso da psicanálise se alinha a certos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Ademais, por existir uma dificuldade em nomear de clínica os pressupostos éticos e políticos da Reforma Psiquiátrica, a psicanálise fornece conceitos para estes fins.

Levando-se em conta o que foi observado, acredita-se que, por isso, a força do discurso prevalente do “antimanicomial” (que se desdobra para o antiuniversalizante, antipadronizante e antipedagogizante) encontra no vocabulário da psicanálise consonância com as premissas éticas e políticas da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo do mergulho etnográfico, foi possível ver como a mistura desses pressupostos *anti* tudo, que remete ao combate a práticas manicomiais e às premissas psicanalíticas, aparecia na clínica. Algumas ambivalências *antipedagógicas*, que se materializavam através da *liberdade instituída* partiram daí.

No terceiro capítulo a apresentação do modo como os profissionais da saúde mental concebiam as críticas e se posicionavam nos espaços públicos em defesa de suas práticas levou a considerar que as premissas antimanicomiais se encontram bastante difundidas num campo que visa a desconstrução de paradigmas. A promoção da não exclusão e da construção diária do exercício de cidadania, vem funcionando como alento em defesa dos serviços da Reforma Psiquiátrica. No entanto, a celeuma acerca do tratamento especializado em detrimento da clínica ampliada ilumina desafios do autismo dentro e fora do campo da saúde mental.

De muitas formas, a maneira como os profissionais concebem as demandas por Centros Especializados (oriundas de associações de familiares) é associando-as diretamente aos

pressupostos manicomiais. Isto acaba produzindo uma batalha onde os dissensos afastam as possibilidades de diálogo.

Também cabe frisar que a demanda por capacitação apareceu fortemente entre os profissionais de saúde mental. Muitos alegam não ter capacitação para enfrentar os desafios que o trabalho com autismo impõe. As tensões que revelam obstáculos que os autistas encontram na rede de saúde mental apareceram. Um dos nós mais citados consistiu na dificuldade de CAPS de adulto e CAPS I em acolher e tratar os autistas. Ao desenvolverem este tema, os profissionais da saúde mental mostraram que há uma crença de que os CAPSI, por serem *especializados nos temas da infância*, detinham a expertise para tratar os autistas.

Os CAPSIs, por sua vez, ao tomarem o foco da infância como uma especialização em si, (talvez para evitar o foco no diagnóstico), tornaram algumas condições – como o autismo – difíceis de serem concebidas como desassociadas do campo da infância. Quem sabe, seja esse o motivo da dificuldade tanto para os CAPSI encaminharem e quanto para os CAPS absorverem os autistas que se tornam adultos. Outro ponto de emergência a suscitar pesquisas futuras.

Ainda que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, nos moldes da clínica ampliada, sirvam como norte para a inserção dos autistas nos dispositivos da saúde mental, urge pensar como as especificidades do autismo, apontadas inclusive entre os profissionais da equipe, mobilizam profissionais afins, pais e familiares envolvidos, em prol de uma qualificação da atenção aos autistas.

Um dos mais importantes achados desta pesquisa se concentra na desconstrução da aparente polarização – associações de pais *versus* profissionais da saúde mental – do debate acerca do atendimento para autistas na rede pública. Levando-se em conta os aspectos observados, concluímos que o cenário é composto por uma gama mais complexa e abrangente de fatores, dos quais merecem destaque as confluências entre os supostos opositores e as discordâncias entre os aliados.

O desafio em responder como os autistas estão inseridos na saúde mental ainda está colocado. A relevância da discussão acerca do atendimento a autistas na rede pública é um convite para que o campo da atenção psicossocial mantenha sua fertilidade em direção à construção efetiva em busca desta resposta.

Com ânimo e delicadeza a futuras pesquisas, almeja-se que o trabalho desta tese venha a contribuir, ainda que timidamente, nesta direção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. C; DELGADO, P.G.G. (org.). *De volta à cidadania: políticas públicas para criança e adolescente*. Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula-FUNLAR e Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro, 2000.
- ANDRADA, B. F da C. de. *Sentidos e desafios do autismo para o território: um estudo etnográfico*. 2017.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2017.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*.2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. (coord.). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____ et al. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARRUDA, E. *Resumo histórico da psiquiatria brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1995.
- AZEVEDO, F.C.; FREITAS, A.C.; CANCIO, A.L.V. *Implantação de um hospital dia no Hospital Dr. Philippe Pinel*. Rio de Janeiro: UERJ/ Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 1993.
- BEZERRA Jr., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250, 2007.
- _____ & AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- _____. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BETTELHEIM, B. *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BILAC, O. Registro histórico. In: AMARANTE, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. *Loucura & Civilização Collection*, pp.307-314. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Série F: Comunicação e Educação em Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 16 jun.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (2001). III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2008.

CAMARGO Jr, K.R. As muitas vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. de A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CARRARA, S.; CARVALHO, M. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, p. 391-99, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr.2016.

CARVALHO, K.A de. Uma proposta de trabalho institucional com crianças autistas e psicóticas na rede pública. In: *Recurso: Autismo e psicose na infância*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ PBH, n2,1998. p.50-56.

