

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Pedro Henrique Marinho Carneiro

POLÍTICA SOCIAL, SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA E JUVENTUDE:  
a Medicalização dos Transtornos de Conduta em Carapicuíba (SP)

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Pedro Henrique Marinho Carneiro

Política Social, Saúde Mental e Infância e Juventude:

a medicalização dos Transtornos de Conduta em Carapicuíba (SP)

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Lucia Silva Barroco

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

---

Prof. Dra. Maria Lucia Silva Barroco  
(orientadora)

---

Prof. Dr. Maurílio de Castro Matos

---

Prof. Dra Regina Maria Giffoni Marsiglia

## Resumo

O tema de estudo desta dissertação consiste na análise dos processos de medicalização de expressões da questão social, como mecanismo presente nas ações em saúde mental destinadas à infância e juventude no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que se refere ao processo de medicalização de jovens que apresentam comportamentos considerados socialmente desviantes e o diagnóstico de "transtorno de conduta", de acordo com critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). O estudo situa o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Mental, com base na experiência da cidade de Carapicuíba (SP), considerando as dimensões da Política Social Brasileira. Para tanto, apresenta as características do CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) e do município. Desenvolve, ainda, um retrospecto sobre a história da psiquiatria infantil no Brasil desde suas primeiras expressões até a reorientação do modelo de atenção em saúde mental, fazendo referência ao processo de mobilização dos trabalhadores, usuários e familiares que viabilizou o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A análise dos processos de medicalização é desenvolvida a partir de pesquisa documental e de campo, sendo esta caracterizada pelo levantamento de dados presentes nos prontuários dos usuários matriculados no CAPS infantil. A partir do cenário apresentado, realizou-se a identificação de elementos que apontam as respostas do Estado diante das necessidades dos adolescentes e as possibilidades articulação entre políticas sociais com vistas ao enfrentamento de violações aos Direitos Humanos.

Palavras chave: Política Social, Saúde Mental, Infância e Juventude, Transtorno de Conduta

## Abstract

The theme of this dissertation study is to analyze the processes of medicalization of expressions of social issues, as a mechanism present in mental health interventions aimed at children and youth under the National Health System (SUS), particularly with regard to the process medicalization of youth who exhibit behavior deemed socially deviant and the diagnosis of "conduct disorder", according to criteria of the International Classification of Diseases (ICD 10). The study places the development of the current National Policy on Mental Health, based on the experience of the city of Carapicuíba (SP), considering the dimensions of the Brazilian Social Policy. It presents the characteristics of the CAPS (Center for Psychosocial Care for children) and the council. Develops also a retrospective on the history of child psychiatry in Brazil since his first words to the reorientation of the model of mental health care, referring to the process of mobilization of workers, patients and families that made possible the development of the Brazilian Psychiatric Reform. The analysis of the processes of medicalization is developed from archival research and field, which is characterized by the survey data contained in records of users registered in CAPS child. From the scenario presented, was held to identify elements that link the State's responses on the needs of adolescents and the potential link between social policies aiming to confront human rights violations.

Keywords: Social Policy, Mental Health, Children and Youth, conduct disorder

*Carta de uma mãe, costureira, à redação do Jornal da Tarde*

*Sr. Redator*

*Desculpe os erros e a letra pois não sou costureira nestas coisas de escrever e se hoje venho a vossa presença é pra botar os pingos nis ii. Vi no jornal uma notícia sobre os furtos dos Capitães da Areia e logo depois veio a polícia e disse que ia perseguir eles e então o doutor dos menores veio com uma conversa dizendo que era uma pena que eles não se emendavam no reformatório para onde mandavam os pobres. É pra falar no tal reformatório que eu escrevo estas mal traçadas linhas. Eu queria que seu jornal mandasse uma pessoa ver o tal reformatório para ver como são tratados os filhos dos pobres que têm a desgraça de cair nas mãos daqueles guardas sem alma. Meu filho Alonso teve lá seis meses e se eu não arranjasse tirar ele daquele inferno em vida, não sei se o desgraçado viveria mais seis meses. O menos que acontece pros filhos da gente é apanhar duas e três vezes por dia. O diretor de lá vive caindo de bêbado e gosta de ver o chicote cantar nas costas dos filhos dos pobres. Eu vi isso muitas vezes porque eles não ligam pra gente e diziam que era pra dar exemplo. Foi por isso que eu tirei meu filho de lá. Se o jornal mandar uma pessoa lá, secreta, há de ver que comida eles comem, o trabalho de escravo que têm, que nem um homem forte agüenta, e as surras que tomam. Mas é preciso que vá secreto senão se eles souberem vira um céu aberto. Vá de repente e há de ver quem tem razão. É por essas e outras que existem os Capitães da Areia. Eu prefiro ver meu filho no meio deles que no tal reformatório. Se o senhor quiser ver uma coisa de cortar o coração vá la. Também se quiser pode conversar com o padre José Pedro, que foi capelão de lá e viu tudo isso. Ele também pode contar com melhores palavras que eu não tenho.*

*Maria Ricardina, costureira*

*Jorge Amado -1937*

*Dedicatória:*

*À Cecília Prada que atendeu o pedido de "Maria Ricardina" após 42 anos e foi ver os meninos.*

## **Agradecimentos**

Aos meus maiores professores José Maria Carneiro e Maria Aparecida Marinho que me ensinaram sobre o trabalho e os livros.

À Thais Soboslai, companheira querida, por tudo que vivemos.

À Lucia Barroco pela generosidade e participação em meu processo de amadurecimento.

Às colegas de formação e pesquisa: Gessira de Fiori e Vera Lucia Martins pela solidariedade e afetividade dos encontros.

Aos professores Evaldo Viera, Regina Marsiglia Giffoni, João Machado Borges Neto, exemplos profissionais de dedicação ao campo da docência.

Aos trabalhadores da Saúde que conviveram comigo no CAPS infantil: Carolina Donato (por me ensinar sobre a delicadeza silenciosa das crianças), Nelci Andreguetto, Lucas Bueno, Tânia Takakura e Ana Kleiman; à Eraldo Ferreira do Nascimento e Luiz Gonzaga, que tanto me contou sobre as experiências de auxiliar de enfermagem no hospital psiquiátrico Anhembi e que vive os dilemas da reforma psiquiátrica.

Agradeço Marcel Vallois pela oportunidade de voltar à cidade natal.

À Fernanda Araújo de Almeida e Amanda Guazelli pela convivência fraterna e enriquecedora.

Ao artista plástico Maurício Prado pelo contato com a história da arte e pela ebulição da convicção do fim dos manicômios e a Yossef Chamamovitz, com quem dividi a experiência da clínica.

A Lucas e Valdir, amigos antigos que contribuíram com a análise do RAP.

À Bruna Ribeiro, companheira de formação que me fez ler de novo literatura infantil.

À Cecília Prada e Juca Martins que mudaram o sentido de minhas anotações.

À querida amiga Cristiane Marçal pelos sonhos, lutas e conversas.

Ao antigo amigo e recente sociólogo Riva Marinho pela interlocução eloqüente.

À Flavio Gonzalez, livreiro que proporcionou o contato materiais de pesquisa.

À Professora Raquel Raichelis pela prontidão e solidariedade.

À CAPES pelo apoio.



## SIGLAS

AME – Ambulatório Médico de Especialidades  
APA – Associação de Psiquiatria Americana  
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade  
APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais  
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas  
CAPS infantil – Centro de Atenção Psicossocial infantil  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CGR – Colegiado de Gestão Regional  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
COHAB V – Companhia Metropolitana de Habitação  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CPTM – Companhia Paulista de Trens Metropolitanos  
CUT – Central Única dos Trabalhadores  
DIR V – Divisão Regional de Saúde V  
DN – Data de Nascimento  
DRS 1 – Departamento Regional de Saúde 1  
EC 29 – Emenda Constitucional 29  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
ETEC – Escola Técnica  
FATEC – Faculdade de Tecnologia  
FBH – Federação Brasileira dos Hospitais  
FEBEM – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor  
FGV – Fundação Getúlio Vargas  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FPM – Fundo de Participação de Municípios  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
IGP – DI – Índice geral de Preço  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IPTU – Imposto Predial de Terrenos Urbanos  
IPVA Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores  
IRRF – Imposto de Renda de Pessoa Física  
ISS – Imposto Sobre Serviços  
ITBI – Imposto de Transferência de Bens Imobiliários  
ITR – Imposto sobre Propriedade Territorial Rural  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OEA – Organização dos Estados Americanos  
OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-governamental  
OSS – Organização Social de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCC – Primeiro Comando da Capital  
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNCFC – Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária  
PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente  
PSC – Prestação de Serviços à Comunidade  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PT – Partido dos Trabalhadores  
RMSP – Região Metropolitana de São Paulo  
RP – Reforma Psiquiátrica  
SAM – Serviço de Assistência a Menores  
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados  
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica  
SINASE – Sistema Nacional de Medidas Sócio-educativas  
SIOPS – Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde  
SITI – Sistema de Informações sobre Focos de Trabalho Infantil  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNE – União Nacional dos Estudantes

## ILUSTRAÇÕES

<b>Ilustração 1</b> - Estádio do Niterói e COHAB II: o antigo Campo da Boiada ..	29
<b>Ilustração 2</b> – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social de Carapicuíba ....	33
<b>Ilustração 3</b> – Fotografia da região do Jardim Novo Horizonte e Granja Viana .....	34

## TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Densidade Demográfica da Região Oeste - Rota dos Bandeirantes .....	32
<b>Tabela 2</b> – PIB Municipal per capita dos municípios da Rota dos Bandeirantes .....	35
<b>Tabela 3</b> – Estratégia Saúde da Família na Região da Rota dos Bandeirantes .....	41
<b>Tabela 4</b> – Capacidade de investimento em Saúde dos municípios da região da Rota dos Bandeirantes (2009) .....	43
<b>Tabela 5</b> – Evolução dos CAPS no Brasil .....	91
<b>Tabela 6</b> – Recursos do Ministério da Saúde para a área de Saúde Mental .....	93
<b>Tabela 7</b> – Relação entre faixa etária e sexo dos moradores de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo .....	97
<b>Tabela 8</b> – Crianças e Adolescentes Abrigados segundo os principais motivos .....	125
<b>Tabela 9</b> – Situação de vínculo familiar das crianças e adolescentes abrigados .....	126
<b>Tabela 10</b> – Situação dos usuários com hipótese diagnóstica de Transtorno de Conduta (CID 10 –F91) CAPS infantil Carapicuíba 2005-2009 .....	148

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Taxa de Crescimento de Receita e Taxa do Investimento em saúde – Rota dos Bandeirantes .....	42
<b>Gráfico 2</b> – Evolução da Receita disponível per capita 2002 – 2007 para os municípios da Rota dos Bandeirantes .....	43
<b>Gráfico 3</b> – Redução dos Leitos Psiquiátricos no Brasil .....	91
<b>Gráfico 4</b> – Evolução dos CAPS no Brasil 1996 -2010 .....	92
<b>Gráfico 5</b> – Hipóteses diagnósticas dos usuários matriculados no CAPS infantil 2005-2010 .....	104

## QUADRO

<b>Quadro 1</b> – Fluxograma do CAPS infantil de Carapicuíba .....	110
--	-----

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1. Características do Município de Carapicuíba</b>	<b>26</b>
1.1. <i>Situação da Saúde</i>	38
1.2. <i>Estratégias de investigação</i>	47
<b>CAPÍTULO 1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA SOCIAL: PARÂMETROS PARA A ANÁLISE</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PARA INFÂNCIA E JUVENTUDE</b>	<b>64</b>
2.1. <b>Políticas Sociais para infância e juventude e medicalização</b>	<b>64</b>
2.2. <b>Contextualização do processo de implantação da Reforma     Psiquiátrica</b>	<b>85</b>
2.3. <b>Política de Saúde mental Para infância e juventude</b>	<b>94</b>
2.4. <b>O Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental infanto-     juvenil</b>	<b>98</b>
<b>CAPÍTULO 3 – O CAPS INFANTIL DE CARAPICUÍBA</b>	<b>101</b>
3.1. <b>Equipe Multiprofissional e condições de trabalho</b>	<b>119</b>
3.2. <b>Análise dos prontuários e das práticas do serviço</b>	<b>113</b>
3.2.1. <i>Trabalho</i>	117
3.2.2. <i>Violência</i>	119
3.2.3. <i>Abrigamento</i>	123
3.2.4. <i>Educação</i>	127
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>147</b>
<b>Anexo I</b> – Tabela de usuários do CAPSi de Carapicuíba diagnosticados como Transtornos da Conduta (2004-2009)	148
<b>Anexo II</b> – Reportagem do Jornal Folha de São Paulo	149
<b>Anexo III</b> – Relatos	153
<b>Anexo IV</b> – O RAP	171
<b>Anexo V</b> – Fotos de Juca Martins extraídas do Livro de Cecília Prada	194

## APRESENTAÇÃO

A elaboração de uma dissertação de mestrado sobre as questões relacionadas à organização da atenção em saúde mental para infância e juventude em Carapicuíba remeteu inicialmente a dois aspectos importantes. Primeiramente, a possibilidade de colaboração com a análise das condições de vida nas regiões metropolitanas de São Paulo, que foi ampliada sobremaneira pelo curso de mestrado em Serviço Social. Outro aspecto a ser destacado diz respeito à dupla inserção na vida da cidade: como munícipe na infância e como trabalhador desde o fim da graduação em psicologia em 2005 até meados de 2009.

Estar presente na cidade tantos anos depois da infância e reconhecer a paisagem de abandono que tinha em minha memória foi algo que muito me impactou. Talvez até a pintura do serviço de saúde que eu utilizara fosse a mesma.

Minha inserção como trabalhador se deu ainda em 2005 quando recebi um convite da Coordenação de Saúde Mental da cidade que objetivava implantar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) destinado a promover atenção a pessoas adultas com transtornos mentais. Mas o projeto não encontrou viabilidade de implementação imediata e fui lotado no CAPS infantil (CAPSi), que tinha acabado de ser credenciado<sup>1</sup>. Muito dos elementos que eu imaginava conhecer sobre a Reforma Psiquiátrica foram colocados à prova. Diversos problemas discutidos nos movimentos sociais, nos quais militei intensamente durante anos, apareciam como meras abstrações no cotidiano de trabalho. Os anos que seguiram foram de grande imersão

---

<sup>1</sup> O credenciamento do serviço é marcado pelo reconhecimento do Ministério da Saúde de que o CAPS está de acordo com as atribuições previstas. Geralmente esse processo ocorre depois do início das atividades do serviço. A partir do credenciamento são repassados os recursos federais relativos à alta complexidade em saúde mental.



naquela vida de Carapicuíba. Minha contribuição militante seria, a partir de então, marcada pelo desafio de colaborar para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) num município onde as ações do Estado pareciam divorciadas de qualquer escrito em papel ou sistematização.

A consideração do hiato existente entre as conquistas presentes no conjunto normativo da Reforma Psiquiátrica e a sua respectiva implantação nas realidades locais, de fato, circulavam entre as discussões que eu acompanhava. Entretanto, a dimensão das particularidades da cidade e das possibilidades de intervenção foram sendo delineadas no cotidiano do serviço. Inúmeras questões emergiam a partir do contato com os funcionários do serviço. Isso porque a equipe inicial que integrei era composta por uma “mescla” de trabalhadoras. Por um lado, aquelas que atuavam no município à longa data e enxergavam muito mais os limites do trabalho e, por outro, um grupo de jovens trabalhadoras que tiveram uma sólida formação no âmbito do SUS e nas intervenções clínicas com a infância e juventude.

De acordo com a legislação vigente, os CAPS se constituíram como serviços ambulatoriais estratégicos para a atenção em saúde mental no âmbito do SUS, sendo definidos conforme porte/complexidade e abrangência populacional<sup>2</sup>, e estruturados em função da “lógica do território”. Dentre as atribuições gerenciais, é de responsabilidade dos CAPS a organização e regulação da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, bem como a capacitação e supervisão das equipes, serviços e programas nos diferentes níveis de atenção em saúde do seu território. As

---

<sup>2</sup> Há três modalidades de CAPS, caracterizadas em ordem crescente de capacidade operacional para atendimentos segundo dimensão demográfica, quais sejam: CAPS I (20.000 a 70.000hab), CAPS II (70.000 a 200.000hab) e CAPS III, (município com mais de 200.000hab). O CAPS III é um equipamento que funciona 24 horas por dia e oferece o serviço de hospitalidade noturna para atenção à crise. Há também os CAPS AD (álcool e outras drogas) e os CAPS infantis, serviços previstos em cidades que abrangem de 70.000 a 200.000hab (Brasil, 2004a).

atribuições assistenciais, promovidas por equipe multiprofissional, abarcam o desenvolvimento de atividades comunitárias, ações intersetoriais<sup>3</sup> e atendimentos individuais, grupais e domiciliares, destinados também aos familiares; além da realização de oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (Brasil, 2004a).

A construção de um CAPS infantil, num contexto marcado pela dificuldade de acesso e baixa articulação da oferta de atenção na rede básica, parecia desdobrar-se numa grande demanda para tal serviço, demanda esta que extrapolava os objetivos descritos no projeto de implantação.

Como a oferta de atenção para infância e juventude era praticamente restrita ao pediatra, a população, sabendo que havia naquele serviço médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogas e terapeutas ocupacionais, aparecia com as mais diversas necessidades de atenção, mas não apenas de saúde. Aos poucos o debate relativo à porta aberta<sup>4</sup>, ou seja, relacionado à importância do serviço acolher a demanda da infância e juventude no município e mapear suas necessidades, foi tomando corpo e assim se desenhando um perfil de clientela mais definido.

Apareceram nesse momento de amadurecimento da equipe os grandes debates sobre demandas que poderiam não estar descritas nas Portarias do Ministério da Saúde, mas que configuravam necessidades claras de atenção em saúde no município; dentre as quais: a questão da violência física e sexual, das dificuldades de escolarização, do adoecimento de crianças e adolescentes decorrente

---

<sup>3</sup> No caso dos CAPS infantis, estabelecidas prioritariamente com as áreas da justiça, educação e assistência social (Brasil, 2004a).

<sup>4</sup> Como porta aberta podemos entender a atribuição ao serviço de acolher a todos os jovens e crianças, e seus familiares, que demandarem o serviço, promovendo o acesso imediato à escuta qualificada e humanizada, a avaliação das necessidades dos casos e a realização de orientações e encaminhamento aos serviços, prescindindo da necessidade de qualquer encaminhamento, uma vez ser o CAPS local de referência para o cuidado em saúde e ordenador da rede assistencial.

do longo tempo de permanência em abrigos e os denominados transtornos de conduta<sup>5</sup>. Todas essas situações clínicas, intrinsecamente relacionadas às condições de vida e à dinâmica da sociedade capitalista, começaram a aparecer com uma frequência maior sem que tivéssemos um tempo para elaborar coletivamente como se dariam as propostas de tratamento.

Ao passo que o serviço tornava-se conhecido – não apenas pelas vias institucionais dos encaminhamentos, mas, sobretudo, pela divulgação informal decorrente da relação dos usuários com o serviço – as demandas mais consensuais para o CAPS infantil (transtornos globais do desenvolvimento, casos de psicose e neurose grave) foram acolhidas de modo mais organizado e a intervenção se deu de maneira mais precoce, especialmente em relação aos casos de autismo e outros transtornos ligados ao desenvolvimento infantil.

Os outros casos continuavam como “incógnitas” para a equipe, que costumeiramente se dedicava em pensar como se daria a oferta de atenção para aqueles que não apresentavam “transtornos graves, severos e persistentes”.

Partimos da hipótese de que apenas em 2004, com a inauguração do CAPS infantil de Carapicuíba, deu-se início à estruturação de atenção às demandas em saúde mental para infância e juventude, até então não atendidas de forma

---

<sup>5</sup> Segundo o Código Internacional de Doenças, em sua décima versão (CID 10), Transtornos de Conduta (F91) são caracterizados por “padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). [...] O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestações excessivas de agressividade e tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou animais; destruição de bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência anormalmente frequentes e graves. A presença de manifestações nítidas de um dos grupos de conduta precedentes é suficiente para o diagnóstico, mas atos dissociais isolados não o são.” (OMS, 1997).

sistematizada no âmbito da saúde<sup>6</sup>. O atendimento daqueles diagnosticados com os “transtornos de conduta” e a atenção às crianças vítimas de abusos sexuais e violência doméstica são dois importantes exemplos.

É preciso dizer que estamos falando de um período em que o número de CAPS infantis no Brasil era extremamente diminuto. Havia, em 2005, cerca de 50 serviços em todo o território nacional e essas questões não eram apenas colocadas aos técnicos de Carapicuíba. No mesmo ano, com a criação do Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil, parte dessas questões começou a ser discutidas em âmbito nacional<sup>7</sup>.

A criação de um serviço para infância e juventude marcado pela afirmação dos direitos de cidadania dos usuários, cuja proposta vislumbrasse a redução das internações e a superação dos hospitais psiquiátricos, trazia aos CAPS novas questões: que possibilidade de acesso aos direitos sociais tínhamos na cidade? Quais equipamentos assumiriam sua responsabilidade sanitária diante das demandas e necessidades de saúde e de que forma estariam articulados para que fossem promovidas ações integrais?

Ora, se a Política Nacional de Saúde Mental em construção preconizava o atendimento na condição de “porta aberta” era esperado que a dinâmica (vida social) de determinado território adentrasse por essa porta exigindo a construção de estratégias de atenção que contemplassem as necessidades de saúde da população

---

<sup>6</sup> Observamos que demandas típicas de Saúde Mental para infância e juventude tinham acesso restrito aos serviços de Saúde do SUS, como era o caso das crianças que apresentavam transtornos do desenvolvimento, dentre os quais o autismo, e que, majoritariamente, eram atendidas em entidades do chamado terceiro setor situadas na região, como “o Pequeno Cotoengo”, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e “Quero-Quero”. Não havia serviço público de referência. Havia ações fragmentadas, sobretudo, nos ambulatórios.

<sup>7</sup> Os trabalhadores do CAPS infantil de Carapicuíba participaram de três das oito reuniões do Fórum realizadas.

local.

A construção dessas respostas se tornaria imperiosa, sobretudo para os casos que não eram considerados “graves, severos e persistentes”, pois a violação dos direitos humanos era visivelmente associada ao sofrimento que justificaria intervenções de saúde.

O atendimento aos jovens na periferia nos colocava em contato imediatamente com diversas questões, das quais destacamos: a evasão escolar, o trabalho infantil, o uso de álcool e outras drogas, a violação de direitos, as medidas socioeducativas. A apreensão das determinações desses processos em seu movimento contraditório, no entanto, muitas vezes se ocultou diante da necessidade de respostas imediatas no cotidiano do serviço e exigiram a realização de reflexões mais profundas sobre o tema (sobretudo nos espaços de reunião da equipe). Considerei que as contribuições da produção bibliográfica no âmbito da saúde e do Serviço Social poderiam colaborar para essa reflexão.

Nesse sentido, o esforço aqui contido consistiu em qualificar o debate acerca da questão social, delimitada segundo Iamamoto (2009, p. 114) “como a expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta” que inevitavelmente produz riqueza e pobreza ao passo que a apropriação privada dos frutos do trabalho ocorre de maneira sistemática na sociedade capitalista.

Definir como objeto de pesquisa a medicalização da questão social pressupôs discutir os valores presentes nas concepções de infância expressas nas políticas sociais, assim como na organização da atenção em saúde mental aos jovens de Carapicuíba que apresentavam como hipótese diagnóstica o chamado “transtorno de

conduta”, considerando sua dimensão histórica e as particularidades presentes em sua objetivação.

Pretendeu-se, para tanto, apreender as determinações relacionadas à medicalização de sujeitos com “comportamentos socialmente desviantes”, colaborando com o debate decorrente da expansão da atenção em saúde mental nos moldes da Reforma Psiquiátrica<sup>8</sup>, tendo como centralidade as reuniões do Fórum Nacional, já referido. Tal empresa exigiu o exame das condições que favoreceram a ampliação dos dispositivos no âmbito nacional, bem como a possibilidade de implementação do CAPS infantil, particularmente, na cidade de Carapicuíba.

No que tange ao município em questão, a análise abarcou a apresentação de características da cidade, sobretudo no que se refere aos indicadores sociais que permitiram a contextualização das particularidades de implantação de Políticas Sociais destinadas à infância e juventude.

A necessidade de investigação acerca desse processo está relacionada, pois, às intervenções do Estado diante das expressões da questão social, que se desdobram na criminalização e medicalização, marcadas por uma ideologia de naturalização da pobreza e da violência, decorrentes de um modelo concentrador de renda, propriedade e poder (Iamamoto, 2006).

Em contrapartida ao ideário neoliberal vigente, os anos subsequentes à Constituição de 1988 apontaram, entretanto, para a formalização de políticas sociais de caráter universal. No processo histórico de atenção à infância e juventude,

---

<sup>8</sup> Destacam-se, no conjunto normativo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei nº10.216/01, que dispõe sobre a reestruturação da assistência em saúde mental; Resoluções do Conselho Nacional de Saúde; um número significativo de Portarias do Ministério da Saúde e Interministeriais, dentre as quais a Portaria nº 336/02, que define e caracteriza os CAPS; e os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, com destaque para as proposições da III Conferência, realizada em 2001.

destacamos mudanças em dois aspectos salutarres, quais sejam: as concepções de infância e juventude presentes nos Códigos de Menores (1927 e 1979) e redimensionadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e na concepção de saúde e decorrente assunção de novas práticas assistenciais em saúde mental, conseqüências e conquistas do contexto de redemocratização do país e da afirmação do sujeito com a experiência do sofrimento psíquico como sujeito de direitos.

Em síntese, o desenvolvimento de políticas sociais para infância e juventude sob a égide dos direitos sociais emergiu recentemente, acompanhando a ascensão dos movimentos populares e o processo de restauração da democracia política no Brasil que remetem (como processo) ao fim da década de 1970 do último século. Dentre os atores desse processo cabe ressaltar o Movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS.

Paim, (2008) associou a compreensão dos elementos presentes na Reforma Sanitária Brasileira à existência de um conjunto de fatores e agentes que tornaram possível o seu desenvolvimento. O autor elencou quatro elementos fundamentais, sendo, um dos quais, o Movimento da Reforma Sanitária, marcado sobremaneira pela articulação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976, que favoreceu o desenvolvimento de ações teóricas e práticas relacionadas à concepção de saúde e direitos sociais. O segundo elemento consistiu na elaboração de uma proposta que apresentasse elementos vinculados ao debate da questão democrática na área da saúde – presente no relatório final do Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Em terceiro lugar, destacou a consolidação da proposta como bandeira específica em projetos, dentro de uma totalidade de mudança social (expresso no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde). Por

fim, apontou para o processo de institucionalização, marcado por práticas sociais (econômicas, simbólicas, políticas) que, após a 8ª Conferência, foram possíveis, como a iniciativa de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e os desdobramentos da Constituição de 1988.

Outra definição importante a respeito do processo da Reforma Sanitária no Brasil foi produzida por Arouca e sublinhada por Paim (2008):

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária. Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões:

1- A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/ doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

2- A dimensão institucional: como campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, da formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como Sistema, ou Setor Saúde.

3- A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica histórica de uma dada situação sanitária.

4- A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença. (Arouca, 1988, apud Paim, 2008, p. 157).

O processo denominado de Reforma Psiquiátrica desenvolveu-se, portanto, no contexto da "irrupção, na superfície da vida social brasileira, de demandas democráticas e populares reprimidas por largo tempo" (Netto, 2007), marcado pela intensa presença de trabalhadores da saúde que denunciaram o abandono e a violência institucional a que estavam submetidos os sujeitos que vivenciavam a experiência da loucura e lutaram, junto a tais sujeitos e seus familiares, pela



assunção do direito à liberdade, ao tratamento em meio aberto, afirmando a insígnia “Por uma Sociedade sem Manicômios”. A Reforma Psiquiátrica Brasileira decorreu de um complexo conjunto de determinações históricas e sociais, aprofundadas no decorrer desse trabalho, sobretudo no que se refere à infância e juventude.

A Política Nacional de Saúde Mental direcionada à infância e juventude conta atualmente com um número diminuto de equipamentos no território nacional<sup>9</sup> mesmo depois de um processo de expansão verificado nos últimos cinco anos. O volume de publicações em periódicos científicos e reflexões acadêmicas acerca de seu desenvolvimento no âmbito das políticas sociais é, também, ainda, pouco expressivo. Assim, a dedicação ao estudo da referida política social favoreceu o aprofundamento sobre o desenvolvimento de um processo que historicamente esteve associado à ampliação dos direitos de cidadania, ainda que num contexto marcado pela presença de políticas econômicas que privilegiam as demandas do grande Capital e tendem a estruturar para população medidas focalizadas, compensatórias e sobrepostas.

Nesse sentido, em que medida a prática do CAPS infantil colaborou para a mudança de valores relativos à concepção de infância e juventude expressos nas atuais políticas sociais orientadas pelo ECA? Ou será que tais práticas reproduzem parcialmente a antiga concepção de infância das primeiras políticas sociais de caráter nacional consolidadas na Era Vargas? Como essas mudanças de valores presentes nas políticas sociais se expressaram no caso dos CAPS infantis, especialmente o de Carapicuíba?

A pesquisa desdobrou-se em dois momentos: o primeiro dedicado à

---

<sup>9</sup> Até junho de 2010 havia 122 CAPS infantis credenciados (Brasil, 2010).

compreensão das condições históricas e sociais “macroscópicas”, que possibilitaram a apresentação do processo histórico de desenvolvimento das políticas sociais para infância e juventude, especialmente no que se refere à assistência psiquiátrica, bem como suas implicações na área dos Direitos Humanos. A análise da conjuntura nacional, permeada pelo debate sobre a Política Social, no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, está no conjunto de questões desse primeiro momento, assim como o tema da intersetorialidade, que atravessa parte significativa do discurso e práticas relacionados à infância e juventude atualmente. O segundo momento consistiu na reflexão sobre as políticas sociais no território descrito, por meio da articulação entre os dados referentes à situação do município<sup>10</sup> e aqueles coletados no campo de desenvolvimento da pesquisa.

Pesquisar o caso de Carapicuíba nos trouxe a possibilidade de apreender a dinâmica de um território que é marcado pela pobreza, sendo um “espaço majoritariamente empobrecido” (apesar da existência de uma elite que reside em condomínios fechados) e reconhecido como “cidade dormitório”. É preciso dizer que a implantação dos CAPS ainda hoje (anos após o início do processo de reforma psiquiátrica) privilegia os grandes centros urbanos, sobretudo na implantação de equipamentos como (CAPS III, CAPSi e CAPS AD), previstos em municípios com mais de 70.000 habitantes. Em contrapartida, notas do Ministério da Saúde apontam para novos indicadores de cobertura considerando a efetivação das respostas assistenciais. Nesse sentido, o CAPS I responderia satisfatoriamente a 50.000 habitantes; o CAPS III, a 150.000 habitantes; e os demais CAPS II (infantil, AD e

---

<sup>10</sup> Realizada consulta aos documentos e informações sistematizadas por diferentes órgãos oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Observatório da Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Carapicuíba.

adulto) à 100.000 habitantes (Brasil, 2010). Seguindo essa lógica da dimensão populacional, Carapicuíba deveria ter, no mínimo, mais três CAPS infantis.

Em suma, as questões relativas à forma de compreensão dos processos e em consequência de execução de determinada política, devem ser avaliadas não de modo puramente abstrato, mas em contato com as determinações mais gerais no âmbito da vida social, articulados com as particularidades do território.

## **1. Características do município**

*"Lá não tem brisa, não tem verde-azuis  
Não tem frescura nem atrevimento  
Lá não figura no mapa..."  
Chico Buarque (subúrbio)*

Batizada<sup>11</sup> pelo povo indígena, Carapicuíba se constitui como um dos seis municípios da microrregião "Rota dos Bandeirantes", tendo como divisas as cidades de Barueri, Cotia, Osasco, Itapevi e Jandira. Distante 21 km da capital estadual, a cidade de Carapicuíba é marcada geograficamente pela facilidade de acesso à região metropolitana – da qual faz parte –, sobretudo por conta da linha de trem de subúrbio e do Rodoanel.

A história da cidade remonta a trajetória dos Bandeirantes no Estado de São Paulo, uma vez localizado no caminho obrigatório das bandeiras. A escravidão do povo indígena nativo marcou a ocupação do povoado como atividade econômica. Inicialmente organizada como aldeia jesuítica por Padre José de Anchieta, teve sua primeira capela construída em 1590, hoje, patrimônio histórico da cidade. Como

---

<sup>11</sup> De acordo com as informações do site da Prefeitura Municipal de Carapicuíba, os estudos historiográficos destacam duas versões sobre o significado do nome da cidade: peixe comprido ruim (pois não serve para ser comido) e "aquele que se resolve em poços" (Carapicuíba, 2010).

marco de desenvolvimento da região, em 1875, foi inaugurada a Estrada de Ferro Sorocabana que realizava o escoamento das produções à capital. Teve sua emancipação política e administrativa decretada em 1965. No curso da sua história, seu território já fez parte de Santana de Parnaíba, Cotia e Barueri (Carapicuíba, 2010).

O contato com moradores do município por meio dos atendimentos realizados no CAPS AD, a partir do segundo semestre de 2008, possibilitou o conhecimento de outros elementos constitutivos da história da cidade. Isso se deu por meio da retomada de uma oficina que havia sido suspensa: a Oficina de esporte<sup>12</sup>.

A oficina de esporte foi realizada após a experiência de trabalho com a infância e juventude e, portanto, com um público adulto, e era marcada pela ocupação da quadra pública existente na Vila Crett (bairro que compreende o CAPS infantil e o CAPS AD). A composição do grupo, caracterizada por pessoas do sexo masculino entre 20 e 60 anos, favorecia a emergência de algumas discussões na roda de conversa antes ou depois do futebol, momento no qual nos organizávamos e avaliávamos a atividade. Dentre elas a questão da violência, o crescimento da cidade e da pobreza e a transformação do espaço geográfico da cidade.

Segundo o relato dos integrantes do grupo até o início da década de 1970 o município era composto por uma população muito menor residente parte em

---

<sup>12</sup> O nome "oficina de esporte" era um nome bastante amplo, pois, na realidade, o anseio dos usuários do serviço era destinado a apenas um esporte, o futebol. É importante ressaltar que as atividades como as oficinas são ações dentro dos serviços que apresentam uma potencialidade significativa de construção de intervenções técnicas que se relacionem com a cidade. Se considerarmos que uma das questões centrais para o debate da reforma psiquiátrica é justamente a relação com o território, as oficinas aparecem como ação fronteira entre o estritamente terapêutico e a convivência onde se vive. Para isso torna-se importante que a atividade não se encerre em si mesma, mas que possibilite apreender as questões emergentes que se relacionam com as necessidades de saúde dos usuários.

chácaras e pequenos sítios, parte nos bairros operários e no centro. Havia nesse tempo um grande número de campos de futebol pelas várzeas e morros da cidade. Um dos mais conhecidos era o Campo da Boiada, local onde havia uma grande área de pasto e criação de gado que abastecia a cidade de São Paulo. Os bois eram abatidos no Km 21 (atual estação General Miguel Costa, da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos) transportados de trem até o bairro da Lapa, situado na região oeste da capital paulista. Atualmente o espaço é conhecido como Tendal da Lapa e aglutina atividades culturais.

No contexto de trabalho dessa época, do trato com os bois, emergiu uma das grandes figuras desportivas da cidade. O Boxeador Luís Inácio<sup>13</sup> (Luisão). O atleta se consagrou campeão nos jogos Pan-americanos realizados no México em 1955 e se tornou o primeiro brasileiro a ganhar uma medalha de ouro em jogos Pan-americanos. Os únicos registros sobre o atleta foram encontrados em uma página da internet e nos relatos da Oficina de Esporte. Luisão destacou-se internacionalmente no Boxe no momento denominado "época de ouro", quando o esporte arrastava multidões aos espaços nobres como o estádio do Pacaembú. Havia no grupo quem tivesse visto Luisão lutar na cidade e acompanhado também o seu fim, marcado pela situação de rua e o uso abusivo de álcool.

O terreno do Campo da Boiada abrigava jogos entre clubes de várzea como

---

<sup>13</sup> "Talvez, o maior meio-pesado brasileiro de todos os tempos; extremamente popular por seu carisma, suas entrevistas folclóricas, sua velocidade e poder de punch; foi o primeiro brasileiro a conquistar medalha de ouro nos Jogos Pan-americanos (México 1955); como profissional, chegou a campeão sul-americano dos meio-pesados, tendo feito inúmeras lutas internacionais, inclusive com o legendário Archie Moore; sua popularidade acabou sendo sua tragédia: ao subestimar o famoso campeão chileno Humberto Loayza, numa troca de golpes, acabou sofrendo um violento nocaute; como era bilheteria certa, os empresários nem lhe deixaram descansar, continuaram a lhe promover lutas, as quais só agravaram a lesão que havia sofrido; o resultado foi o esperado: Luisão acabou "sonado" (ficou extremamente sensível a qualquer golpe na cabeça e a exibir sintomas da chamada "demência pugilística") passando a ser derrotado por qualquer um, inclusive em brigas de rua com marginais; acabou morrendo como indigente e se tornando mais uma triste lição para o boxe profissional brasileiro." (Federação Rio-grandense de Pugilismo, 2002).

Pedreira, Niterói, Sul-americana, Vila Caldas, alguns em atividade ainda hoje.

No início da década de 1970, deu-se o fato que transformaria toda a história da cidade: no terreno do Campo da Boiada, a construção da Companhia Metropolitana de Habitação (COHAB) (Ilustração 1).

**Ilustração 1** - Estádio do Niterói e COHAB II: o antigo Campo da Boiada



Fonte: Jornal Página zero (2010)

O caminho que os bois faziam de trem hoje é feito pelos homens e mulheres. A superlotação, além de ser uma expressão dos limites das políticas de transporte, expressa a caracterização da "cidade dormitório", onde de dia as pessoas saem da cidade para trabalhar ou em busca de trabalho, e para onde, ao cair da tarde, retornam. Desse modo, ao transitar na cidade apenas de dia (como a maioria dos trabalhadores da saúde fazem), conhecemos apenas parte desse cenário. O movimento das escolas e a circulação das pessoas no passeio público, o comércio de rua, o caminho dos bancos, a ida aos serviços de saúde, tudo isso muda

drasticamente quando a noite acontece.

O aceso dos bares auxilia a pouca iluminação noturna e os homens entram em cena. Voltam do trabalho com mochilas pelas costas, param nos bares, assistem o noticiário policial e esportivo. Há quem diga que em grandes terrenos baldios as luzes que lembram os vaga-lumes são mesmo os lumes dos meninos e seus “pitos de vício”; são os isqueiros que acendem os cigarros e os cachimbos. Há as motos e carros com meninos com suas músicas ausentes de instrumentos musicais e com um ritmo frenético. É possível ver homens de terno e gravata, mulheres e crianças ocupando os bancos de pequenas igrejas que se perfilam entre os bares abertos. O traje que ontem, era do clássico malandro, é acrescido de um livro sagrado e a igreja pode, muitas vezes, ser confundida com uma garagem.

A polícia oferece sua luz encarnada e giratória na noite e ora passa naturalmente com a calma burocrática, ora com o olhar ameaçador que vê em todos os transeuntes potenciais suspeitos.

Há algum tempo havia também uma profusão de pequenos armazéns, mercadinhos, bazares que povoavam a noite e vão minguando com a chegada de grandes mercados na região, sobretudo os atacadistas. Houve, nos últimos anos, a implantação de pelo menos três grandes marcas de atacadistas e há a existência de dois grandes mercados varejistas.

Não há cinema na cidade, outrora houve. Hoje, quem deseja ir ao cinema precisa ir ao *shopping* de Osasco – o antigo cinema de rua transformou-se em igreja evangélica –, ir ao *shopping* em Barueri ou esperar que ações sociais pontuais em parceria com a prefeitura estendam uma lona no Parque dos Paturis e exibam filmes do circuito comercial. A cidade faz parte das mais de 5.000 municipalidades que não

contam com uma sala de cinema, para uma população de cerca de 400.000 habitantes.

Há hoje, também, duas Faculdades pagas, uma ocupando o prédio do antigo Hospital Psiquiátrico Anhembi e outra funcionando em instalações provisórias, embora esteja em construção um prédio na entrada do antigo lixão da cidade.

Durante muitos anos, na região central da cidade, próximo à linha de trem, funcionava um grande lixão que recebia os detritos da cidade de São Paulo. Houve também nesse espaço uma predatória exploração de areia para a construção civil. Atualmente o espaço foi aterrado, permanecendo, daquela época apenas a Lagoa da cidade, que compunha a paisagem nas imediações. No terreno foi construída, há alguns anos, uma Faculdade de Tecnologia (FATEC) e uma Escola Técnica (ETEC) com cursos de logística e design. Há, ainda, projetos de construção de um *shopping* e, mesmo, a sede da Prefeitura no local. A idéia de construção de um *shopping* significaria um aumento substancial na arrecadação da cidade, visto que historicamente a sua população acessa o comércio do município de Osasco, o que gera impactos fiscais consideráveis.

Carapicuíba se caracteriza como uma cidade pequena em sua dimensão geográfica, de apenas 35 km<sup>2</sup>, e estritamente urbana, com uma baixa presença de vegetação. A população residente estimada pelo IBGE (2009) é de 392.701 habitantes, dado confrontado pela estimativa apresentada no site da Prefeitura Municipal, que contabiliza 403.502 habitantes (Carapicuíba, 2010). A pirâmide etária evidencia o traço de subdesenvolvimento, caracterizado pela proporção populacional entre homens e mulheres, com predominância de habitantes na faixa etária de 20 a 39 anos, representativo de 36% da população total; e 5% de residentes com mais de



60 anos. Cerca de 20% da população é constituída por crianças menores de 10 anos, e 20,5% das pessoas têm entre 10 e 19 anos de idade (IBGE, 2009).

Um aspecto relacionado à dinâmica da cidade que “salta aos olhos” se refere justamente à consideração de que em Carapicuíba encontra-se a terceira maior densidade demográfica dentre os 38 municípios da Região Metropolitana de São Paulo. De acordo com dados do IBGE (2009) a cidade conta com 11.220 habitantes por quilômetro quadrado, número inferior apenas ao município de Diadema e Taboão da Serra (Tabela 1). Caracteriza-se como a cidade com menor dimensão territorial em Km<sup>2</sup> e com maior densidade demográfica de sua microrregião conhecida como “Rota dos Bandeirantes”.

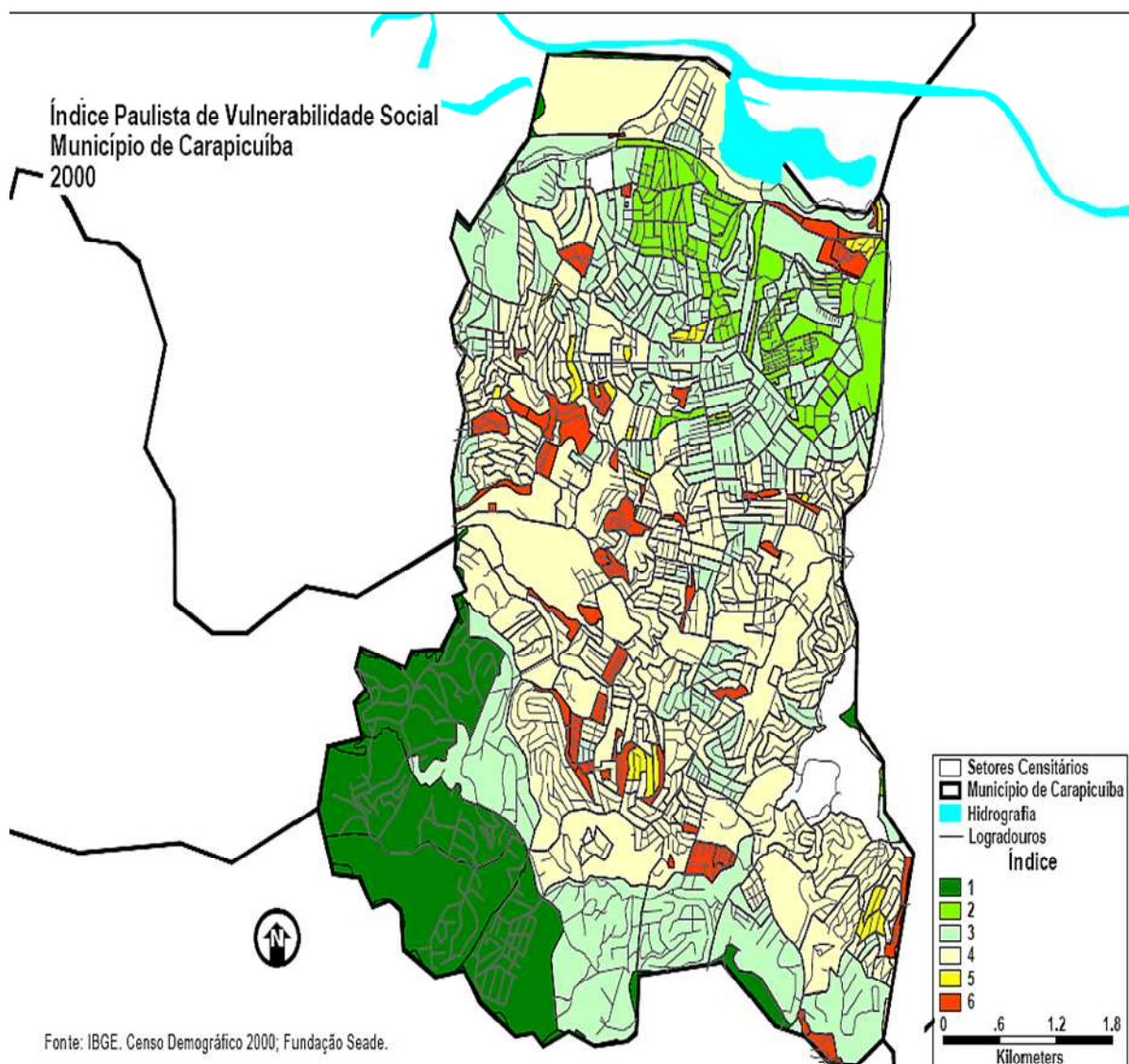
**Tabela 1** - Densidade Demográfica da Região Oeste - Rota dos Bandeirantes

<b>Município</b>	<b>Área (Km<sup>2</sup>)</b>	<b>População</b>	<b>Densidade demográfica Habitantes/Km<sup>2</sup></b>
Barueri	64	270.172	4221
<b>Carapicuíba</b>	<b>35</b>	<b>392.701</b>	<b>11.220</b>
Itapevi	91	205.877	2.262
Osasco	65	718.645	11.056
Pirapora do Bom Jesus	108	15.705	145
Santana de Parnaíba	184	114.322	621

Fonte: Observatório da Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, 2010; Dados sistematizados a partir do IBGE (2009).

Podemos afirmar que a desigualdade social torna o índice apresentado maior do que a média calculada na medida em que analisamos as duas ilustrações apresentadas abaixo. No mapa de vulnerabilidade social da cidade (Ilustração 2), a área em verde escuro, referente aos baixos níveis de vulnerabilidade, representa parte significativa da cidade, sendo ocupada por um pequeno número de moradores.

## Ilustração 2 – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social de Carapicuíba<sup>14</sup>



Na Ilustração 3, verificamos a divisão geográfica entre as regiões do Jardim Novo Horizonte e Granja Viana. O lado esquerdo da fotografia é ocupado pela população que possui o menor índice de vulnerabilidade do município<sup>15</sup>, enquanto o lado direito representa a maior parcela da população que vive o adensamento urbano de modo mais intenso. Desse modo, torna-se possível vislumbrar que a relação de

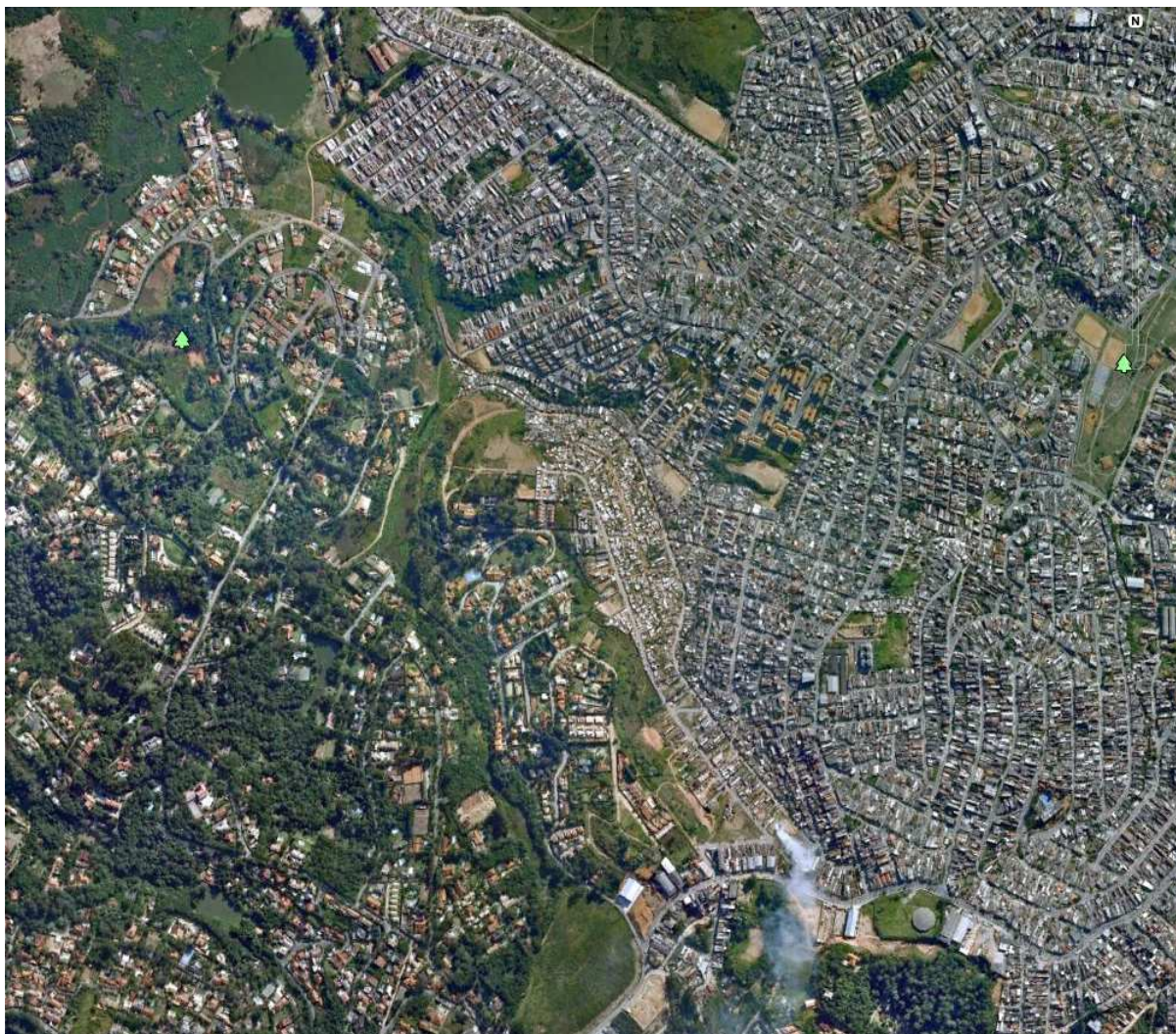
<sup>14</sup> Entre os dados utilizados para a construção do mapa estão: renda, idade, escolaridade, acesso ao saneamento básico e coleta de lixo. Neste trabalho o mapa foi utilizado apenas para ilustração da distribuição demográfica. Maiores informações estão presentes em [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)

<sup>15</sup> Marcado pela presença massiva de condomínios fechados.



hab/Km<sup>2</sup> supera os índices apresentados na maioria dos bairros da cidade.

**Ilustração 3** – Fotografia da região do Jardim Novo Horizonte e Granja Viana<sup>16</sup>



Fonte: Google Mapas (2010).

Carapicuíba é marcada pela presença de conjuntos habitacionais, como pudemos perceber na Ilustração 1, do Campo do Niterói. Em 2000, 68% dos munícipes moravam em domicílios e terrenos próprios e quitados, melhor índice da microrregião, enquanto que 11,15% viviam em domicílios subnormais, caracterizando

---

<sup>16</sup> Imagem de satélite extraída do site Google Mapas em 05 de agosto de 2010.

considerável “déficit habitacional” (PNUD, 2003). Segundo dados do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), praticamente toda população estava coberta com a coleta do lixo e abastecimento de água encanada, e a rede de esgoto ou pluvial abarcava, naquele ano, 72% dos moradores da cidade.

Trata-se de uma região com pequeno número de indústrias – na sua maioria pequenas empresas prestadoras de serviço, com baixa arrecadação – e dependentes de repasses dos governos Estadual e Federal. A participação do Produto Interno Bruto (PIB) estadual é muito pequena e a contabilização do PIB municipal per capita é irrisória em comparação com alguns municípios da região, como podemos perceber nos dados da Tabela 2.

**Tabela 2 – PIB Municipal per capita dos municípios da Rota dos Bandeirantes**

Valor Adicionado Total, por Setores de Atividade Econômica, Produto Interno Bruto Total e *per capita* a Preços Correntes  
Municípios do Estado de São Paulo 2007

Municípios	Valor Adicionado				Total (em milhões de reais)	PIB (3) (em milhões de reais)	PIB <i>per Capita</i> (4) (em reais)
	Agropecuária (em milhões de reais)	Indústria (em milhões de reais)	Serviços (em milhões de reais)				
			Administração Pública	Total (2)			
ESTADO DE SÃO PAULO	14.956,57	225.125,05	67.321,89	519.980,79	760.062,40	902.784,27	22.667,25
Barueri	-	3.893,91	549,90	16.584,34	20.458,25	25.478,56	100.806,19
Carapicuíba	0,96	471,52	473,43	1.678,68	2.151,16	2.348,10	6.186,27
Itapevi	-	564,69	280,44	1.099,46	1.664,15	1.938,25	10.007,20
Osasco	0,72	2.388,74	1.167,12	19.001,67	21.391,12	24.688,01	35.217,67
Pirajora do Bom Jesus	-	34,68	29,28	88,20	122,88	138,63	9.646,86
Santana de Parnaíba	0,64	503,69	230,64	1.970,13	2.474,66	2.692,61	28.873,49

Fonte SEADE, 2007.

Caracteriza-se, assim, como uma "cidade dormitório"<sup>17</sup>, sendo grande fornecedora de mão de obra para todos os setores da economia de São Paulo. A população economicamente ativa trabalha, respectivamente, nos seguintes setores: indústria (16,87%), comércio (22,41%), e construção civil (6,73%) e serviços (58,80%) (SEADE, 2008). E a renda domiciliar per capita, em salários mínimos, era de em 1,82% no ano 2000 (IBGE, 2009). Os dados do PNUD (2003) relativos ao mesmo período revelam que 17,1% dos munícipes de Carapicuíba tinham renda per capita abaixo de R\$ 75, 50.

No que se refere à composição da renda, em 2000, tem-se 71% como proveniente de rendimentos do trabalho. O percentual de pessoas com mais de 50% da sua renda proveniente de transferências governamentais atingia 7,48% no mesmo ano (PNUD, 2003).

Dentre os índices de desenvolvimento humano de Carapicuíba ressaltamos, ainda, o índice de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade em 2009, respectivamente, de 10,9 por mil nascidos vivos e de 13,4 por mil nascidos vivos (SEADE, 2009). A esperança de vida ao nascer no município era de 71,35%, e a probabilidade de sobrevivência de pessoas até 60 anos, de 82,2% (PNUD, 2003).

Em 2000, o percentual de crianças entre 5 e 6 anos na escola figurava como o menor da microrregião de Osasco, constituindo cerca de 57%. Esse índice é ainda mais baixo quando avaliado o percentual de crianças de 4 a 5 anos na escola,

---

<sup>17</sup> O número total de vínculos formais (CLT) na cidade em 2008 é de 34.598 (SEADE, 2008). Cabe dizer que não necessariamente esse número expressa o número de pessoas empregadas, pois há a possibilidade de uma pessoa ter mais de um vínculo de trabalho. A partir desses dados podemos aventar duas hipóteses não excludentes: a de que há um número importante de trabalhadores que executam atividades de trabalho fora do município e de que há grande emprego de força de trabalho no mercado informal.

atingindo apenas cerca de 33%. Naquele ano, 96,23% das crianças entre 7 e 14 anos estavam na escola, dentre as quais, 92,22% freqüentando o curso fundamental. Nessa faixa etária, 5,31% das crianças são analfabetas. Apenas 49% dos adolescentes entre 15 e 17 anos têm acesso ao ensino médio, ainda que 84,74% dos adolescentes dessa faixa etária estejam na escola (PNUD, 2003).

Sobre a escolaridade dos jovens e adultos tem-se que 1,89% dos jovens com idade entre 18 e 24 anos são analfabetos, e o percentual daqueles da mesma faixa etária com menos de 4 anos de estudo é de 8,24%; apenas 4% freqüentam curso superior. A média de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 6 anos, e cerca de 8% da população dessa faixa etária é analfabeta; os que estudaram 12 anos ou mais, representam 4,76% dos adultos com mais de 24 anos de idade (PNUD, 2003).

É preciso dizer que parte do conjunto de dados apresentados acima foi reunido a partir de um momento recente quando a saúde mental no município, impulsionada pela Política Nacional de Saúde Mental, inaugurou dois serviços de atenção à saúde mental e está em processo de credenciamento de outro, respectivamente: CAPS AD, CAPS Infantil e CAPS II<sup>18</sup>. Parte dos dados sobre o município estão contidos no projeto de implementação das propostas de saúde mental, que por assim dizer, hoje consideram sobremaneira dinâmicas e características do território.

---

<sup>18</sup> Durante o processo de realização desse trabalho, marcado pela mudança de gestão municipal e decorrente mudança de Coordenação de Saúde Mental, houve alteração na proposição de implementação do referido serviço de saúde mental destinado ao público adulto. Inicialmente era proposta a implantação de um CAPS III (serviço com funcionamento 24h). O projeto foi modificado para CAPS II (atendimento das 8h às 17h), que foi por sua vez locado em local adequado em 2009. É importante considerar, portanto que o processo de implementação da reforma psiquiátrica com a ampliação de cobertura de atenção de base territorial e comunitária, acabou impactando positivamente a cidade em um aspecto essencial: a necessidade de que os gestores elaborassem projetos e documentos sobre a situação de saúde da cidade. Vale ressaltar que ao pesquisar no âmbito da Coordenação de Saúde Mental, os únicos documentos encontrados foram os projetos dos CAPS e o Plano Municipal de Saúde Mental, elaborado com a colaboração desse pesquisador.

### 1.1. Situação da saúde

O município de Carapicuíba nos últimos anos passou por situações extremamente adversas na área de saúde, que, em certa medida, estiveram vinculadas ao âmbito da gestão. A análise de tal situação restringiu-se ao registro daqueles que hoje se encontram no seio das ações de gestão no território, sendo os dados, portanto, insuficientes, sobretudo por se referirem a um contexto político marcado por disputas, interesses e concepções ideológicas diferentes.

Carapicuíba é município integrante da Regional de Saúde de Osasco<sup>19</sup>, composta por 15 municípios e abrangendo uma população de aproximadamente 2.612.918 de habitantes (IBGE, 2009). É preciso pontuar que tal regional subdivide-se em duas microrregionais. Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapecerica da Serra, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista compõem a chamada Microrregião A, conhecida também como Região dos Mananciais. A Microrregião B, conhecida como Rota dos Bandeirantes abarca Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba. Ainda assim, cabe ressaltar a existência de diferenças importantes nas características da população e nos indicadores sociais.

Com relação à distribuição das internações por grupo de causas e faixa etária verificou-se, em Carapicuíba, que entre as crianças menores de um ano de idade a principal causa de internação decorreu de *afecções originadas no período perinatal*. Já as crianças com até 10 anos foram internadas primordialmente por *doenças do*

---

<sup>19</sup> Instrumento de gestão para efetivação da regionalização prevista no SUS. Recentemente as antigas Divisões Regionais de Saúde (DIR) foram reestruturadas, a partir de quando passaram a se chamar Departamentos Regionais de Saúde (DRS). A antiga DIR V era composta por 15 municípios da região de Osasco e atualmente integra a DRS 1 com outros municípios da região metropolitana de São Paulo.

*aparelho respiratório e lesões por envenenamento ou algumas outras conseqüências de causas externas. A gravidez, parto e puerpério se configurou como o principal grupo de causas de internação entre mulheres de 15 e 49 anos. Dentre aqueles com mais de 50, as internações estiveram relacionadas principalmente às doenças do aparelho circulatório (Brasil, 2006b).*

No que tange às causas de mortalidade, os dados de 2004 disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre o município, indicaram 31,4% das mortes como decorrentes de doença do aparelho circulatório; 16,2% por causas externas de morbidade e mortalidade; e 15,5% causadas por afecções originadas no período perinatal (Brasil, 2006b).

Segundo o então projeto de credenciamento do CAPS III, em maio de 1998 o município foi habilitado à modalidade de Gestão Plena do Sistema. Em agosto de 1999, por má administração municipal, Carapicuíba sofreu intervenção federal com suspensão do Convênio SUS e conseqüente desabilitação. A partir de então, atribuiu-se à Secretaria Estadual de Saúde a responsabilidade do atendimento aos usuários das Unidades Básicas de Saúde locais (Carapicuíba, 2006).

Em abril de 2001, a cidade retomou sua habilitação junto ao SUS, com a Gestão Plena da Atenção Básica em conformidade com a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, reintegrando suas unidades de saúde. Em janeiro de 2003 teve início a fase de reestruturação das ações da Secretaria de Saúde Municipal e, em abril do mesmo ano, foi solicitada a habilitação para Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) datada de 2001 (Carapicuíba, 2006).

Atualmente, a reestruturação do sistema de saúde e a melhoria da qualidade



da assistência prestada à população estão presentes no discurso dos gestores, através da implantação de políticas públicas de saúde – podemos tomar como exemplo os CAPS – em concordância com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde. Todavia, podemos afirmar que a estruturação da oferta de atenção segue apenas parcialmente a tendência nacional presente em importantes instrumentos como o Pacto pela Saúde<sup>20</sup>. Isso fica claro quando observamos a forma de organização da Atenção Básica no município. Além de não ter implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como demonstrado na tabela abaixo, Carapicuíba não conta com a divisão de distritos sanitários organizados. Vilaça (1999 p, 160.) aponta o Distrito Sanitário como

um esforço de coordenação interinstitucional que enfatiza a racionalização administrativa, buscando uma melhoria de eficiência e um aumento da produtividade dos serviços, de acordo com as diretrizes que vem sendo defendidas nos últimos anos desde a implementação de estratégias de reordenamento institucional.

---

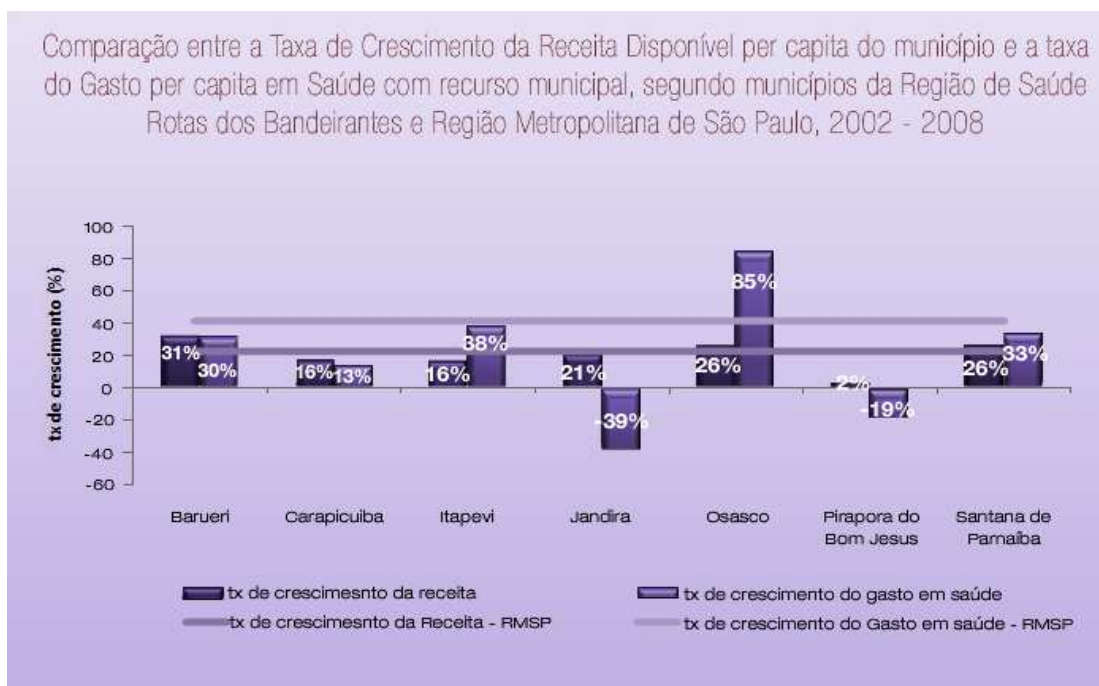
<sup>20</sup> Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Pacto pela Saúde foi criado para minimizar as dificuldades de implementação do SUS e pressupõe, sobretudo, o controle de dados do território para a definição de metas de intervenção. “Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006” (Brasil, 2006a).

**Tabela 3 – Equipes de Saúde da Família na Região da Rota dos Bandeirantes**

<b>Equipes de Saúde da Família existentes na Região da Rota dos Bandeirantes - dezembro 2007</b>						
<b>Municípios e Regiões</b>	<b>Equipes</b>	<b>Famílias</b>	<b>Pessoas cadastradas</b>	<b>População</b>	<b>Pessoas atendidas por equipe</b>	<b>Cobertura Populacional</b>
Barueri	1	64	189	274.201	189	0,07%
Carapicuíba	-	-	-	396.434	-	0%
Itapevi	7	11.474	44.451	208.763	6.350	21,29%
Jandira	-	-	-	116.570	-	0%
Osasco*	9	10.609	37.634	724.368	4.182	5,20%
Pirapora do Bom Jesus	2	2.599	9.677	16.172	4.839	59,84%
Santana de Parnaíba	-	-	-	106.360	-	0%
<b>Região da Rota dos Bandeirantes</b>	<b>-</b>	<b>24.746</b>	<b>91.951</b>	<b>1.842.868</b>	<b>-</b>	<b>4,99%</b>
<b>TOTAL DA REGIAO METROPOLITANA</b>	<b>941</b>	<b>1.105.630</b>	<b>3.955.852</b>	<b>19.949.261</b>	<b>4.204</b>	<b>19,83%</b>
<b>TOTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>1.811</b>	<b>1.975.718</b>	<b>6.947.742</b>	<b>41.663.623</b>	<b>3.836</b>	<b>16,68%</b>
* Informação de número de equipes de novembro/07, inexistente em dez/07						
Fonte: CNES, SIAB e IBGE (www.datasus.gov.br)						
Indica o número de equipes, de pessoas e famílias cadastradas e cobertura populacional do Programa Saúde da Família para cada município e Região de Saúde da Rota dos Bandeirantes, RMSP e Estado de São Paulo.						

Percebemos ao entrar em contato com as descrições de financiamento em saúde de Carapicuíba que a falta de ampliação de estratégias que prevêm uma ação mais vinculada à dimensão territorial parece estar relacionada com a baixa capacidade de investimento do município em ações de saúde (Tabela 4), ao contrário de outras cidades da região, que apresentam um volume de recursos significativos e ainda assim, um baixo nível de cobertura de Equipes de Saúde da Família.

**Gráfico 1** – Taxa de Crescimento de Receita e Taxa do Investimento em saúde – Rota dos Bandeirantes



Fonte: Observatório das Políticas de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (2009)

As questões relacionadas à implantação da ESF<sup>21</sup> no município são também de cunho gerencial, tendo em vista que seria necessário um planejamento para a integração com a rede de serviços de saúde, marcadamente expressos pela necessidade de delimitação territorial. Contudo, como podemos observar a partir dos dados apresentados a seguir (Tabela 4 e Gráfico 2), as limitações relativas ao financiamento parecem ser decisivas na ausência de cobertura por essa estratégia de organização da atenção básica.

<sup>21</sup> Presentes dentre as proposições da V Conferência Municipal de Saúde de Carapicuíba, cujo relatório final não fora publicado até a finalização deste trabalho.

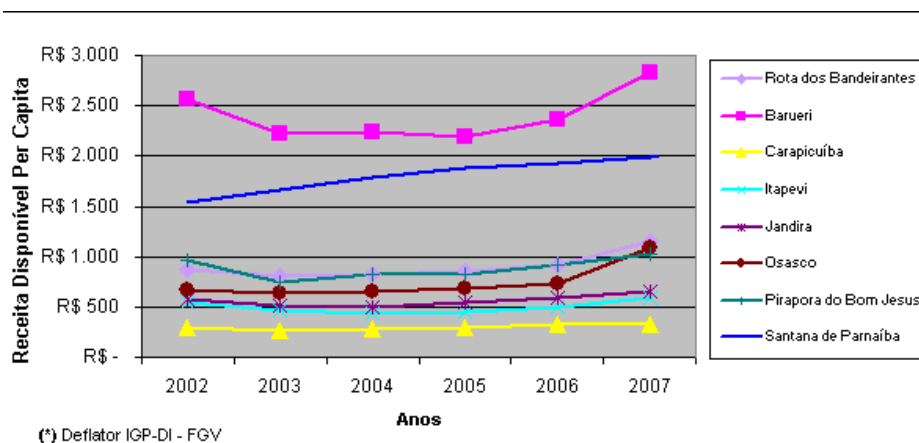
**Tabela 4 – Capacidade de investimento em Saúde dos municípios da região da Rota dos Bandeirantes (2009)**

em R\$ de dez.2007						
Regiões/Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Rota dos Bandeirantes</b>	<b>878,19</b>	<b>807,79</b>	<b>828,24</b>	<b>848,18</b>	<b>918,39</b>	<b>1.144,99</b>
Barueri	2.572,11	2.228,28	2.244,28	2.186,21	2.357,51	2.831,27
Carapicuíba	288,81	265,22	277,23	294,64	321,02	327,45
Itapevi	549,16	460,15	441,58	446,48	493,56	587,53
Jandira	571,15	505,74	495,81	537,81	592,39	656,69
Osasco	672,73	641,60	659,02	677,94	737,77	1.087,20
Pirapora do Bom Jesus	969,57	750,29	816,09	830,15	919,80	1.030,53
Santana de Parnaíba	1.532,09	1.662,25	1.788,05	1.885,55	1.923,64	1.991,48

Fonte: SIOPS/ Observatório das Políticas de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (2009)

O Gráfico 1 acima demonstrou que Carapicuíba não apresentou uma disparidade muito significativa entre a taxa de crescimento da receita e taxa de investimento em gasto em saúde, mas ao transformarmos a porcentagem indicada em moeda constatamos que a cidade teve a menor capacidade per capita de investimento em saúde da microrregião, com R\$ 327,45, em 2007 (Tabela 4).

**Gráfico 2 – Evolução da Receita disponível per capita 2002 – 2007 para os municípios da Rota dos Bandeirantes**



**Nota Técnica:**

(\*) Deflator IGP-DI - FGV

Receita Disponível refere-se a receita de Impostos, compreendidas as transferências constitucionais (IPTU; ISS; ITBI; IRRF; FPM; ITR; ICMS, IPVA)

A Receita Disponível no SIOPS corresponde ao Indicador Rec Impostos e Transf Consti e Legais

A população foi extraída do IBGE

Fonte: SIOPS/ Observatório das Políticas de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (2009)

A presença de um montante de recursos diminuto ao longo dos últimos anos para o setor saúde observados sugere a dificuldade de implementação/manutenção de serviços no âmbito do SUS na cidade, muito embora datem do período entre 2004 e 2007 a ampliação da rede de serviços de saúde mental, notadamente o cadastramento de dois CAPS (para Álcool e Drogas e o infantil) e a implantação de um núcleo de atenção à violência.

A apresentação dos dados possibilitou pensar que a ampliação da atenção da rede de serviços em saúde mental no “modelo CAPS”, num contexto marcado pela existência de poucos recursos para investimento em saúde (entre 2004 e 2009), foi possível em parte pelo investimento significativo que os referidos serviços receberam do Ministério da Saúde – por meio do incentivo financeiro no credenciamento de tais serviços e pelo financiamento de ações de alta complexidade viabilizados pelas APACs<sup>22</sup> (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), que constituem uma política vertical, de indução por parte do Ministério da Saúde.

Se concordarmos com o raciocínio de que a viabilidade de implantação dos CAPS esteve associada, em grande parte, com o montante de recursos para a saúde mental despendidos pela esfera federal, ou seja, por uma esfera que ultrapassa a dimensão regional, as responsabilidades do município em relação ao funcionamento dos serviços ficariam, de certa forma, centradas: na gestão desses recursos provenientes dos atendimentos (APACs), na manutenção das condições de funcionamento dos serviços e no custeio dos recursos humanos. Ao longo da

---

<sup>22</sup> Trata-se do principal mecanismo de financiamento dos CAPS, no qual as intervenções de saúde são classificadas (em intensivo, não-intensivo e semi-intensivo) de acordo com a frequência e forma de participação dos usuários no serviço de acordo com o projeto terapêutico estabelecido. Nos últimos anos houve uma mudança no impacto individual das APACs emitidas pelos serviços no montante de recursos, a partir de quando se estabeleceu três tetos fixos de financiamento para os serviços que são acessados de acordo com o número médio de usuários atendidos no serviço e não mais por APAC emitida.

pesquisa, aprofundamos essas questões marcadas, sobretudo, pela precarização do trabalho expressas pela ausência de concursos públicos e pelo sucateamento dos serviços.

No que diz respeito às unidades de saúde, até a conclusão do presente trabalho, Carapicuíba contava com 26 estabelecimentos, dos quais, 18 de natureza pública, incluindo aqui um Hospital Geral, de esfera estadual<sup>23</sup> com capacidade de 220 leitos e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>24</sup>, não havendo investimento para implantação da ESF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município como observamos na Tabela 3. Em 2003, havia 2,4 consultórios médicos em unidades de saúde para cada 10.000 habitantes e uma equipe odontológica para cada 20.000 habitantes.

Os recursos de saúde derivavam, principalmente, dos procedimentos de atenção básica que, em 2005, representavam 69,8% do total dos procedimentos ambulatoriais apresentados pela prefeitura da cidade. Do restante, 29,9% se caracterizavam como procedimentos especializados e 0,4% destinavam-se à assistência de alta complexidade (Brasil, 2006b).

Outra questão de relevo, sobretudo ao âmbito da saúde mental no SUS, diz respeito à drástica redução de leitos psiquiátricos ocorrida na região, que conta, hoje, com cerca de 10% dos leitos de antigamente (todos em hospitais gerais). Durante o processo de reorientação do modelo de atenção em saúde mental foram

---

<sup>23</sup> Trata-se do Hospital Geral de Carapicuíba atualmente sob gestão de Organização Social de Saúde (OSS) São Camilo.

<sup>24</sup> De acordo com os dados apresentados há uma Unidade Básica de Saúde para aproximadamente 33.000 habitantes. Uma avaliação da antiga DIR V, estimou a necessidade de abertura de 7 novas unidades (DIR V – 2006). As referidas unidades operam com os princípios da Programação em Saúde, embora com uma relação mais distante da dinâmica do território, fragilizadas, justamente, por questões relacionadas aos recursos humanos, por alta demanda e por dificuldades de sistematização de dados sobre as necessidades de saúde dos usuários.

desativados dois hospitais psiquiátricos que somavam cerca de 400 leitos psiquiátricos (Hospital Anhembi em Carapicuíba e Hospital Mailasky em Cotia). Ademais, ainda não foi implantado em nenhum dos 6 municípios da “Rota dos Bandeirantes” um CAPS III, que funcione 24h e ofereça o recurso da hospitalidade noturna.

Ainda que essa redução de leitos em hospitais psiquiátricos decorresse em impacto importante tanto na oferta de atenção quanto nas ações de gestão – no que se refere à regulação de vagas nos espaços de pactuação regional –, uma questão nos pareceu contraditória. Os primeiros CAPS implantados no município não foram destinados aos adultos com transtornos mentais (CAPS II ou CAPS III). O primeiro CAPS implantado no município foi o CAPS AD, seguido do CAPS infantil. Apenas recentemente – quase dez anos depois do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos existentes na região – o município implantou um CAPS II em local adequado. Esse processo foi precedido de tentativas de implantação do referido serviço em duas salas anexas ao Pronto atendimento Psiquiátrico que imediatamente remetia os usuários às tristes lembranças das intervenções da psiquiatria tradicional<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Apesar de nos últimos anos o funcionamento do Pronto Atendimento Psiquiátrico ter mudado significativamente, com maior articulação com serviços, ampliação do número de profissionais e preocupação com os princípios da Reforma Psiquiátrica, as salas de “observação” e atendimento à crise não são locais adequados. Além disso, as dificuldades de regulação e acesso às internações (seja em hospital geral seja em hospital psiquiátrico) rebatem diretamente no tempo de permanência e no número de pessoas que ficam atrás da porta que possui uma pequena grade.

## 2. Estratégias de investigação

*"O todo sem a parte não é todo  
A parte sem o todo não é parte  
Mas se a parte faz o todo, sendo parte,  
Não se diga, que é parte, sendo todo"  
(Gregório de Matos)*

Para tratar das questões elencadas ao longo deste estudo recorreremos à pesquisa documental, que se caracterizou pela consulta dos prontuários no CAPS infantil e por meio da leitura e análise de relatórios de conferências de políticas setoriais<sup>26</sup> (XIII Conferência Nacional de Saúde, VII Conferência do Direito da Criança e Adolescente e III Conferência Nacional de Saúde Mental), bem como dos conjuntos normativos norteadores de políticas sociais direcionadas à infância e juventude (Relatório de Gestão de Saúde Mental 2003-2006, Boletim Saúde Mental em dados nº 10, Relatórios do Fórum Nacional de atenção em Saúde Mental infanto-juvenil e portarias ministeriais e interministeriais que compuseram a regulamentação das ações em saúde mental). Lançamos mão, ainda, de documentos locais como: os Projetos de Implantação do CAPS II e do CAPS infantil de Carapicuíba, o Plano Municipal de Saúde Mental (2009) e a V Conferência Municipal de Saúde da cidade (2006).

Consultamos prontuários dos 14 usuários do CAPS infantil que apresentavam como hipótese diagnóstica o transtorno de conduta, assim como o caderno de atas da unidade e algumas planilhas de dados referentes à expressão da demanda ao

---

<sup>26</sup> Consideramos as conferências como momentos importantes da democracia participativa, embora restritos, sobretudo no que se refere à expressão de tendências, pois, na maioria das vezes, não percebemos uma influência tão decisiva na implantação das políticas. Como mais significativa para esse trabalho, ressaltamos a III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001. Durante a pesquisa, participamos ativamente de três conferências: a VII Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente, a V Conferência Municipal de Carapicuíba e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, nesta última colaborando com a organização da etapa municipal de Carapicuíba.



serviço. Analisamos cinco prontuários em maior profundidade, elaborando relatos (Anexo III) com dados oriundos dos prontuários e de anotações informais realizadas durante o tempo que acompanhamos os casos (2005-2008).

A fecunda produção acadêmica produzida em relação ao campo da saúde, com a utilização das mais diversas técnicas de pesquisa e matrizes teóricas, reduziu-se sobremaneira quando pesquisamos particularidade da infância e juventude<sup>27</sup>.

Um certo silêncio foi percebido diante da recente ampliação dos serviços de atenção à saúde mental infanto-juvenil, sobretudo em relação aos CAPS. É preciso dizer que encontramos relatos de visita à secção de crianças do antigo Hospital Nacional de Alienados realizada em 1905 e textos sobre o desenvolvimento da psiquiatria infantil no Brasil , mas não encontramos um registro, por exemplo, referente à implantação do primeiro CAPS infantil no Brasil.

Especialmente no que se refere às publicações relacionadas ao campo da Reforma Psiquiátrica, percebemos uma tendência marcante de produções dedicadas à temática da implantação de serviços. Há uma predominância das especificidades do campo da saúde mental e dos referidos serviços em detrimento de articulações com o conjunto de determinações sociais, o que obstaculiza uma análise mais ampla acerca dos limites e possibilidades da implantação desse modelo em escala nacional<sup>28</sup>. Nesse sentido, o discurso que substancia a reorientação do modelo de atenção em saúde mental, influenciado sobremaneira pelo imperativo da consideração dos usuários *como sujeito de direitos*, se fragiliza na medida em que há um distanciamento, por exemplo, das questões relacionadas aos direitos sociais,

---

<sup>27</sup> Sobretudo no que se refere à política de saúde mental. Em nossa revisão bibliográfica, tivemos dificuldades de encontrar textos relativos ao desenvolvimento dos Primeiros CAPS infantis no Brasil.

<sup>28</sup> Segundo Pacheco (2002), tal tendência é reflexo dos pressupostos teóricos adotados por diversos autores considerados referências no debate da Reforma Psiquiátrica.

como é o caso da Seguridade Social. Parte das produções acadêmicas é marcada pelo distanciamento da dinâmica entre política social e política econômica. A compreensão dos processos sociais, que marcadamente se desdobram na criação e implementação de políticas sociais, são apartadas de seu processo histórico, uma vez que a presença da tensão definitiva entre capital e trabalho dá lugar à discussão sobre modelos de atenção e dispositivos terapêuticos, com vistas à superação do modelo manicomial.

O desafio aqui contido foi o de ultrapassar, na análise dos problemas que nos envolveram, a imediatez da aparência, a mera conjunção entre descrição e análise e produzir uma reflexão em que fosse possível apreender determinações fundamentais dos processos relacionados à ampliação da atenção em saúde mental, que, por sua vez, decorreram – no caso da infância e juventude – num processo de medicalização, concebida neste trabalho como processo cujo

o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina, interferindo na construção de conceitos, regras de higiene, normas, expressões morais e costumes em diversos campos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais (Luz, 1997, p. 141).

Em outras palavras, a medicalização pode ser compreendida como a extensão da prática médica na vida das pessoas, especialmente na sociedade capitalista (Donnangelo, 1979).

Não foi o propósito desse estudo investigar apenas as dimensões do processo de trabalho que marcam o cotidiano de um serviço de saúde, mas, sim, relacionar seu desenvolvimento com as políticas sociais no âmbito nacional – as quais estão intrinsecamente envolvidas pela dinâmica da vida social –, considerando as particularidades que derivam de sua ocorrência em determinado território e

momento histórico.

No caso específico da saúde percebemos uma diversidade importante de instrumentos de pesquisa<sup>29</sup> que evidenciam a utilização de recursos técnicos da pesquisa qualitativa como desdobramento de reflexões sociológicas e filosóficas acerca da possibilidade de compreensão da realidade, considerando, para tanto, outras dimensões além da observação direta de eventos observáveis, mensuráveis (como é marca do positivismo). Essas dimensões históricas, objetivas e particulares presentes nos processos sociais passíveis de investigação, pressupõem a utilização de recursos para a pesquisa, de estratégias que favoreçam a apreensão das determinações presentes nos processos sociais e a análise acerca dos movimentos contraditórios da sociedade na história.

Nesse sentido, é preciso dizer que as metodologias de trabalho qualitativo oferecem potencialidades que podem ser exploradas incluindo-se os chamados “recursos quantitativos”, de forma complementar. Os esforços de alguns pesquisadores<sup>30</sup> apontam para a riqueza possível no encontro entre tecnologias mais descritivas, como a estatística, e perspectivas analíticas, marcadas pelo exame da história e das particularidades da formação social.

Para a realização dessa pesquisa lançamos mão de elementos objetivos presentes na constituição das políticas sociais, tais como: dados populacionais, indicadores sociais, informações sobre o financiamento em saúde, número de equipamentos de saúde, entre outros. Contudo, valemo-nos, também, de aspectos não mensuráveis – como a utilização de relatos de casos e de documentos

---

<sup>29</sup> Ver Minayo, MCS; Sanches, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, 1993.

<sup>30</sup> Como Ricardo Ayres, Cristina Possas, dentre outros autores.

municipais não publicados –, dentre os quais as contribuições da coordenação municipal de saúde mental para o Plano Municipal de Saúde de Carapicuíba (2009), importante documento que norteia as ações e responsabilidades sanitárias dos gestores locais e que elenca as prioridades de financiamento do SUS na cidade.