_____. De um lugar impossível a um espaço de possibilidades. *Revista de Psiquiatria & Psicanálise com crianças e adolescentes*. Vol. I, n.3, Belo Horizonte, FHEMIG, 1995.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA [CONADE], Minuta de Decreto-Lei 12.764/2012. Disponível em:<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/noticias/nota-publica>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COUTO, M.C.V. *Triagem Naicap*. Rio de Janeiro, 1998 (mimeo).

_____. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. 2012. 165f. Rio de Janeiro. 2012. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

_____. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. BRASIL, Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental – “Cuidar sim, excluir não”. Brasília, dezembro de 2001.

_____; DELGADO, P.G.G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: RIBEIRO, E.L. e LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). *O CAPSI e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Huicitec, 2016. p.161-92.

_____. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004: 61-74.

_____. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, ano VI, n.16, p.41-43, 1997.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

FACCHINETTI, C. *Da loucura à alienação mental: o Hospício Nacional de Alienados entre 1910 e 1939*. Relatório de pesquisa de pós-doutoramento. Apoio CNPQ-FIOCRUZ, 2006.

_____ et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. p.733-68.

FELDMAN, C. *Relatos sobre autismo: um estudo sobre narrativas em primeira pessoa*. 96f. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GONÇALVES, R.W. Acesso universal ao cuidado como eixo do processo de avaliação na reforma psiquiátrica: construção de referências para o estudo da produção dos centros de atenção psicossocial. 132f. 2015. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental). IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro, 2015.

JACÓ-VILELA, A.M; MESSIAS, M.C.N; BARBOSA C.F; CARNEIRO, F.D. *A clínica de orientação infantil do IPUB: um olhar sobre a participação feminina na constituição dos saberes e práticas psi no Brasil*. 2012. Disponível em <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/199.%20a%20c1%CDnica%20de%20orienta%C7%C3o%20infantil%20do%20ipub.pdf>. Acesso em: 10fev.2015.

JORGE, M.A.S. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção em saúde mental diária. 117f. 1997. Dissertação (Mestrado). Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KANNER, L. Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *Am J. Orthopsychiatry*. 19 (3): 416-26.1949.

LEAL, E.M. & DELGADO, P. G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. p.137-154. In: *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. CEPESC/ IMS/ UERJ/ ABRASCO: Rio de Janeiro, 2007.

LIMA, R.C. et al. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.26, 2017, p.196-207.

LIMA, R. C. et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 715-39, set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300715&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LUCHMANN, L. H. H. & RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 399-407, 2007.

MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ACOLHIMENTO: Orientação para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de U.A. como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios. Disponível

em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf> Acesso em: 30 mar. 2016.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: _____; PINHEIRO, R. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p.43-68.

MEDEIROS, T. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: RUSSO, J. e SILVA FILHO, J. F. *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UFRJ, 1992.

MELLO, A.M.S.R.; HO, H.; DIAS, I.; ANDRADE, M. *Retratos do autismo no Brasil*, 1.ed. São Paulo: AMA, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saudementalpassopasso.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

MONTEIRO, K.A.C; RIBEIRO, M.M.C. A direção do trabalho em instituição pública com adolescentes autistas e psicóticos. In: COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 5. 2004, São Paulo.

MÜLER, T.M.P. *A primeira escola especial para “crianças anormais” no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville do Hospício Nacional de Alienados (1903-1920): uma leitura foucaultiana*, 1998. Dissertação. (Mestrado em Educação). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MILLER, J. A. *Produzir o sujeito? Matemáticas 1*. Rio de Janeiro: Campo Freudiano do Brasil/ Jorge Zahar, 1996.

NUNES, F.; ORTEGA, F. Ativismo Político de pais de autistas no rio de janeiro: reflexões sobre o “direto ao tratamento”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.25, n.4, , 2016. p.964-975.

OLIVEIRA, B.D.C. de. *Análise das políticas brasileiras para o autismo: entre a relação psicossocial e a reabilitação*. 146 f, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

_____; FELDMAN, C; COUTO, M.C.V; LIMA, R.C. *Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação*, Phisys, 2017. (não publicado).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS. Seminário Internacional de Saúde Mental. “Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma

Psiquiátrica Brasileira”, promovido pela Fiocruz e pela Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental Global, com a colaboração ativa da Organização Mundial da Saúde, da Organização PanAmericana de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, realizou-se nos dias 23, 24 e 25 de março de 2015, no Rio de Janeiro.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ano 10, n1, 2010, p.221-241.

ORTEGA, F. *The cerebral subject and the challenge of neurodiversity*. *BIOSOCIETIES*, v.4, 2009. p.425-45.

PINHO, L.B. et al. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v.30, n4, 2011, p.354-360.

PITTA, A.M.F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
_____. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas, 2011 Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

QUINET, A. *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

RAMOS, F. e GEREMIAS, L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas.[s.d.]. Disponível em:<<http://docplayer.com.br/5842109-Instituto-philippe-pinel-origens-historicas.html>>. Acesso em: 26 abr.2016.