No caso da saúde mental no Brasil verificamos que, especialmente no último quartel do século XX e início do século XXI, a pesquisa qualitativa pareceu ter se tornado prevalente, sobretudo quando estudada a dimensão da clínica das psicoses e das neuroses e os modelos de atenção. As pesquisas denominadas quantitativas parecem prevalecer nos estudos relacionados à medicina tradicional (em sentido estrito), aos efeitos das drogas e de técnicas<sup>31</sup> relacionadas ao tratamento em saúde mental. Essa aparente cisão é, também, expressão de diferentes concepções acerca do Homem e de compreensão acerca do processo de adoecimento, assim como dos modelos de em atenção em saúde.

Há uma dimensão importante ao considerarmos a análise acerca da pesquisa qualitativa no âmbito da saúde mental como expressão da política social, qual seja a possibilidade de examinar uma política em franco desenvolvimento, dentro dos limites que os ajustes neoliberais impõem à saúde pública. Uma política que se desenvolve a partir da intenção clara de reorientação do modelo de atenção privilegiando a atenção comunitária e a consideração do usuário com a experiência do sofrimento psíquico como sujeito de direitos. Nesse sentido as avaliações sobre esses processos não estão sedimentadas, ao contrário, muitas vezes devem ainda ser construídas<sup>32</sup>. Assim, a realização de avaliações marcadas pelo diálogo e pela

---

<sup>31</sup> Como por exemplo a Eletroconvulsoterapia.

<sup>32</sup> Especialmente no que se refere à Carapicuíba foi realizada pela gestão em 2006 uma avaliação dos serviços, mas os resultados não foram divulgados e nem encontrados na pesquisa documental.

troca de percepções entre os atores participantes do processo podem configurar-se como forma de aproximação com o cotidiano de determinado serviço.

O ato de pesquisar ações relativas aos serviços base territorial e comunitária, substitutivos<sup>33</sup> ao hospital psiquiátrico, pressupôs a compreensão de que parte importante desses equipamentos esteja em processo de estruturação, visto que a maioria dos serviços de saúde mental foram constituídos a partir da promulgação da Lei nº 10.216 de 2001 e, portanto, apresentam algumas particularidades importantes no âmbito do SUS, a saber:

- Participaram de Conferências de Saúde Mental, para avaliação e construção da política e de estratégias de atenção, apenas no segundo trimestre de 2010, período marcado pela realização das etapas municipal, regional, estadual e federal da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Trata-se, portanto, de uma geração contemporânea, em muitos casos, àquela que participou da histórica III Conferência Nacional de Saúde Mental.
- A segunda questão importante diz respeito, justamente, à mudança do modelo hegemônico de assistência no âmbito da atenção básica em escala nacional, verificando-se a transição da perspectiva das Ações Programáticas em Saúde para a Estratégia de Saúde da Família, sobretudo em cidades de pequeno e médio porte.

A realização da etapa municipal da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em Carapicuíba representou a inauguração da participação dos atores sociais da cidade (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) nesse formato de controle

---

<sup>33</sup> Como os CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cooperativa, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes de saúde mental na Atenção Básica.

social. A articulação do controle social, especificamente nos serviços substitutivos em saúde mental, possibilitou que o discurso dos usuários (muitos deles com uma longa trajetória de internações psiquiátricas) estivesse presente como parte importante da Reforma Psiquiátrica no Brasil até a transição para os serviços abertos, quando se formalizou a participação dos usuários no controle e avaliação das políticas. Em suma, a política de saúde específica, que se estabelece institucionalmente há menos de dez anos, pode ser considerada em construção sob diversos aspectos: quer no que se refere aos aspectos técnico-operacionais (relativos à atenção em saúde) quer na percepção do usuário como sujeito de direitos ou, ainda, nas ações de interlocução com o território e nas avaliações dos serviços.

A percepção da situação de determinada cidade – neste caso, Carapicuíba – a partir do uso de instrumentos de investigação qualitativos (relatos de casos) e da análise da produção acadêmica, que expressa seus pressupostos teórico-metodológicos, permitiu considerar o debate basilar na construção da saúde como direito: a relação entre condição de vida e saúde. Essa aproximação fundamental inseriu-se no debate da saúde, na atualidade, por meio da integralidade, princípio do SUS.

Por outro lado, os dados mais objetivos, coletados por meio de pesquisas quantitativas, também foram importantes para o desenvolvimento desse trabalho. Um estudo qualitativo pode enriquecer seu leque reflexivo ao trabalhar com outras pesquisas mais descritivas que carecem de análise das particularidades<sup>34</sup>.

Dessa forma, podemos considerar a importância dos instrumentos de caráter

---

<sup>34</sup> Refiro-me aqui à importante contribuição do Observatório da Saúde da Região Metropolitana de São Paulo que pode ser acessado em [www.observasaude.sp.gov.br](http://www.observasaude.sp.gov.br). Apesar de haver alguns estudos disponibilizados no Observatório, com análises sedimentadas sobre a política de saúde, o que nos pareceu mais rico foi o esforço de disponibilizar e sistematizar dados do SIOPS e de outras fontes de dados para subsidiar estudos locais e regionais.

qualitativo no desenvolvimento dessa pesquisa no sentido de instigar uma leitura acerca de processos sociais (aqui, especialmente, a política de saúde mental) em curso, que têm sedimentadas poucas avaliações objetivas e índices específicos de acesso e funcionamento das atividades no âmbito nacional.

## **CAPÍTULO 1. CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICA SOCIAL: PARÂMETROS PARA A ANÁLISE**

Um pressuposto básico para a construção de uma crítica acerca das questões presentes no debate sobre política social reside justamente na consideração de que a política social e a orientação macroeconômica do Estado são elementos que têm uma correlação direta.

Nesse sentido, analisar a política social como sendo autônoma frente aos movimentos da economia significaria uma mistificação, posto que os impactos da perspectiva econômica do Estado têm direta incidência sobre a condição de vida da população. A negação dessa relação obscureceria, sobretudo, as potencialidades e limites da intervenção do Estado nesse campo.

Segundo Vieira (2004, p.141-2),

constituindo uma unidade, tanto a política econômica quanto a política social podem expressar mudanças nas relações entre as classes sociais ou nas relações entre distintos grupos sociais existentes no interior de uma só classe. Através dessas políticas, é possível evidenciar-se a ação do Estado no sentido de incentivar e ampliar o capitalismo em determinado país. Formando um todo, a política econômica e a política social apenas formalmente se distinguem e, às vezes, dão a enganosa impressão de que tratam de coisas muito diferentes.

A leitura acerca da formulação e implantação de políticas sociais corresponde, então, ao binômio política econômica-política social, assim consideradas apenas do ponto de vista didático, uma vez que “não existe nada mais econômico que o social e não existe nada mais social que o econômico” (Vieira, 2001, p. 18).

Essa articulação é de natureza essencialmente política e de desmedida complexidade, submentendo-se, na maioria das vezes, a fatores conjunturais e às



contradições inerentes ao desenvolvimento do capitalismo (Soares, 2000).

Considerando o caráter de classe do Estado (burguês) que historicamente assegura condições para a acumulação capitalista, a política social assume (sobretudo após o primeiro quartel do século XX) um caráter compensatório que se expressa nas tensões entre as necessidades do trabalho e do capital<sup>35</sup>. A marca do Estado até a metade do Século XX é expressa em ações sociais que antecipam as possíveis demandas do trabalho (associadas ao populismo e repressão) com o fito de aliviar as tensões possíveis por parte dos trabalhadores organizados (Netto, 2006). Dessa época datam as Caixas de aposentadorias e pensão, a estruturação do Ministério da Saúde (com base em ações voltadas para a realização de campanhas contra grandes epidemias, sendo a atenção médica individual restrita aos trabalhadores formais).

Vieira (2004, p. 114) em suas considerações sobre a política social à época refere que

Jazem distantes aquelas políticas sociais inauguradas pelos surtos nacionalistas, melhor dizendo, pelos arremedos de projetos nacionalistas posteriores a 1930. Ao nacionalizarem algumas atividades econômicas, governos da América Latina encarregaram-se igualmente dos serviços da educação, da saúde pública, da habitação popular, da previdência e da assistência social. As políticas sociais de cunho nacionalista tiveram a finalidade inicial de mobilizar controladamente as sociedades latino-americanas e acabaram convertendo-se, antes de tudo, só em políticas de controle dessas sociedades.

Dois importantes traços evidenciam-se na formulação de políticas sociais. O primeiro diz respeito à continuidade da perspectiva de ações sobrepostas e

---

<sup>35</sup> Um exemplo interessante acerca da "mediação" promovida pelo Estado entre capital e trabalho é, precisamente, a origem da política de habitação. Ao passo que o processo de acumulação capitalista se desenvolve, ações como as vilas operárias (como a Vila Maria Zélia em São Paulo ou a Vila Lourdes em Carapicuíba) deixam de existir massivamente e são consideradas responsabilidades do Estado.

focalizadas nos dias atuais, em que critérios de seletividade são instituídos em detrimento ao acesso universal aos direitos sociais presentes na Constituição Federal de 1988 (Soares, 2000). Em contrapartida, verifica-se a tentativa de ruptura com essa lógica por meio da luta pela garantia de ampliação dos direitos de cidadania, expressa como desdobramento da reorganização dos movimentos populares no fim da década de 1970 e que repercutiu diretamente na referida carta constitucional.

Essa tensão, na democracia burguesa, ganha os espaços institucionais e revela elementos da luta de classes, experienciados (após a segunda metade da década de 1990) como sistemáticas ações de configuração de um Estado que se apresenta mínimo para o trabalho e máximo para o grande capital (Netto, 1993). É preciso dizer, portanto, que a perspectiva adotada para a análise ultrapassa a dimensão das particularidades da formação social nacional e se sedimenta no processo de mundialização do capital, a partir de políticas que dão respostas às necessidades de ampliação da acumulação capitalista por meio da diminuição dos custos do trabalho (Behring, 2008).

A configuração do Plano Diretor de Reforma do Estado – capitaneado por Bresser Pereira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) – foi analisada com rigor por Behring (2008), que apontou para a presença de elementos no campo da seguridade social, como a perda de direitos e a precarização das relações de trabalho, determinadas por contingenciamento de recursos, pela isenção de tributação do setor exportador (ICMS) e, sobretudo, pelo desvio de 20% dos recursos da seguridade social para a composição de *superávit primário* (a Desvinculação de Receitas da União).

A marca das privatizações<sup>36</sup> e da idéia de que para o campo das políticas sociais não importa o tamanho do Estado, mas, sim, sua eficiência e eficácia, constituem traços presentes até os dias de hoje. Apesar da frenagem do intenso processo de privatizações no país nos últimos anos, outros elementos presentes no binômio política social-política econômica perduram com pequenas alterações.

A noção de que a responsabilidade do Estado está apenas na regulação das ações impõe ao campo dos direitos sociais a mesma lógica do mercado. A tensão entre o direito social e a transferência de responsabilidades aos agentes da chamada "sociedade civil" está apresentada em propostas como o Plano Diretor de Reforma do Estado (1995) e, mais recentemente, no documento sobre as Fundações no campo da saúde, elaborado pelo Ministério do Planejamento em 2007.

A discussão acerca das particularidades e aspectos conjunturais da elaboração de políticas sociais nos dias atuais, especialmente as de saúde, tem provocado um intenso debate entre os trabalhadores, que esboçam uma tentativa de reorganização<sup>37</sup> tendo em vista as ofensivas em relação às condições de trabalho e o horizonte da perda de direitos. Isso porque a "nova" proposta nacional apresenta um caráter de redimensionamento, ajuste, frente às políticas de saúde expressas no documento "Fundação Estatal: principais aspectos" (2007), elaborado pelo Ministério do Planejamento. Tal proposta aprofunda e complexifica os fundamentos de redução do Estado previstos no governo FHC, conhecido promotor do ideário neoliberal. A proposta abre a possibilidade concreta de reorientar a efetivação dos direitos sociais

---

<sup>36</sup> No que se refere ao "Parque Industrial Nacional", construído a partir das ações do Estado no processo de industrialização tardia.

<sup>37</sup> Como exemplo, podemos citar o processo de reorganização do CEBES, sobretudo o processo de refundação em Campinas, e as pautas de espaços como o Fórum da Saúde do Rio de Janeiro, disponíveis no *blog* <<http://www.pelasaude.blogspot.com>>.

para entidades de caráter privado. Granemann (2008, p. 37) apontou, em concordância do Behring (2008), que

uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e, neste caso, será uma contra-reforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho.

Nesse sentido, as características presentes nessa proposta evidenciam traços importantes de regressão, pois, além de significarem uma transferência de responsabilidade das ações do Estado em relação à política social, proporcionará aos entes (fundações) prestadores de serviço, isenção tributária. Destacam-se, ainda, como aspectos importantes: a desconfiguração do controle social das ações de saúde e a mudança no vínculo empregatício dos profissionais, que terão alterações significativas na forma de contratação e na estruturação das carreiras<sup>38</sup>.

No que se refere ao controle social, a proposta prevê a existência de um conselho como o das grandes empresas privadas em lugar da constituição de um conselho gestor com distribuição paritária entre usuários, gestores e trabalhadores, conforme previsto no SUS. Sobre a alteração da contratação, as carreiras estatutárias seriam desestimuladas em nome de contratações celetistas por meio de processos seletivos públicos.

Dá-se, então, a fetichização do Estado à medida que se pretende igualar-se à lógica do mercado para a efetivação de direitos sociais, o que alimenta a idéia de automatismo das políticas sociais diante dos governos e da política econômica

---

<sup>38</sup> Um exemplo eloquente em relação à regressão nas condições de remuneração do trabalho foi precisamente aplicado pela Secretaria Estadual de Educação de São Paulo, capitaneada por Paulo Renato. A mutilação da carreira dos professores em nome do mérito é uma demonstração importante acerca da precarização das políticas sociais no Brasil.

(Granemann, 2008). A transferência de responsabilidade para entidades da "sociedade civil" que gozam de grande reputação permitiria que os direitos fossem percebidos de maneira análoga às "mercadorias", ocultando sua dimensão de interdependência com aspectos da política econômica como, por exemplo, o *superávit primário* e tornando-se acessíveis para grupos seletivos e alvos de políticas focalizadas em detrimento da universalidade prevista.

Para Vieira (2004, p. 112-3),

o intitulado "terceiro setor" alimenta-se da opinião, mais ou menos notória, da necessidade de aprimorar a gestão da política social. Nele se buscam resultados, participação, eficiência, eficácia nos programas sociais, por intermédio da atuação conjunta do Estado e de "setores" da sociedade. Com o "terceiro setor", retomam as antigas práticas da filantropia e do voluntariado, agora com trajes empresariais (...).

É preciso apontar que essa discussão acerca da reorientação das proposições relacionadas à efetivação dos direitos sociais, por meio da responsabilização de "novos entes", se dá num momento em que sequer foi regulamentada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)<sup>39</sup>, que institui parâmetros de responsabilização dos entes municipais, estaduais e federal em relação ao financiamento público do Sistema Único de Saúde.

No entanto, o horizonte de redução e fragmentação observado a partir de meados da década de 1990 – e que encontram interlocutores eloqüentes de diversas matizes políticas – não é linear. É antes marcado por contradições significativas e denota o contato com resistências, sobretudo em relação ao processo de implantação do SUS e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

---

<sup>39</sup> Nelson dos Santos, o Nelsão, em suas exposições e trabalhos afirma que a não regulamentação da EC 29 – há dez anos em tramitação – implica necessariamente num processo de subfinanciamento do SUS, marcado pela presença de políticas fragmentadas e pela desmobilização social.

Segundo Soares, a partir de 1990 as políticas de saúde foram se constituindo por meio de um processo de descentralização que muitas vezes configurou-se como “municipalização”:

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, criando numa visão focalista onde o local é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população (...) (Soares, 2001, p. 45).

Para a autora, a municipalização

tem sido um processo atabalhado, marcado por um contexto de ajuste recessivo das contas públicas, repassando de forma acelerada encargos e responsabilidades diretamente para os municípios, muitos dos quais incompatíveis com suas distintas realidades e possibilidades (Soares, 2001, p. 54).

Ainda de acordo com Soares, um dos principais problemas relacionados à descentralização, na forma como esta tem se desenvolvido nas políticas de saúde atualmente, se refere ao fato de que

o processo de descentralização não tem levado em conta a complexidade dos problemas sociais em determinadas regiões (como as regiões metropolitanas) cuja dimensão é supra municipal e exige uma intervenção articulada e regional (Soares, 2001, p. 54).

Outro aspecto a ser considerado, diante da existência de políticas sociais verticais (indutivas), é a grande heterogeneidade do país e a presença de necessidades de saúde particulares, senão características, de determinadas localidades, que se diferenciam de acordo com as dimensões regionais<sup>40</sup> (Soares,

---

<sup>40</sup> Tais aspectos estão presentes nas proposições do Pacto Pela Saúde (2006), cuja implementação prevê uma “regionalização cooperativa e solidária”, redimensionando as ações regionais por meio

2001).

Considerando as questões acima expostas, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira se torna exemplar na expressão das contradições presentes do desenvolvimento da política social brasileira na última década. Reivindicada ainda no processo de redemocratização brasileira e ocaso da autocracia burguesa, teve sua definição formal já nos idos de 2001, período caracterizado pelo acelerado processo de pulverização dos recursos e ações pertinentes ao campo da política social: o auge das expressões neoliberais. É preciso enfatizar que, mesmo diante desse cenário, a implantação da reorientação do modelo assistencial em saúde mental (presente na Lei 10.216/2001) preconizava a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, orientados numa perspectiva pública e municipal e articulados com as estratégias de atenção da rede básica de saúde e dos recursos territoriais (Brasil, 2007b).

Ocorre que a promoção da assistência em saúde mental prevista nos equipamentos de média e alta complexidade – os CAPS –, no âmbito do SUS, demanda, muitas vezes, uma dimensão regional na atenção<sup>41</sup>.

Especificamente no que se refere às ações relacionadas à infância e juventude, seja no que toca ao campo da Assistência Social seja nas ações de Saúde, percebemos que na história do Brasil, sobretudo da República aos dias atuais, há

---

dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), inclusive no que se refere ao financiamento. Uma das questões presentes nesse debate é a ausência de uma sede autárquica de região, o que implica na realização de pactuações entre gestores municipais de acordo com as necessidades de saúde regionais. Tal esforço está relacionado especialmente com ações de média e alta complexidade.

<sup>41</sup> Se considerarmos, por exemplo, a situação da região de Carapicuíba – a Rota dos Bandeirantes –, percebemos que para aproximadamente dois milhões de habitantes, de 15 municípios, verificamos a presença de apenas 5 CAPS infantis. De acordo com a cobertura prevista para essa dimensão populacional deveríamos ter mais do que o dobro de serviços dispostos e, ainda assim, a necessidade de articulação regional seria um imperativo se considerada, dentre as ações em saúde mental, a internação em Hospitais gerais ou Hospitais Psiquiátricos.

uma penetração secular de setores vinculados às instituições religiosas e de caráter filantrópico que, financiadas pelo Estado e por setores da sociedade, sedimentaram uma percepção da infância que perdurou até a emergência do Estatuto da Criança e do Adolescente (Rizzini, 2008). Essas noções, marcadas pela caridade, expressaram um caráter de classe (aristocrático) e normatizaram formas de conceber e intervir sobre as necessidades da infância e juventude.

Nesse sentido, ao analisar o desenvolvimento da atual Política Nacional de Saúde Mental verificamos uma expansão marcada pelo tensionamento político, expresso pelas determinações econômicas que desfinanciam política social e que privilegiam as demandas do capital<sup>42</sup>, impondo limites para sua abrangência. Por outro lado, percebemos desdobramentos dessa tensão no cotidiano dos serviços à medida que estão relacionados, também, a um momento de transição na forma de atendimento às demandas da população infanto-juvenil, como veremos a seguir.

---

<sup>42</sup> Segundo dados do Jubileu Brasil - que reúne diversos movimentos sociais para discutir os impactos da dívida no orçamento da União - presentes no site <http://www.jubileubrasil.org.br> e consultado em 23/09/2009, em 2008 o investimento em Saúde alcançou 4,81% do PIB e o investimento em Educação 2,57% do PIB. A soma do investimento nas duas áreas não chega sequer aos 10% pleiteados para o investimento em Saúde previsto na EC29.



## **CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PARA INFÂNCIA E JUVENTUDE**

O pressuposto que justifica a discussão acerca dos antecedentes históricos da atenção para infância e juventude no Brasil reside exatamente na idéia de que há um duplo processo de transição em relação à organização de serviços e práticas em saúde. O primeiro processo a ser analisado diz respeito à concepção de infância presente nas políticas sociais, que até 1990, com a vigência do código de menores<sup>43</sup>, apresentava como marca a tutela e a arbitrariedade, e cujo rompimento formal se deu a partir da construção do Estatuto da Criança e do Adolescente. O segundo processo de transição em curso que interessa ao debate proposto está relacionado aos desdobramentos da atual política de saúde mental, que, por sua vez, rompe com a perspectiva do asilamento, uma vez pautada na afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

### **2.1. Políticas Sociais para infância e juventude e medicalização**

*"Dizem que o crime, o vício,  
as impurezas cruas, costumam  
perecer no catre do hospital.  
Mentira! Estás aqui e as formas brancas,  
nuas, mostram à mocidade de um corpo virginal.  
E quantas dessas mil donzelas,  
que nas ruas ostentam do seu luxo o timbre oriental,  
valem menos que tu e que as virtudes tuas  
que afrontam a fome, a enfermidade, o Mal?  
Nua, deitada aqui, a Virgem da Miséria,  
se não goza da tumba a placidez funérea,  
serve ao menos de fôrça ao braço da ciência"  
(Alcides Flávio<sup>44</sup>)*

---

<sup>43</sup> Datado de 1979, fora considerado, por autoras como Rizzini e Stansci, como uma mera revisão do Código de menores de 1927.

<sup>44</sup> Pseudônimo de Fernandes Figueira.

A política social para infância no Brasil foi historicamente marcada pela ausência de ações estruturadas por parte do poder oficial até os anos de 1830. Conforme Stanisici (1996, p. 60),

o paradigma dominante na política de atenção à infância e juventude no longo período que antecedeu a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente foi o repressivo/assistencialista, sendo a criança vista ora como vítima, ora como delinqüente, com maior ou menor ênfase em função das diferentes conjunturas políticas.

Datada de 1830, a primeira legislação no tocante à temática da infância centrava-se na questão penal (Código Criminal de 1830), visando responsabilizar os menores de 14 anos pelos crimes cometidos. A lei direcionava as crianças e os adolescentes que cometiam crimes para o recolhimento em Casas de Correção, rompendo com as medidas punitivas oriundas das Ordenações do Reino de Portugal, consideradas bárbaras (Rizzini, 2009). A principal intervenção nos tempos do império caracterizava-se pela preocupação com o recolhimento das crianças expostas, ação praticada por iniciativas religiosas (católicas). De acordo com Rizzini, “a responsabilidade de zelar pelos expostos era nitidamente da igreja, que, para tanto, contava com subsídios provenientes dos cofres públicos” (Rizzini, 2009, p. 101).

Na década de 1850 foram publicados os primeiros marcos normativos consolidados acerca da educação, temática que mobilizou o Império a partir de 1828.

Após a década de 1850 começaram a ganhar corpo os debates acerca da condição dos escravos e seus filhos, até que em 1871 foi promulgada a Lei 2.040, a chamada lei do ventre livre. No entanto, segundo a leitura de Rizzini sobre a época, a liberdade das crianças nascidas após esta data era facultativa, dependendo da escolha do Senhor. Caso este optasse por “criar” a criança até os oito anos de idade,

teria o direito de explorar seu trabalho até os 21 anos ou entregá-lo ao Estado e receber uma indenização<sup>45</sup>.

As transformações sociais percebidas no período de transição do Império para a República tiveram como influência significativa o adensamento urbano<sup>46</sup>. Ainda segundo Rizzini (2009, p. 104),

nesta conjuntura, marcada pelas transformações das cidades, onde se via com temor o crescimento e a concentração das populações urbanas, ganhavam particular relevo os conhecimentos médicos sobre a higiene, notadamente sobre o controle e prevenção das doenças infecto contagiosas.

A família era fundamental nesse processo. Saneando a família sanear-se-ia a sociedade como um todo. E nesse sentido a criança era considerada um acesso direto à toda família. Um aspecto que explicitou a relação entre a família e a medicina à época foi o alto número de crianças que morriam no primeiro ano de vida.

A emergência da medicalização se deu num contexto em que a ingerência do poder público na esfera familiar e relacionava-se à criação de dispositivos de controle para disciplinar as "classes laboriosas", com vistas à correção dos que apresentavam comportamentos de vadiagem, ociosidade e delinqüência (Rizzini, 2009).

As ações do Estado em relação à criança, expressas inicialmente com foco nas crianças expostas e abandonadas, se complexificaram num conjunto que compreendia a educação (moral) a intervenção judicial e médica.

Nesse sentido, faz-se importante ressaltar que o processo de medicalização,

---

<sup>45</sup> Segundo os estudos da autora em questão, apenas 0.01% das crianças nascidas na época foram entregues ao Estado.

<sup>46</sup> De acordo com Rizzini (2009), a população do Rio de Janeiro dobrou entre 1872 e 1890, passando de 266 mil para 522 mil habitantes.

considerado como expansão da prática médica, não é neutro. Esteve, antes, envolvido com a estabilidade de um nível de produtividade da força de trabalho no desenvolvimento da sociedade capitalista. Para Donnangelo, em suas considerações sobre o caráter científico da medicina e sua função social:

a prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista. Justamente por se situarem entre as mais antigas formas de intervenção técnica é que eles [caráter científico e função social] podem também aparecer mais facilmente investidos do caráter de autonomia, como ocorre com outras categorias de práticas e agentes que, preexistindo a um novo modo de produção parecem preservados de revestir novas formas correspondentes a articulação inteiramente distintas com as estruturas econômica e social que compõem (Donnangelo, 1979, p. 29).

A autora afirmou, ainda, que:

Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua imediata articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção. Sinteticamente, tal perspectiva acentua o papel da medicina no processo de produção da mais-valia, em particular da mais valia relativa através basicamente do aumento da produtividade do trabalho (Donnangelo, 1979, p. 34-5).

É preciso dizer que nesse momento (fim do século XIX e início do século XX) houve a incorporação da mão de obra infantil, sobretudo na indústria têxtil.

Segundo Rizzini (2009), uma das justificativas da exploração de crianças era o combate à ociosidade e vadiagem. A inserção da medicina, nesse contexto, respondia ao alto índice de mortalidade materno-infantil por meio de intervenções clínicas, ao mesmo tempo em que, em sua dimensão técnica, responsabilizava-se pela higiene e garantia de desenvolvimento saudável da força de trabalho.

Aos que não eram considerados aptos ao trabalho, ou aos desvalidos, foram criadas formas de intervenção jurídico-médicas expressas no Código de Menores de 1927<sup>47</sup>.

O período entre 1830 e o advento da República trouxe como traço importante a preocupação com a criança abandonada, a infância desvalida e seu asilamento em Casas de Expostos.

A preocupação com a repressão da delinquência juvenil tornou-se alvo de ações no século XX, sobretudo após a aprovação do primeiro Código de Menores da história do Brasil em 1927.

No que se refere à Psiquiatria, que surgia no Brasil a partir da segunda metade do século XIX, é de importância, também, nesse momento, o conceito de eugenia vinculado à higiene mental. Ao passo que essas mudanças estão em processo, podemos considerar que:

cabe lembrar que, no Brasil, a própria Psiquiatria só se torna uma especialidade autônoma em 1912 e que é somente em 1927, sob o governo Washington Luís, que se cria o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (Assumpção Jr., 1995, p. 32).

Contudo, em 1852, uma tese defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por Antônio Francisco Gomes demonstrou de forma clara a visão vigente à época, na qual a característica básica era o controle das condutas infantis de modo que a criança crescesse e se tornasse um bom cidadão, adequado às normas vigentes.

Nesse trabalho foram apontadas as regras para atender os indivíduos nesses

---

<sup>47</sup> No art 7º do Código de Menores é prevista a criação "na parte urbana da cidade, de um estabelecimento, que terá a denominação de depósito de menores e será exclusivamente destinados ao recolhimento de menores que caírem sob a acção da autoridade pública até que lhes seja dado o destino legal" (Loureiro, s.d., apud Rizzini, 2009, p. 122).

espaços:

As regras tendentes a prevenir estragos e a disseminação do mal entre os freqüentadores de uma pensão (escolar) serão pouco mais ou menos os seguintes:

1. Não admitir no seio da comunidade mancebos de costumes e hábitos suspeitos;
2. Proibir aos alunos a conservação e a leitura de livros eróticos, as palestras levianas, e tudo o que possa exercitar para o mal a sua imaginação ardente;
3. Repartir completa separação de idades;
4. Proibir uma comunicação muito livre entre os pensionistas e os alunos externos, quando os haja de uma e outra classe;
5. Prevenir o despertar precoce da sensualidade por meio de exercícios bem dirigidos, pela abolição de alimentos excitantes etc..
6. Punir o culpado repreendendo-o asperamente ou, segundo a gravidade do crime, expelindo-o do colégio;
7. Medicá-lo, se carecer dos socorros da arte;

Os socorros da arte médica no caso, iam de bromuretos de potássio, cânfora, sódio, amônia, lúpulo e calmantes, empregados no combate à consequência do onanismo, até a prevenção por meios mecânicos: camisolas de força, infibulação, clitoridectomia<sup>48</sup>, neurotomia ísquio-clitorideana e aderência dos grandes lábios." (Gomes, 1852, apud Assumpção Jr, 1995, p. 22-3).

Como percebemos ao analisar a literatura relativa à infância e juventude, o recurso às internações psiquiátricas não era a única nem a principal estratégia do Estado marcada pelo asilamento. A criação de casas de correção e dos abrigos é uma marca das ações institucionais no período. A psiquiatria desenvolver-se-ia nesse contexto, sendo construída ao passo em que estudos eram realizados em importantes escolas sedimentados pela influência da eugenia. As características da intervenção psiquiátrica à época, segundo Assumpção Jr. podem ser caracterizadas como:

a questão médica é vista, tendo-se o cuidado de se estabelecer

---

<sup>48</sup> A infibulação consiste em suturar os dois lados da vulva após a remoção do clitóris e dos pequenos e grandes lábios.

um laboratório anátomo-patológico, coadunando com as idéias localizacionistas e organicistas da ocasião. (...) Assim a questão médica mistura-se com a questão moral e social, fazendo com que o trabalho médico se misture com o policiamento e educação da criança em seu ambiente (Assumpção Jr, 1995, p. 30)<sup>49</sup>.

Segundo a leitura do autor,

no Brasil até por volta de 1870, a situação é pouco organizada, com carência de projeto científico. Nessa época, altera-se o perfil das escolas [de medicina] chamando atenção para um aspecto higienista concomitante ao crescimento das cidades, aumentando o número de criminalidade, alienação e embriaguez (Assumpção Jr, 1995 p. 22).

Encontramos um registro importante sobre o Hospital Nacional de Alienados<sup>50</sup> feito em 1905 por Olavo Bilac<sup>51</sup>. O poeta parnasiano era amigo de Antonio Fernandes Figueira<sup>52</sup> que além de significativas incursões sobre a medicina encorpava o movimento poético marcado pelo uso de formas clássicas de expressão como o

---

<sup>49</sup> Segundo Assumpção Jr. (1995), "concomitantemente estabelecem-se vínculos entre as doenças e as raças, mesclando-se os conceitos de degenerescência e de condenação da mestiçagem". Nesse sentido é notória a presença da eugenia no desenvolvimento da psiquiatria brasileira.

<sup>50</sup> No livro: Ensaio: Subjetividade, saúde mental e sociedade. Editora Hucitec, 2000.

<sup>51</sup> Olavo Bilac (1865-1918) escreveu poemas ornamentais sobre temas gregos e romanos, e depois teve em sua produção a marca do lirismo amoroso, destacando-se, em seu livro Poesias (1888), o conjunto: "Via Láctea".

Sobre Bilac, Cândido (1999, p. 60) escreveu em "Iniciação à literatura brasileira":

"Olavo Bilac se interessou pelos problemas educacionais, elaborando livros didáticos de tonalidade patriótica; e, depois de certo radicalismo na mocidade, acabou adotando um nacionalismo convencional, em campanhas pela regeneração do país por meio da instrução universal e do serviço militar obrigatório. Como se vê, havia no corte bastante convencional do Parnasianismo um componente de identificação aos pontos de vista do establishment".

<sup>52</sup> Trata-se do Dr. Antonio Fernandes Figueira (1863 – 1928) médico pioneiro na organização de serviços para a infância no Brasil. Idealizador e fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria. Além de ser diretor da seção de crianças do referido Hospital, em 1924 foi chefe da Inspeção de Higiene Infantil ligado ao Departamento de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nesse mesmo ano criou junto com Carlos Chagas o Abrigo Hospital Arthur Bernardes. Além disso, fez parte do movimento parnasiano com Olavo Bilac quando escrevia poemas com o pseudônimo de Alcides Flávio. O prédio do antigo Abrigo Hospital Arthur Bernardes tornou-se uma Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) onde funciona o Instituto Fernandes Figueira.

soneto e que apresentou características de clara vinculação à elite<sup>53</sup>.

Em sua descrição, Bilac apontava um processo de mudança protagonizado pelo colega Fernandes Figueira:

A casa era suja e sombria; as enfermarias acanhadas e escuras; os loucos dormiam, ao acaso, atirados pelo chão; as roupas velhas e esfarrapadas; a comida é péssima, e o tratamento médico, se não já era o mesmo quando o grande Pinel, em 1792, foi encontrar praticado nos hospícios francezes, era ainda uma bárbara e retrógada mistura de inépcia e brutalidade: quarto-forte, duchas e camisa-de-força (Bilac, 2000, p. 308).

Em seu relato, Bilac evidencia as transformações no manicômio operadas por um conjunto de médicos com importantes marcas na psiquiatria brasileira, entre eles Afrânio Peixoto, Juliano Moreira e Fernandes Figueira. Bilac em seu relato evidencia a representação que tivera do hospício na juventude, quando pelas noites caminhava ao luar e contrapõe essa representação com as mudanças concretas percebidas e expressas no relato.

Hoje o Hospício Nacional é um palácio. O Ministério do Interior acaba de gastar ali dentro sommas consideráveis - e nunca o dinheiro publico foi tão bem empregado. O que era uma gehna infecta e maldita, só geradora de asco e terror, - um logar de destino e suplicio, povoado d'aquelles mesmos gritos

---

<sup>53</sup> Em "educação pela noite" Antônio Cândido vincula o movimento parnasiano com a aristocracia na medida em que não havia no Brasil público para absorver as tendências européias expostas na forma e nos temas abordados "A penúria cultural fazia os escritores se voltarem necessariamente para os padrões metropolitanos e europeus em geral, formando um agrupamento de certo modo aristocrático em relação ao homem inculto. Com efeito, na medida em que não existia público local suficiente, ele escrevia como se na Europa estivesse o seu público ideal, e assim se dissociava muitas vezes da sua terra. Isto dava nascimento a obras que os autores e leitores consideravam altamente requintadas, porque assimilavam as formas e valores da moda européia. Mas que, pela falta de pontos locais de referência, podiam não passar de exercícios de mera alienação cultural." (Cândido, 1989, p.147).

Em outro texto de sua autoria acerca da crítica literária, o grande autor refere-se ao parnasianismo da seguinte forma:

"É possível mesmo perguntar se a visão luxuosa dos parnasianos (e de alguns simbolistas), a sua descrição de vasos de porcelana, salas de mármore, metais preciosos, jóias, tecidos raros, não representava para as classes dominantes uma espécie de correlativo da prosperidade material, e, para o comum dos leitores, uma miragem compensadora que dava conforto" (Cândido, 1999, p. 59).



allucinados e terríveis, que há vinte e um annos, me haviam apavorado e martyrisado<sup>54</sup>, - é hoje um asylo calmo e piedoso, em que a brandura substituiu a violência, e em que os orphãos da razão, tutelados pelo Estado, são tratados como homens, apenas mais infelizes do que os outros homens, mas tão dignos de carinho e de respeito como todos elles (Bilac, 2000, p. 309).

A incursão do poeta pela casa dos loucos se deu com um objetivo bastante específico, qual seja conhecer "*a secção de creanças*": Nesse sentido, o texto é rico pois há grande esforço do autor de detalhar não apenas a ambiência física, mas as formas de atendimento e as teorias que norteavam as noções de sobre o adoecimento.

Antigamente, as creanças idiotas asyladas no Hospício, viviam numa sala apenas aumentada, de rojo 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 alli, como creaturas incuráveis, ali ficavam crescendo ao acaso, condenadas pelo idiotismo perpetuo, ou voltadas em futuro próximo ou remoto à loucura furiosa, à decadência e á paralyia em geral, e a morte. Inúteis a si mesmas e inúteis a sociedade, os pequeninos idiotas assim ficavam, como rebutalho maldito da vida, flores gangrenadas logo ao nascer, sem promessa de melhor sorte (...) (Bilac, 2000, p. 310).

Adiante, referindo-se ao novo tipo de tratamento proposto:

O processo é de uma simplicidade clara e radiante: o que caracteriza o idiota é principalmente, a falta de atenção, que impossibilita coordenação das sensações e das idéias, N'aquelles cérebros toda a percepção é vaga, incoherente, hesitante. Alli, a intelligência é como uma ave tonta, que abre as azas, paira no espaço, procura em vão onde poisar, vae e vem, voa e revoa sem rumo certo, e cae afinal exhausta, sem ter aproveitado o esforço, e de algum modo fatigada de nada haver feito. A primeira conquista, que se deve tentar na educação de um idiota, é a da revelação dos sentidos. É preciso

---

<sup>54</sup> Refere-se aqui o autor a uma visita noturna que tivera feito com colegas na época de juventude aos arredores do Hospício.

obrigar suavemente a criança doente, a saber, que possui sentidos, para depois educá-los (...).

Todo esse ensino é dado na ampla sala, banhada de luz viva, variada de ar puro, ou no jardim. No jardim, todos os canteiros, esmaltados de flores, tem forma geométrica: há tabuleiros em forma de círculo, de triângulo, de retângulo, de losângulo; de modo que ainda correndo e brincando, as crianças estão educando a vista e a inteligência (Bilac, 2000, p. 310).

O relato de Bilac remete ao momento de institucionalização da psiquiatria no Brasil. Momento de mudanças, do abandono e violência para o modelo de atendimento com influências do tratamento moral, ou seja, houve uma inflexão na psiquiatria com a inserção de novos elementos na psiquiatria brasileira que em certa medida não desconsideravam o uso da força e da violência.

A percepção de Bilac com as formas de atendimento são satisfatórias como podemos perceber.

Agora a marmitta está saneada, - a há ali dentro homens que curam e salvam outros homens, em vez de haver, como outr'ora, homens guardando e martyrisando feras (Bilac, 2000, p.314).

O tratamento moral, em questão, apresentava grande peso na disciplinarização e no trabalho. No caso do referido Hospício uma das ações foi a instituição de bibliotecas, salas de estudos e atividades laborais no cotidiano do hospital. Tratando ainda da época e fazendo alusão a um dos grandes vultos da literatura Nacional, Lima Barreto<sup>55</sup> em condições diversas à de Bilac esteve no

---

<sup>55</sup> Segundo Cândido, "ficou na meia obscuridade o escritor de alta tensão crítica, um verdadeiro inconformado, que se pôs voluntariamente à margem da sociedade dominante, pela repulsa dos seus padrões: Lima Barreto (1881-1922). Contrariando as normas preconizadas, a sua escrita é cursiva e a mais simples possível, buscando o ritmo coloquial, despreocupada da "pureza vernácula", freqüentemente incorreta, parecendo desafiar intencionalmente a gramática. A sua tendência mais natural era o comentário jornalístico e a apresentação pitoresca de costumes, regidos pelo sarcasmo e dirigidos contra o pedantismo, a falsa ciência, as aparências hipócritas da ideologia oficial. Mas o bloco principal de sua obra é a narrativa, que deixa a impressão de esforço mal realizado, apesar da generosidade das posições. Nela se destaca o romance O Triste Fim de

Hospital Nacional de Alienados Pedro II no fim da década de 1910, deixou-nos poucas anotações sobre o tratamento às crianças e jovens no seu “diário do hospício” de 1919.

Sobre a organização do hospital Barreto comentou:

A administração do hospício é feita segundo seções e pavilhões, à testa das quais tem um alienista e mais médicos. Segundo depreendi, as seções principais do hospício propriamente são quatro: Pinel e Calmeil, para homens; e Morel e Esquirol, para mulheres. Além destas, há outras especiais, para epiléticos, para crianças retardadas, rígidas e epiléticas, para tuberculosos, etc., cada qual com um nome de sumidade nacional ou estrangeira. O pavilhão, por excelência, é o de observação, que tem uma organização sui generis, depende do hospício, da polícia e da Faculdade de Medicina, cujo lente de Psiquiatria é o seu diretor, sem nenhuma dependência ou subordinação ao do hospício, dependendo, entretanto, o resto do pessoal subalterno e fornecendo este estabelecimento tudo o mais. Para ser um anfiteatro a seu jeito em uma enfermaria da Santa Casa, só lhe falta a insolência, a multidão de estudantes a querer fazer espírito e outras crianças com os doentes e defuntos (Barreto, 2002, p. 100).

Em poucas anotações sobre a infância:

A tarde continuava bela e agradável. Em meio do caminho, encontramos bandos de crianças loucas, de menos de dez anos, que iam brincar, sob a vigilância de uma enfermeira estrangeira alemã, parecia. Havia de todas as cores, e todas eram feias, algumas mesmo aleijadas. Continuamos a volta. Eu olhei o muro que dava para uma das ruas, onde corriam os automóveis, e calculei sua altura pela minha, que eu sabia de cor (...) (Barreto, 2002, p. 85).

Vale evidenciar que em relação às características do tratamento moral, Castel (1978) oferece importantes elementos para a compreensão da emergência desse processo na França como a pesquisa de autores da época. Vejamos a seguir a

---

Policarpo Quaresma (1915).

Uma análise importante sobre a obra de Lima Barreto foi feita por Carlos Nelson Coutinho em Realismo e Anti-realismo na Literatura Brasileira (1972).

definição de seus elementos fundamentais:

A ordem e a regularidade em todos os atos da vida comum e privada, a repressão imediata e incessante das faltas de qualquer espécie, e da desordem sob todas as suas formas, a sujeição ao silêncio e ao repouso durante certo tempo determinado, a imposição ao trabalho a todos os indivíduos capazes, a comunidade da refeição, as recreações com hora fixa e duração determinada, a interdição aos jogos que excitam as paixões e que entretêm a preguiça e, acima de tudo, a ação do médico, impondo a submissão, a afeição e o respeito por sua intervenção em tudo o que diz respeito à vida moral dos alienados: tais são os meios de tratamento da loucura que fornecem ao tratamento aplicado nessa casa, uma incontestável superioridade em comparação com o tratamento aplicado a domicílio. (Parchape, M, 1841, apud Castel, 1978, p.115)

A partir da revisão da literatura, percebemos a existência de duas tendências que não eram necessariamente opostas nesse primeiro período de desenvolvimento da psiquiatria, a primeira marcada pela influência da fisiologia (localizacionistas) e a segunda pelo tratamento moral<sup>56</sup>.

As intervenções sobre a infância no campo da saúde foram fortemente marcadas pelos ideais eugenistas

A construção do ideal eugênico se encontra em pleno apogeu, observando-se a defesa da profilaxia matrimonial e do saneamento do povo, condenando-se todos os tipos de uniões que carregassem vícios ou doenças. Tais idéias tinham como objetivo a melhoria da raça, onde os absolutamente enfermos não teriam qualquer outra solução a não ser o desaparecimento darwinisticamente esperado (Assumpção Jr, 1995, p. 32).

A tese de doutorado de Guimarães Filho defendida na Faculdade de Medicina da USP em 1926 é bastante clara:

A raça preta não convém, pois é considerada inferior à branca, e não desejamos abaixar o nosso nível, mesmo que já

---

<sup>56</sup> Para um exame mais aprofundado sobre o tema, verificar os boletins do Serviço Social de Menores.

tenhamos muito elemento preto em nossa nacionalidade. O mestiço, produto do branco e do preto, que é conhecido como mulato, é em geral um elemento fraco, predisposto a várias moléstias, pouco inteligente, o que às vezes acontece, são a exceção; não o sendo por serem mestiço, mas por terem herdado a inteligência do branco (Guimarães filho, 1926, apud Assumpção Jr, 1995, p. 39).

Alguns estudos apontam para intervenções não apenas para as questões "clássicas" que sedimentaram a concepção de louca como também para os "desvios de comportamento" como podemos perceber:

No Brasil em 1930 Ernani Lopes, em artigo intitulado "menores incorrigíveis", propõe três medidas profiláticas:

- a- Combate ao alcoolismo e sífilis do procriadores;
- b- Evitação das uniões de indivíduos tarados;
- c- Segregação e esterilização do degenerados, de acordo com o parecer de comissões técnicas. (Freire Costa, 1989, apud Assumpção Jr, 1995, p.39).

O processo de medicalização, de ampliação da prática médica no campo da psiquiatria, apresentava então duas características fundamentais, a saber: em primeiro lugar uma tendência localizacionista que buscava identificar no corpo as questões relacionadas ao adoecimento em saúde mental e em segundo lugar uma intervenção no campo moral, marcada pela influência do tratamento moral e de médicos como Esquirol e Morel.

As duas tendências perduraram de maneira significativa e é possível ser percebida seja na ampliação do modelo asilar<sup>57</sup> e do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas com o objetivo de remitir sinais e sintomas relacionados à saúde mental. Podemos destacar as intervenções de Egas Moniz, médico português que na década

---

<sup>57</sup> Embora durante a pesquisa não pudemos precisar a quantidade e extensão dessa ampliação, a implantação de hospitais psiquiátricos em outras capitais do Brasil parecer ser importante para essa afirmação.

de 1940 sistematizou em estudos o uso de intervenções cirúrgicas para o controle de comportamentos indesejados. O desenvolvimento da Leucotomia<sup>58</sup>, posteriormente designada por Walter Freeman como lobotomia é uma dessas expressões. A técnica rendeu ao médico português o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia de 1949<sup>59</sup>.

Ainda no mesmo ano foi publicado no Brasil um estudo de autoria de Mario Yan, Stanislau Krinsky<sup>60</sup>, A. Matos Pimenta e Afonso Sette Junior nos arquivos de Neuropediatria intitulado " Leucotomia pré-frontal em menores". As queixas a serem remitidas no grupo de nove crianças a que foram submetidas a intervenção foram: agressividade, irritabilidade, crises nervosas intensas, tendências perversas e anti-sociais (Assumpção Jr., 1995). Parte das crianças que passaram pela intervenção médica foram a óbito por decorrência de hemorragias ainda segundo Assumpção. Outras intervenções médicas observadas eram a "eletroconvulsoterapia" e a "insulinoterapia".

Apesar de estudos demonstrarem que tal intervenção apresentou resultados considerados satisfatórios em apenas de 10% dos pacientes, essa técnica foi amplamente utilizada e segundo Assumpção Jr. (1995) gradativamente caindo em desuso por médicos, sobretudo pela ampliação dos pressupostos psicanalíticos no campo da infância que se mostravam incompatíveis com tais práticas, evidenciando uma terapêutica mais compreensiva e relacionada ao estudo sobre o desenvolvimento infantil.

---

<sup>58</sup> O processo consistia numa incisão em fibras nervosas que ligam o lobo frontal a outras regiões do cérebro, praticada através de orifícios feitos no crânio por um aparelho criado pelo médico português e denominado leucótomo.

<sup>59</sup> É importante dizer que atualmente familiares de pessoas que passaram por esse procedimento solicitam a anulação do Prêmio destinado ao médico. O curioso é que figuras relacionadas á medicina não tenham se manifestado mesmo hoje quando as práticas da medicina sejam largamente sustentadas por evidências empíricas.

<sup>60</sup> Este, fundador da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria infantil sendo seu primeiro presidente em 1967.

Datam da década de 1950 estudos como o de Thomas de A. Collet e Silva Filho que considera que a

delinqüência juvenil deve ser tomada exclusivamente sob o ponto de vista médico, embora crianças problema sejam os antecedentes desses delinqüentes (Collet e Silba, 1952, apud Assumpção Jr, 1995, p. 60).

Os anos que seguem são marcados pela ampliação da psicanálise como perspectiva que vislumbra a compreensão e tratamento de questões de saúde mental, embora se perceba ainda em 1961 a produção de autores como A.C. Pacheco que sustenta ainda uma versão moralista acerca das determinações do comportamento delinqüente. Para Pacheco tais comportamentos se dão em decorrência da mudança brusca de ambiente, desintegração familiar, ausência de cultura e educação adequadas, o êxodo rural, o uso de drogas e o papel nocivo dos meios de comunicação como o rádio, o cinema e a TV.

Essa visão tradicional permeará bastante a psiquiatria mais acadêmica contrapondo-se aos movimentos influenciados pela contracultura dos anos 1960, que também contribuirão de modo negativo para a especialidade [psiquiatria], uma vez que a desmedicalizam e a misturam com uma série de atividades totalmente diferentes das atividades médicas e científicas, permanecendo num discurso eminentemente sociológico sem repercussões práticas (Assumpção Jr., 1995, p. 92).

Dentre os movimentos influenciados pela contracultura apontados pelo autor, podemos destacar a Antipsiquiatria, a Rede de Psiquiatria Alternativa e a Psiquiatria Democrática Italiana que questionavam as bases da psiquiatria tradicional, sobretudo, no que se refere à legitimidade médica nos tratamentos propostos.

As características apresentadas serão acrescidas nos anos seguintes ao aumento da repressão na ditadura militar evidenciadas pela Lei de Segurança

Nacional.

É importante ressaltar que o desenvolvimento de instituições e técnicas de intervenção apresentadas até agora, evidenciam a centralidade de dois grandes grupos de equipamentos, os dois centrados no asilamento. Um deles o hospital psiquiátrico que como vimos ainda abarca um grande espectro da infância com a ampliação das práticas da medicina (medicalização) especialmente da psiquiatria, seja com a intervenção cirúrgica/física, seja com o desenvolvimento da indústria farmacêutica. E outro marcado pelo abrigo dos “desvalidos” e pelas casas de correção, marcados pela tutela e arbitrariedade. Não temos até a década de 1980 o que se consolidou como o denominado “transtorno de conduta” que será sistematizado e descrito apenas no DSM III, apesar de características sintomáticas serem descritas anteriormente sem um diagnóstico preciso. Portanto podemos perceber que os tratamentos “oferecidos” para uma população que apresente alguns traços identificáveis com tal transtorno<sup>61</sup> fosse em certa medida atendida nos três principais espaços de asilamento institucional observados.

A marca da atenção à infância que se pauta na institucionalização das crianças e adolescentes apresenta diferentes matizes. Ainda que nesse momento já existissem perspectivas mais modernas de atenção que apontavam para a integração dos “menores” com a família e a comunidade, ou seja, a internação deixa de ser a única resposta possível, podendo-se buscar redes de apoio mais amplas. No entanto, as características da intervenção do Estado autocrático contribuem para a permanência de uma visão criminalizadora da infância e juventude (Stanisci, 1996).

Há algumas tendências observadas, ainda marcadas pela institucionalização,

---

<sup>61</sup> Enfatizamos como principais sinais a agressividade, o baixo rendimento escolar, a impulsividade e atos relacionados ao patrimônio (furtos, roubos, depredação).



relacionadas à consolidação das escolas especiais e entidades como as APAES e as Pestalozzi. Todas essas dimensões de intervenção sobre a infância por justificativas ou “necessidades” diferentes lançam mão do recurso do asilamento. Essa tendência se delineará de modo particular no contexto da autocracia burguesa, sobretudo entre 1964 e 1979.

O caráter privatista da época da ditadura militar privilegiou a formação e consolidação da medicina de grupo e de uma perspectiva de assistência marcada pela oferta de atenção seletiva, condicionada, portanto, à contribuição com a previdência tem influência nesse processo. Concordamos com Bravo (2008) que a característica importante do período da ditadura militar foi a

criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos (Bravo, 2008, p.94).

Bravo (2008) assinala ainda que o período é marcado pela ampliação da medicalização da vida social, assim como Luz (1991) que considera que

no período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos — já parcos — tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do ‘milagre brasileiro’ (Luz, 1991, p.142).

Para o desenvolvimento do trabalho, interessa agora centrar o foco não em todos os desdobramentos da institucionalização, mas em dois significativos: às

Instituições responsáveis pela medida aos “menores” que infringiram à lei e à consolidação do Hospital Psiquiátrico como resposta do campo médico para intervenções no “combate” aos comportamentos “socialmente desviantes”. Para Stanisci (1996) a Política de bem-estar do menor promovida no contexto da ditadura apresenta antecedentes claros que já sedimentavam práticas marcadas pela segregação. Trata-se do Serviço de Assistência a Menores (SAM) que era baseado na instalação de instituições totais, seguindo a lógica do sistema penitenciário.

Em consonância com a ideologia da segurança nacional, a PNBEM objetivava, com a atenção a essa população, o controle da marginalidade, tendo imprimido um caráter repressivo e correccional no trato com os infratores (Stanisci, 1996, p. 66).

Nesse sentido, rebatem na atenção à infância os moldes hegemônicos da oferta de atenção. Um outro aspecto importante que apresenta grande contradição com o processo das forças sociais ao fim da década de 1970 é justamente a promulgação do código de menores de 1979.

Segundo Stanisci (1996, p. 67)

O código de menores consolida a estigmatização da pobreza, definindo-a como um dos fatores que caracterizariam a existência de uma situação irregular de vida para crianças e adolescentes. A associação da pobreza à irregularidade transforma em caso de justiça uma situação comum à maioria da população infanto-juvenil brasileira.

E continua:

Paradoxalmente, é no final da década de setenta, quando a sociedade brasileira já se mobiliza fortemente pela transição democrática, que é promulgado o segundo código de menores (Lei nº 6.697 de 10/10/1979), consolidando as características autoritárias da política de bem-estar do menor (Stanisci, 1996, p. 67).

A experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos destinados à infância e juventude no Brasil, no entanto foi pouco retratada nessa época. Em poucas oportunidades encontramos bibliografia mais detalhada sobre o assunto. Felizmente no processo de elaboração da pesquisa, deparamo-nos com o importantíssimo livro de Cecília Prada<sup>62</sup> "Menores no Brasil: A loucura nua" (1980) em que apresenta aos olhos do leitor comum, não os olhos de especialista, mas ao leitor de jornal, as dimensões das violências presentes no cotidiano de "tratamento" em uma clínica que era privada, mas que recebia adolescentes e crianças do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM).

Cecília dialoga com o leitor e apresenta de forma contundente as distintas faces do hospício. Uma marcada pelo paisagismo, pela serenidade, pela beleza e pela calma que impõe a quem passa e outra, a face da violência, do abandono e da desumanidade, esta ocultada de tudo e de quase todos à época com exceção dos especialistas médicos e outros funcionários.

O livro se inicia com denúncia sobre a morte de duas crianças na clínica, uma por febre e a outra com o crânio fraturado.

As características do local podem ser claramente associadas aos Hospitais

---

<sup>62</sup> Cecília Prada é jornalista e escritora. Em 1980 recebeu o Prêmio Esso de Melhor Reportagem, assim como Juca Martins foi premiado com o mesmo trabalho com o Prêmio de melhor fotografia, que posteriormente foi publicado em forma de livro. É importante registrar que houve uma primeira edição desse trabalho em 1981, que significou para autora pressões, patrulhamento e fechamento de portas em grandes jornais como a autora retrata em seu prefácio à segunda edição. A contribuição de Cecília Prada com a denúncia dos maus tratos na Clínica de Congonhas para a mudança na atenção à infância e juventude no Brasil é fundamental. E cabe dizer que a segunda edição desse trabalho foi feita apenas em 1998, especialmente para o XX Encontro Regional de Estudantes de Serviço Social que teve como tema "Consciência ética e política do estudante universitário para o século XXI.

Por meio do contato com a autora foi possível recuperar alguns autores que não foram mais editados que abordaram o tema como Maria Lopes Cançado que escreveu um importante relato autobiográfico chamado "O hospício é Deus" (1979) e Hiram Firmino que escreveu o texto: "Nos porões da loucura" (1980).

Psiquiátricos tradicionais de décadas atrás. O trabalho de Prada (1980) é marcado por descrições físicas da unidade de atendimento, registradas pela Objetiva de Juca Martins<sup>63</sup>, por relatos dos vizinhos que muitas vezes presenciaram atos de violência física e sexual (quando não havia um muro alto), por entrevistas com os donos da Clínica e outros profissionais de saúde, assim como foram entrevistados alguns “menores que lá ficaram internados”.

As denúncias eram marcadas pelo fato de que as crianças e jovens ficavam permanentemente nuas, sem divisão de idade, expostas à violência sexual dos internados e dos “cuidadores”, ao uso excessivo de medicação (sossega leão) e às mortes que ali ocorreram. O caso mais emblemático apresentado pela autora refere-se a um garoto que fora internado por conta de distúrbios psiquiátricos sem problemas motores e saiu da clínica oito meses depois inteiramente mudo e paralítico (Prada, 1980). A descrição clínica de seu quadro ao ser internado posteriormente em outro hospital era de rigidez muscular, perda de equilíbrio, anorexia, anemia e com o diagnóstico de paralisia cerebral, com hemiatrofia cortical esquerda (Prada, 1980).

É importante ressaltar que a publicação do trabalho de Cecília Prada ocorreu justamente no momento em que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental começa a se articular e que as denúncias presentes nos textos encontraram ressonância e interlocução dentro dos movimentos sociais<sup>64</sup>. Em certa medida é o trabalho de Cecília Prada que nos permite afirmar que as características encontradas no Hospital Psiquiátrico para adultos eram análogas ao espaço “clínico” destinado às

---

<sup>63</sup> Ver fotos Anexadas ao trabalho.

<sup>64</sup> Chegaram aos olhos de Franco Basaglia, (psiquiatra italiano e referência teórica para a posterior experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira), os trabalhos da autora, quando este esteve no Brasil para uma série de conferências que depois seriam reunidas no livro intitulado “Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão o Otimismo da Prática” (1979).

crianças. As descrições e registros são idênticos a importantes trabalhos que constituíram o conjunto de denúncias de violações dos direitos humanos na assistência psiquiátrica hospitalocêntrica<sup>65</sup>. A diferença que podemos estabelecer é que além das crianças diagnosticadas com transtornos mentais, havia “atendimento” para crianças que tinham sido recolhidas pela FEBEM.

Os registros de Cecília Prada possibilitam a concordância com Stanisci (1996) em suas considerações sobre a atenção aos menores no Brasil no período da ditadura militar. Para ela, continuaram os “menores brasileiros”, após o código de menores de 1979, a ter como marcas a classificação de carentes, abandonados ou infratores (Stanisci, 1996).

Poderíamos apenas acrescentar a loucura no rol das categorizações que implicavam o asilamento em instituições fechadas.

As transformações das formas de abordagem à infância e juventude estão relacionadas diretamente ao processo de construção do Estatuto da Criança e do Adolescente e particularmente no que se refere à saúde mental ao desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>66</sup>.

Vale dizer que a conquista da perspectiva de atenção integral presente no ECA favoreceu o redimensionamento das práticas acima descritas.

A primeira delas está na mudança da concepção de infância e

---

<sup>65</sup> Sobre os registros dos Hospitais Psiquiátricos destinados aos adultos ver o filme: “Passageiros de Segunda Classe” de Luiz Eduardo Jorge (2001) disponível em [www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br). Apesar de ser lançado apenas em 2001 os registros são da década de 1980 de um Hospital Psiquiátrico na região central do país.

<sup>66</sup> Nos debates sobre a Reforma Psiquiátrica era comum ouvir o discurso de que não era a psiquiatria que deveria ser reformada, apenas o modelo de atendimento. Observamos por meio da recuperação historiográfica da psiquiatria infantil, que promover uma mudança de modelo de atenção necessariamente pressupõe a revisão de práticas e instrumentos de intervenção no campo da saúde mental. Essa afirmação se pauta, sobretudo no desuso e no descrédito que marcaram a psiquiatria quando analisamos os recentes trabalhos forçados nos manicômios, a utilização punitiva do eletrochoque e o uso indiscriminado de medicação, a contenção física e química.

adolescência, anteriormente compreendidas como fases da vida destituídas de direitos e que, portanto, precisavam de simplesmente de tutela. Pela nova concepção, instituída pelo ECA, crianças e adolescentes passam a ser vistos como sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento e pessoas portadoras de direitos (Leal, 2006, p, 148).

Apesar da dimensão de alcance da política social no âmbito nacional analisadas nesse trabalho é fundamental afirmar com Matos e Mendes que

o Estatuto atentou para a igualdade de direitos entre todas as crianças e adolescentes, independente de suas diferenças de classe social, gênero, etnia ou quaisquer outras; e tornou-os sujeito de direitos a serem garantidos com absoluta prioridade, através de políticas sociais (Matos e Mendes, 2006 p. 245).

Isso porque além de redimensionar as formas de atenção ao partir de pressupostos diversos ao código de menores evidenciado pela consideração da criança como sujeito de direitos, no ECA ainda está

registrado que o direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à convivência familiar e comunitária (seja em família natural ou substituta), à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização e à proteção ao trabalho são direitos fundamentais de todas as crianças e adolescentes. (Matos e Mendes, 2006, p. 246).

O processo de luta por direitos, observado na construção ECA, assim como da busca por mudanças nas formas de atendimento são elementos presentes em outros movimentos que também se reorganizaram ao fim do regime militar, como é o caso do movimento da educação infantil e da reforma psiquiátrica.

## **2.2. Contextualização do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica**

O objetivo deste capítulo é refletir sobre o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP) a partir da consideração que esta compôs o conjunto de

movimentos sociais que expressaram diferentes demandas reprimidas e denunciaram a violação aos direitos humanos<sup>67</sup>. A RP se expressa por um conjunto normativo composto por leis, portarias e ações do Estado no sentido de reorientar o modelo de atenção em saúde mental marcado sobremaneira pela centralidade de hospitais psiquiátricos que apresenta como característica fundamental a utilização de internações de longa duração (asilamento). Embora o marco significativo para a implantação da reforma psiquiátrica brasileira date o ano de 2001<sup>68</sup> com a promulgação da Lei 10.216, datam do fim da década de 1970 os movimentos sociais que iniciaram o questionamento do manicômio como tratamento.

Discutir o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira compreendendo-a como um conjunto de normatizações (leis, portarias) que têm como objetivo a reorientação da atenção em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde pressupõe que tais determinações se inserem na totalidade das lutas sociais brasileiras, sobretudo pela luta pela afirmação da saúde como direito. Nesse sentido é possível vislumbrar aproximações significativas entre o que se configurou nos últimos 30 anos como “Movimento de Luta Antimanicomial” e as bases do Movimento da Reforma Sanitária.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por

---

<sup>67</sup> Entre os movimentos podemos considerar o Movimento da “Carestia” na periferia de São Paulo as reivindicações relativas á educação infantil, a reorganização da UNE (União Nacional dos Estudantes) em 1979; O processo de fundação da CUT (Central Única dos Trabalhadores); o movimento da Reforma Sanitária, o Movimento Tortura Nunca mais, entre outros.

<sup>68</sup> O ano de 2001 é um marco não apenas pela promulgação da Lei 10.216, mas também pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que afirma os princípios da Reforma Psiquiátrica e afirma os CAPS como equipamentos estratégicos de Atenção em saúde mental. Ademais se organizava fortemente o processo na Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) de Damião Ximenes Lopes que foi encontrado morto num Hospital Psiquiátrico conveniado com o SUS em Sobral (CE). Havia no corpo de Damião marcas de tortura. Em 2006 o Brasil foi condenado, num momento histórico, pela morte do paciente e comprometeu-se novamente (já havia o feito na declaração de Caracas em 1990) a reorientar o modelo de atenção em saúde mental.

trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. (Brasil, 2005, p. 7).

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) questiona a psiquiatria tradicional<sup>69</sup>, denunciando a violação dos direitos humanos, a mercantilização da loucura, cronificação e segregação presentes nos manicômios, a precariedade das condições de trabalho dos profissionais. Esse movimento protagonizou, nos depois, não apenas as importantes denúncias, mas aos poucos constrói perspectivas alternativas ao asilamento influenciadas, sobretudo pela experiência italiana capitaneada por Franco Basaglia.

Segundo documento do Ministério da Saúde (2005)

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas (Brasil, 2005, p.7).

A década de 1980 foi marcada, pelo ingresso de integrantes do MTSM nos espaços de gestão em saúde mental, com o fito de influenciar a formulação e implantação de novas perspectivas de atenção gestadas no seio das discussões do movimento. Nesse sentido destacaram-se posteriormente as experiências municipais de Santos<sup>70</sup>, São Paulo e Campinas que entre outros municípios, inovaram ao implantar serviços extra-hospitalares e dar início à materialização de um processo de

---

<sup>69</sup> Tal questionamento como vimos foi considerado por autores como Assumpção Jr. como negativos para a especialidade médica tendo em vista que promoveu processos de "desmedicalização".

<sup>70</sup> Um rico relato sobre a experiência de Santos pode ser encontrado no livro intitulado "Contra a maré à beira mar: A experiência do SUS em Santos" publicado em 1997.



ruptura com a centralidade dos hospitais psiquiátricos como oferta de atenção<sup>71</sup>.

A segunda metade da década de 1980 foi marcada pela intensificação de espaços de debate sobre propostas de atenção e ruptura com a ordem psiquiátrica, marcadamente pela realização do II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, que adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Destaca-se nesse período ainda, a criação do primeiro CAPS no Brasil em São Paulo no ano de 1987 (Brasil, 2005, p.9).

Ainda em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental impulsionada pela organização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

No ano de 1989, após a constituinte, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que incorpora as construções do MTSM especialmente no que se refere aos direitos das pessoas com transtornos mentais e a reorientação do modelo de atenção. O texto defende a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, de acordo com o lema do Movimento. Trata-se da inserção das reivindicações que caracterizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira no campo legislativo.

Relativos à década de 1990 temos como acontecimentos de grande importância a Declaração de Caracas (1990) em que o Brasil é signatário. Tal declaração afirma a necessidade de construção de atenção em saúde mental em moldes comunitários e abertos. No entanto, o evento de maior expressão não apenas para o âmbito da reforma psiquiátrica, como para a história da política social brasileira é a criação do SUS.

Seguindo na apresentação dos processos marcantes na constituição da atual

---

<sup>71</sup> Uma análise dessas experiências municipais pode ser encontradas na Tese de doutorado de Florianita Coelho Braga Campos, intitulada: "O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. UNICAMP, 2000.

Política Nacional de Saúde Mental, em 1992 destacamos a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>72</sup>. Comprometidas com o conceito de saúde que recusa sua compreensão a partir da mera ausência de sinais e sintomas e vinculado ao acesso aos direitos sociais, o relatório final aponta para a necessidade de compreender a saúde/doença enquanto processo complexo que pressupõe a existência de uma rede de serviços (Brasil, 1994).

Outro documento importante à época foi elaborada a “Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental” em 1993.

Apesar do avanço em relação à compreensão da saúde como direito e às experiências de cuidado em meio aberto, até o ano 2000,

o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005, p. 8).

Na Carta de Direitos, já percebemos presente e a ênfase em relação à necessidade do atendimento em saúde mental ser realizada em serviços abertos e territorializados, incorporando os princípios da Declaração de Caracas (Santos, 1994).

O ano de 2001 é fundamental para o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois é o ano da aprovação da Lei 10.216 que afirmamos direitos das pessoas com sofrimento psíquico e o redireciona do modelo assistencial em saúde mental. O texto aponta para a necessidade de tratamento em meio aberto e considerando os princípios do SUS. Assim, formalizou-se a responsabilidade do

---

<sup>72</sup> Em janeiro de 1992 foi publicada a Portaria SNAS nº 224, que regulou o atendimento em saúde mental nos equipamentos abertos/ambulatoriais (como unidade básica, centro de saúde e ambulatório; e CAPS) e hospitalares (hospital-dia; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; e hospital psiquiátrico) no SUS. Destacamos a proibição da existência de espaços restritivos (como as celas fortes).

Estado brasileiro com as reivindicações do MTSM, direcionando o modelo de atenção comprometida com os direitos dos usuários ao acesso ao tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades (Brasil, 2001).

No final de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental que enfatizou a imperiosa necessidade de constituição de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental que superasse a tutela e a segregação (Brasil, 2002).

Percebemos que a consolidação do modelo assistencial previsto pela Reforma Psiquiátrica protagonizado pela emergência dos CAPS como equipamentos estratégicos, se dá majoritariamente nos anos seguintes. A expansão, no entanto apresenta um desenvolvimento desigual no que se refere às modalidades de cobertura assistencial. Percebemos que as fragilidades relativas ao desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica irá se evidenciar nos anos subsequentes em aspectos onde menos avançou a ampliação dos serviços. Estamos falando especialmente da questão do uso de substâncias (Álcool e outras Drogas) que com a explosão do Crack torna a cobertura frágil no que se refere à cobertura de atenção no contexto das grandes metrópoles<sup>73</sup> sobretudo no que se refere à ações de desintoxicação . Outro aspecto importante é justamente a questão relativa à internação psiquiátrica. Com a estratégia de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, percebeu-se uma dificuldade significativa de implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais como também de expansão de CAPS III com funcionamento 24h e acolhimento de situação de crise com hospitalidade noturna.

A partir da Tabela 5 é possível visualizar o processo de ampliação dos serviços

---

<sup>73</sup> Não é ao acaso que esse tem sido o grande alvo de propostas que resgatam a internação como solução das questões. Essa questão tem se desdobrado inclusive nas plataformas políticas de disputa.

substitutivos ao hospital psiquiátrico. Apesar de apresentar percentagens de ampliação dos serviços significativos, os números absolutos são excessivamente restritos se consideramos, sobretudo o número de CAPSi, CAPS AD e CAPS III no território nacional.

**Tabela 5** – Evolução dos CAPS no Brasil

Número de CAPS por tipo e ano (Brasil, 2002-2010\*)

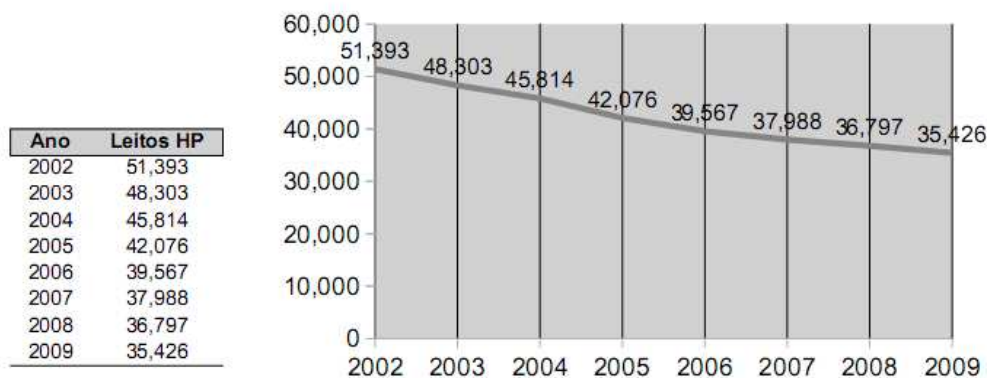
Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010*	725	406	46	122	242	1541
%Crescimento 2002-2010	<b>400.00</b>	<b>118.28</b>	<b>142.11</b>	<b>281.25</b>	<b>476.19</b>	<b>263.44</b>

\* Até 25 de junho.

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

**Gráfico 3** – Redução dos Leitos Psiquiátricos no Brasil

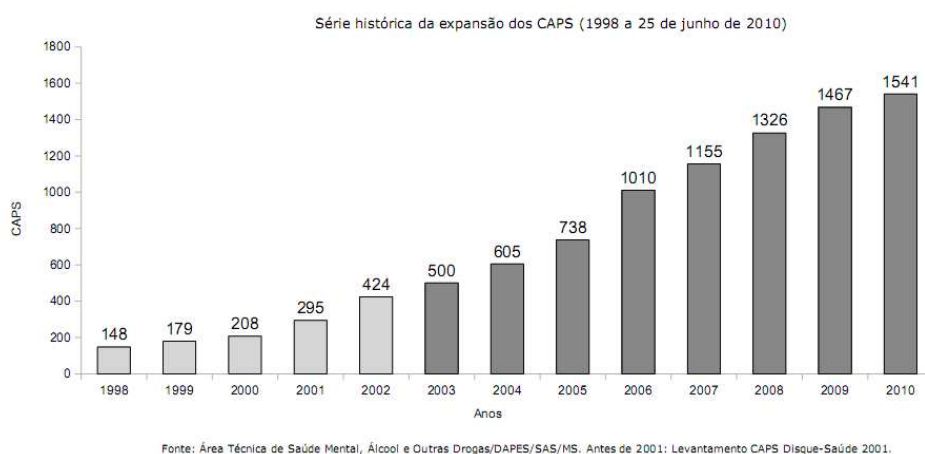
Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 – 2009)



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Como percebemos no Gráfico 3 a redução de leitos foi significativa, embora a ampliação de leitos em hospitais gerais acompanhe tal redução, assim como a implantação de CAPS III.

#### **Gráfico 4 – Evolução dos CAPS no Brasil 1996 -2010**



Como dissemos anteriormente, as particularidades do campo da saúde mental podem ser expressas pelo redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental que a partir da Lei 10.216/01 prevê a necessidade de tratamento em saúde mental em equipamentos de base territorial/comunitária em detrimento das políticas asilares presentes desde o século XIX no Brasil marcadas pela violação de direitos humanos. Ocorre que durante o regime militar, como dissemos, houve uma expansão significativa dos serviços hospitalares privados financiados com recursos públicos aí inclusos os hospitais psiquiátricos que concentravam em práticas asilares seu repertório de intervenções clínicas. O traço privatista na presente na cobertura assistencial em saúde mental<sup>74</sup>, influenciado sobremaneira pela grande indústria farmacêutica, poderia ser revertido com a criação dos serviços substitutivos (como os

<sup>74</sup> Representado pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH)

CAPS) ao manicômio. No entanto para que essa “lógica do território” se afirmasse seria necessário uma transição não apenas do modelo de atenção (do hospitalocêntrico ao comunitário) como também dos repasses de recursos (do privado ao público). Após nove anos de promulgação da lei 10.216/01 mais de 90% dos serviços que prestam atenção comunitária em saúde mental no SUS são públicos e municipais. No entanto apenas em 2006 os investimentos em na saúde mental foram equivalentes para os serviços hospitalares e extra-hospitalares como podemos perceber na tabela abaixo. Ademais, as propostas de transferência de gestão pública para as organizações sociais e fundações de direito privado são uma tendência de retomada do controle das ações nesse campo aos interesses privados.

**Tabela 6 – Recursos do Ministério da Saúde para a área de Saúde Mental**

Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
<b>Total</b>	<b>619.29</b>	<b>678.94</b>	<b>752.85</b>	<b>859.81</b>	<b>969.31</b>	<b>1.200.37</b>	<b>1.329.24</b>	<b>1.495,18</b>
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28.293.33	30.226.28	36.538.02	40.794.20	46.185.56	49.489.37	54.120.30	62.919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24.293.34	27.181.16	32.703.50	37.145.78	40.750.59	45.803.74	48.670.19	58.270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPs	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

\*Em Milhões de Reais

\*\* Empenhado

\*\*\* Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

### **2.3. Política de Saúde Mental para infância e juventude**

Inicialmente é preciso dizer que a elaboração de propostas de ação e organização da atenção em saúde mental destinadas à infância e juventude tiveram uma caracterização muito particular no âmbito das ações em saúde.

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Esta lacuna possibilitou, ao longo dos anos, a criação de uma rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas (Brasil, 2005, p. 34-35).

Como vimos na recuperação da historiografia da psiquiatria infantil no Brasil, há a presença de secções em hospitais psiquiátricos para infância pelo menos desde 1905. No entanto estas apareceram sempre diminutas e pulverizadas em outras instituições como as referidas pelo documento do Ministério da Saúde.

Um importante antecedente da organização de políticas para saúde mental infanto-juvenil é o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), marcado pelo direcionamento de condutas aos profissionais médicos para que na abordagem do adolescente possam avaliar/detectar os fatores de risco e desvios em relação a um padrão descrito nas normas, e encaminhar, caso seja necessário, para a saúde mental (Castro, 2009).

Embora se tenha percebido uma ampliação na perspectiva de atenção marcada pela dimensão territorial que contrapõe o asilamento ainda na década de 1990 e o aprofundamento experiências locais importantes, o campo da infância e juventude foi foco de intervenção com mais destaque em 2001 a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. As principais deliberações

dizem respeito à inserção de jovens e crianças em serviços de saúde mental já existentes, bem como a criação de serviços destinados à infância e juventude que contemplem a noção de cidadania, a necessidade de criação de Fóruns intersetoriais em diferentes níveis e a elaboração de um mapeamento dos serviços já existentes e o perfil dos usuários que os acessam (Brasil, 2002).

O ano de 2003 foi para a OMS (Organização Mundial da Saúde) o ano da saúde mental das crianças e adolescentes. Tal data parece ter colaborado para o desenvolvimento de ações para infância e juventude, pois em 2003 surgem as primeiras normativas que tratam da expansão, materializando os CAPSi como nova linha de atuação (Castro, 2009).

O ano de 2003 é também o momento, como ressalta Castro (2009), de participação de um outro importante ator nesse processo: A Secretaria Especial de Direitos Humanos que teve importante participação na constituição de espaços intersetoriais para discutir a questão da saúde para infância e juventude, sobretudo no que se refere ao debates relativos aos processos de institucionalização (como abrigos e FEBEM).

A emergência da dimensão intersetorial está relacionada com algumas características das políticas sociais vigentes agora marcadas pela perspectiva da integralidade e da complexidade das necessidades da criança e do adolescente, que ultrapassam os limites setoriais e exigem um tratamento diferenciado a quem está em "condição especial de desenvolvimento".

Ao passo que as mudanças estruturais na concepção e organização da política social brasileira se explicitam, sobretudo após a constituição de 1988, ainda que muitas vezes de maneira formal e compensatória, há uma clara demonstração de



que a reorientação do modelo de atenção à saúde tem fortalecido a existência de uma cobertura assistencial em que equipamentos chamados “de base territorial e comunitária” figuram como equipamento central de rede sócio-assistencial. É preciso dizer que a perspectiva manifesta na atual Política Nacional de Saúde Mental, prevê a criação e articulação de um conjunto de serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos em consonância com as ações desenvolvidas pela atenção básica<sup>75</sup>, a redução progressiva de leitos psiquiátricos de longa duração e a desinstitucionalização de pessoas que estão internadas há um longo tempo.

Em relação às crianças e adolescentes internados há mais de um ano, foi realizado em 2008 o Censo dos moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo. A partir do censo pudemos perceber que no referido Estado as crianças e adolescentes considerados moradores de hospitais psiquiátricos representavam 0,4% do total das pessoas internadas<sup>76</sup>.

Este número, de baixa expressividade quando comparado ao número total de moradores, revelou que 28 (vinte e oito) crianças e adolescentes estão excluídos do convívio familiar e social, não acessam seu direito à educação, estão à margem dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Barros, S.; Bichaff, R., 2008, p. 41).

Segundo as observações presentes no Censo Psicossocial dos moradores de Hospitais Psiquiátricos deverá ser elaborado um plano de atenção específico que tenha o objetivo de evitar que essas pessoas componham uma “nova geração” de pessoas com marcas crônicas da institucionalização psiquiátrica. Durante a

---

<sup>75</sup> Entre os serviços estão os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Cooperativa e Convivência, Serviços para atenção a usuários de álcool e outras drogas, CAPS que funcionam 24 horas (CAPS III), leitos de internação em Hospitais Gerais.

<sup>76</sup> É preciso dizer que segundo os critérios do Censo, são considerados moradores as pessoas institucionalizadas há mais de um ano.

elaboração da pesquisa não tivemos acesso a documentos sobre o plano de atenção específico ou que apresentassem maiores informações sobre os motivos de institucionalização das crianças e adolescentes em questão.

**Tabela 7** – Relação entre faixa etária e sexo dos moradores de hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo

FAIXA ETÁRIA	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 a <12	2	0,03%	3	0,05%	5	0,08%
12 a <18	13	0,20%	10	0,16%	23	0,36%
18 a <20	11	0,17%	5	0,08%	16	0,25%
20 a <30	245	3,86%	90	1,42%	335	5,28%
30 a <40	581	9,15%	265	4,17%	846	13,32%
40 a <50	938	14,77%	477	7,51%	1415	22,29%
50 a <60	865	13,62%	574	9,04%	1439	22,66%
60 a <70	680	10,71%	461	7,26%	1141	17,97%
70 a <80	334	5,26%	282	4,44%	616	9,70%
>80	100	1,58%	130	2,05%	230	3,62%
Desc.	161	2,54%	122	1,92%	283	4,46%
<b>Total</b>	<b>3930</b>	<b>61,90%</b>	<b>2419</b>	<b>38,10%</b>	<b>6349</b>	<b>100%</b>

Fonte: Censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos de São Paulo (2008)

No que se refere aos processos de institucionalização consideramos que mesmo com um amplo desenvolvimento da psiquiatria que favoreceu a medicalização, afirmando as instituições psiquiátricas para adultos como uma das principais responsáveis pelo asilamento, no que se refere à infância e juventude não podemos fazer tal afirmação. Isso porque os processos de institucionalização para infância e juventude ultrapassam os muros das instituições asilares psiquiátricas<sup>77</sup>.

<sup>77</sup> Observa-se para a particularidade da infância e juventude a centralidade da institucionalização nos abrigos e instituições privação de liberdade decorrentes de atos infracionais. Segundo a recomendação 01/05 do Fórum Nacional de atenção em Saúde mental, existem aproximadamente

Tal consideração estão presentes no novo modelo de atenção em saúde mental: os CAPS infantis. O foco das ações de saúde, dessa forma já não se resume ao atendimento meramente clínico marcado pela avaliação de sinais e sintomas, considera também nos projetos terapêuticos aspectos ligados à vida social como as condições de vida e o acesso aos direitos como educação, trabalho, moradia, etc.

Se considerarmos que a Política Nacional de Saúde Mental para infância e juventude tem seus principais impactos em “municípios com mais de 100 mil habitantes” (Brasil, 2006a) por conta do corte populacional necessário para implantação de serviços, é possível perceber que nesse mesmo período a rede de atenção básica também passa por ampliação significativa da implantação de um novo modelo de atenção, o Programa de Saúde da Família (PSF) que após 1998 apresenta uma expansão substancial no Brasil, o que sugere um plano de análise que torna imperativo salientar a importância da compreensão de mudanças em modelos de atenção em saúde não apenas após a aprovação e regulamentação da Lei 10216 de 2001 como também em outros setores importantes da política social<sup>78</sup>.

#### **2.4. O Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil**

Em 2004, a criação do Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil (Portaria 1608 de agosto de 2004), agrega diversos atores entre gestores, “sociedade civil” e trabalhadores e constrói recomendações e orientações aos gestores estaduais e municipais acerca da especificidade da oferta de atenção à referida população. Temas como Educação, o Sistema Nacional de Medidas Sócio-

---

19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos e cerca de 11.000 adolescentes cumprindo medida sócio-educativa em regime de internação.

<sup>78</sup> Destaca-se aqui também a Política Nacional de Assistência Social, o Plano nacional de Convivência Familiar e Comunitária e O Sistema Nacional de Atendimento Sócio-educativo.

educativas (SINASE), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, ECA estão presentes nas reflexões e orientações documentais. No entanto é preciso destacar que apesar da previsão na portaria de 2004, não estão articulados fóruns sobre a referida questão em âmbitos locais ou regionais. O número diminuto de serviços, apesar da expansão significativa apontada na Tabela 5 (mostra em 2010 a existência de 122 CAPS infantis), colabora para que comunicação entre o Ministério da Saúde e os serviços seja mais direta, considerando, sobretudo a falta de espaços locais<sup>79</sup> e a viabilidade física de comunicação dado o número diminuto de serviços.