RUSSO, J. *Os três sujeitos da psiquiatria*. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n.8, 1997. p.11-21.

RIBEIRO, M.R.P. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

RIBEIRO, J.M.L.C: O percurso de um trabalho em instituição orientado pela psicanálise. In: _____. & MONTEIRO, K.A.C. (org.). *Autismo e psicose nas crianças: trajetórias clínicas*. Rio de Janeiro, 7Letras, 2004.

_____. *A criança em trabalho*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013.

RIOS, C.; ANDRADA, B.C. The changing face of autismo in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, v.39, n.2, Jun. 2015. p. 213-234.

_____; CAMARGO,K. Especialismo, especificidade e identidade – as controvérsias em torno do autismo no SUS. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2017jul). [Citado em 14/09/2017]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/especialismo-especificidade-e-identidade-as-controversias-em-torno-do-autismo-no-sus/16287?id=16287>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. São Paulo: ZAHAR, 1998.

ROTELLI, F. et al (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. et al. A instituição inventada. In: _____. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHECHTMAN, A. Psiquiatria e infância: uma abordagem histórica In: *Duzentos anos de psiquiatria*. SILVA FILHO, J.F. e RUSSO, J.A. (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ed: UFRJ, 1993.

_____. *Psiquiatria e infância: um estudo histórico sobre o desenvolvimento da psiquiatria infantil no Brasil*. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1981.

SILVA, M.B.B. Reflexividade e implicação de um "pesquisador-nativo" no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios "colegas de trabalho". *Revista de Antropologia Social*, Paraná, v.2, n.8, 2007. p.99-115.

SILVA, R.P. Medicina, educação e psiquiatria para infância: o Pavilhão Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, vol.12, n.1, março 2009. p.195-208.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E.de C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S. e FIGUEIREDO, A. C. (org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2006. p.55-72.

_____. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

TEIXEIRA, M.O.L. *A psiquiatria e a universidade no Brasil: a contribuição de João Carlos Teixeira Brandão no seu nascimento*. Disponível em:< polbr.med.br>. Acesso em: 26 abr. 2016.

_____. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. In: Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos do IPUB: UFRJ*, n.3, 1999 p.85-94.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. *Manual de Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria In: PITTA, A.M.F.(org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 4.ed. 2016.

SILVA FILHO, J.F. da. O instituto de psiquiatria- IPUB/UFRJ. Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ número especial. UFRJ, 1998, 60 anos 1938-1998.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Uma etnografia do campo do autismo no Rio de Janeiro: da experiência vivida às políticas públicas em saúde”, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conduzida pelas pesquisadoras Clarice Rios, Barbara Costa Andrada e Clara Feldman. Este estudo tem por objetivo o mapeamento das concepções socialmente partilhadas acerca dos transtornos do espectro autista.

Você foi selecionado(a) por ser um profissional de saúde que tem contato com o autismo em sua área de atuação. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Você deve estar ciente de que há pouco ou nenhum risco envolvido na participação desta pesquisa. Sua participação não é remunerada mas também não implicará em gastos para você. A pesquisa envolve apenas que falemos sobre suas opiniões e experiências relacionadas ao autismo. Se em algum momento você se sentir desconfortável com o modo como a entrevista está sendo conduzida você tem o direito de parar a entrevista, ou adiar a entrevista para uma outra data.

Se você concordar em participar dessa pesquisa, você será requisitado a participar de uma entrevista. A entrevista será realizada no horário e local mais conveniente para você e deve durar de uma a duas horas. Uma ou duas pesquisadoras estarão presentes durante a entrevista, que versará sobre os temas relacionados em anexo. A entrevista será registrada em um gravador digital.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Todas as precauções serão tomadas no armazenamento dos dados da pesquisa de forma a proteger o anonimato dos participantes.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Clarice Rios, pos doutoranda no IMS da UERJ, Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21) 2334-0235 (institucional) e (21) 97101-1144 (pessoal). Email: clarice.r@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO B - Temas abordados nas entrevistas com profissionais

As questões a serem exploradas focam na inserção do autismo na rede pública de saúde mental.

Entre os temas abordados estão:

- se possível, informações acerca da história do campo do autismo na atenção psicossocial
- informações sobre o histórico do serviço infantojuvenil do Hospital Municipal Philippe Pinel
- histórico da formação profissional do entrevistado e descrição do trabalho que desenvolve relacionado ao autismo.
- descrição e contextualização do funcionamento do serviço
- descrição e contextualização da abordagem profissional utilizada pelo entrevistado.
- como e onde busca informações a respeito do autismo.
- maiores desafios encontrados no processo diagnóstico e na prática clínica.
- maiores desafios encontrados no trabalho territorial e intersetorial
- maiores desafios encontrados sobre o acesso universal
- causas usualmente atribuídas aos problemas apresentados pelas crianças tratadas pelo entrevistado.
- casos mais marcantes na carreira do profissional (seja de sucesso ou de fracasso).
- impressões gerais a respeito de outras abordagens terapêuticas.