Nesse sentido é expresso nos documentos do Fórum Nacional de Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil a possibilidade de uma análise do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental que dialogue dentro de suas particularidades, com definições mais amplas da política social do âmbito da Seguridade Social.

O aprofundamento da “questão social” agravado pelo desenvolvimento de políticas neoliberais e pela apropriação privada dos frutos do trabalho em detrimento da socialização da produção apresenta importantes rebatimentos nas condições de vida da população, no cotidiano dos serviços e influencia sobremaneira o desenvolvimento de políticas sociais. Vale ressaltar que o campo da infância e juventude talvez seja um dos que mais apresenta interferências da terceirização das políticas sociais executadas em grande medida por entidades da “sociedade civil” que acessam o fundo público (diretamente ou por meio da dedução de impostos). No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, os equipamentos ainda são

---

<sup>79</sup> É preciso dizer que há o Fórum Municipal de Saúde Mental da Criança e do Adolescente de São Paulo, espaço que os trabalhadores do CAPS infantil de Carapicuíba buscaram interlocução. No entanto este é configurado não como lugar de trocas, mas como organização de grandes debates que privilegiam a organização de mesas redondas sobre temas pertinentes ao campo em detrimento de grupos de trabalho que construam recomendações.

majoritariamente públicos e municipais com exceção de cidades como São Paulo que tem nas Organizações Sociais da Saúde a marca da oferta dos serviços.

Um dos desdobramentos do contato com a leitura acerca da “questão social” presente, sobretudo em Iamamoto é a possibilidade de refletir sobre suas expressões, entendidas como inerentes ao desenvolvimento da sociedade capitalista, e tensionadas pela Política Social. Uma reflexão possível, portanto, é a de que no âmbito da saúde mental (especialmente direcionada à infância e juventude) a necessidade de planejamento, avaliação das políticas e necessidades de saúde da população são exigidas sobremaneira na medida em que estando concentrada a rede de atenção na oferta de serviços nos CAPS (no caso da infância e juventude dos CAPS infantis), a necessidade de construção de estratégias de atenção que contemplem questões como a de violação dos direitos (notadamente a questão da violência, do abrigamento de longa duração, das medidas sócio-educativas e do acesso à educação pública) aparecem por vezes como demandas de atenção de um serviço que tem como objetivo oferecer cuidados em saúde mental para crianças e jovens que apresentem “transtornos mentais graves severos e persistentes” (Brasil, 2005).

O risco, portanto, da medicalização da questão social e sua decorrente redução à meros sinais e sintomas clínicos manifestos apenas no âmbito da singularidade, aparece como um desafio a ser superado sobretudo no campo do debate multiprofissional (privilegiado e percebido como avanço no âmbito da construção do SUS). Sendo assim, a intermediação para a efetivação de práticas que se orientem para uma leitura e intervenção nas situações emergentes nos serviços como demandas de saúde é possível no limite da autonomia relativa do profissional

(Iamamoto, 2009), sobretudo considerando que há nesse caso específico a possibilidade de diálogo dentro dos espaços da equipe multiprofissional. Ainda recorrendo ao âmbito do SUS, especialmente à discussão e enfrentamento da medicalização, o recurso da Educação Permanente, da formação dos trabalhadores da saúde e a discussão acerca da história e do processo de implementação do SUS no Brasil, aparecem como possibilidade de aproximação entre os debates realizados no Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil e do cotidiano dos serviços, considerando a necessidade imperiosa de articulação de espaços locais de discussão e acompanhamento da implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em sua trajetória o Fórum Nacional de Atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil realizou 8 reuniões. É preciso dizer que sua composição, sobretudo no que se refere à participação dos trabalhadores e sociedade civil, não apresenta uma regularidade. Isso porque não houve regularidade de atividades específicas<sup>80</sup> em que representantes fossem nacionalmente reconhecidos para construir as recomendações. O CAPS infantil de Carapicuíba participou das três últimas reuniões do Fórum. É preciso dizer que é prevista na portaria a participação de apenas um CAPS infantil por região do país, o que não aconteceu nas reuniões em que os trabalhadores e gestores do referido serviço participaram. Observamos nas reuniões do Fórum a presença de inúmeros serviços de distintas regiões do Brasil.

---

<sup>80</sup> Congressos, Assembléias e outros.

### **CAPÍTULO 3 – O CAPS INFANTIL DE CARAPICUÍBA**

Há no CAPS infantil de Carapicuíba uma diversidade importante de expressões das necessidades de saúde para infância e juventude que podemos considerar casos de “transtornos graves severos e persistentes”. É evidente que as necessidades de saúde, apesar de apresentarem traços epidemiológicos gerais, são influenciadas pelas particularidades do território. A marca de Carapicuíba pode ser expressa pela ausência de serviços estruturados no âmbito da saúde no que se refere à implantação e avaliação dos serviços em diferentes níveis de complexidade. Um aspecto que nos permite afirmar isso é que não há qualquer divisão de distritos estabelecida, o que favorece “ações de improviso” diante das complexidades locais que se expressam em necessidades de saúde, distanciando-se inclusive dos princípios do SUS e especialmente da política de saúde mental. Esse traço reflete, sobretudo a descaracterização da atenção básica, considerando que o acesso e uso dos serviços se dá muitas vezes de maneira aleatória, ou seja, se não há profissionais em determinada unidade, é relativamente comum que usuários acessem serviços distantes de sua residência. Essa característica impede a vinculação dos profissionais com os casos (quando o acesso se estabelece) e, sobretudo interfere na sistematização dos dados do território.

No que se refere ao CAPS infantil, em 2007 houve um episódio eloqüente em relação ao planejamento das ações em saúde. Para que fosse instalado no município um ambulatório de especialidades (com gestão por OSS), um equipamento deveria dispor suas dependências, pois não houve construção de nenhum prédio ou estrutura para que o novo serviço fosse instalado. A gestão à época resolve deslocar para o prédio do CAPS infantil de Carapicuíba a UBS do Bairro (COHAB V), e o prédio da

UBS seria então ocupado pelo novo ambulatório de nome AME (Ambulatório Médico de Especialidades). Ocorre que o CAPS infantil seria fechado até que se conseguisse local adequado para seu funcionamento (provavelmente em outro bairro). A mobilização dos familiares em assembléias que lotaram o pátio do colégio da comunidade e a formação de uma comissão de acompanhamento desse processo constituída por familiares e trabalhadores do serviço, conseguiu por meio da pressão popular que o CAPS fosse reinstalado em um prédio próximo (dentro das possibilidades) do antigo endereço. É importante enfatizar que a implantação de um serviço de especialidades, pressupõe inicialmente duas ações: a estruturação mínima da atenção básica e a avaliação das necessidades da população diante das especialidades em saúde. Ambos os aspectos não foram discutidos ou apresentados pela Secretaria de Saúde nesse processo.

Com um serviço novo (começou a funcionar em 2005) as mais diversas demandas começaram a aparecer na medida em que as necessidades de saúde na atenção básica não eram supridas, sobretudo pela "superlotação" das agendas dos profissionais<sup>81</sup> nas Unidades Básicas de Saúde o que impedia o acesso mínimo a uma triagem ou avaliação de casos prioritários.

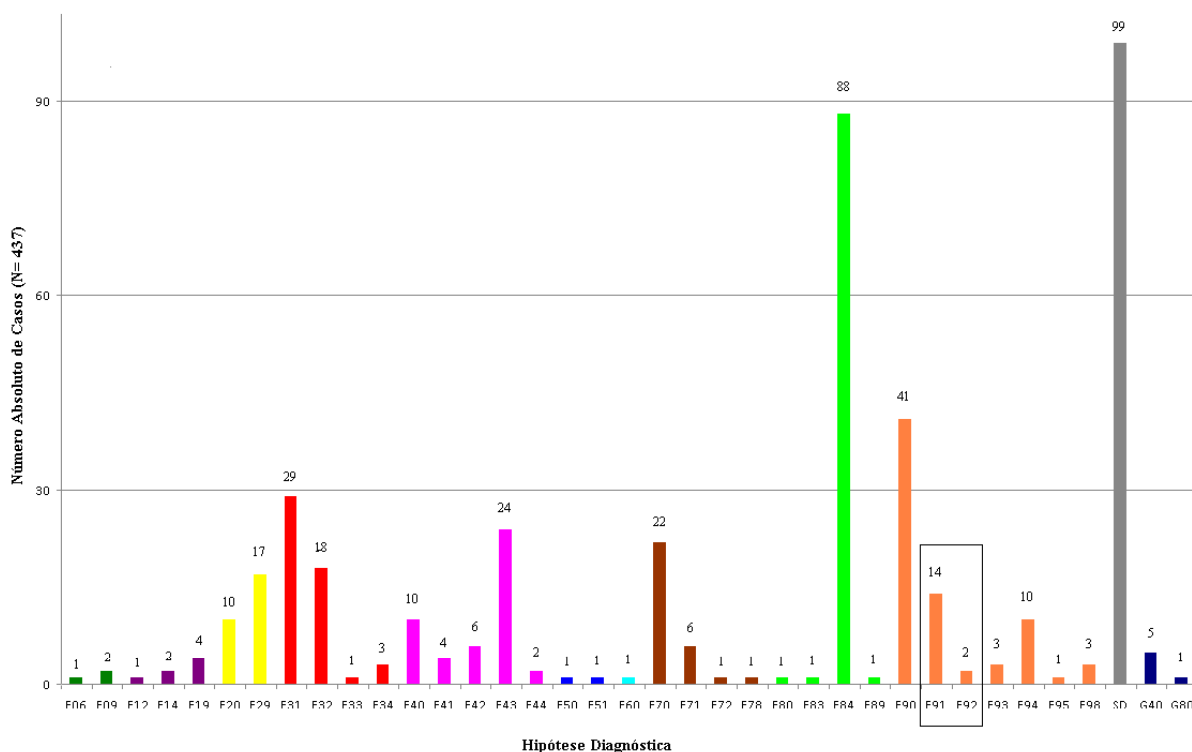
O maior número de usuários atendidos apresentam quadros de autismo, outros transtornos do desenvolvimento e psicoses na adolescência, como podemos perceber no gráfico abaixo.

---

<sup>81</sup> No caso da infância, aparecem como questões de acesso na atenção básica: a fonoaudiologia, o médico psiquiatra, o psicólogo.



**Gráfico 5 – Hipóteses diagnósticas dos usuários matriculados no CAPS infantil 2005 – 2010**



**Legenda:**

- **Transtornos mentais orgânicos, incluindo somáticos:** F06 (Outros decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física); F09 (Transtorno não especificado)
- **Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas:** F12 (cannabíndes); F14 (cocaína); F19 (múltiplas drogas)
- **Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes:** F20 (Esquizofrenia); F29 (Psicose não orgânica, não especificada)
- **Transtornos do Humor:** F31 (Afetivo Bipolar); F32 (Episódio Depressivo); F33 (Depressivo Recorrente); F34 (Persistentes do Humor)
- **Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes:** F40 (Fóbico-ansiosos); F41 (Outros ansiosos); F42 (Obsessivo-compulsivo); F43 (Reação e estresse grave e transtornos da adaptação); F44 (Dissociativos)
- **Síndromes comportamentais associadas à distúrbios fisiológicos e a fatores de risco:** F50 (Transtornos alimentares); F51 (Transtornos não-orgânicos do sono)
- **Transtornos específicos da personalidade (F60)**
- **Retardo Mental:** F70 (Leve); F71 (Moderado); F72 (Grave); F78 (Outro)
- **Transtornos do desenvolvimento psicológico:** F80 (Fala e Linguagem); F83 (Função Motora); F84 (Invasivos); F89 (Não especificado)
- **Transtornos Emocionais e de Comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância ou adolescência:** F90 (Transtornos hiperinéticos); F91 (Transtorno de Conduta); F92 (Transtorno Misto de conduta e das emoções); F93 (Emocionais com início especificamente na infância); F94 (Funcionamento social com início especificamente na infância ou adolescência); F95 (Tique); F98 (Outros)
- **Sem diagnóstico (SD)**
- **Transtornos neurológicos:** G40 (Epilepsia); G80 (Paralisia Cerebral)

Fonte: CAPS infantil de Carapicuíba (2010) Diagnósticos agrupados pelo autor a partir dos dados do serviço

Casos de “problemas de aprendizagem” eram comuns de chegarem ao serviço, assim como de abuso e violência sexual (muitas vezes com desdobramentos judiciais de afastamento da família). Ou seja, questões que apresentam um nível de complexidade e sofrimento importante, mas que não necessariamente se

caracterizavam como demandas oriundas de “transtornos mentais graves severos e persistentes”. Diante dessas “novas demandas” a equipe em seus espaços de discussão organiza-se para atender os casos de violência e os chamados “transtornos de conduta”, referenciando em equipamento ligado à Secretaria de Educação a parte maior das questões relacionadas ao processo ensino-aprendizagem que não apresentassem questões clínicas compatíveis com a atenção no CAPS.

Em relação ao conselho tutelar, houve por um período significativo, uma técnica que não era da equipe, na Secretaria de Saúde responsável pela triagem de casos “pertinentes” ao CAPS ou a outros equipamentos, triagem esta que muitas vezes enviava a maioria dos casos para serem atendidos pelo CAPS tendo em vista que a política nacional de atenção em saúde mental prevê o atendimento em regime de porta-aberta e de acordo com a organização do serviço as portas eram abertas para atendimentos denominados “acolhimentos” com o objetivo de avaliar as necessidades de saúde das crianças e adolescentes.

Entre os casos enviados, os problemas de comportamento, sobretudo no âmbito escolar e familiar começaram a aparecer de maneira mais freqüente. Não foram todos os casos matriculados no Serviço. No Gráfico 5 os casos diagnosticados como transtornos de conduta aparecem em destaque com a cor laranja. Casos de agressividade no ambiente escolar, comportamentos “opositores” e de pequenas infrações (furtos) começaram a ser atendidos no CAPS de acordo com a realização dos acolhimentos que tinha em vista não apenas as questões relacionadas aos sinais e sintomas como também à situações de risco e prejuízo social nas relações. Isso porque como dissemos anteriormente há uma tipologia denominada “transtornos de conduta” (F91 CID 10) em que é prevista em portaria do MS atenção em serviços

como os CAPS. Poucos eram os casos em que os adolescentes já tinham cumprido algum tipo de medida sócio educativas.

Ao consultar a interpretação jurisprudencial do Ministério Público de São Paulo (2002) com objetivo de avaliar se há uma tendência de medicalização a partir das ações do judiciário, percebemos que os comportamentos considerados desviantes que decorrem em agressões e atentado à propriedade, sinais diagnósticos importantes descritos no CID 10 para caracterizar os Transtornos de conduta, não são tratados como questões de saúde. A interpretação e conseqüentemente as decisões judiciais são marcadas pelo encaminhamento para o cumprimento de medidas sócio-educativas e o diferencial para aplicação da medida parece ser a estruturação familiar e o histórico do adolescente, sobretudo a frequência escolar e a existência de atos infracionais anteriores. A indicação de tratamento de saúde apareceu nos casos relativos à furtos e agressões somente quando estava associada ao uso de substâncias lícitas (como o álcool) ou ilícitas como outras drogas. Em casos como esses há uma maior intervenção do poder judiciário que realiza encaminhamentos para clínicas de desintoxicação e tratamento para dependentes<sup>82</sup>. No entanto nos trabalhos do Ministério Público não foi possível identificar para quais clínicas eram enviados os adolescentes em questão. Em nenhum momento foi enfatizado nos documentos o encaminhamento para serviços públicos de saúde ou especialmente aos CAPS.

Os atendimentos realizados no CAPS são majoritariamente em grupos e nesse sentido diversas estratégias de atenção foram tentadas para promover atenção a

---

<sup>82</sup> Essa é uma outra questão bastante importante, pois esses casos muitas vezes são encaminhados para "Comunidades Terapêuticas" que reproduzem os arcaicos tratamentos marcados por práticas religiosas (rezar) e atividades laborais. Em algumas situações tais espaços sequer contam com profissionais de saúde e praticam a desintoxicação por meio da abstinência sem qualquer avaliação sobre as necessidades de saúde das crianças e adolescentes.

esse grupo dos “meninos da conduta”. O primeiro talvez tenha sido a inserção em grupos de jovens com outras questões de saúde mental (como neuroses graves, atraso no desenvolvimento entre outras características clínicas). Isso pareceu gerar muita desconfiança das mães que não queriam que seus filhos (muitas vezes com comportamentos considerados infantilizados) fossem se tratar junto com os meninos que xingam, brigam, picham os banheiros e muitas vezes comportavam-se de maneira hostil. É preciso dizer que “os meninos da conduta” não vinham ao CAPS na maioria das vezes acompanhados pelos pais apesar de aparentemente estarem vinculados com o serviço, onde eram acolhidos.

Outras estratégias de atenção foram criadas por técnicos como atendimentos individuais, atendimentos em família, e uma expressão importante pareceu ser o momento em que a equipe busca aproximação com atividades e interesses presentes no cotidiano, como a introdução do RAP<sup>83</sup> nos espaços de grupo (especialmente para o grupo dos “meninos da conduta”), a utilização de recursos áudio visuais (sobretudo filmes), atividades como a confecção e o brincar com pipas e a ocupação de espaços comunitários (como quadras) que se encontravam sucateados.

Os meninos desse grupo, em sua maioria distantes do ambiente escolar (“expulsos” de diversas escolas) voltavam a ler e sentar-se em cadeiras para ouvir e conversar sobre RAP, encontrar-se, combinar as atividades do fim de semana, o que configurava o CAPS mais como um espaço de convivência do que uma intervenção clínica.

A partir do acesso aos prontuários do serviço, pudemos elencar 14 adolescentes (todos do sexo masculino) que foram categorizados ou apresentavam

---

<sup>83</sup> Algumas letras de RAP que foram utilizadas no trabalho com os adolescentes estão em Anexo.

como hipótese diagnóstica os chamados “transtornos de conduta” (F91 Cid 10). Para além das descrições clínicas que estão relacionadas ao diagnóstico, os jovens apresentavam:

- Distanciamento do ambiente escolar;
- Experiência de violência policial;
- Experiência de abrigamento;
- Famílias monoparentais;
- Experiência de trabalho infantil;
- Histórico de fugas de casa;

Uma característica importante do trabalho com esse grupo de jovens é a dificuldade de adesão ao tratamento proposto. Há uma descontinuidade importante por motivos diversos: trabalho, situação de conflito familiar, dificuldade de acesso, ao mesmo tempo em que o serviço parece ser referência para alguns por motivos distintos (para que o CAPS consiga vaga na escola, o benefício do ônibus, a convivência).

Um outro aspecto que emergiu de maneira menos expressiva no CAPS infantil é o uso de álcool e outras drogas (ver Gráfico 5). Essa é uma questão que quase não apareceu espontaneamente no serviço e há necessidade de articulação com o CAPS Álcool e Drogas para vislumbrar uma organização da atenção para esses jovens no território.

### **3.1. Equipe Multiprofissional e Condições de trabalho<sup>84</sup>**

Um aspecto que merece destaque inicialmente é a alta rotatividade dos profissionais que em sua maioria são contratados via CLT (contratos temporários). A existência dessa precarização relacionada aos recursos humanos tem alto impacto no CAPS infantil considerando que esta marca impõe muitas vezes, traços de descontinuidade nos projetos do serviço. É importante ressaltar que especificamente no caso de Carapicuíba, parecia haver uma interferência na rotatividade os freqüentes atrasos de salários, sobretudo no período entre 2004 e 2008, a ausência de plano de cargos e salários<sup>85</sup> e as condições de trabalho.

As condições de trabalho observadas no serviço são determinantes para avaliar as possibilidades de efetivação do cuidado, sobretudo pensando que o que está em jogo é a consolidação de uma política nacional em âmbito local. O fato do CAPS por três anos funcionar em espaço onde havia grande circulação de crianças associada a outros serviços, de certa maneira interferia na rotina de trabalho. Durante esse período funcionou nas dependências do CAPS o combate à dengue da cidade, o almoxarifado da saúde, um serviço de prótese dentária e dois ambulatorios: o de psiquiatria infantil e o de neuropediatria. Todos ao mesmo tempo.

Trabalhar com a alta complexidade no âmbito da saúde mental infanto-juvenil implica na necessidade de acolhimento à crise, atenção á algumas crianças com alto grau de comprometimento, inclusive no que se refere ao controle esfinteriano,

---

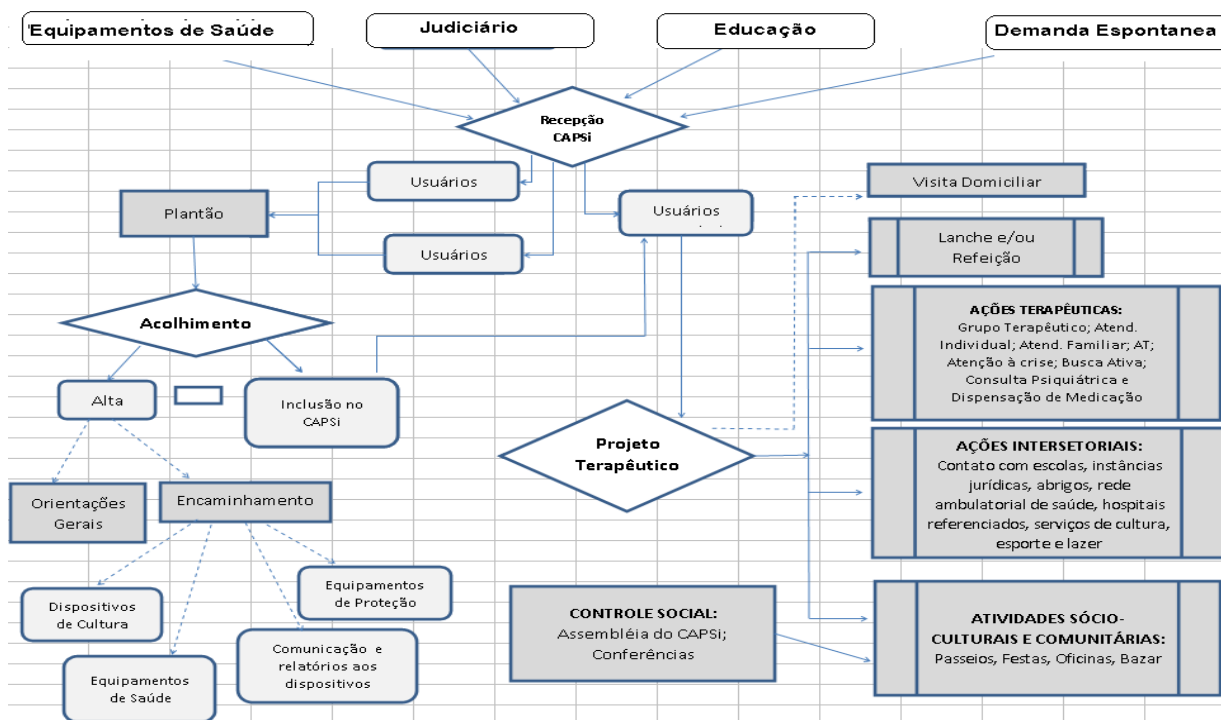
<sup>84</sup> As reflexões sobre o processo de trabalho aqui presentes apresentam-se como elemento que colabora no deslevo, na ultrapassagem da aparência dos limites de intervenção do Estado nas mudanças do modelo de atenção, sobretudo em sua transição de práticas repressivo/asilares para a dimensão territorial presente no modo psicossocial. Tais questões relacionadas à organização do trabalho no SUS certamente poderiam ser aprofundadas com a contribuição de autores como Emerson Merhy e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

<sup>85</sup> No referido município não há sequer instituído o cargo de coordenação técnica dos serviços e da Coordenação municipal de saúde mental. Os técnicos que assumem esses cargos recebem uma quantia a mais no salário descrita como "horas extras".

possibilidade de ocupar espaços abertos, em alguns momentos exige silêncio e reserva, ações que uma grande circulação de pessoas por vezes dificulta. É preciso dizer que em 2006 o próprio prédio do CAPS ficou alguns dias sem funcionar por ser um dos focos de dengue na comunidade.

Nesses anos, a partir do acesso aos documentos do serviço, foi possível perceber que a grande rotatividade se expressou pela revisão do projeto do serviço, que foi alterado em três situações sem, no entanto apresentar mudanças significativas. A revisão do projeto pareceu possibilitar a reflexão acerca dos objetivos do serviço e, ao mesmo tempo, a apresentação do serviço aos novos trabalhadores<sup>86</sup>. Em um desses momentos a equipe chega a elaborar um esboço de organização do fluxo dos usuários no serviço como podemos observar.

**Quadro 1 – Fluxograma do CAPS infantil de Carapicuíba**



Fonte: equipe CAPS infantil de Carapicuíba 2010

<sup>86</sup> Além da rotatividade, outra questão que muito influencia a dinâmica do serviço é que a formação sobre o SUS nos cursos de graduação muitas vezes se mostra deficitária.

A alta rotatividade dos trabalhadores implica também na dificuldade de se estabelecer atividades de educação permanente no SUS, tendo em vista que os trabalhadores passam pelo serviço por um período breve<sup>87</sup>.

É preciso apontar que parte significativa das alterações da equipe era marcada por um desligamento gradual dos vínculos com alguns usuários considerados “de referência”. No entanto o estabelecimento das referências e a própria organização do processo de trabalho por vezes esbarrava nos limites do município. Como não havia uma sedimentação de regiões em distritos sanitários ou divisões geográficas estabelecidas pela gestão, o referenciamento dos usuários, ou seja, o estabelecimento de um técnico que acompanhe com maior propriedade um usuário, responsabilizando-se pela elaboração de seu projeto terapêutico ou de acompanhar sua inserção em outros espaços da cidade, como a escola, por exemplo, era feito muitas vezes de acordo com a vinculação dos técnicos com os usuários (subjéctiva). A decorrência dessa organização dificultava o funcionamento das referências, sobretudo no que se refere nas intervenções no território, pois como a vinculação era o central e não os recursos da cidade, muitas vezes os trabalhadores tinham que se apropriar de muitas regiões da cidade, o que ficava inviável naquela realidade de trabalho.

A sensação de estar “apagando incêndio”, ou seja, de interferir apenas na imediatividade das ações é uma marca que evidencia a ausência de avaliação e planejamento do trabalho. É importante ressaltar que para o funcionamento pleno de um CAPS é imprescindível não apenas o planejamento e avaliação das ações em saúde de maneira ampliada, contemplando outros equipamentos de saúde de

---

<sup>87</sup> Da equipe que integrava o CAPS infantil ao início da pesquisa (segundo semestre de 2008) atualmente apenas 3 trabalhadores continuam (2 psicólogas e uma auxiliar de enfermagem).



diferentes níveis de complexidade como também da possibilidade de cobertura dentro do território. Considerando que atualmente um CAPS infantil tem a cobertura assistencial marcada pela oferta de atenção para um grupo populacional de 100.000 habitantes, Carapicuíba necessitaria de mais serviços desse tipo, ou de uma estruturação das ações em saúde que focalize, a partir da equidade, quais são as pessoas que devem ter prioridade dentro do conjunto de necessidades de saúde identificadas.

Mas não apenas nas relações ou nas "*tecnologias leves*" como propõe Merhy (2002) apresentam-se as questões relativas às condições de trabalho. É possível perceber que no CAPS infantil de Carapicuíba, a maioria dos recursos tecnológicos para a realização do trabalho foram conseguidas por meio de doações<sup>88</sup>. Uma das principais fontes de financiamento do serviço no que se refere aos equipamentos foi a solidariedade. Esse traço marcante de fragilidade do serviço é percebido na particularidade do município não sendo possível ampliar essa característica como uma marca da falta de financiamento para os CAPS no território nacional. A reposição de insumos e materiais pela prefeitura era regularmente marcada por alimentos, materiais de limpeza e escritório, impressora, mobiliário, entre outros materiais básicos. Em 2009 o serviço teve acesso à internet restrito aos funcionários.

---

<sup>88</sup> Entre os materiais doados que foram solicitados para a Prefeitura de Carapicuíba encontram-se: Computadores, Televisores, aparelhos de DVD, Vídeo Cassete, Jogos e Brinquedos, Máquina fotográfica, livros e revistas, sofá, geladeira, móveis de escritório (duas mesas e uma cadeira), violão, filmes (DVD e VHS), jogos de computador, materiais para artesanato, amostras grátis de medicamentos, além de prendas para festas.

### **3.2. Análise dos prontuários e das práticas do serviço**

As informações contidas nos prontuários permitiram a elaboração da Tabela 10 (Anexo I), que favoreceu a apreensão das características típicas encontradas nas situações dos adolescentes matriculados no serviço. Sobretudo no que se refere a aspectos não diretamente expressos como critérios diagnósticos, ou seja, trabalhou-se aqui com o levantamento de dados relacionados a um dos aspectos centrais das condições de vida: o acesso à educação.

Vale ressaltar que tal empresa é uma tentativa de distanciamento da perspectiva biomédica e ultrapassagem das noções que são consideradas fundamentais para a compreensão do fenômeno segundo a psiquiatria tradicional.

Apresentamos a seguir algumas características referentes ao diagnóstico e tratamento dos transtornos de conduta. Para tanto recorreremos à leitura do "Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência" (2003) que parece atualizar as tendências primeiras da psiquiatria brasileira no cuidado com os transtornos de conduta.

Percebemos que a compreensão médica acerca do referido transtorno é marcada sobremaneira pelos determinantes biológicos. Quando consideram-se os fatores coletivos, suas alusões norteiam-se pelos reflexos diretos das relações familiares no modelo de comportamento da criança, tais como abuso físico e violência, vadiagem, uso de drogas, falta de limites e falta de disciplina.

Segundo as leituras de Curatolo (2003) acerca dos aspectos epidemiológicos de prevalência do referido transtorno, são apresentados os dados da APA (Associação de Psiquiatria Americana) nos quais cerca de 6% a 16% dos meninos e 2% a 9% das meninas poderão apresentar transtornos de conduta. Em relação à maior prevalência de casos no sexo masculino, a explicação apontada relaciona-se ao nível

plasmático de testosterona.

A partir dos trabalhos da autora foi possível vislumbrar a grande influência de uma perspectiva organicista na compreensão e tratamento dos casos clínicos.

Existem estudos crescentes sugerindo uma associação entre serotonina e norepinefrina e seus metabólitos e comportamentos agressivos. A serotonina foi implicada como sendo um forte neurotransmissor ligado à inibição da conduta impulsiva e agressiva. Em crianças e adolescentes com histórico de violência e conduta disruptiva, foram observados baixos índices de serotonina. (Curatolo, 2003, p. 346).

As questões relacionadas ao tratamento, encontradas na leitura do tratado de psiquiatria da infância e juventude, apontam duas intervenções com melhores resultados. A primeira é o treinamento de habilidade parental e a segunda a prescrição de medicação.

Segundo Curatolo

o treinamento de habilidade parental focaliza-se em ensinar aos pais novas formas de se relacionarem, de reforçar o comportamento pró-social de seus filhos, assim como melhorar a comunicação direta e os comportamentos de apoio entre os membros da família (Curatolo, 2003, p. 347).

A utilização de fármacos, nessa perspectiva, é indicada a partir de uma avaliação psiquiátrica criteriosa e aliada a outros tratamentos como o acima descrito. As tentativas de mudanças no comportamento dos adolescentes por meio do uso de medicação estão associada à prescrição de estimulantes, neurolépticos e estabilizadores do humor. Entre eles o metilfenidato (considerado eficiente na redução da agressividade) e a carbamazepina (que segundo a autora oferece benefícios em relação ao comportamento impulsivo) e o carbonato de lítio (Curatolo, 2003).

Percebemos aqui que há significativa presença das características “localizacionistas” que remetem ao início da institucionalização da psiquiatria como prática médica ainda no século XIX. Agora lançando mão de outros instrumentos de investigação como a genética e a bioquímica. No que se refere ao tratamento, elementos presentes no tratamento moral, como vimos, são adotados no sentido de educar não apenas os adolescentes, mas, sobretudo a família – iniciativa presente também em antigas práticas. Um aspecto relacionado ao tratamento que merece destaque é a ausência de indicação de asilamento para o cuidado relativo aos transtornos de conduta, ou seja, as internações psiquiátricas não foram elencadas como forma privilegiada de cuidado.

No entanto, a compreensão da forma de tratamento nos dias atuais muitas vezes ultrapassa as avaliações clínicas da saúde, como podemos perceber no Anexo II em que a presença do judiciário implica em internações psiquiátricas.

A medicalização desses processos relaciona-se, então, à compreensão da dimensão clínica individual e seus fatores sociais imediatos, como a família. Nesse sentido, no tratado de psiquiatria consultado há uma ausência patente dos determinantes e condicionantes da saúde e das condições de vida em sentido amplo nas reflexões sobre o tema. A redução dos processos de adoecimento à esfera individual favorece sobremaneira a utilização de fármacos para o combate dos males expressos nos transtornos de conduta.

A Tabela 10 (Anexo I) favorece a percepção de que 9 dos usuários matriculados no serviço com hipótese diagnóstica de transtorno de conduta faziam uso de medicação, enquanto cinco usuários não foram medicados.

As informações dos prontuários são fundamentais para a apreensão do

desenvolvimento dos usuários no serviço num contexto marcado pela alta rotatividade de técnicos. No entanto, há uma fragilidade nas anotações cotidianas marcada inclusive pela alta demanda ao serviço e pela relação dos trabalhadores com essa tarefa. Há no CAPS infantil de Carapicuíba um caderno de ata para o registro das reuniões de equipe que condensa inclusive a situação e a direção do tratamento dos usuários. Muitas vezes essas anotações não são feitas nos prontuários e sim nesse caderno, o que impede de visualizar em médio e longo prazo as discussões sobre o caso, sobretudo para os trabalhadores novos no serviço que acabam se apropriando dos processos de cuidado no cotidiano de trabalho e por meio das discussões de casos em que participa. Desse modo, elementos importantes dos projetos terapêuticos ficam registrados em local distinto dos prontuários. Os registros eram feitos de forma individualizada, sem registros dos processos grupais. Os prontuários aglutinam uma série de informações sobre os usuários, especialmente no que se refere ao histórico familiar, expressão das queixas, evolução clínica e práticas propostas como intervenções em saúde.

Outra forma de apreender os registros sobre os usuários no serviço é consultar as APACS, documentos emitidos trimestralmente e enviados ao Ministério da Saúde viabilizando o financiamento dos procedimentos realizados. Esses estão dentro dos prontuários. Houve uma organização importante da equipe na organização das APACS com a realização de modelos digitais que favoreceram o preenchimento de modo regular. A elaboração dos Relatos (Anexo III) se deu a partir das anotações nos prontuários e da experiência de trabalho com os adolescentes no serviço de saúde.

Elencamos alguns aspectos da vida cotidiana presentes na trajetória dos

usuários que apresentaram como hipótese diagnóstica o transtorno de conduta.

### *3.2.1. Trabalho*

A experiência do trabalho infantil, presente na gênese do processo de industrialização mundial e em particular brasileira, esteve presente de modo significativo em três relatos dos usuários do serviço. Embora existam hoje estratégias para o enfrentamento da exploração do trabalho infantil<sup>89</sup>, marcadas pela concepção da criança como ser em desenvolvimento expressas no ECA, alguns municípios como Carapicuíba ainda não estão integrados a essas propostas. A dinâmica econômica encontrada região metropolitana de São Paulo é marcada pela informalidade que favorece a inserção de crianças e adolescentes em atividades de trabalho precário e que apresenta riscos como os que encontramos nos relatos: coleta de material reciclável, sobretudo metais (ferro, cobre e alumínio) trabalho em lava-rápido sem qualquer tipo de proteção e em contato com produtos tóxicos.

Mesmo num momento em que entusiastas da ordem burguesa, clamam pela educação como solução para todos os problemas, sugerindo qualificação profissional e o acesso à educação, notamos, nos dias de hoje, situações de trabalho que maximizam a noção de exploração como a presença de trabalho escravo no campo e na cidade<sup>90</sup>.

O trabalho assume no contexto da exploração capitalista diante da infância sua face perversa amplificando a desumanização apontada por Marx (2004, p. 83) ao

---

<sup>89</sup> Um dos exemplos mais significativos no Brasil é o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil).

<sup>90</sup> Ver os dados do Ministério do Trabalho sobre o trabalho escravo na região norte do país e na região central de São Paulo Presentes no Plano Nacional para Erradicação do trabalho escravo de 2003. Segundo o documento, há no Brasil cerca de 25 mil pessoas submetidas às condições análogas ao trabalho escravo.

referir-se ao trabalho alienado:

(...) o homem só se sente como ser livre e ativo em suas funções animais, comer, beber e procriar, quando muito ainda a habitação, adornos etc., e em suas funções humanas só se sente como animal. O animal se torna humano, e o humano, animal.

É importante ressaltar que a assunção de uma jornada de trabalho para os usuários do CAPS em que foram analisados os relatos implicou diretamente no prejuízo de importantes atividades como a educação e o brincar, elementos de sociabilidade fundamentais ao desenvolvimento humano. Apesar dos relatos e constatações de atividades laborais precárias pelas crianças e adolescentes, não foi registrado pelo Ministério do Trabalho em 2010 nenhum foco de trabalho infantil na cidade<sup>91</sup>. A situação de invisibilidade das crianças e adolescentes que trabalham expostos aos riscos ocupacionais, possíveis repercussões à saúde e a omissão dos entes federativos responsáveis pela elaboração e acesso às políticas sociais consolidam uma complexa teia que apresenta desdobramentos em diversos setores da política social, estamos nos deparando com essa dimensão a partir da análise das ações em saúde mental.

A dimensão do trabalho, atividade fundamental humana, fica restrita à reprodução das condições mínimas de existência. Percebemos que esse traço de particularidade encontrado nos relatos analisados está em conformidade com os dados do município que apresenta o PIB per capita mais baixo de sua região (ver Tabela 2). As atividades das famílias dos usuários, apenas em dois casos estão vinculadas às relações formais de trabalho. Uma como faxineira de uma Universidade

---

<sup>91</sup> Segundo consulta no Sistema de Informações sobre Focos de Trabalho Infantil (SITI) do Ministério do Trabalho em agosto de 2010.

e outra como Operadora de Caixa de um grande hipermercado. As outras famílias têm como base de reprodução material da vida o trabalho informal, sobretudo como “empregadas domésticas” nos municípios vizinhos que são ricos em relação à Carapicuíba. Outro aspecto significativo é o impacto da previdência para essas famílias. Ao menos em dois casos a renda era composta por aposentadorias.

É importante ressaltar que o imperativo das condições de trabalho, às quais os adolescentes e suas famílias estão submetidos, constituiu de maneira particular a relação com o serviço: a ausência dos familiares nas atividades propostas e no acompanhamento do cuidado. Vale ressaltar que não se trata aqui de responsabilizar a família exclusivamente pela ausência no tratamento. Havia, em certa medida, uma ausência de proposta de atenção às famílias no serviço, uma dificuldade de sedimentar ações cotidianas integradas com o âmbito familiar, estas relacionadas ao processo de trabalho não das famílias, mas dos trabalhadores da saúde.

### *3.2.2. Violência*

A violência é um aspecto presente no que se refere ao trabalho com os referidos adolescentes. Experienciada em diversas formas: Violência policial, Violência Doméstica, Violência sexual, convivência com situações de homicídio, atropelamentos e outras formas presentes nos relatos. Há uma dimensão importante da violência na trajetória desses adolescentes que colocam a todos num mesmo patamar: o de ter chegado ao CAPS por conta de agressividade, sobretudo no âmbito escolar. Ao tomarmos as reflexões de Basaglia (1985) perceberemos que a violência é especialmente importante no processo de desenvolvimento da psiquiatria. É a periculosidade que justifica a consolidação do asilamento na história da psiquiatria



moderna. E em certa medida a medicalização das questões que esses meninos condensam reproduz ainda a gênese das instituições totais, mas não na medida em que são vítimas da violência – antes por significarem esses adolescentes potenciais atores da delinquência, do atentado contra a ordem, a propriedade privada e a vida. A violência, naturalizada e experienciada como elemento da vida cotidiana, torna-se aspecto singular categorizado pelas descrições nosológicas e que necessitam de intervenção médica.

Podemos tomar então a violência como sendo um aspecto central da vida desses meninos, presentes não apenas na vida cotidiana, mas, sobretudo nas repostas do Estado brasileiro diante da questão. As marcas da atenção ao antigo menor e atual adolescente são as da repressão seja pelo campo da medicina com a sustentação de espaços como a clínica Congonhas descrita de forma brilhante e corajosa por Cecília Prada, seja no que se refere ao Judiciário com o modelo da FEBEM. Paulo Freire ao visitar a FEBEM nos tempos do Governo Montoro disse:

(...) na FEBEM, a norma era mais para rigidez, mais para disciplina férrea, para a incompreensão da problemática do menor, que já se sente um demitido da existência, um impossibilitado pela própria condição concreta de vida, que o esmaga mais ainda e provoca nele também um tipo, uma possibilidade de rebeldia (Freire apud Gomes, 1986, p.137).

A análise dos desdobramentos da violência no desenvolvimento desses meninos foi historicamente marcada pelo descolamento do debate das condições de vida que quando apareciam eram elencadas como determinantes diretos da marginalidade e geradores de preconceito contra o povo das periferias. Assim, as marcas da violência ultrapassam os limites das relações imediatas, sendo mediadas por valores, crenças e juízos morais.

A forma de favorecer a reflexão sobre as situações vividas pelos jovens do CAPS infantil, sobretudo em relação à violência, foi fronteira entre a construção de meros espaços de diálogo sobre as experiências cotidianas e a criação de uma intenção de atendimento, de análise, com finalidades terapêuticas<sup>92</sup>.

Nesse sentido, a utilização de um elemento de expressão genuinamente constituído nas periferias urbanas das grandes metrópoles como mediação para o contato com as experiências dos usuários foi fundamental: o RAP. Lembremos que o Grupo de mais prestígio entre os jovens "os Racionais MC's" foi formado em um momento<sup>93</sup> marcado pela invasão de grupos de extermínios nas periferias, pelas chacinas e pela enorme violência policial. Denunciando aspectos relacionados às condições de vida nas periferias, consolidaram uma forma de expressão artística para as experiências da vida cotidiana na sociedade capitalista. Assim começa um dos primeiros discos do grupo:

Mil novecentos e noventa e três, fudidamente voltando, Racionais, usando e abusando da nossa liberdade de expressão, um dos poucos direitos que um jovem negro ainda tem nesse país. Você está entrando no mundo da informação, do auto-conhecimento, denúncia e diversão. Este é o Raio X do Brasil, seja bem vindo<sup>94</sup>.

Como diria o próprio Mano Brown, tempos depois "violentamente pacífico" o RAP sem dúvida foi uma grande porta por onde conseguimos encontrar mais dos meninos do que nos registros ou nas inúmeras queixas sobre seus comportamentos. A possibilidade de imersão nas condições objetivas expressas pelo RAP e de

---

<sup>92</sup> Vale ressaltar que como recurso terapêutico, parte importante da equipe lançava mão das contribuições da Escola de Psicanálise Inglesa, especialmente de Winnicott e suas análises sobre a "tendência anti-social".

<sup>93</sup> Maiores informações sobre o surgimento do grupo podem ser encontradas na entrevista de Mano Brown ao programa Roda Viva da TV Cultura.

<sup>94</sup> Álbum "Raio X do Brasil", música "Fim de Semana no Parque", 1993.

aproximação com o cotidiano, favoreceu sobremaneira a aproximação subjetiva com os adolescentes que ali estavam em “tratamento”. Cada letra de RAP dizia uma coisa diferente para cada um, mesmo que estivesse falando sobre algo muito concreto. Nesse sentido, uma das principais letras que retratam a violência, especialmente na infância permitiu uma mudança: o estabelecimento de um diálogo em que a assimetria entre técnico e usuário era de certa forma dissolvida e não marcada pela disciplina, mas por um interesse em comum, o de ouvir e pensar sobre músicas que falavam de coisas que aconteciam ali.

(...) eles também gostariam, de ter bicicletas, de ver seu pai fazendo cooper, tipo atleta. Gostam de ir ao parque e se divertir ... e que alguém os ensinasse, a dirigir. Mas eles só querem paz e mesmo assim é um sonho ... fim de semana no parque Santo Antônio. [...] Olha só aquele clube que da hora ... olha aquela quadra, olha aquele campo, olha ... olha quanta gente ... tem sorveteria, cinema, piscina quente ... olha quanto boy, olha quanta mina (afoga essa vaca dentro da piscina). Tem corrida de kart, dá pra ver! É igualzinho o que eu vi ontem na TV ... olha só aquele clube que da hora ... olha o pretinho vendo tudo do lado de fora. Nem se lembra do dinheiro que tem de levar, pro seu pai, bem louco, gritando dentro do bar ... nem se lembra de ontem e diante o futuro, ele apenas sonha através do muro<sup>95</sup>.

Essa assimetria é uma marca no RAP nacional. Ao contrário da produção americana em que os artistas que “explodem” nas vendas compram carros de luxo, cordões de ouro e se distanciam do cotidiano dos bairros pobres, no Brasil grupos como *Racionais* se notabilizam justamente por intensificar sua relação com as periferias ao longo dos anos. Como diria uma letra dos Racionais “você sai da favela, mas a favela nunca sai de você”<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> “Fim de Semana no Parque” faixa do disco “Raio X do Brasil”, 1993.

<sup>96</sup> “Negro Drama” faixa do disco “Chora agora – ri depois”, 2007.

Segundo a psicanalista Maria Rita Kehl<sup>97</sup>

Para eles [Racionais MC's] a questão do reconhecimento e da inclusão não se resolve através da ascensão oferecida pela lógica do mercado, segundo a qual dois ou três indivíduos excepcionais, oriundos da pobreza, são tolerados por seu talento ao se destacar de sua origem miserável e se oferecer como objetos de adoração, de identificação ou consolo para a grande massa de fãs, que sonham individualmente com a sorte de um dia virarem exceção. Os integrantes dos Racionais dirigem-se à multidão de jovens da periferia a partir de um outro lugar: o lugar de semelhante (Kehl, 2008, p. 68).

Nesse sentido a possibilidade que o RAP trouxe ao ser elemento presente no CAPS que tem a marca da violência é justamente contrapor os aspectos centrais da medicalização que isola os indivíduos em diagnósticos, a violência a partir do RAP poderia ser tratada em sua dimensão coletiva, para além dos aspectos meramente individuais.

### *3.2.3. Abrigamento*

A questão do "abrigamento" ou (acolhimento institucional) de crianças na periferia é outro traço histórico importante que consolida a política social para a infância no Brasil. Para ilustrar essa afirmação com elementos da história da cidade, Carapicuíba conta em seu território com um abrigo inaugurado em 1923, antes, portanto, do primeiro código de menores da nossa história. Inicialmente o abrigo era destinado aos filhos das pessoas que contraíam hanseníase e até hoje é gerido pela igreja católica.

Entre os usuários do CAPS infantil é significativo o número de crianças que já passaram por ali, sobretudo por denúncias de maus-tratos, violência e abuso sexual.

---

<sup>97</sup> Em texto sobre a produção dos Racionais MC's no livro "A Frátria Órfã".

Entre os usuários que fizeram parte da amostra da pesquisa, dois deles tiveram passagens por abrigos. Um por conta de uma denúncia de maus-tratos e outro por ser ameaçado de morte e por falta de recursos da família.

Segundo os dados da pesquisa do IPEA "Direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil" (2004) 63% das cerca de 20 mil das crianças abrigadas nos 584 abrigos são negras; 1% amarela; 1% indígenas e 35% brancas.

Os principais motivos que desdobram em abrigamento foram vivenciados pelos usuários da amostra da pesquisa, como podemos perceber na Tabela 7, um por violência e maus tratos e outro por carência de recursos materiais. Outras crianças em situação de abrigamento estão matriculadas no CAPS infantil com diversas queixas que vão desde a agressividade, hiperatividade, depressão e violência sexual<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> Entre as crianças e adolescentes atendidos estão desde crianças abrigadas há pouco tempo, até adolescentes com mais de 15 anos de institucionalização.

**Tabela 8 – Crianças e Adolescentes abrigados segundo os principais motivos**

Motivo de ingresso em abrigo	REGIÕES BRASILEIRAS (%)					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Carência de recursos materiais da família/ responsável (pobreza)	22,7	34,3	22,4	11,3	23,3	24,1
Abandono pelos pais ou responsáveis	20,5	21,0	16,5	21,6	19,9	18,8
Violência doméstica (maus-tratos físicos e/ou psicológicos praticados pelos pais ou responsáveis)	20,9	5,8	13,3	15,5	10,1	11,6
Pais ou responsáveis dependentes químicos/ alcoólicos	7,1	6,8	13,9	12,6	10,1	11,3
Vivência de rua	9,2	10,0	5,8	5,4	4,6	7,0
Órfão (morte dos pais ou responsáveis)	1,8	5,5	5,4	4,9	5,0	5,2
Pais ou responsáveis detidos (presidiários)	2,4	2,6	4,2	2,9	3,5	3,5
Abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis	3,5	1,6	2,8	7,4	3,9	3,3
<b>Subtotal</b>	<b>88,1</b>	<b>87,5</b>	<b>84,4</b>	<b>81,6</b>	<b>80,6</b>	<b>84,8</b>
Ausência dos pais ou responsáveis por doença	0,7	2,4	3,3	3,2	2,6	2,9
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/ adolescente portador de deficiência mental	0,9	1,6	1,9	5,3	0,7	2,2
Pais ou responsáveis portadores de deficiência	1,1	2,5	1,7	2,7	2,0	2,1
Submetido a exploração no trabalho, tráfico e/ ou mendicância	0,0	1,6	2,1	1,6	1,0	1,8
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/ adolescente portador de deficiência física	1,1	0,4	1,8	2,6	0,1	1,4
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/ adolescente portador de HIV	0,2	1,0	1,7	0,6	2,6	1,3
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança/ adolescente dependente químico	2,9	0,9	1,2	1,2	1,1	1,2
Submetido à exploração sexual (prostituição)	4,4	0,9	0,9	0,9	0,7	1,0
Pais ou responsáveis sem condições de cuidar de criança/ adolescente com câncer	0,2	0,0	0,5	0,0	8,2	0,7
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de adolescente gestante	0,4	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Sem informação	0,0	0,9	0,4	0,0	0,4	0,4
<b>Subtotal</b>	<b>11,9</b>	<b>12,5</b>	<b>15,6</b>	<b>18,4</b>	<b>19,4</b>	<b>15,2</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IPEA/DISOC (2003). Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC.

A pesquisa do IPEA de 2004 impulsionou a elaboração de um Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, que busca garantir o direito à convivência familiar (previsto no ECA) às crianças que tem contato com as famílias e construir estratégias que evitem a institucionalização de longa duração. Como podemos

perceber na Tabela 8 há um número significativo de crianças institucionalizadas com família e com vínculo e se consideramos que também o grande “motivo” do abrigo historicamente é a falta de condições financeiras para sobrevivência da família toda, o abrigo entra definitivamente na pauta das políticas sociais intersetoriais que pretendem uma ação mais articulada com vistas ao atendimento integral das necessidades das crianças e adolescentes. Esse tema foi amplamente discutido na VII Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que teve participação dos trabalhadores e de um usuário do CAPS infantil de Carapicuíba. Embora de modo pouco estruturado e sem a elaboração de um Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária, o CAPS infantil esboçou formas de atenção às crianças e jovens abrigados matriculados no serviço que favorecessem a aproximação com as famílias.

Especialmente no caso do abrigo dos adolescentes que tiveram seus casos relatados na pesquisa, o abrigo se deu de maneira breve, sendo retomada a convivência familiar.

**Tabela 9 – Situação de vínculo familiar das crianças e adolescentes abrigados**

Situação Familiar	Regiões brasileiras					BRASIL
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Com família e com vínculo	58,9	64,3	55,2	52,4	68,7	58,2
Com família e sem vínculo	29,2	18,6	23,4	28,3	19,0	22,7
Impedimento judicial	0,5	2,6	7,4	7,8	4,2	5,8
<b>Subtotal com família</b>	<b>88,5</b>	<b>85,5</b>	<b>86,1</b>	<b>88,5</b>	<b>91,9</b>	<b>86,7</b>
Com família desaparecida	8,5	8,3	6,2	6,0	4,2	6,7
Sem família	2,5	4,3	5,0	4,9	3,4	4,6
<b>Subtotal sem família</b>	<b>11,0</b>	<b>12,6</b>	<b>11,2</b>	<b>10,8</b>	<b>7,6</b>	<b>11,3</b>
Sem informação	0,5	1,9	2,7	0,6	0,5	2,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IPEA/DISOC (2003). Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC.

### 3.2.4. Educação

A questão da educação é central para análise dos casos estudados. Isso porque a maioria dos casos chegou ao CAPS ou por meio do encaminhamento da escola ou por encaminhamento do Conselho Tutelar relatando agressividade no contexto escolar. As duas principais queixas estiveram relacionadas com o âmbito escolar: a agressividade e o baixo rendimento escolar.

Percebemos em três casos a evasão escolar, e o atraso decorrente da repetência foi verificado em todos os casos.

Carapicuíba conta com cerca de 53 escolas públicas estaduais e 33 municipais<sup>99</sup>. Como apresentamos anteriormente, a cidade apresenta um índice elevado de baixa escolaridade e analfabetismo.

É o ambiente escolar, segundo Moysés e Collares<sup>100</sup> (1996), o principal agente que demanda a medicalização na infância. Para as autoras a naturalização de questões sociais e a individualização de problemas coletivos são elementos que favorecem tais acontecimentos. A partir da consideração de que os problemas são individuais e das crianças, muitos problemas da educação pública de São Paulo saem do foco como a superlotação das salas de aula e as péssimas condições de trabalho dos professores da rede estadual. As características históricas da educação brasileira marcadas pela punição e pela padronização dos comportamentos esperados favorecem também uma ampliação da medicalização para a infância. As autoras consideram a medicalização não apenas como um fenômeno que deixa raízes nos

---

<sup>99</sup> Vale dizer que há uma Escola Especial conveniada com a Prefeitura. Trata-se do Colégio Lea Rosenberg.

<sup>100</sup> A autora discute os processos de medicalização especialmente no que se refere aos chamados distúrbios de aprendizagem como TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), Dislexia e Discalculia.



costumes, que permearam os espaços formais de ensino, mas, sobretudo pela influência da indústria farmacêutica que promete à sociedade drogas que acabam por conter quimicamente os impulsos das crianças, inclusive os agressivos.

Percebemos, por meio da análise de documentos, que a grande intervenção do CAPS infantil de Carapicuíba no âmbito da educação é marcada pelo esforço de construir estratégias de educação inclusiva, ou seja, inserção no ambiente formal de educação pública de crianças que apresentem comprometimentos que outrora lhe condicionavam imediatamente o acesso à educação às escolas ou salas especiais. Nesse sentido houve participação da equipe em atividades sobre o assunto<sup>101</sup>.

Dentre os casos dos adolescentes estudados nessa pesquisa é mais presente a educação na trajetória de um usuário que estava fora do ambiente escolar e que por meio de reuniões com trabalhadores da educação e com o conselho tutelar teve acesso à escola. No entanto a marca maior entre os casos é da evasão escolar e conseqüente reprovação por faltas. Os usuários apresentavam dificuldades importantes para escrever, percebidas nas atividades e nos relatos e mesmo uma aversão por tarefas que remetessem à leitura e à discussão sobre interpretação de textos. Nesse sentido novamente o RAP foi um elemento que favoreceu a aproximação com a leitura e o debate oriundo das percepções sobre os temas das letras. Duas atividades são mais evidentes nesse sentido e estão registradas nos prontuários: a utilização de uma letra de Thaíde e DJ HUM sobre os 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares e outra dos Racionais MC's sobre o massacre do Carandiru. O CAPS tinha em seu acervo um conjunto de livros infantis doados que

---

<sup>101</sup> Em 2007, a equipe participou de atividades de extensão do Instituto de Psicologia da USP que atendia as escolas de Carapicuíba visando a reflexão e criação de estratégias sobre a educação inclusiva. Tal atividade foi coordenada pela Prof. Adriana Marcondes.

foram oferecidos aos adolescentes para que fosse realizada uma oficina de leitura, no entanto sem sucesso. Foi o RAP que permitiu no CAPS o exercício de questões intimamente ligadas com a educação.

Percebemos por fim por meio da análise dos documentos emitidos pelo CAPS, em especial as APACs que o CAPS reproduzia as queixas escolares ao emitir o laudo técnico, enfatizando as queixas e poucas vezes explicitando os processos de desenvolvimento dos usuários.

Foi possível perceber nos registros que havia uma expectativa (das escolas e dos familiares) de que o CAPS assumisse um papel puramente educativo que diante das evasões escolares, de corrigir os comportamentos indesejados seja pela prescrição de medicação, verificada em dois casos estudados, seja nos atendimentos realizados pelos outros profissionais da saúde. Essa noção retoma aspectos do tratamento moral marcado pela rígida disciplinarização da vida e adaptação dos sujeitos à ordem vigente.

## CONCLUSÃO

Essas considerações que compõem a conclusão do trabalho são parciais e merecem aprofundamento e verificação numa escala ampliada, sobretudo considerando que o processo de cuidado em saúde mental para infância e juventude, de acordo com as atuais diretrizes políticas está em franco processo de construção.

Ao início do processo de pesquisa, diante das situações do trabalho cotidiano, me intrigava a própria existência de uma categorização com o nome e a descrição dos transtornos de conduta. A investigação sobre o processo de medicalização que ali ocorria me levou inicialmente supor como hipótese de trabalho que poderia tratar-se de um desdobramento novo das mudanças na política de em saúde mental e das dificuldades de acesso não apenas aos serviços de saúde como também a outros equipamentos sociais. No entanto, o processo de pesquisa e a busca pela apreensão das determinações históricas que possibilitavam a objetivação dessa intervenção dos profissionais de saúde nos dias de hoje mudaram as primeiras percepções sobre o tema.

A partir do desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil na segunda metade do século XIX, verificamos uma tendência grande de institucionalização de crianças que apresentassem comportamentos desviantes análogos aos que caracterizam os transtornos de conduta, seja nas casas de correção, nos abrigos, nos hospitais psiquiátricos e posteriormente em escolas especiais.

As formas de tratamento e prevenção de tais comportamentos remetem às manifestações do irracionalismo que tomaram outras dimensões na Alemanha nazista por exemplo. A sutura de lábios vaginais de meninas, a pressuposição de

superioridade entre as raças e a utilização de lobotomia em crianças com comportamentos desviantes foram encontradas na bibliografia como formas de tratamento mediadas pela legitimidade da medicina para tais questões.

O desenvolvimento das ações em saúde, marcado pelo processo de industrialização e pela oferta restrita de atenção à saúde apenas aos segurados (portanto não universal) no segundo quartel do século XX, delinearam uma marca na atenção à saúde mental infanto-juvenil que significativa: a centralidade das ações promovidas por entidades religiosas, sobretudo no que se refere aos abrigos e aos hospitais psiquiátricos.

Em relação à medicalização, concluímos em nossa análise, ao contrário da hipótese inicial de trabalho, que o processo de medicalização da infância apresenta traços antigos na sociedade brasileira que remetem ao processo de adensamento urbano no início do século XX, ao desenvolvimento da psiquiatria e à concepção de infância como inerente à tutela e, portanto, sem possibilidades de escolha diante dos avanços da ciência e das ações do Estado. Estas visavam à adaptação e a prevenção da degeneração da sociedade, expressas por práticas absolutamente violentas e influenciadas por ideais pseudocientíficos, marcadamente a eugenia, que erodiram como forma de tratamento no decorrer do século passado. Percebemos ainda que se as práticas violentas marcadas pela medicalização expressaram-se, sobretudo, em técnicas cirúrgicas como a leucotomia, e a utilização de procedimentos invasivos como o eletrochoque e a contenção física, estas duas últimas ainda presentes em parte do repertório de intervenções “modernas” da psiquiatria.

Percebemos que a forma mais corrente de medicalização que conhecemos hoje, a prescrição de medicamentos, se desenvolveu, sobretudo a partir a década de

1960, período marcado pela ampliação da indústria farmacêutica. Esse momento político no Brasil, de ditadura militar, pareceu favorecer a medicalização na medida em que não apenas se expandiu a atenção médica individual como também se reprimiu a compreensão de dimensões sociais dos processos de adoecimento. Esse é o momento histórico em que se expande e consolida o modelo hospitalocêntrico que privilegia as internações de longa duração e promovem graves violações aos Direitos Humanos, como pudemos perceber na produção da jornalista Cecília Prada.

A anulação da infância encarcerada nas instituições “especializadas” só seria contraposta no momento em que as denúncias sobre as diversas expressões da violência de Estado tivessem condições objetivas de se realizar, ou seja, no momento em que diversos fatores desgastaram e inviabilizaram a continuidade do regime autocrático burguês. Consideramos a enorme mobilização da classe trabalhadora como definitiva nesse processo, ainda que o saldo dessa mobilização encontrasse anos depois um quadro de conjuntura internacional desfavorável marcado pela unilateralidade das forças políticas e econômicas com a queda do muro de Berlim (compreendidas como refluxo dos movimentos sociais e pulverização das reivindicações políticas). O que se observou a seguir foi um conjunto complexo de fatores que denotaram na pulverização de parte significativa das forças que compunham os movimentos sociais que gravitam circunstancialmente entre interesses corporativos e mais distantes de uma perspectiva classista.

É no contexto desse caldo, dos anos 80, que se percebe a emergência, no Brasil, de valores solidários, expressos pelo anseio de objetivação da igualdade que se desdobraram em conjuntos normativos que garantiram direitos sociais.

A democracia brasileira decorrente desse processo permitiu o debate e a

construção de práticas sociais que contrapuseram especialmente no que se refere à infância, o asilamento e a mutilação como forma de tratamento.

Embora o ECA apresente a criança e adolescente, como “o novo” sujeito de direitos, como prioridade absoluta de políticas sociais, percebemos que particularmente no que se refere à Reforma Psiquiátrica, a ampliação da atenção à infância parece estar hipotecada ao sucesso do modelo de atenção previsto para os adultos e apresenta como imperativo a construção do SUS.

Esse silêncio dos intelectuais e trabalhadores sobre as políticas de saúde mental para a infância<sup>102</sup> percebidos na revisão da literatura é controverso, pois há uma tendência para ampliação da rede de saúde concomitante a um processo de fragilização das políticas sociais, marcadas pelas dificuldades de financiamento, focalização das ações e fragmentação das políticas sociais. Esta situação torna imprescindível a reflexão sobre o futuro da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes. O dilema apresentado no trabalho entre a oferta de serviços sociais e a dificuldade de acesso é refletido na consideração de que até agora, os direitos conquistados com a luta dos movimentos populares aos quais nos referimos ao longo do trabalho são construções que dificilmente se realizam em nossa sociedade, sobretudo para a maioria da população.

Consideramos, ao retomar os problemas específicos relacionados à pesquisa, sua relação com os aspectos estruturais presentes nas políticas sociais. Não para de forma mecânica apontar e descrever respostas absolutas, mas para evidenciar as

---

<sup>102</sup> Há, no entanto, algumas manifestações sobre o tema presentes no Fórum Nacional de Atenção à saúde mental infanto-juvenil que criou uma lista de emails para os trabalhadores dos CAPSi intitulada [capsinareforma@yahoo grupos.com.br](mailto:capsinareforma@yahoo grupos.com.br). A realização de encontros entre os serviços foi verificada com maior frequência nos últimos anos. Por exemplo, teremos a realização do I Encontro de CAPS infantis de SP agora em 27 de agosto de 2010. Houve, ainda, em 2010 o I encontro Nordeste de CAPSi em março. Mas tratam-se, ainda, de encontros pontuais, com pouca articulação.

articulações possíveis entre princípios das políticas sociais e sua presença no município estudado.

A primeira grande questão é: em que medida o CAPS infantil em sua prática colabora para a mudança de valores relativos à concepção de infância e juventude expressos nas atuais políticas sociais orientadas pelo ECA, ou será que tais práticas reproduzem parcialmente a antiga concepção de infância das primeiras políticas sociais de caráter nacional consolidadas na era Vargas?

Segunda questão: como as mudanças de valores presentes nas políticas sociais expressaram no CAPS infantil especialmente o de Carapicuíba?

Inicialmente é preciso dizer que a possibilidade de reflexão sobre o desenvolvimento das políticas de saúde mental para infância e juventude é favorecida pela existência de um espaço formal (Fórum Nacional de atenção em Saúde Mental Infanto-juvenil) que se propõe a materializar as discussões em recomendações que podem ser incorporadas ao processo de trabalho de outros serviços. Ou seja, apesar de observarmos na política de saúde mental uma característica importante de indução e verticalidade, há um espaço dentro da dinâmica institucional que possibilita a compreensão sobre as ações em saúde mental para a infância e juventude, suas tendências e a socialização de experiências. Tal possibilidade de ampliação do debate supera, em tese, a idéia de que a política será elaborada num gabinete entre técnicos e especialistas somente. E, portanto, se afirma como política social identificada com valores democráticos.

Especialmente no que se refere ao município de Carapicuíba, penso a partir desse processo de pesquisa que as práticas descritas nos trabalhos em grupo com os jovens diagnosticados como transtorno de conduta, sobretudo as relativas ao uso do

RAP apresentaram elementos interessantes relativos aos valores presentes nas relações sociais. A partir da aproximação com demandas e necessidades dos jovens foi possível estabelecer uma relação que favorecesse não a imposição de um tratamento de saúde, como outrora se fazia, mas antes um espaço de convivência que poderia ser ocupado de diferentes formas, inclusive com práticas terapêuticas. Percebemos por meio dos relatos que a violência é uma marca importante das experiências cotidianas dos adolescentes em questão e que suas necessidades estavam relacionadas a elementos presentes nas políticas sociais. Dessa forma, a marca da imediatividade relacionada ao processo de trabalho e o desejo de construir uma prática alternativa, denotam em certa medida um voluntarismo expresso pela intenção da equipe de sozinha poderia superar os limites institucionais que impediam a dificuldade de acesso dos adolescentes aos direitos. Percebo que apesar de estar ancorada nos princípios do ECA e da reforma psiquiátrica (consideração dos adolescentes como sujeitos de direitos sociais) a equipe de certa forma apresentava respostas ligadas ao voluntarismo. Isso parece ficar claro, por exemplo, quando observamos que a equipe praticamente equipou o serviço com utensílios de responsabilidade do Estado (eletrodomésticos, brinquedos, etc).

Algumas características expressas pelas políticas sociais são bastante marcantes no caso do CAPS infantil de Carapicuíba. Por um lado, a busca de uma ação intersetorial parece representar a incorporação de um elemento relacionado à ruptura com as perspectivas presentes nas políticas anteriores. Trata-se da tentativa de objetivar a integralidade, princípio do SUS. Por outro lado a objetivação da integralidade não depende exclusivamente dos valores para se realizar. As precárias condições dos serviços de saúde decorrentes do baixo investimento e questões como



a alta rotatividade dos técnicos no município colaboram para que as ações sejam pontuais e não alcancem esse nível de complexidade.

Há que se considerar nessas conclusões parciais o esforço hercúleo da equipe em configurar CAPS infantil como um equipamento da reforma psiquiátrica e que se oriente pelas construções de direitos presentes no ECA. Podemos perceber isso na participação em espaços de discussão e busca de interlocução com o Ministério da Saúde, Movimentos sociais (como os encontros de caráter "antimanicomial"), assim como no acolhimento de diferentes demandas que materializam o sofrimento psíquico da vida num contexto de barbarização social. No entanto, a operação a partir de tais princípios é uma tarefa complicada, pois a falta de estruturação de ações para além do serviço diminui suas possibilidades de efetividade, pois o CAPSi é idealizado como equipamento presente em uma rede articulada de serviços territoriais. A ausência, por exemplo, da organização das necessidades de saúde nos distritos sanitários é um dos fatores limitantes.

A medicalização da questão social observada pela expressão das necessidades dos adolescentes como sendo relacionadas ao acesso a direitos fundamentais (como a educação) é um aspecto importante, tendo em vista que é a própria escola observada como principal agente de solicitação de intervenção médica nos comportamentos dos adolescentes. A maioria dos casos de transtorno de conduta está relacionada segundo os registros pesquisados à agressividade no ambiente educacional e ao baixo rendimento escolar.

Há um pêndulo significativo quando consideramos a ampliação dos cuidados em saúde mental no Brasil. Se por um lado temos uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de maneira geral, especialmente de alta e média complexidade

expressa no número diminuto de CAPS infantis no país (que denota uma baixa cobertura assistencial), por outro percebemos a ampliação da intervenção da medicina ao assumir, categorizar e tratar questões relacionadas à vida social nas grandes metrópoles (medicalização). Esse processo de medicalização sublinha por sua vez a falta de acesso a outras políticas sociais. O caso de Carapicuíba estudado nesse trabalho aponta para isso. Percebemos uma dificuldade de articulação do serviço com outros recursos da cidade, seja na saúde, seja no que se refere à outras políticas setoriais. A baixa cobertura assistencial na cidade associada à existência de apenas um serviço para cerca de 400.000 habitantes, "inflam" o serviço. A essa baixa cobertura associa-se outro fator: as "novas demandas em saúde mental" expressas, sobretudo pelos casos de Transtorno de conduta, violência, abuso sexual e transtornos hipercinéticos (conhecidos como hiperatividade).

A organização do CAPS na cidade é das poucas políticas sociais destinadas à infância em funcionamento. A ausência de outras ações importantes relacionadas à condição de vida como o PETI, a estruturação de atividades de lazer, cultura e profissionalização colaboram para que a medicalização seja a principal forma de acesso às políticas sociais para adolescentes que estão, por exemplo, fora da escola.

A escola parece ser o ente social que mais gera a medicalização, à medida que o sucateamento da educação visível na superlotação das salas, na ausência de condições de trabalho favoráveis, gera fracasso escolar. A escola solicita a saúde para intervir, o que muitas vezes favorece a emergência de preconceito, ao categorizar os que não se enquadram ao acesso precário à educação pública. A medicalização parece tornar suportável a permanência dos adolescentes nessas condições precárias, acalmando muitas vezes os portadores de comportamentos desviantes e

de outras formas de agitação descritas nos transtornos hipercinéticos.

No entanto um serviço que é feito em certa medida para ampliar o leque de intervenções da saúde, restrito em outros tempos à medicação e confinamento, a idéia da relação do território supõe vislumbrar um processo de "desmedicalização". Assim o processo de trabalho em equipe favorece que a atenção não seja apenas médica, mas da equipe multiprofissional. A dificuldade de acesso à rede básica de saúde em Carapicuíba sobrecarrega o CAPS i na medida em que muitas vezes o usuário chega ao serviço com um agravamento de sua condição e por outro lado, quando poderia ser encaminhado para um serviço de menor complexidade não encontra acesso. Essa dinâmica parece favorecer um novo tipo de institucionalização percebido nos adolescentes pela substituição da escola pelo CAPS. Vale ressaltar que a maioria dos usuários que tiveram seus prontuários não estavam matriculados nas escolas da região.

Associada à fragilização do financiamento público, esse processo decorre numa "ambulatorização" que encurrala a equipe dentro dos pequenos consultórios e a distancia da realidade do território favorecendo a medicalização estrita.

As demandas apresentadas pelos meninos são de educação, trabalho, assistência social e lazer. Atividades muitas vezes previstas nas ações do CAPS de Carapicuíba como estratégia de atenção. De fato o lazer parece tomar uma dimensão enorme para o CAPS. Ao contrário dos outros CAPS, no CAPS infantil o brincar é um recurso terapêutico muito complicado, pois assim como é possível estabelecer uma relação terapêutica por meio de atividades lúdicas, com um rigor teórico considerável ou mesmo brincar de um modo rico e criativo num momento específico que não se configure com objetivos terapêuticos, o brincar pode significar uma banalização, uma

subestimação das possibilidades das crianças e jovens, uma mera reprodução de jargões geralmente emitidos para crianças em tom de voz mais agudo do que o normal, ou uma infantilização estereotipada.

O esforço foi de ultrapassar as análises epidérmicas que consideram a política social como mera técnica autônoma, evidenciada de modo isolado na ênfase analítico dos modelos de atenção e no estudo focado na cobertura assistencial e hegemonia deste ou daquele modelo. O recurso à história aí aparece como mero pano de fundo numa relação mecânica do desenvolvimento da sociedade. Tentamos, pois, elucidar as determinações presentes na sustentação dos modelos que aqui particularmente redundam na medicalização das expressões da questão social.

Consideramos a medicalização da vida social nos dias atuais extremada por demais. Se dependermos de alguns médicos, não é possível nem fazer uma caminhada sem recomendação médica ou mesmo comer uma coxinha no bar. É evidente que os aspectos da medicalização estão relacionados com uma dimensão corporativa, para além da intervenção do Estado no comportamento das pessoas. No entanto, a medicalização dos comportamentos desviantes ocorrida no CAPS certamente não pode ser equiparada às descritas na Clínica Congonhas pouco tempo atrás por Cecília Prada. Verificamos que se o acesso aos direitos constitui uma dimensão pedregosa na periferia das grandes metrópoles, a violação aos direitos humanos não está no horizonte nem no cotidiano do CAPS infantil estudado. Se não é possível a objetivação da igualdade dos direitos a partir exclusivamente da ação de um CAPSi ela, no entanto está presente como objetivo a partir da vinculação da declaração formal da democracia burguesa expressas em leis como o ECA. A intersectorialidade nesse sentido serve como uma espécie de bússola que evita o

retrocesso em direção à violação dos direitos humanos como prática naturalizada dos serviços de saúde hegemônica outrora.

Assim os caminhos da política de saúde mental infanto-juvenil, especialmente no que se refere aos usuários que apresentam os “transtornos de conduta” devem superar o binômio: medicalização; evasão escolar que os responsabiliza individualmente por limites das políticas sociais locais. Tal superação, no entanto, parece possível se orientada pelo enfrentamento da violação de direitos humanos e pela afirmação dos valores presentes no ECA, sobretudo num contexto particular em que a alta rotatividade dos técnicos coloca frágil as concepções de infância e juventude de um serviço como o CAPS infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

ASSUMPTO JR, F. *Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço crítico*. São Paulo: Lemos, 1995.

BARRETO, L. *O cemitério dos vivos*, Manaus: Ed. Unama, 2002.

BARROCO, MLS. *Ética: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2008.

BARROS, S; BICHAFF, r (orgs). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: *A instituição negada*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEHRING, E. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2º ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. *Política Social no Capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2008.

BEZERRA JR, B; AMARANTE, P (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992, cap. I – Singularidade, Clínica e Instituição.

BILAC, O. *No Hospício nacional: uma visita a secção de creanças*. In: *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental na rede SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1992 30 jan.; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. *Manual de Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Seminário do Conass para entender o Pacto pela Saúde: legislação e notas técnicas do Conass*. Brasília: Conass, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Cadernos de Informação de Saúde. Informações Gerais. Município: Carapicuíba – SP; 2006b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>>. Acesso em: 28 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007a. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_uf\\_junho.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf)>. Acesso em: 12 agosto 2010.

BRAVO, MIS; PEREIRA, P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez, 2008.

CANDIDO, A. *A educação pela noite*. São Paulo: Ática, 1989.

\_\_\_\_\_. *Iniciação à literatura brasileira*. São Paulo: Humanitas, 1999.

CARAPICUÍBA. *Projeto Caps III*; 2006 (texto digitado).

CARAPICUÍBA. Plano Municipal de Saúde Mental, 2009.

CARAPICUÍBA (cidade). Prefeitura Municipal. *Histórico da cidade; Indicadores sociais*. Disponível em: <<http://www.carapicuiiba.sp.gov.br/>>. Acesso em: 25 agosto 2010.

CARNEIRO, PHM; SOBOSLAI, T. *Considerações sobre o Controle Social em Carapicuíba*; 2007 (Texto digitado).

CARNEIRO, PHM. Saúde Mental e Direitos Humanos: considerações sobre o 30º

prêmio Vladimir Herzog. *Revista PUC VIVA*. São Paulo: Apropuc, ano 9, n. 33; 2008.

CASTEL, R. *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CASTRO, D. A Saúde Mental do Adolescente entre duas políticas públicas: o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e a Política de Saúde Mental [dissertação]. Rio de Janeiro: IMS UERJ, 2009.

CURATOLO, E. Transtorno de Conduta. In: ASSUMPCÃO Jr, FB. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003.

DONNANGELO, MC. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FEDERAÇÃO RIO-GRANDENSE DE PUGILISMO. *Notas sobre a história do boxe brasileiro*. Porto Alegre, 11 fevereiro 2002. Disponível em: <<http://www.boxergs.com.br/histori2.htm>>. Acesso em: 27 agosto 2010.

FREITAS, MC. *História Social da Infância no Brasil*, São Paulo: Cortez, 2009.

FUNDAÇÃO SEADE. Emprego e rendimentos. *Perfil Municipal de Carapicuíba*. SP: Seade, 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 15 agosto 2010.

GOMES, S. A FEBEM. In: COMISSÃO TEOTÔNIO VILELA. *Democracia x violência: contribuições para a constituinte*. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, MI et al. *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. ADUFRJ, seção sindical, 2ª ed., Rio de Janeiro: RedeSirius/Adufrj-SSind, 2008.

IAMAMOTO, MV. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES, MA; MATOS, MC; LEAL, MC (org.). *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.



INFANTE, M (editor). Estádio do Niteroi vai ganhar mais lugares para os torcedores e cabines para a imprensa. In: Prefeitura abre concorrência para obras no estádio do Niterói. *Página Zero*, Osasco, 18 junho 2010. Edição nº 933, ano XVIII, Esportes. Disponível em: <<http://www.paginazero.com.br/site/esportes/2434-prefeitura-abre-concorrenci-para-obras-no-estadio-do-niteroi-.html>>. Acesso em: 20 agosto 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Município de Carapicuíba/SP. Estimativa da população 2009; Área da unidade territorial (km<sup>2</sup>), 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 de agosto de 2010.

KEHL, MR. *A frátria órfã*. São Paulo: Olho d'água, 2008.

LEAL, MC. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação como marcos inovadores de políticas sociais. In: MATOS, MC; SALES, MA; LEAL, M. *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, parte II, cap. 4, 2006.

LUZ, MT. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição democrática' – Anos 80. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, 1991.

\_\_\_\_\_. Racionalidades médicas: diagnose e terapêutica: médicos e pacientes no dia-a-dia institucional. (Relatório técnico final da segunda fase do projeto Racionalidades Médicas). Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos econômicos filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATOS, MC; MENDES, AG. Uma agenda para os conselhos tutelares. In: MATOS, MC; SALES, MA; LEAL, M. *Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, parte III, cap. 4, 2006.

MERHY, E E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINISTÉRIO PÚBLICO. *Infância e Juventude: interpretação jurisprudencial*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002.

MOYSÉS, MAA; COLLARES, CAL. Quando as crianças são as culpadas... . In: *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, JP. *Elementos para uma leitura crítica do Manifesto Comunista*. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. Materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, FMG; RIZZOTTO, MLF (org). *Estado e políticas sociais: Brasil-Paraná*.

Cascavel: Unioeste, 2006.

\_\_\_\_\_. *Crise do Socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

NICÁCIO, MFS. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998.

\_\_\_\_\_. *Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à Saúde Mental*; 1992. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5479.html>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14 de novembro de 1990. Brasília: Programa de Prevenção de Saúde; 1992.

PACHECO, M. Serviço Social e Reforma Psiquiátrica em tempos pós-modernos. *Revista Praia Vermelha*, n.6, 2002.

PAIM, JS. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PNUD. *Desenvolvimento Humano. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*; 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 28 out. 2006.

PRADA, C. *Menores no Brasil: a loucura nua*. São Paulo: Atalanta, 1998.

RIZZINI, I. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS (Município). Prefeitura Municipal. *Carta de direitos de usuários e familiares de serviços de saúde mental*. Santos; 1994.

SOARES, LT. Estado brasileiro e as políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, FMG (org). *Estado e políticas sociais no Brasil*. Cascavel:

Edunioeste, 2001.

\_\_\_\_\_. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 3ª Ed, São Paulo: Cortez Editora, 2009 (Coleção Questões da Nossa Época; v.78).

STANISCI, SA. *Gestão pública democrática: perspectivas apontadas pelos conselhos da Criança e do Adolescente* [Dissertação de mestrado em Serviço Social]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996.

VIEIRA, EA. Estado e política social na década de 90. In: NOGUEIRA, FMG (org). *Estado e políticas sociais no Brasil*. Cascavel: Edunioeste, 2001.

\_\_\_\_\_. *Os direitos e a Política Social*. São Paulo: Cortez, 2004.

VILAÇA, EM. *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec, 1999.

YAZBEK, MC. *Estado e Políticas Sociais*. *Revista Praia Vermelha: Estudos de Teoria e Política Social*. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 18, n. 1, 2008.

ANEXOS

**ANEXO I – TABELA DE USUÁRIOS DO CAPSI DE CARAPICUÍBA DIAGNOSTICADOS COMO TRANSTORNOS DE CONDUTA (2004 -2009)**

**Tabela 10 - Situação dos usuários com hipótese diagnóstica de Transtorno de Conduta (CID 10) no CAPS infantil de Carapicuíba 2004-2009**

Mat	Sexo	Data de nascimento	Entrada no serviço	Bairro	Hipótese Diagnóstica	Uso de medicação	Situação de violência	Queixa	Situação escolar	CT Justiça
372	M	18/09/93	12/09/08	Ana Estela	F 91.0	Neuleptil	Assassinato do tio materno	Agitação, tentativa de suicídio, Baixo rendimento escolar	Matriculado ensino fundamental	Não
11	M	13/05/93	17/03/04	Ariston	F 70; F 91; G 40	Haloperidol Carbamazepina Prometazina Clonazepam	Trabalho infantil	Agressividade, baixo rendimento escolar, Fugas	Não matriculado Parou na 6 série	CT e fórum Internação psiquiátrica
39	M	22/10/90	31/08/04	Vila Helena	F91	Carbamazepina e fluoxetina* retirada da medicação ao matricular-se no CAPS	familiar	Agressividade, não inserido em espaço formal de educação	Analfabeto ao ingressar no CAPS Iniciou estudos/alfabetização durante processo de atendimento e interrompeu	CT
184	M	15/02/95	26/05/06	Jd São Daniel	F90.3	não	Familiar morava num antigo estábulo	Agressividade, baixo rendimento escolar	Matriculado no ensino fundamental	-
048	M	19/12/92	04/10/04	Vila Lourdes	F91?	Neuleptil Risperidona	familiar	Baixo rendimento escolar e agressividade	Matriculado no ensino fundamental	-
78	M	20/04/93	16/02/05	Ana Estela	F 91	Não	Familiar	Maus tratos	Matriculado, evasão posterior	CT maus tratos
175	M	03/05/93		Jd Leopoldina	F 91.1	Risperidona Fluoxetina	sim	Agressividade Baixo rendimento escolar, uso de drogas		
240	M	19/01/95	31/06/06	Cohab IX	F91	Depakene	sim	Fugas	Não matriculado	Sim fugas
246	M	17/03/93	10/11/06	Cohab II	F90.1	-	Sim	Drogas, baixo rendimento escolar	Matriculado	Internação Psiquiátrica Tráfico
241	M	12/03/92	05/10/06	Novo Horizonte	F91	-	Sim familiar	Baixo rendimento escolar; furtos	Matriculado, evasão posterior	Abrigamento CT e vara de infância
057	M	28/01/00	05/10/04	Cohab II	F91	Carbamazepina Neuleptil e Tegretol		Agressividade	Matriculado	
199	M	26/07/90	20/05/06	Sta Terezinha	F92.0	-		Atentado violento ao pudor	Matriculado	Vara de infância CT
224	M	31/08/97	02/09/06	Vila Dirce	F91.1	Ritalina		Agressividade	Matriculado	
192	M	25/10/92	26/05/06	São Daniel	F90.3	Ritalina e Risperidona	Sim familiar	Agressividade Baixo rendim. Escolar	Não matriculado no ensino fundamental	CT e Vara de Infância

Folha de São Paulo, 21 de março de 2010

### **Menina é "esquecida" no Pinel por 4 anos**

Por LAURA CAPRIGLIONE  
da Folha de S.Paulo

A menina 23225 --é assim que ela está registrada nos prontuários médicos-- foi internada aos 11 anos no Hospital Psiquiátrico Pinel. "Inteligente, agressiva, indisciplinada, sem respeito, fria e calculista", escreveram dela os que a levaram à instituição-símbolo da doença mental de São Paulo.

Psiquiatras, enfermeiros e psicólogos do Pinel logo viram que o caso de 23225 dispensava internação. Deram-lhe alta. Mas, como a garotinha não tem quem a queira por perto, já são mais de 1.500 dias, ou 4 anos e três meses esquecida dentro da instituição de tipo manicomial.

A menina não é psicótica ou esquizóide; não é do tipo que ouve vozes ou vê o que não existe. Uma médica do hospital resumiu assim o problema: "O mal dela é abandono".

Em termos técnicos, 23225 foi catalogada no Código Internacional de Doenças como sendo F91, que designa transtorno de conduta --desde agressividade até atitudes desafiantes e de oposição.

Miudinha, cabelos cacheados, 23225 tinha apenas quatro anos quando a avó colocou-a em um abrigo para crianças de famílias desestruturadas. O ciúme, diz a mulher, vai acabar com ela. Era só 23225 ver outra criança recebendo carinho e armava uma cena. Jogava-se no chão, chorava. Virou "difícil".

#### *Buquê no chão*

Até os sete anos, a menina não conhecia a mãe, que cumpria pena por roubo e tráfico de drogas. A mulher é usuária de crack. Reincidente, enfrenta agora outra temporada de sete anos atrás das grades.

O primeiro encontro das duas foi um desastre. Uma saía da Penitenciária Feminina, a outra a esperava, vestidinho branco, e um buquê de flores para entregar. A mulher xingou a filha e o buquê ficou no chão.

No dia 8 de novembro de 2005, o abrigo conseguiu que um juiz internasse 23225 na Clínica de Infância e Adolescência do Pinel, voltada para quadros psiquiátricos agudos. Os atendimentos duram no máximo 18 dias e o paciente é logo reenviado para seu convívio normal. Se cada 18 dias contassem como uma internação, a menina 23225 já teria sido internada 86 vezes.

### *Deitada na rua*

"Essa internação contraria toda e qualquer política atual de saúde mental, além de provocar danos irreversíveis, já que [a menina] vivencia cotidianamente a realidade de uma enfermagem psiquiátrica para casos agudos e é privada de viver em sociedade e de frequentar a escola", relatou o diretor do Pinel, psiquiatra Eduardo Augusto Guidolin, em 8 de março de 2007.

À Folha, a avó da menina, evangélica da igreja Deus é Amor, disse que acaba de conseguir um emprego com carteira assinada --serviços gerais, R\$ 480 por mês. "Não vou pôr a perder por causa dela".

Certa vez, em fuga do Pinel, 23225 deitou-se no meio da rua em que mora a avó --queria morrer atropelada: "Eu tinha acabado de dizer que aqui ela não podia ficar".

O diretor do Pinel pediu a todos os santos dos abrigos: à Associação Aliança de Misericórdia, Parque Taipas, à Associação Lar São Francisco na Providência de Deus, ao Instituto de Amparo à Criança Asas Brancas, de Taboão da Serra, ao Abrigo Irmãos Genésio Dalmônico, ao Abrigo Bete Saider, em Pirituba, à Associação Santa Terezinha, ao Abrigo Amen-4, entre outros, que arrumassem uma vaga para 23225 viver. A menina moraria no abrigo, poderia frequentar uma escola, e receberia atendimento psiquiátrico ambulatorial em um Centro de Atendimento Psicossocial mantido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Não deu certo. Ou os abrigos alegavam não ter vagas, ou diziam não ter vagas para alguém com o "histórico Pinel". Em duas oportunidades, dois abrigos concordaram em acolher a menina. Ela quis voltar para o hospital. Outras tentativas precisariam ser feitas.

### *Protestos*

O médico Guilherme Spadini dos Santos, então coordenador do Napa (Núcleo de Atenção Psiquiátrica ao Adolescente), do Pinel, escreveu ainda em 2005, em um relatório: "O isolamento social é extremamente prejudicial aos quadros de transtorno de conduta. O hospital psiquiátrico não é local para tratamento de longa duração. A paciente precisa ser encaminhada para serviço ambulatorial especializado para continuar seu tratamento e para que se promova sua reinserção na sociedade".

Em 18 de dezembro de 2006, o diretor do Pinel informava que a menina já se encontrava em alta médica havia vários meses, permanecendo na instituição por ordem judicial. "Essa situação permanece porque a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social não consegue nos indicar um abrigo para onde se possa encaminhá-la. [A menina] está sendo privada de uma vida social e educacional a que tem direito, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente."

Em 10 de novembro de 2009, Guidolin endereçou ao procurador regional dos direitos do cidadão do Ministério Público Federal, um ofício em que manifesta "indignação desta equipe técnica que por diversas vezes acionou o Judiciário solicitando a desinternação desses adolescentes que na ocasião precisavam apenas de um abrigo para moradia e dar continuidade a seu atendimento médico ambulatorial. Cabe à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social definir o local de abrigamento."

### *Outras crianças*

No mesmo texto, o diretor dizia haver outras crianças "nessa mesma situação".

Em 6 de agosto de 2008, o Pinel enviou ao Judiciário pedido de desinternação de 23225, e de dois outros adolescentes: L. (internado por ordem judicial em 3/2/2005, alta no mesmo ano) e A.C. (internada em 17/ 8/2007, em alta desde 12/11/ 2007).

Segundo funcionários do Pinel, até a última sexta-feira, apenas a adolescente 23255 seguia internada. Agora, a secretaria diz ter encontrado uma vaga para a menina.

Os nomes de 23255 e seus parentes foram suprimidos dessa reportagem, assim como quaisquer referências que permitam identificá-la, em atenção ao que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.

### *Outro lado*

"Faltam equipamentos do Estado para acolher e fazer o tratamento de pessoas com comprometimento psíquico", disse o Reinaldo Cintra Torres de Carvalho, juiz da Vara da Infância e da Juventude do Foro da Lapa, que cuida do caso da menina 23225. De acordo com o juiz, ela não tem condições de permanecer em abrigo com outras crianças, sem acompanhamento especial de um cuidador constante. "Quando está em crise violenta, não há como contê-la", disse.

"Já tentamos dois abrigos e o resultado foi muito ruim. Ela quebrou coisas, machucou a si e a outras pessoas. Por isso, foi mandada de volta para o Pinel, onde recebe tratamento segundo as possibilidades do Estado. Nas atuais circunstâncias, o Pinel é o melhor lugar para ela."

Sobre a negativa dos abrigos em receber a menina, o juiz afirmou: "Ninguém a aceita pelo histórico dela".

Ele concorda que toda a situação configura um desrespeito em relação ao Estatuto da Criança e Adolescente, "mas enquanto não houver os equipamentos ou outro lugar, ela tem de permanecer lá. Eu sou inerte. Não posso tomar a frente, tenho que esperar que algum órgão tome a iniciativa".

### *Secretaria da Saúde*

Em nota, a Secretaria de Estado da Saúde, à qual o Pinel está subordinado, disse que "obedece decisão do Poder Judiciário para manter a paciente em sua enfermaria de agudos".

A secretaria e o hospital afirmam que o local indicado pela Justiça não é adequado, uma vez que o transtorno de conduta da paciente não justifica, sob o ponto de vista clínico, uma internação psiquiátrica.

"Tanto que o hospital vem trabalhando no sentido de procurar alternativas de moradia e tratamento da paciente em outros locais, como abrigos e Caps [Centros de Atenção Psicossocial]."



## *Prefeitura*

A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social disse por intermédio de sua assessoria de imprensa que a menina 23225, até 2005, estava acolhida em um abrigo. Manifestava "comportamento por vezes agressivo". "Seu atendimento passou a ser isolado, em uma edícula, acompanhada de uma mãe social."

Segundo a assessoria, a secretaria vem buscando desde 2009 atuar "com o Hospital Pinel, a Vara da Infância da Lapa e o Centro de Atenção Psicossocial Infantil", em busca de "um atendimento integral à adolescente". "A secretaria e o abrigo R. conseguiram abrir uma vaga para a menina e já se iniciou o processo de transferência do Hospital Pinel para um abrigo."

## ANEXO III – RELATOS

“obedecer cegamente deixa cego  
crescemos somente na ousadia  
só quando transgredida alguma ordem  
o futuro se torna respirável”

Mario Benedetti

### A. Juca

DN: 15/02/1995      Matrícula CAPSi: 184

Era um menino franzino, baixo e negro que vinha ao serviço com os pés quase descalços protegidos por um arremedo de chinelo que lhe deixava os dedos do pé em contato com o chão. Tinha os olhos rápidos e o cabelo crespo que não estava raspado como o dos outros. Uma clara desconfiança, uma postura de homem pequeno, como se fizesse uma tácita alusão ao poema do Bandeira, mas aqui quem parecia ter nascido antes do corpo eram suas mãos ásperas e calejadas, com marcas de cortes e as unhas roídas. Mas era mesmo uma criança e a desconfiança dos olhos se dissolvia ao contato com brinquedos.

Havia uma sala ampla, a preferida, que um dia fora uma sala de aula e lá agora era pra ser um lugar de convivência, uma sala para estar, com brinquedos, bonecas, televisão, DVD e duas poltronas velhas. Havia ainda almofadas muitas que também eram brinquedos nas mãos de quem as atirava costumeiramente, com uma certa mira.

O início foi mesmo pouco formal. Chegara ao CAPS com a queixa de agressividade na escola e dificuldades de escolarização. Juca aparecia sem horário marcado, vivia espiando o que acontecia nas salas, pedia para participar de atividades programadas para outros usuários já com os dois pés dentro do lugar de atendimento. Havia uma contradição entre o vir ao serviço e a manifestação de não querer ser atendido, parecia buscar outra coisa, um brincar tão represado que transbordava pelos espaços espalhando um riso fácil.

Na hora do grupo em que fora inserido, subia com frequência na enorme mangueira que havia no pátio e sumia entre os galhos que passavam dos cinco metros do chão e me fazia ver de novo um menino adulto, corajoso e desafiador. No início era descoberto apenas quando gritava: “Tio! Tô aqui em cima!”. Então ficava eu ao pé da frutífera esperando descer e tentando conversar sem muito sucesso. Quando o serviço estava cheio chegava a se pendurar nos galhos e dar risada do medo que brotava dos olhos alheios e nas mãos espalmadas que iam direto para a cabeça e para os olhos. Muitas vezes era duramente repreendido pelas funcionárias da limpeza e cozinha, aí abaixava o rosto e pedia desculpas.

O cotidiano era marcado por várias responsabilidades, vir ao CAPS começava ser mais uma. Juca vinha sozinho ou acompanhado pelas irmãs, uma mais velha e outra mais nova. Como havia um bebê em casa um sempre ficava. Arrumava a casa, fazia comida para as duas e o bebê as acompanhava até a escola. No tempo que não estava no CAPS, procurava coisas pra arranjar um dinheirinho que comprava doces. Sonhava com uma bicicleta equipada que aparecia nos seus desenhos. Viviam com

doces no bolso. Para isso não media esforços, achava fios em terrenos baldios e os queimava para vender no ferro velho, catava latinhas na rua, e até cometia pequenos furtos.

Sua matrícula se deu quando sua mãe arrumou serviço num grande mercado, daqueles que se instalaram na região e fizeram minguar as portinhas de quitanda que antigamente pareciam brotar ao lado dos bares e igrejas. Morava no bairro, era vizinho do serviço. Não morava exatamente numa casa. Um dia perguntei ao Lucio, que era um funcionário da recepção que muito entendia da cidade, entre um cigarro e outro, e ele me disse que onde o menino morava era um antigo estábulo, casa de cavalos que fora adaptada como barraco. Havia ainda cavalos no lugar que puxavam carroças de material reciclável. Na volta para casa passei em frente do lugar e vi um pedaço de chão na beira da avenida que ainda tinha portões de madeira e uma cara de sítio abandonado. Certamente não havia saneamento básico na casa de Juca.

Sua entrada no grupo foi problemática também pelo seu tamanho, era pequeno perto dos outros e tinha coragem de homem, era o homem da casa, pois seu padrasto muitas vezes aparecia em casa, mas não era tão freqüente, havia pouco que morava com a mãe e não parecia ter a confiança daqueles olhos rápidos que miravam tudo. Vários apelidos lhe foram dados, falando de seu cabelo e de sua pobreza. Na época, ficou um pouco próximo de outro garoto que era "novato" no CAPS, como eles diziam, que morava numa ocupação na COHAB IV (dizem que o número veio porque o povo chamava de COHAB nova e as Cohabs são conhecidas na cidade pelos números). O mais novo amigo de Juca estava também com dificuldades na escola, sobretudo para freqüentar as aulas, chegou ao CAPS após ser encontrado na praia de Santos com dois outros amigos que subiram num trem de carga ainda em Carapicuíba e foram conhecer o mar.

O pequeno andava de Skate muito bem, teve experiência de uso de drogas e parecia comparecer ao serviço muito para minimizar o sofrimento da mãe que estava muito assustada com o que tinha ocorrido. O pequeno skatista e novo amigo de Juca, apesar de mais velho era miúdo e quieto. Participava das atividades propostas, não se queixava e vinha ao CAPS como quem vai ao trabalho: chegava na hora beijava a mãe ao entrar e saía com ela de mãos dadas. Só mesmo sozinho que conversava, parecia não gostar do grupo. Contou-me que antes de ir pra praia já tinha morado na rua e visto de tudo, diz que voltou pra casa quando viu os carros derreterem na avenida e o som se misturar com pensamento depois de cheira muita cola.

O entrosamento e a empatia com o amigo fazia Juca sentar-se e ficar perto do menino, mas logo ele deixou de vir ao CAPS sem explicação, pouco tempo depois a mãe dizia que as coisas iam melhorar e que mudar-se-ia para Barueri onde tudo o que era de Prefeitura era mais ajeitado e não teria de pagar aluguel.

Juca depois disso voltava ao CAPS da mesma forma, gostava de chegar falando alto, rindo, perguntando sobre os técnicos e, sobretudo de almoçar com os técnicos. Sua chegada mudava o ambiente e logo alguém espontaneamente ficava perto. Era praticamente impossível ficar com os meninos na sala e propor uma conversa ou atividade lúdica que fosse consensual. Geralmente entrava eu e outra técnica que fazia intervenções disciplinadoras e era muito respeitada. Começamos a pensar atividades que permitissem uma proposta de atendimento. A essa altura, a idéia da equipe de sala de convivência ia se fragilizando, parte pelos atendimentos do ambulatório de psiquiatria infantil e neuropediatria (que estava ocupando uma

sala do serviço) que demandava que um técnico estivesse junto com as crianças, parte pelo fato dos meninos dominarem a sala em suas atividades.

Pensamos e propomos atividades com eles: o futebol era uma unanimidade, além disso surgiram idéias deles de ir a uma lan-house, jogar vídeo game, empinar pipa, passear nos parques, fazer comida, etc.

Juca tinha proposto a retomada da comida, que era uma atividade antiga, "a oficina de culinária". Isso imediatamente lhe rendia o apelido de esfomeado pelos outros. Ao final de algumas conversas, intercambiávamos atividades de conversa com outras propostas.

Fomos então para a cozinha que era um reduto de dona Maria, velha negra de voz grossa que não gostava nem que os técnicos lá entrassem. Certa vez até fez um portãozinho com caixa de verduras para que os meninos não "invadissem" a cozinha para pegar bananas. Essas pequenas atitudes eram importantes porque nos faziam pensar naquilo que nos incomodava e que não falávamos. A surpresa da cozinha foi justamente a destreza de todos com os alimentos. Juca ditava o cardápio e se responsabilizava por fazer as coisas de fogo, enquanto outros com menos costume lavavam as folhas, cortavam os temperos, faziam massas de bolo. Os menos interessados iam comigo comprar as coisas nas quitandas do bairro.

O dinheiro da atividade não era financiado pela Prefeitura. Foi um acordo entre os técnicos que almoçavam com os recursos do CAPS (a maioria) e que em contrapartida deixavam uma contribuição numa caixinha. Juca fez angu com fubá e açúcar que comia em casa, cozinhou arroz e quando se concentrava mostrava de novo aquela cara de homem pequeno sem riso escancarado.

Ainda que as coisas estivessem melhores para os trabalhadores, a calma logo se agitava, sobretudo quando havia desacordo das tarefas propostas. Naquele tempo não havia separação entre os diagnósticos e o grupo era bastante heterogêneo. Algumas mães reclamavam muito de ver o filho inocente e "deficiente" com aqueles meninos mal criados, mal vestidos, que falavam palavrão e conheciam a vida. Mas entre eles a convivência era interessante. Até que um dia uma das almofadas que voavam na sala de convivência entre risos e técnicos, fez um daqueles que não tinham questões de transtorno de conduta se agitar e vivemos uma intensa agressividade. Foi um dos momentos mais duros para todos. A experiência de uma situação de descontrole, de intensa excitação, de medo e de silêncio tomou conta do CAPS que estava cheio. Fui falar com o menino e entrei em contato com sua agressividade que transbordava nos olhos. Ele me avisava: "não chega perto que eu vou te encher de porrada!". Falei que precisava chegar um pouco perto e que não o seguraria, era uma situação difícil de trazer ao leitor mas ali percebia um nítido risco, sobretudo de que se machucasse com a própria raiva, de que fosse para rua, ou para a cozinha onde manuseava com frequência os objetos na oficina. Consegui que fossemos para uma sala mas por pouco tempo, logo saiu esbravejando cobras e lagartos daqueles mesmo que os meninos viviam a dizer. Eu e João fomos atingidos e continuamos perto, pois tentava bater em quem estivesse à vista. Depois fomos à sala com a distância exigida por ele e lá ficamos sentados em silêncio. Depois de chorar um pouco, um choro baixinho e encolhido, vimos entrar na sala a colega técnica que era mesmo respeitada por todos. Aos poucos ela se aproximava e nós nos distanciávamos. Os dois começam a conversar e nós saímos da sala, ficando ainda próximo da porta. No fim da conversa, sua mãe chegara e os dois foram para casa. Como o menino estava choroso e com sono, voltaria no dia

seguinte para um atendimento individual.

O ocorrido a muitos surpreendeu, e eu que os acompanhava e tinha sempre em minha cabeça uma cena fantasiosa de dificuldade, uma queda da árvore, um atropelamento, uma queimadura, uma crise, fiquei pensando na cumplicidade que um trabalho desses exige de quem faz.

Voltamos às conversas na equipe sobre o que deveríamos fazer com essa experiência. Vamos parar de atender os meninos? Eles são demanda nossa? Vamos separá-los por diagnóstico clínico? O CAPS não é lugar de acolher a crise? A acolhemos? Gente dizia que não, mas eu lembrava as cenas do Hospital Psiquiátrico Charcot, onde tive a infeliz oportunidade de ver quem tinha acabado de ser atendido em crise, ou seja, contido fisicamente numa maca com as mãos amarradas a uma faixa que deixava as mãos e os olhos daquela moça vermelhos e atônitos. A violência era a marca da atenção a crise, seja pela contenção química ou física e ali no CAPS muitos estavam dispostos a garantir que ali isso não acontecesse.

Os grupos foram, então, divididos: um horário para os “meninos da conduta”, como eram chamados, e outros para os demais.

Permaneceram as atividades em grupo com as propostas marcadas pelos interesses. Juca continuava a cozinhar, jogar bola e foi inserida uma outra atividade: os filmes. Os meninos queriam ir ao cinema, mas sem o recurso da Prefeitura ficava difícil planejar. Combinamos de assistirmos uma vez por mês um filme ora trazidos por eles ora por nós. Vimos filmes de ação, desses americanos, em que tudo explode e que há poucas conversas, mas vimos também filmes do Spike Lee, da Kátia Lund e do Jorge Furtado e depois tentávamos uma conversa.

Contava a mãe, nas raras vezes que aparecia, que o Juca estava “terrível” ora o garoto pegava uma tartaruga pra vender ora um passarinho. A tartaruga chegou a oferecer no CAPS para as trabalhadoras da limpeza por R\$ 30 reais. Após várias subidas na árvore e algumas repreensões de diversos funcionários do serviço que já o viam com cisma, arrumou outro esconderijo para os horários do grupo: o banheiro. Fechava-se numa das cabines e acorado sobre o vaso sanitário ria alto até ser descoberto. Sua inserção no grupo já era um fato e mesmo após a mãe passar por entrevista marcada por informações truncadas, sua aparição magra e esfarrapada no serviço acabava por mobilizar uma aproximação que significou sua inserção nas atividades – diferentemente do segmento dos outros casos, em que se fazia uma anamnese e se discutia previamente na equipe o tratamento.

Juca, como os outros de seu grupo, falta por vezes e apareciam semanas depois, a idéia das novidades era sempre presente para quem se ausentava. Voltou certa vez dizendo que bateu na professora e que sua mãe está muito brava. Tinha pegado um carrinho de supermercado que achou na rua e vendeu no ferro velho. O dono foi até sua casa o que gerou grande conflito, vendeu uns passarinhos do vizinho, de modo que precisou ficar fora por uns tempos dizia com a cabeça baixa e a mexendo nos dedos do pé. O grupo o escutou e mesmo sendo sempre motivo de chacota, chamado de “pé no barro”, de favela e outros nomes, dessa vez sentaram-se em sua volta e interessaram-se pelo que dizia. Parte do grupo estava fora do ambiente escolar e o repreenderam por bater na professora. Pouco tempo depois a mãe aparece no serviço dizendo que Juca deve ir pra Bahia morar com seus avós que têm mais tempo para cuidar dele. Desse jeito ele não vai durar muito onde eu moro, dizia ela visivelmente preocupada. A idéia de ir pra Bahia era do agrado de Juca que ouviu dizer que lá há muitos cavalos, bicho que ele também gosta muito.

Ia às corridas clandestinas de cavalo que aconteciam perto do Rodoanel e dizia que lá via de tudo, armas, drogas, mulheres com pouca roupa, mas o que o atraía eram os cavalos. Dava água aos bichos após as corridas montava nos quando tinham acabado as apostas. Dizia que ia trabalhar lá fazendo pão na padaria de seu tio e que ia comer todos os doces. Tinha vindo mesmo para se despedir e pedir pra jogar bola junto com os meninos na quadra da escola. Era uma prática que tínhamos construído, jogar bola entre os horários das aulas com a aprovação dos caseiros. Juca até esse dia pulava o muro, mas era o primeiro a se preocupar quando a bola do CAPS sumia. Poucas semanas depois foi para a Bahia e no grupo ficaram apenas as histórias daquele menino homem que subia na árvore. Algum tempo depois alguns técnicos da equipe saíram e o desafio era apresentar esses meninos para os trabalhadores e novamente construir uma forma de intervenção.

Mas Juca antes de ir para Bahia deixou uma pista, o único registro escrito sobre um dia de roda de conversa em que falávamos sobre o CAPS. A idéia era pensar no que tinha acontecido no dia em que houve a crise no grupo, e como não queria falar nada, pediu para escrever: *Qual o objetivo de freqüentar o CAPIS?*

*"Eu venho pro CAPIS pra mim ser outra pessoa pra mim ser outra pessoa eu tem que a companhia as atividades do Pedro da eleni e de todos hunsio vários do capis infantil e eu tenho que a prende com eles se eu não a prende com ninguém eu não tenho futuro do que eu fiz pra mim vir pro capis é é sem futuro e agora seu não a prender nada eu não viro nada como outras pessoas que vevem na rua sem a prender nada. Como não sabe lê não sabe escrever não sabe nem ter educação as crianças da rua com não tem casa não tem dinheiro pra comprar uma roupa pra vestir não tem um chinelo pra vestir não tem uma mãe pra da um coselho e eu tenho e eu tenho que dar valor em quanto eu posso que eu tenho pai e mãe a vô tiu tia prima primo vô cunhado bisavó e o que podi mudar no CAPIS e que tivesse gou pra gente jogar bola e um bola de capotão e uma de basquete e que tivese uma sala pros grandes e outra para os pequenos e que mudase também terça nois aestia filme e quinta nois iria fazer culinária".*

## **B. Marcos**

DN: 19/12/1992 Matrícula CAPSi: 48

Chega ao serviço pela escola, com queixas de agressividade. Estuda com crianças mais novas. Sua trajetória no serviço é marcada pelos atendimentos de uma técnica com formação em Terapia Ocupacional. Era atendido na casa do adolescente em psicoterapia individual. É um dos primeiros casos no CAPS com o diagnóstico de transtorno de conduta. Técnicos do CAPS visitam escola e reúnem-se com professoras e direção que vislumbram a mudança de sala do jovem para um grupo com alunos de sua faixa etária. Marcos estuda numa escola pública considerada modelo pela Secretaria Estadual de Educação. A equipe visita a Casa do Adolescente para estruturar tratamento em conjunto considerando do vínculo estabelecido. Ao ser inserido no CAPS participa de atividades grupais com adolescentes que tem outros

diagnósticos. Não fala da questão da escola. Vem acompanhado pela mãe com frequência.

Os registros do prontuário de Marcos são muito ricos, e como me vinculei ao caso apenas posteriormente, considere importante reproduzi-los nesse relato. Os registros, abaixo transcritos, são primordialmente de autoria da técnica de referência, ainda que haja, também, relato de outra terapeuta que também o atendeu.

19/04/05 – “Chegou atrasado e não estava bem, reclamou muito de cansaço e indisposição. Escolheu e começou vários jogos, mas não conseguiu terminar. Quis ir embora de qualquer jeito, argumentando que não era obrigado a ficar. Deixei claro que ele iria por eu estar respeitando seu limite. Depois que ele saiu, ouvi sua voz na cozinha, fui até lá e pontuei que se ele quisesse ir embora deveria ir, e não ficar na cozinha. Nesse momento ele resolveu voltar e falou que ficaria até o final do grupo. Entrou e ficou muito bem até o final, jogou e tomou lanche.”

02/06/05 – “Vem para o grupo. Chegou meio agitado e ocupando todos os espaços do grupo sem respeitar nenhum limite. Ficou passando no CAPS com uma peruca loira de brinquedo para todo lado. Ao contrário do que imaginava, ele topou entrar no grupo com todo mundo e também aceitou fazer um desenho em conjunto. Limite x liberdade = grande dificuldade de trabalho com Marcos.”

Sem data – “Veio na festa junina, disse que não queria ficar, mas brincou muito com crianças de todas as idades.”

24/08/05 – “Chegou um pouco atrasado. Entrou e não quis participar nem do jogo nem da confecção de pipa, pediu para ver um filme, coloquei que se ele conseguisse fazer a tv pegar ele poderia ver. Assistiu ao filme, mas interrompia a atividade dos outros. Uma hora foi extremamente grosso com F. provocando-o exatamente como ele não gosta. Fiquei brava e falei duramente com ele, pontuando que esperava uma atitude mais madura. Então começou a fingir que estava chorando feito um bebê, disse que hoje seria a última vez que ele viria ao CAPS, pontuei que era um direito de escolha dele, mas que teria que assinar um documento assumindo sua desistência. Ele fechou a cara e foi embora. Por diversas vezes tentei abordá-lo se não queria conversar com tranquilidade e com maturidade, mas sua resposta era somente “não”. Liguei para casa do adolescente e deixei recado para a terapeuta dele pois considero de suma importância que tenha um acompanhamento individual junto com o atendimento em grupo. Foi muito difícil conduzir o grupo com esse grau de agressividade. Em um momento foi preciso que M., da recepção, interrompesse Marcos de dar um chute no F. depois de chamá-lo de gordo.”

20/04/06 – “Marcos estava jogando bola dentro da sala. Chutava com muita força. Conversei com ele afirmando que o espaço não era próprio para isso e que ele deveria, se quisesse jogar, jogar no espaço externo. Ele alegou que a bola era leve. Eu aleguei que ele possuía força suficiente para causar danos à sala, mesmo a bola sendo leve. Ele parou sem resistências. Tive a sensação que nesse momento pude dar sentido a uma regra, que apesar de limitá-lo autorizava que ele pudesse ter liberdade de escolha num espaço que apresentasse um limite. Ele não quis jogar no grupo. Assistiu TV e somente no lanche juntou-se ao grupo. Nesse dia conversei com

a mãe dele que estava questionando a presença de Marcos no grupo nessa condição, separada dos colegas. Ela traz um histórico de agressividade do pai dele e uma preocupação, pois o filho tem saído durante à noite retornando às 23h sem aviso e conhecimento da parte dele dos lugares que frequenta. Observei com ela de que Marcos tem só 13 anos, portanto, necessita das diretrizes dela. Contei um pouco sobre o trabalho que o CAPS propõe com Marcos e que ele, dentro dos limites dele, pode produzir movimentos de escolha em direção ao que deseja. Ela conta que teve um filho assassinado e teme que Marcos corra o mesmo risco. Fala que não pode contar com a ajuda do pai, que agride, espanca e até põs o filho para dormir para fora de casa. Contei que haverá um momento para os pais e que seria interessante a presença do pai. Queixas de uso de substâncias e de andar com má companhias. Pressão da família (não da mãe) para interná-lo. Aprende a Jogar de xadrez no CAPS.”.

31/05/06 – “Discutimos em equipe conversa da mãe com a Assistente Social do CAPS. Mãe pede autorização para benefício relacionado à pessoa com deficiência. Consideramos que Marcos não precisa do LOAS e sim do Bolsa família, onde também é essencial que ele esteja na escola. Pensamos em discutir seu caso na reunião das escolas e enfatizarmos seu processo escolar.”.

12/06/06 – “Usuário compareceu ao CAPS i, veio sozinho. A mãe já estava na Cohab V dede cedo e surpreendeu-se com sua vinda. Marcos estava ferido na cabeça. Não soube precisar como se feriu. Atribui o ferimento a uma briga por causa de uma menina. Disse que não fez nada e apanhou porque estava junto. Falou que houve tiros e acha que tomou uma garrafada. Teve uma alguma resistência para ficar no grupo e para fazer curativo na cabeça. Não tinha mostrado o ferimento à sua mãe. Ao final teve uma participação no grupo, embora tenha saído algumas vezes. Sua vinda frequente ao serviço parece algo importante nesse momento.”.

A aproximação com Marcos se deu sempre de maneira muito paulatina. Percebia o jovem bastante tímido, se isolava com frequência e apresentava alguns comportamentos mais infantilizados em comparação com outros usuários do grupo. Essas características se evidenciaram mais após a ter um irmão assassinado. Mãe relatava que durante a infância sofreu muito com a violência dentro de casa. Dizia que o pai não tinha paciência e batia por motivos banais. Marcos durante os conflitos familiares dizia que não queria mais viver daquele jeito, dizia que ia fugir.

Apesar de seu progresso na escola, sobretudo em relação ao letramento, tínhamos pouco acesso ao discurso de Marcos, que se expressava mais em atividades externas e coletivas. Seu silêncio e isolamento fizeram pensar em outras hipóteses diagnósticas. Marcos fazia uso de medicação (Neuleptil e Risperidona).

Pouco tempo depois o CAPS recebeu a notícia mais triste desde o início do seu funcionamento. Em 17/10/06 Marcos foi encontrado morto na linha do trem. Havia saído na noite anterior e não retornou. Não havia sinais de violência. A suspeita maior é de suicídio ou que tenha sofrido acidente em contato com a rede elétrica (surfando no trem).

Assim que soubemos do ocorrido pela voz trêmula da mãe, que tem uma relação estreita com o serviço, nos dirigimos ao cemitério municipal para ver se conseguíamos chegar a tempo ao velório e abraçar os familiares. O cemitério fica do



outro lado da cidade, na região em que Marcos morava (Cidade Ariston) e quando lá chegamos não havia mais ninguém. O cemitério reproduzia mesmo todo o abandono visto na cidade. Ao entrar se via uma ocupação quase ultrapassar os limites do lugar, inclusive com canos e janelas defronte ao Ossuário. Conversamos com o trabalhador, que nos informou que o menininho tinha ficado por ali pras bandas do canto, que se caminhássemos um pouco acharíamos umas flores frescas e identificaríamos o lugar de Marcos. A caminhada tortuosa no local em que as alamedas tinham sido ocupadas pelo mato e a sensação de estar pisando em lápides se associavam à morte do menino em impunham um silêncio vigoroso entre os técnicos. Chegamos até um pequeno monte de terra com duas flores amarelas, já murchas, pelo enorme calor do dia, que Marcos já não podia ver. Uma situação de indignância generalizada fazia parte do horizonte. Ali ficamos por uns minutos e a sensação de impotência, de que nada tínhamos feito, diante do silêncio do garoto, parecia ocupar a todos. Em seguida nossos passos rumaram para a casa do jovem defunto, onde encontramos sua mãe, um pastor e uma tia. As conversas sobre o céu deixaram as bocas e ouvíamos a mãe falar sobre como o CAPS tinha sido importante para Marcos. Foi o elogio que recebemos com os olhos marejados e as mãos espantadas com a contraposição da impotência e a gratidão de uma mãe.

### **C. Rogério**

*DN: 20/04/1993 Matrícula CAPSi: 78*

Rogério chega ao atendimento no CAPS por conta de processo no conselho tutelar decorrente de denúncia de maus-tratos. Mãe portadora do vírus HIV, irmã viveu abuso sexual (também contraiu o vírus) e também era atendida no CAPS. Foi abrigado junto com a irmã por conta de queixas de maus-tratos por um curto período e retornou para a família. Avó cuidou durante a infância.

Sua mãe era faxineira em uma universidade paga em Osasco e dizia com frequência que queria estudar lá, apesar de dizer que faculdade é coisa de *boy*. Apresentava grandes dificuldades de letramento e queixas de agressividade no contexto escolar. Era um garoto calmo e comunicativo que vivenciou o processo de desenvolvimento do CAPS de maneira intensa. Sua participação (segmento no tratamento) no serviço está relacionada não apenas à necessidade de atenção em saúde, mas às determinações judiciais que exigiam o atendimento da família.

Reproduzo aqui trecho do registro em prontuário:

05/12/05 – “Mãe esteve no CAPS para pegar assinaturas dos técnicos que atendem Rogério para pegar passes na Promoção Social e quando foi questionada quanto a sua falta de frequência nos atendimentos, fica nervosa, diz que ela o deixava aqui na porta e vai embora. Falamos que, sabendo que Rogério tem dificuldades de conduta, ela deveria pelo menos se certificar de que ele estaria aqui. Ela continua insistindo que vinha, então peço que ela veja no livro de frequência quantas vezes ele teria vindo até aqui, até para que ela tomasse ciência de suas faltas. Combino que toda sexta-feira ela teria que assinar o livro antes de ir embora. Recusa-se, depois disso,

de trazer os três filhos para os atendimentos. Fica claro que só vê como benefício no CAPS os passes que buscava e quando sente que os perdeu tenta fazer chantagem. Na verdade, nunca esteve realmente comprometida com o tratamento das crianças.”.

Após esse conflito registrado, marcado pela presença de julgamentos morais, Rogério e sua irmã voltam ao CAPS a pedido do Conselho Tutelar.

Há queixas da mãe de que está pichando e volta bêbado.

É um garoto quieto e tímido, embora no contexto do grupo fique mais desinibido. Grande conhecedor da cidade, dos “picos” onde as pichações ganham maior destaque, fazia parte de um grupo que “lançava” VÍRUS nas paredes. Era assim que podíamos ver sua intervenção na cidade. Negro bonito e esguio, Rogério falava manso com as meninas e dizia que nada sabia quando algo lhe era perguntado. Não gostava de confusões, mas quando aconteciam no grupo estava sempre junto dos outros.

Participa da Oficina de Culinária e é considerado assíduo e colaborativo.

Quando as atividades em grupo trazem o RAP para o cotidiano, Rogério mostra que conhece muito o gênero musical, conhece amplamente a produção dos grupos que ouvíamos (cantava todas as músicas) e apresenta autores novos para o grupo como *Facção Central*, que é marcado pelas letras impactantes e violentas, ao contrário dos grupos musicais que estávamos escutando. O disco mais conhecido desse grupo se chama “Versos Sangrentos” e Rogério cantarola: “hoje é dia das crianças, e daí? Quem vê sangue não tem motivo pra sorrir. Não existe presente, alegria. Nem dia das crianças na periferia...”.

Apresentava poucas manifestações de agressividade, uma delas foi desligar o vídeo-game quando perdia, em dia que o colega o trouxera ao CAPS. Coloca apelidos nos colegas e ao final do atendimento fica na convivência escutando RAP.

Joga bola, rejeita as rodas de conversa e propõe que empinemos pipa. Confeccionamos e empinamos pipa ao lado do CAPS. Mas quando começávamos a prosa ele logo dizia: “lá vem o Pedro com essas conversas de escola...”.

Uma questão que chama atenção é o fato de que em um dos momentos de mudança na organização dos atendimentos, um usuário ficara sem grupo, pois participava de um grupo específico destinado às fobias. Esse jovem fora, depois de muita discussão na equipe, inserido no grupo dos “meninos da conduta”. A pergunta na equipe era: como colocar em um grupo de jovens que apresentam características consideradas anti-sociais (pelo CID 10), um garoto que tem o diagnóstico de fobia social?

Para a surpresa de muitos, sua inserção aconteceu de um jeito muito interessante. Rogério tornara-se seu parceiro e as dificuldades vividas pelo outro usuário aos poucos foram remitidas. Rogério foi ao CAPS de ônibus com o novo colega, que até então não saía de casa sem a mãe. Começaram a estabelecer uma bela relação de amizade e como os interesses eram parecidos, participava ativamente do grupo e mostrava habilidades que não eram imagináveis tempos atrás. O novo amigo ganhou logo o apelido de “Soneca”, por ser calmo e evitar os conflitos. “Soneca” agora jogava bola com pessoas externas ao grupo. Parou de transpirar excessivamente quando saía na rua, empinava pipa com os meninos e organizava as atividades do grupo. Rogério e seu parceiro destoavam apenas em comportamentos, como o ato de caçar dos outros e nas pichações, que Rogério referia “lançar” de vez em quando. O amigo que ganhou o apelido de Soneca não

resmungou ao início porque era quieto. Por vezes, quando estávamos juntos, percebíamos o grupo dizer: "olha, oh Soneca! Sabe ler sem ir pra escola!", reconhecendo algumas características que eram mais difíceis para o grupo. O reconhecimento das habilidades do novo amigo muitas vezes era feito de forma espontânea por Rogério, que chegou a perguntar: "Soneca, você faz tudo aqui e não quer ir pra escola? Também vou ficar que nem você, que se não for pra escola ninguém fala nada...".

Quando as pichações de Rogério começaram a fazer parte do cotidiano de trabalho das trabalhadoras da limpeza, houve uma mobilização das mesmas, e como o grupo estava num processo de conseguir conversar com mais calma, propusemos essa conversa entre o grupo e as trabalhadoras. Foi um momento muito importante, pois de certa maneira imaginávamos que as trabalhadoras dariam um "pito" nos meninos. Não foi o que aconteceu. Elas perguntaram por que eles pichavam as coisas. A ironia de Rogério e o humor do grupo responderam que eles só queriam desenhar e mais nada. No mesmo momento, pensando numa solução para o impasse, Rogério propôs que houvesse um mural à vista de todos, que eles pudessem pichar. Durante um tempo havia um mural na recepção com todas as pichações do grupo, que era alimentado semanalmente. Era uma situação engraçada porque todos perguntavam o que era, quando chegavam no serviço. Pouco tempo depois o mural foi ficando desatualizado até que um dia foi tirado de lá e as pichações do grupo não ocorreram mais.

Aos poucos Rogério se distancia do serviço, sobretudo depois de ter mudado de escola. Esse movimento foi acompanhado de outros usuários. Em 2009, há o registro de alta por abandono. O último registro em 2009 refere que Rogério hoje é pai de três filhos. No período de distanciamento do CAPS foi informado que engravidou (de gêmeos) uma namorada e, pouco tempo depois, outra adolescente de seu bairro.

#### **D. Valdir**

*DN: 12/03/1992 Matrícula CAPSi: 241*

A entrada de Valdir no CAPS é marcada pelo encaminhamento do Conselho Tutelar. Em sua história carrega as experiências de ter vivido um abrigo de curta duração e queixas de pequenos furtos, assim como dificuldades no âmbito escolar. Viveu situações de trabalho infantil e era o mais articulado do grupo em que foi inserido. Valdir era bastante tímido, mas em contato com o grupo estabeleceu relações de amizade significativas. Alto, negro e com o corpo cheio de marcas de cicatrizes nas mãos e pernas, tinha ficado num abrigo na Pompéia por conta de ser ameaçado de morte após furtar um relógio. Assim estava no registro, mas Valdir nega o furto e conta que foi mesmo para o abrigo porque sua mãe não tinha condições de criar ele e sua irmã. A mãe era diarista e na época estava sem emprego.

Chegava ao CAPS de bicicleta e as marcas que apresentava também eram registros de tombos homéricos. Com frequência pegava "rabeira" pendurando-se em

caminhões com a bicicleta em movimento. Dizia que chegou a fazer isso na subida do Rodoanel, onde os veículos trafegam em alta velocidade. As queixas apresentadas eram relacionadas aos furtos, à exposição à violência e às dificuldades na escola. Tinha a mãe severa, que não admitia brincadeiras no CAPS. Mas como vinha sozinho, acabava por protagonizar os atos de franca indisciplina, de não querer estar na sala, de não aceitar a comida na hora certa, tudo isso de forma serena, ao contrário dos outros do grupo. Valdir foi o primeiro que percebeu que as propostas de atendimento seriam construídas com eles, a partir de seus interesses. E foi o primeiro a trazer os filmes de camelô – os filmes de ação para o serviço. Essa inovação trouxe a necessidade de discutirmos que filmes assistiríamos e ele, querendo afirmar também os seus gostos pelas artes marciais, discutia e sugeria seus filmes. Em relação ao RAP ocorreu do mesmo modo. Valdir conhecia muito a produção dos Racionais MC's e se espantava em saber que os técnicos também escutavam o som. Falava meio de canto: "agora os boys também escutam Racionais..."

Havia uma franca contraposição feita por Valdir, com muita elegância, sobre a desigualdade e sobre os que tinham e os que não tinham; e isso muitas vezes se dirigia a nós, técnicos. Aos poucos, quando trouxemos alguns sons "da antiga" dos Racionais, conseguimos nos aproximar mais dos meninos, e Valdir era um dos que mais queria conversar. Ao escutar "Fim de Semana no Parque" fizemos ampla relação com o cotidiano, mesmo quase 20 anos depois da gravação.

Jogava bola sem tanta habilidade quanto os outros. O apelido de "cavalo" ficou mais forte quando associaram o cavalo, que é aquele que comete faltas, com seus lábios protuberantes de mestiço. Mas Valdir parecia não se importar. O que mais importava era mesmo quando a mãe aparecia ou ligava no CAPS, pois aí sabia que as brincadeiras, as músicas e os filmes dariam lugar a sérias conversas sobre seu comportamento na escola. Valdir morava num dos bairros mais pobres da cidade e mais violentos também. As queixas eram de que saía da escola para frequentar lan-houses e ficar batendo papo com gente que não conhecia. Além do mais, conhecia "gente da pesada" que não andava no bom caminho, segundo a mãe. Mas ele continuava com a serenidade e a voz baixa, os olhos duros e as mãos marcadas, ocupando o CAPS como se isso não acontecesse. E quando íamos falar com ele depois do grupo, agia como se tivesse a mesma surpresa que os técnicos tiveram ao saber das queixas, pois no CAPS pouco disso emergia.

Um dos momentos mais interessantes foi quando discutíamos sobre o ECA no grupo e Valdir expressou a idéia de que o Conselho Tutelar era a polícia das crianças, que só servia para perseguir e vigiar o que eles faziam de errado. Nesse momento se organizava a VII Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente na cidade. Valdir topou participar, sendo o único do grupo.

Na palestra de abertura da Conferência riu da peruca do palestrante, que falava sobre a rede de atendimento, e perguntou se o que ali falava era verdade. Estava nitidamente encabulado com o espaço e a exposição das pessoas ao falar. Perguntava se todos tinham de falar. Disse eu que não, e fomos aos grupos de trabalho. Durante o grupo, com sua serenidade e timidez, me perguntava sobre as siglas e de onde eram as pessoas que falavam. Dizia que "não tinha nada de direito" no que estava sendo falado, a não ser a escola, que era feia e marcada pela ausência de professores, e o Conselho Tutelar, que ainda era polícia para criança. Quando saímos, quis levar um livrinho do ECA para cada um do grupo. Pediu para melhorar a escola e ter mais computador.

Na eleição dos delegados não quis saber de participar e me perguntava o porquê desse nome –“delegado” – para os representantes. No intervalo conhecera um garoto de sua idade, também presente na Conferência, que era ligado a uma ONG vinculada ao acompanhamento de meninos em cumprimento de PSC (Prestação de Serviços à Comunidade). Perguntou o que o menino fez, mas este não respondeu. Depois Valdir me perguntou em voz alta por que esse menino não estava no CAPS junto com os outros, já que não se comportava bem. Tentei explicar, mas ele insistiu e convidou o menino para jogar bola com o grupo na semana próxima. E o menino, dias depois, foi ao serviço.

Na saída da Conferência ofereci uma carona para Valdir, pois já era noite. O adolescente perguntou se eu não tinha medo do bairro dele, de me perder, e, mesmo não acreditando que o levaria, entrou no carro. No caminho pediu para escutar música, mas o rádio estava ruim e só havia um cd de samba. Ficou com o riso contido ao saber que eu escutava essas coisas, música de preto. “Parece macumba essa música!”, dizia, e zombava das palavras dos poetas do morro.

Dias depois ganhei o apelido de *melancolia* pelos meninos do grupo por conta de uma canção da velha guarda da Portela. A palavra foi discutida, o samba apresentado e ficou uma contradição entre eles: como que uma música tão alegre podia ter a palavra melancolia. Nesse dia, Valdir ouviu alguns dos sambas e depois, meio caçoando meio interessado, vira e mexe me pedia o disco emprestado. Tinha gostado dum samba que tinha um assovio. Era o samba “*Chico Brito*”, de Wilson Baptista, gravado por Paulinho da Viola em 1972.

Valdir tinha grande interesse pela informática. Após dialogar com o grupo, conseguimos vagas para os interessados, num curso de manutenção de computadores oferecido no centro da cidade. O começo foi um pouco truncado, pois eram os mais jovens dentre os participantes do curso, e moravam longe, havendo dificuldades, inclusive, para se deslocarem ao local. Isto decorria, inevitavelmente, em faltas dos usuários às atividades do CAPS, uma vez que os passes fornecidos para os atendimentos acabavam sendo utilizados para o acesso ao curso.

Depois de algum tempo, Valdir volta ao CAPS fora do horário, deparando-se com novos terapeutas, novo lugar de atendimento – mais estreito que a grande sala de convivência. No grupo, depara-se com a notícia dada por João na sua ausência, de que havia sido expulso do curso após furtar mouse e cabos de computadores. Valdir se defende dizendo que saiu do curso após o acusarem de roubar algumas peças; nega ter pego as coisas. Mostra as mãos descascadas de contato com materiais de limpeza, o rosto e o pescoço queimado de sol e afirma ser trabalhador. Agora trabalha num lava-rápido. Entra nos carros de bacana, liga o som e, enquanto trabalha, caço dos meninos que são seus companheiros de trabalho. “O dinheiro é pouco e o trabalho é muito”. Diz que com o dinheiro, ajuda em casa, compra tênis (à prestação) e joga fliperama, sinuca, além de frequentar a lan-house. Disse que “se der certo o patrão vai registrar”.

Como o grupo é instável, com hiatos, intervalos de participação dos meninos todos, Valdir ocupa o espaço para falar dessas coisas de trabalho. Não quer mais entregar panfleto nos faróis e nem pegar coisas de ferro velho. Queria trabalhar num lava-rápido, numa oficina (adorava carros, bicicletas, motos) ou coisa do tipo. Vinha às vezes meio molhado do trabalho, com uma expressão de esgotamento. Aproveitava e lanchava, pois, além do cansaço do trabalho, voltava para casa (que era do outro lado da cidade) de bicicleta para economizar os passes do CAPS, o que

logo exigiu uma renegociação. Nesta situação de trabalho intenso, o jovem Valdir conseguia vir ao CAPS mais precisamente no dia de renovação dos passes, em horário ulterior à realização do grupo, quando o serviço estava para fechar e os trabalhadores ficavam por conta do registro dos atendimentos e do preenchimento de fichas. O menino trabalhador não chegava a tempo de ser atendido. E as queixas da família continuavam. Valdir por conta de trabalhar não ia mais à escola direito, faltava com frequência, e a mãe disse uma vez que tinha roubado as torneiras da escola para vendê-las no ferro velho. Ficamos mais uma vez surpresos, pois havia uma disparidade entre o comportamento dos garotos dentro e fora do CAPS que era muito grande. Para outra surpresa dos técnicos, Valdir conta, quando fala da escola, que ajudou os meninos a pegar as torneiras distraindo as faxineiras e o inspetor com conversa, enquanto os outros meninos de sua sala fechavam o registro e retiravam as torneiras. Disse que fizeram isso para ficar na lan-house, e que não voltaria mais para a escola. Ao que consta no prontuário, os registros foram ficando cada vez mais espaçados e Valdir deixa de ir ao serviço configurando alta por abandono.

## **E. João**

*DN: 25/10/1992 Matrícula CAPSi: 192*

Ao conhecer João, a marca da história familiar parecia comover a todos. E é mesmo o jeito que um caso é apresentado, que faz a gente imaginar um monte de coisas.

João é filho de uma moça que era usuária de drogas injetáveis, e que fez uso de drogas durante a gravidez, contraindo dessa forma o vírus HIV. Além da cocaína injetável, novas drogas começavam a aparecer no fim da década de 1980. Naquela época, nos grandes centros urbanos, começou a aparecer a "casca", que era um "negócio novo e pesado". Um novo jeito de usar a cocaína. Foi mesmo grande a polêmica que essa droga fazia. Pegou muita gente. Era ferver o pó na colher colocar um pouco de água e bicarbonato, e estava feita. Só depois que veio o Crack.

No relato da anamnese soubemos que, quando João nasceu, a mãe o dera para uma família. Passou por diversos cuidadores, sendo rejeitado em todas as casas, sendo, finalmente, levado a uma igreja evangélica para ser adotado. Não tomou vacinas. Não é portador do Vírus HIV. No relato, a mãe adotiva refere que foi um pouco forçada a adotá-lo pelo pastor, que colocou a criança em seus braços.

Desde a creche havia reclamação de agressividade e nervosismo. "Não pára em nenhuma escola", foi expulso de diversas vezes. É acompanhado pelo Conselho Tutelar por conta das mudanças de escola e pelas queixas de agressividade no âmbito escolar. Quando chegou ao CAPS estava sem frequentar escola. Mãe refere que ele já tentou se matar e que pegava a faca quando fica nervoso. Já agrediu crianças que brincavam na rua.

Não se relaciona bem com o pai adotivo. Mãe apresenta problemas de saúde (no joelho e hipertensão). Tem dificuldade de locomoção. Pede ajuda ao CAPS, pois não consegue educá-lo e tem medo que possa encontrar alguém mais valente do que ele pelas ruas, o que poderia significar seu fim.

João morava próximo ao CAPS e ia embora sozinho após os atendimentos. Logo após a sua inserção no CAPS ocorre a morte do pai adotivo. Tem uma reação

muito afetiva, que não condiz com os relatos das entrevistas. Faltava muito ao serviço, mas pareceu vincular-se aos técnicos e usuários. Conhecia a todos e os comentários gerais o definiam como “de lua”. “Tem dia que fala tem dia que não fala, tá triste e alegre ao mesmo tempo”.

Quando sozinho, solicitava longas conversas, nas quais falava sobre experiências de violência policial por ser negro e sobre ficar na rua com os colegas. Diz que apanhava da polícia na rua e, novamente, ao chegar em casa. No entanto, no grupo mostrava-se sempre distraído e desinteressado. Para ele, o CAPS parecia ser a própria substituição da escola, afirmada por João como um lugar chato e insuportável.

É um menino radiante, jeito passarinho, vaidoso e desinibido. Foi medicado alguns meses após inserção no CAPS com Risperidona e Fluoxetina. Após inserção da medicação ficou mais calmo, mas não fez uso regular do medicamento.

Era uma grande liderança no CAPS entre os usuários, conseguia dialogar ou inviabilizar o diálogo conforme as propostas de atendimento se desenhavam. Como estava fora da escola, a única instituição que freqüentava além do CAPS era a escolinha de futebol. Tem o sonho de ser jogador de futebol. Vinha para o serviço todo uniformizado, freqüentava os estádios com as pessoas mais velhas de sua rua e viveu um dos momentos de maior glória como corintiano: via correr, com a camisa 10, pelo Timão, um dos maiores vultos das últimas décadas, um argentino que morava na maior periferia de Buenos Aires e virara estrela pelo Boca Juniors. Trata-se de Carlitos Tévez. Seu maior ídolo era o Tévez. E Tévez era mesmo um atacante diferente: corria pelo time e parecia torcer como os astros do passado, demonstrando amor à camisa; corria pela bola, trombava com outros jogadores, para ele não havia bola perdida, mas mesmo com esta agressividade, quando sem a bola nos pés, não era considerado um jogador desleal.

E o que João via nos campos e sonhava, queria realizar ali junto conosco. Jogávamos na quadra da escola, entre as aulas, ou no pátio do CAPS. Nesse momento, era possível conversar, brincar, rir, não havia violência. Ali, era um daqueles meninos que gostam de passar o pé sobre a bola e tentar a irreverência de dribles desconcertantes. Não tinha medo de tomar botinadas, o que eu via algumas vezes acontecer quando, na saída do CAPS, o avistava correndo entre adultos pelos campos de terra da COHAB.

A agressividade não emergia de maneira vigorosa com a mãe, que alimentava seu sonho, e estava ele próximo de ser “federado”, ou seja, jogar numa liga oficial juvenil.

A escola aparecia como necessidade que escapava entre os dedos em seu andar gingado, como quem diz “depois eu faço...”. Tinha como plano ficar bastante tempo fora da escola para depois fazer o supletivo em poucos anos. Esse era um tema amplamente discutido no grupo. No entanto, após pouco tempo inserido no serviço, dialogamos com a família e com ele sobre o assunto. Decidimos tentar uma vaga numa das escolas em que ainda não fora convidado a se retirar. Não queria voltar para as escolas que já freqüentara; dizia ser “marcado” e que ninguém acreditaria que ele queria mesmo estudar. Fomos ao Conselho Tutelar e à escola mais próxima ao CAPS, e o matriculamos com a idéia de acompanhar sua inserção naquele espaço.

Apelidava e provocava a todos com grande freqüência, situação essa que se repetia na escola, gerando conflitos, que o fazem decidir parar de estudar. Fala disso

como um atestado de independência, uma passagem para o mundo adulto. “Ninguém por aqui estuda mesmo, e tem mais: eu já sei ler e escrever... tem gente na escola que nem isso sabe...”, dizia mostrando o sorriso de quem fala uma grande verdade. A mãe solicita sala especial para João e encontra franca resistência entre os trabalhadores do CAPS, que estavam tentando construir ações de educação inclusiva com crianças com comprometimentos maiores que os dele.

Mesmo depois de irmos à escola conversar sobre sua situação, e esta afirmar que os problemas causados não o impediriam de estudar (quebrara um vidro no intervalo que colocou em risco outras crianças, dançava sobre a mesa durante a aula e apelidava e provocava os colegas), João não voltou para a escola.

Agora quem atende o grupo sou eu e outro psicólogo. O futebol era quase um imperativo para que João ali estivesse, pois o número de participantes era perfeito para brincar no pátio. Apesar das provocações – sempre que contrariado o futebol – permanecemos com propostas de atendimentos que fossem compartilhadas pelo grupo. João saía da sala, caçoava, dizia para a funcionária da cozinha que eu havia pedido para ela lhe dar comida, chegando com o prato de comida no grupo. Imita o Michael Jackson, sorrindo como quem constrói e destrói o espaço de atendimento com um gesto.

Aos poucos começamos a conversar sobre as atividades no CAPS e atingimos um momento de consenso entre o grupo. Havia espaço no CAPS para algo que era mal visto em muitos lugares, inclusive em casa: o RAP. As músicas do grupo Racionais MC's, que tratam do cotidiano das periferias foram a forma de explorarmos juntos uma série de questões trazidas por eles como a questão da violência e da discriminação racial, o desejo de usufruir de bens e serviços, o debate sobre os ideais de beleza feminina. A partir daí, parece que deixamos um pouco de medir forças sobre os momentos em grupo e podíamos fazer coisas que não tínhamos feito, como ler as letras, falar sobre o significado das gírias, discutir sobre a vida do Zumbi dos Palmares, pensar no massacre do Carandiru e nas mortes que a polícia fazia crescer em nome do combate ao PCC (Primeiro Comando da Capital).

Outro dia, ficou muito envergonhado pelo fato da mãe falar publicamente que o seu interesse em estar na escola era pelo futuro dele, mas, também, pelo Bolsa Família, que não poderia ser solicitado sem que ele estivesse matriculado.

João começa a apresentar novas demandas que não haviam aparecido no serviço. Solicita preservativos. Quer ir ao posto fazer carteirinha. Discutimos então a questão da sexualidade no grupo, que ao mesmo tempo os deixava interessados e envergonhados. Fomos até a UBS em que era matriculado. Na UBS Cohab V fomos informados que, para um adolescente ter acesso aos preservativos do SUS, teríamos que ir até a Casa do Adolescente (que fica distante, em outro bairro), passar por uma palestra, para, então, retirar as camisinhas. Mesmo quando falando que tratávamos dessas questões no CAPS, não houve acordo. Ligamos na Casa do Adolescente e marcamos sua ida. Dispensamos, a ele, três preservativos que havia no CAPS. Nos próximos atendimentos demos segmento à conversa sobre a sexualidade com João e depois jogamos bola. Logo quis ir embora.

Participa de escolha de filme – uma das questões acordadas entre o grupo assim como o RAP –, mas eles queriam, mesmo, era ir ao cinema. A atividade foi pensada da seguinte forma: dois filmes seriam exibidos por mês, um escolhido pelos usuários e outro pelos técnicos. O filme escolhido pelo grupo foi: “O Pequenininho” filme americano (comédia) em que um bandido anão se disfarça de criança inocente



para cometer roubos. O filme escolhido pelos técnicos foi "Crianças Invisíveis", uma coletânea de curtas metragens sobre a infância no mundo, a partir de dimensões cotidianas (assistimos ao curta "João e Bilú" de Kátia Lund, que tratava da infância na periferia de São Paulo). Os dois filmes provocaram bastante discussão, embora eles fizessem mais relações com o filme nacional, dizendo que o outro (o americano) "não tinha nada a ver, era só pra rir...".

João foi atropelado de moto na rua de casa, luxou a perna e se distanciou do futebol. Mãe solicita novamente escola. Dessa vez é orientada a ir ao Conselho Tutelar solicitar vaga, já que a equipe já havia entrado em contato com a escola e a vaga estava disponível.

Apesar da agressividade e da flutuação dos interesses quando em grupo, quando jogava o Jogo da Vida e começa a trazer cds de RAP para o serviço, apresentava maior disponibilidade para dialogar com o grupo. Utilizamos o rádio do CAPS para ouvir música enquanto jogávamos. Pensamos em construir, então, um Jogo da Vida que se passasse em Carapicuíba. Inicialmente a idéia foi rejeitada com muitos risos, pois para eles não havia nada em Carapicuíba, nem vida.

Sua afirmação causou contraposições dos colegas, que elencaram uma série de lugares interessantes, inclusive uma lagoa que ficava num parque público e que utilizavam para se banhar nos dias de calor. João ria alto dizendo: "foi lá que você ganhou essas rodela de mortadela no pescoço! Lá só tem micose, cachorro morto e vocês ficam nadando...".

A partir daí foi trazida a possibilidade de fotografar a cidade. Trouxemos em formato digital, algumas fotografias que vimos no computador e, por meio do contato com reproduções de Sebastião Salgado da exposição "Êxodos" (1996), constituiu-se como proposta a realização de uma Oficina de Fotografia, mesmo sem recursos da Prefeitura. João foi contra e depois disso ficou um tempo sem vir ao serviço.

Neste período, de um mês, o grupo foi à Festa Junina do CAPS AD, o que possibilitou o debate sobre o preconceito em relação aos "bebuns e nóias"; começaram as saídas para fotografar, em conjunto com meninas de outro grupo, e isso foi tratado em espaços de conversa. Mesmo assim João não foi tirar fotos no Parque dos Paturis. Quando colegas comentaram sobre as prendas que ganharam, dizia, sempre irônico e sorridente: "também, vocês apelaram; brincar de pescaria com aqueles tiozinhos bêbados é fácil, queria ver se eu estivesse lá...".

Apesar de não participar das atividades da Oficina de Fotografia, participa da revelação do filme na comunidade. Quando contrariado faz comentários racistas.

Com a dificuldade de recursos para manter a Oficina de Fotografia, retomamos as atividades com RAP. João tem grande dificuldade de ouvir apenas uma música, desejando ouvir o disco todo. Jogamos bola enquanto decidimos uma faixa para debatermos. Fizemos uma discussão "Vida Loka parte II" e um cartaz. Foi um momento de grande ebulição, pois os Racionais MC's tocariam na cidade e eles não poderiam entrar por conta da idade. Ficou decidido, então, fazer um cartaz para o Mano Brown e tentar entregá-lo. O cartaz foi feito falando da cidade e da vida em Carapicuíba, mas não conseguimos entregar ao grupo de RAP.

João comparece à Festa do Dia das Crianças promovida pelo CAPSi, mesmo que se considere já um homem. Fotografaram a festa. As datas festivas eram momentos em que os adolescentes geralmente sentiam-se deslocados. As famílias das crianças atendidas no CAPS compareciam, ficavam próximas dos filhos,

afetuosas e faziam desse espaço um momento de conversa entre os familiares. Na maioria das vezes os meninos do grupo vinham sozinhos. Nessa festa foi diferente, pois a sala de convivência que eles ocupavam no grupo foi decorada e escurecida, tocando músicas escolhidas por eles. João, que tinha participado da seleção das músicas, ficou bastante contente.

Mas da mesma forma como era afetuoso e comunicativo, conseguia tirar as pessoas do sério. Tentou, certo dia, ver as funcionárias da cozinha trocarem de roupa, xingava a todos dizendo que não era louco e que não ia tomar mais remédio, informação confirmada pela mãe na consulta médica.

Vinha sozinho e conversava. Aproxima-se da informática dentro do serviço. O CAPS recebeu uma doação de um computador destinado exclusivamente aos jovens. São colocadas no aparelho as músicas preferidas e instalados alguns jogos, mas sua utilização tinha de ser acordada entre todos. Tem um certo estranhamento, uma certa dificuldade de manipular o computador e diz que computador sem internet não tem graça. Articulamos com a Secretaria do Trabalho a inserção dele e de mais um usuário do grupo num curso de "manutenção de computadores". Por um tempo foi e voltava empolgado, no entanto, logo parou de ir quando disse que o colega tinha roubado peças dos computadores e que ambos foram acusados.

Todas essas participações no serviço são marcadas por intervalos significativos de ausência. Some quando algo ruim acontece e, quando volta, aparece com saudades e organizado, calmo. Solicita preservativos e passes e percebe que a equipe tem novos técnicos. Questiona o porquê de tantas mudanças e reclama, perguntando dos técnicos que saíram: "Já não bastava ter mudado de lugar o CAPS...". Está fumando tabaco e diz que agora quer voltar a estudar. Sumiu o celular de uma funcionária. João ficou muito incomodado com a possibilidade de associações entre a presença do grupo e o ocorrido. Nesse momento avalia o tempo de inserção no serviço.

Nos espaços destinados a ouvir Rap, dançou até pingar de suor e quis debater a questão do lazer. Combinamos passeio à Pinacoteca, o que ele achou muito chato. Discutimos a questão da arte, o que já tinham visto ou ouvido sobre o assunto. Havia muitas questões relacionadas à monitoria e algum receio da equipe de como seria o contato com o museu (medo deles quebrarem alguma coisa, ou se comportarem mal). Talvez esse tenha sido um dos momentos mais significativos do CAPS i, que conseguiu organizar uma atividade ampla para vários grupos. O contato com as obras de arte, a riqueza de possibilidades estéticas que a Pinacoteca de SP oferece foi impactante a todos do grupo. Nessa situação, apesar de alguns comentários de João serem marcados pela diferença "dos loucos e dos não loucos", conseguimos aproveitar o passeio, dialogar com as monitoras, e João, de maneira espontânea, esteve atento aos espaços, às diferentes expressões e estilos, intervenções artísticas. Ficou deslumbrado com o lugar e ajudou a organizar o lanche.

Havia algo de muito instável na relação com João. Quando apresentava uma evolução, na percepção dos técnicos, logo queixas aconteciam de maneira bastante contundente. Seus familiares começam a se aproximar do serviço para dizer que estão sumindo coisas em casa e que suspeitam que faça uso de cocaína. Tem chegado tarde em casa e andado com "más companhias".

Em sua trajetória no serviço, João vivenciou a saída de diversos membros da equipe, e a chegada de novos técnicos, apesar de ser marcada pela agressividade,

era rica, pois colocava em questão a circulação e a sua permanência no serviço.

Reúne-se com o grupo, agora para atividades fora das propostas do CAPS, como ir para festas noturnas, e decide junto com os colegas fazer sua Carteira de Trabalho. Quer trabalhar em mercado e voltar para escola. Por vezes fuma dentro do CAPS, dança e canta como antes fazia. Relata início de consumo de álcool e relato de relações afetivas. Está namorando. Volta a buscar o acesso aos preservativos na Casa do Adolescente.

Começa a trabalhar de maneira precária (entrega panfletos) e ajuda na entrega de pizza na região. Refere que ganha pouco e furta bebida no mercado aos finais de semana com os colegas, só pela emoção.

Ao passo que as relações de trabalho se estabelecem, João se organiza, compra um telefone celular e trabalha também num ferro velho no período diurno. Aos poucos se desliga do CAPS e às vezes passa para dar notícias. Atualmente está trabalhando. Houve uma remissão das queixas pela família e faz supletivo noturno.

## **ANEXO IV – O RAP**

### **Brasil Com P**

Composição: GOG

Pesquisa publicada prova  
Preferencialmente preto  
Pobre prostituta pra polícia prender  
Pare pense por quê?  
Prossigo  
Pelas periferias praticam perversidades parceiros  
Pm's  
Pelos palanques políticos prometem prometem  
Pura palhaçada  
Proveito próprio  
Praias programas piscinas palmas  
Pra periferia  
Pânico pólvora pa pa pa  
Primeira página  
Preço pago  
Pescoço peitos pulmões perfurados  
Parece pouco  
Pedro Paulo  
Profissão pedreiro  
Passatempo predileto, pandeiro  
Pandeiro parceiro  
Preso portando pó passou pelos piores pesadelos  
Presídio porões problemas pessoais  
Psicológicos perdeu parceiros passado presente  
Pais parentes principais pertences  
Pc  
Político privilegiado preso  
parecia piada (3x)  
Pagou propina pro plantão policial  
Passou pelo porta principal  
Posso parecer psicopata  
Pivô pra perseguição  
Prevejo populares portando pistolas  
Pronunciando palavrões  
Promotores públicos pedindo prisões  
Pecado!  
Pena prisão perpétua  
Palavras pronunciadas  
Pelo poeta Periferia  
Pelo presente pronunciamento pedimos punição para peixes pequenos poderosos  
pesos pesados  
Pedimos principalmente paixão pela pátria prostituída pelos portugueses

Prevenimos!  
Posição parcial poderá provocar  
protesto paralisações piquetes  
pressão popular  
Preocupados?  
Promovemos passeatas pacificas  
Palestra panfletamos  
Passamos perseguições  
Perigos por praças palcos  
Protestávamos por que privatizaram portos pedágios  
Proibido!  
Policiais petulantes pressionavam  
Pancadas pauladas pontapés  
Pangarés pisoteando postulavam premios  
Pura pilantragem !  
Padres pastores promoveram procissões pedindo piedade paciência Pra população  
Parábolas profecias prometiam pétalas paraíso  
Predominou o predador  
Paramos pensamos profundamente  
Por que pobre pesa plástico papel papelão pelo pingado pela passagem pelo pão?  
Por que proliferam pragas pelo pais?  
Por que presidente por que?  
Predominou o predador  
Por que? (3x)

### **Matemática Na Prática**

Autor: GOG

Do fundão ceilândia  
Mais precisamente da expansão do setor Ó.

Onde tiros tiras pó  
Misturados dão um problema só  
É de onde veio seu irmão japonês  
Acreditando que a mente é a mais farta munição  
Reféns da miséria não  
Essa sina pro meu povo não então  
Injustiças ira, meu sangue sobe  
Dia a dia esse jogo não há quem não jogue  
Dino black mano mix toca discos  
Completando o time meu chegado GOG.  
Haha acionaram de novo o gatilho  
E o barulho ouvido deixou um pai sem seu filho  
Ou um filho sem pai  
A ordem dos fatores aqui tanto faz  
Matemática na prática  
Subtração feita de forma trágica  
Onde a divisão é o resultado

E a adição são os problemas multiplicados  
Conduzindo rumo ao cemitério outro ao submundo  
Minha voz é forte sincera  
Minha casa minha quebra considerada riacho fundo  
GOG chega ai sou da CEI  
E eu riacho fundo enfim  
Todos da periferia juntos  
Moleque eu disse juntos  
É serio  
Todas as noite quando acordo olho o telhado do barraco  
E junto as orações que faço  
Imagina se o futuro fosse hoje seria complicado  
Muito complicado  
Minha mulher na beira do fogão só cansaço  
Meu filho um moleque sem espaço  
Eu a um passo do fracasso  
Com um salário que se colocado no papel ladrão  
Mal daria a cesta básica e o aluguel  
Causa arrepios  
Tudo isto é uma cadeia uma grande teia prepara a fuga  
Sou meu próprio carcereiro e a chave minha conduta  
Caneta e papel na mão sai o rascunho  
O raciocínio comanda meu punho  
Cenas fortes sem cortes sou testemunho  
A matemática na prática é sádica  
Reduziu meu povo a um zero a esquerda mais nada  
Uma equação complicada  
Onde a igualdade é desprezada

"a seguir cenas que nada tem haver com conto de fadas"

Seu pai faxineiro lava banheiros  
Salário mais gorjeta de terceiros  
De quebra faz um bico revendendo jogos  
Feito numa lotérica  
Sua mãe com mais de sessenta  
Ainda trabalha de doméstica  
E assim se completa a renda da família  
Salário mais gorjeta bico aposentadoria  
Somando tudo da a certeza de lutar por melhores dias  
Éh sua velha anda cansada  
A perna inchada cheia de varizes  
Que dificultam a circulação sanguínea  
Um braço forte lava passa  
A mais de quinze anos sem carteira assinada  
Alegria da criançada  
Cozinha que é uma maravilha  
Na casa do patrão ela é a dona Maria

Até hoje esquecem o nome dela  
E Maria é como eles chamam a maioria  
Uma velha que traz no coração duas feridas  
Um filho aprontou e uma filha trabalhando  
Em um puteiro de quinta categoria  
Periferia é periferia  
Relatos dramáticos desejos trágicos  
Meios violentos os mais usados  
E o sonhado 100 por cento longe de se atingido  
Traduzindo eu disse traduzindo  
Ontem pipocaram seu vizinho roubaram sua mãe  
Cena digna de cinema desafio a lógica  
O corpo ali

Sua velha sem poder reagir  
Parecia querer desistir mas filhos netos  
A fizeram prosseguir já disse vou repetir  
Cara acorda olha nosso povo aqui  
Nessa u.t.i.  
Louco pra sobreviver precisando de você hein  
Cadê você  
Só bebe fuma injeta não conversa  
Qualquer induz e aperta  
Apertou, jogou, deixou pra você tudo certo  
A vida do outro na sua mão um objeto e ai?  
Mude seu conceito do que é ser esperto

## **Diário De Um Detento**

Autor: Mano Brown (Pedro Paulo) e Jocenir

"São Paulo, dia 1º de outubro de 1992, 8h da manhã.  
Aqui estou, mais um dia.  
Sob o olhar sanguinário do vigia.  
Você não sabe como é caminhar com a cabeça na mira de  
uma HK.  
Metralhadora alemã ou de Israel.  
Estraçalha ladrão que nem papel.  
Na muralha, em pé, mais um cidadão José.  
Servindo o Estado, um PM bom.  
Passa fome, metido a Charles Bronson.  
Ele sabe o que eu desejo.  
Sabe o que eu penso.  
O dia tá chuvoso. O clima tá tenso.

Vários tentaram fugir, eu também quero.  
Mas de um a cem, a minha chance é zero.  
Será que Deus ouviu minha oração?  
Será que o juiz aceitou a apelação?  
Mando um recado lá pro meu irmão:  
Se tiver usando droga, tá ruim na minha mão.  
Ele ainda tá com aquela mina.  
Pode crer, moleque é gente fina.  
Tirei um dia a menos ou um dia a mais, sei lá...  
Tanto faz, os dias são iguais.  
Acendo um cigarro, e vejo o dia passar.  
Mato o tempo pra ele não me matar.  
Homem é homem, mulher é mulher.  
Estuprador é diferente, né?  
Toma soco toda hora, ajoelha e beija os pés,  
e sangra até morrer na rua 10.  
Cada detento uma mãe, uma crença.  
Cada crime uma sentença.  
Cada sentença um motivo, uma história de lágrima,  
sangue, vidas e glórias, abandono, miséria, ódio,  
sofrimento, desprezo, desilusão, ação do tempo.  
Misture bem essa química.  
Pronto: eis um novo detento  
Lamentos no corredor, na cela, no pátio.  
Ao redor do campo, em todos os cantos.  
Mas eu conheço o sistema, meu irmão, hã...  
Aqui não tem santo.  
Rátátátá... preciso evitar  
que um safado faça minha mãe chorar.  
Minha palavra de honra me protege  
pra viver no país das calças bege.  
Tic, tac, ainda é 9h40.  
O relógio da cadeia anda em câmera lenta.  
Ratatátá, mais um metrô vai passar.  
Com gente de bem, apressada, católica.  
Lendo jornal, satisfeita, hipócrita.  
Com raiva por dentro, a caminho do Centro.  
Olhando pra cá, curiosos, é lógico.  
Não, não é não, não é o zoológico  
Minha vida não tem tanto valor  
quanto seu celular, seu computador.  
Hoje, tá difícil, não saiu o sol.  
Hoje não tem visita, não tem futebol.  
Alguns companheiros têm a mente mais fraca.  
Não suportam o tédio, arruma quiaca.  
Graças a Deus e à Virgem Maria.  
Faltam só um ano, três meses e uns dias.  
Tem uma cela lá em cima fechada.



Desde terça-feira ninguém abre pra nada.  
Só o cheiro de morte e Pinho Sol.  
Um preso se enforcou com o lençol.  
Qual que foi? Quem sabe? Não conta.  
Ia tirar mais uns seis de ponta a ponta (...)  
Nada deixa um homem mais doente  
que o abandono dos parentes.  
Aí moleque, me diz: então, cê qué o quê?  
A vaga tá lá esperando você.  
Pega todos seus artigos importados.  
Seu currículo no crime e limpa o rabo.  
A vida bandida é sem futuro.  
Sua cara fica branca desse lado do muro.  
Já ouviu falar de Lúcifer?  
Que veio do Inferno com moral.  
Um dia... no Carandiru, não... ele é só mais um.  
Comendo rango azedo com pneumonia...  
Aqui tem mano de Osasco, do Jardim D'Abril, Parelheiros,  
Mogi, Jardim Brasil, Bela Vista, Jardim Angela,  
Heliópolis, Itapevi, Paraisópolis.  
Ladrão sangue bom tem moral na quebrada.  
Mas pro Estado é só um número, mais nada.  
Nove pavilhões, sete mil homens.  
Que custam trezentos reais por mês, cada.  
Na última visita, o neguinho veio aí.  
Trouxe umas frutas, Marlboro, Free...  
Ligou que um pilantra lá da área voltou.  
Com Kadett vermelho, placa de Salvador.  
Pagando de gatão, ele xinga, ele abusa  
com uma nove milímetros embaixo da blusa.  
Brown: "Aí neguinho, vem cá, e os manos onde é que tá?  
Lembra desse cururu que tentou me matar?"  
Blue: "Aquele puta ganso, pilantra corno manso.  
Ficava muito doido e deixava a mina só.  
A mina era virgem e ainda era menor.  
Agora faz chupeta em troca de pó!"  
Brown: "Esses papos me incomoda.  
Se eu tô na rua é foda..."  
Blue: "É, o mundo roda, ele pode vir pra cá."  
Brown: "Não, já, já, meu processo tá aí.  
Eu quero mudar, eu quero sair.  
Se eu trombo esse fulano, não tem pá, não tem pum.  
E eu vou ter que assinar um cento e vinte e um."  
Amanheceu com sol, dois de outubro.  
Tudo funcionando, limpeza, jumbo.  
De madrugada eu senti um calafrio.  
Não era do vento, não era do frio.  
Acertos de conta tem quase todo dia.

Tem outra logo mais, eu sabia.  
Lealdade é o que todo preso tenta.  
Conseguir a paz, de forma violenta.  
Se um salafrário sacanear alguém,  
leva ponto na cara igual Frankenstein  
Fumaça na janela, tem fogo na cela.  
Fudeu, foi além, se pã!, tem refém.  
Na maioria, se deixou envolver  
por uns cinco ou seis que não têm nada a perder.  
Dois ladrões considerados passaram a discutir.  
Mas não imaginavam o que estaria por vir.  
Traficantes, homicidas, estelionatários.  
Uma maioria de moleque primário.  
Era a brecha que o sistema queria.  
Avise o IML, chegou o grande dia.  
Depende do sim ou não de um só homem.  
Que prefere ser neutro pelo telefone.  
Ratatatá, caviar e champanhe.  
Fleury foi almoçar, que se foda a minha mãe!  
Cachorros assassinos, gás lacrimogêneo...  
quem mata mais ladrão ganha medalha de prêmio!  
O ser humano é descartável no Brasil.  
Como modess usado ou bombril.  
Cadeia? Claro que o sistema não quis.  
Esconde o que a novela não diz.  
Ratatatá! sangue jorra como água.  
Do ouvido, da boca e nariz.  
O Senhor é meu pastor...  
perdoe o que seu filho fez.  
Morreu de bruços no salmo 23,  
sem padre, sem repórter.  
sem arma, sem socorro.  
Vai pegar HIV na boca do cachorro.  
Cadáveres no poço, no pátio interno.  
Adolf Hitler sorri no inferno!  
O Robocop do governo é frio, não sente pena.  
Só ódio e ri como a hiena.  
Ratatatá, Fleury e sua gangue  
vão nadar numa piscina de sangue.  
Mas quem vai acreditar no meu depoimento?  
Dia 3 de outubro, diário de um detento."

## **Hey Boy**

Composição: Mano Brown

Hey boy! hey boy!  
Dá um tempo ai, cola ai!  
Pera ai!

Que é mano?  
Que esse otário tá fazendo aqui?  
Ai dá um tempo ai, chega ai...  
Que foi bicho!?  
Lembra de mim mano?  
Não...  
Então vamo trocar uma idéia nós dois agora...

Hey boy o que você está fazendo aqui  
Meu bairro não é seu lugar  
E você vai se ferir  
Você não sabe onde está  
Caiu num ninho de cobra  
E eu acho que vai ter que se explicar  
Pra sair não vai ser fácil  
A vida aqui é dura  
Dura é a lei do mais forte  
Onde a miséria não tem cura  
E o remédio mais provável é a morte  
Continuar vivo é uma batalha  
Isso é se eu não cometer falha  
E se eu não fosse esperto  
Tiravam tudo de mim  
Arrancavam minha pele

Minha vida enfim  
Tenho que me desdobrar  
Pra não puxarem meu tapete  
E estar sempre quente  
Pra não ser surpreendido de repente  
Se eu vacilo trocam minha vaga  
O que você fizer  
Aqui mesmo você paga  
A pouca grana que eu tenho  
Não dá pro próprio consumo  
Enquanto nós conversamos  
A polícia apreende e finge  
A marginalidade cresce sem precedência  
Conforme o tempo passa  
Aumenta é a tendência  
E muitas vezes não tem jeito  
A solução é roubar  
E seus pais acham que a cadeia é nosso lugar  
O sistema é a causa  
E nós somos a consequência....Maior  
Da chamada violência  
Por que na real

Com nossa vida ninguém se importa  
E ainda querem que sejamos patriotas

Hey...Boy...

Isso tudo é verdade  
Mas não tenha dó de mim  
Por que esse é meu lugar  
Mas eu o quero mesmo assim  
Mesmo sendo o lado esquecido da cidade  
E bode expiatório de toda e qualquer mediocridade  
A sociedade já não sabe o que fazer  
Se vão interferir ou deixar acontecer  
Mas por sermos todos pobres  
Os tachados somos nós  
Só por ser conveniente

Hey boy...

Pense bem se não faz sentido  
Se hoje em dia eu fosse um cara  
Tão bem sucedido  
Como você é chamado de superior  
E tem todos na mão  
E tudo a seu favor  
Sempre teve tudo  
E não fez nada por ninguém  
Se as coisas andam mal  
É sua culpa também  
Seus pais dão as costas  
Para o mundo que os cercam  
Ficam com o bom o maior o melhor  
E pra nós nada resta  
Você gasta fortunas  
Se vestindo em etiqueta  
E na sarjeta é as crianças  
Futuros homens  
Quase não comem morrem de fome  
Com frio e com medo  
Já não é segredo e as drogas consomem  
Sinta o contraste e só me de razão  
Não fale mais nada porque  
Vai ser em vão

Hey Boy...

Você faz parte daqueles que colaboram  
Para que a vida de muitas pessoas

Seja tão ruim  
Acha que sozinho não vai resolver  
Mas é por muitos pensarem assim como você  
Que a situação  
Vai de mal a pior  
E como sempre você pensa em si só  
Seu egoísmo ambição e desprezo  
Serão os argumentos pra matar você mesmo  
Então eu digo Hey boy...  
Não fique surpreso  
Se o ridículo e odioso  
Círculo vicioso  
Sistema que você faz parte  
Transforma num criminoso  
E doloroso  
Será rejeitado humilhado  
Considerado um marginal  
Descriminado, você vai saber  
Sentir na pele como dói  
Então aprenda a lição  
Hey Boy....

"-Aí boy sai andando ai certo...  
-Eu tenho todos os motivos  
-Mas nem por isso eu vou te roubar  
-Morô?  
-Sai andadando  
-Vai caminha mano!  
-Não tem nada pra você aqui não, seu otário!  
-Vai embora  
-Sai fora  
-E não pisa mais aqui hein!

### **Negro Drama**

Composição: Racionais MC's

Nego drama,  
Entre o sucesso e a lama,  
Dinheiro, problemas,  
Inveja, luxo, fama.

Nego drama,  
Cabelo crespo,  
E a pele escura,  
A ferida, a chaga,  
A procura da cura.

Nego drama,  
Tenta ver  
E não vê nada,  
A não ser uma estrela,  
Longe meio ofuscada.

Sente o drama,  
O preço, a cobrança,  
No amor, no ódio,  
A insana vingança.

Nego drama,  
Eu sei quem trama,  
E quem tá comigo,  
O trauma que eu carrego,  
Pra não ser mais um preto fodido.

O drama da cadeia e favela,  
Túmulo, sangue,  
Sirene, choros e vela.

Passageiro do Brasil,  
São Paulo,  
Agonia que sobrevivem,  
Em meia as zurras e covardias,  
Periferias, vielas e cortiços,

Você deve tá pensando,  
O que você tem haver com isso,  
Desde o início,  
Por ouro e prata,

Olha quem morre,  
Então veja você quem mata,  
Recebe o mérito, a farda,  
Que pratica o mal,

Me vê,  
Pobre, preso ou morto,  
Já é cultural.

Histórias, registros,  
Escritos,  
Não é conto,  
Nem fábula,  
Lenda ou mito,

Não foi sempre dito,  
Que preto não tem vez,  
Então olha o castelo e não,  
Foi você quem fez cuzão,

Eu sou irmão,  
Dos meus trutas de batalha,  
Eu era a carne,  
Agora sou a própria navalha,

Tim..tim..  
Um brinde pra mim,  
Sou exemplo, de vitórias,  
Trajetos e glórias.

O dinheiro tira um homem da miséria,  
Mas não pode arrancar,  
De dentro dele,  
A favela,

São poucos,  
Que entram em campo pra vencer,  
A alma guarda,  
O que a mente tenta esquecer,

Olho pra trás,  
Vejo a estrada que eu trilhei,  
Mó cota  
Quem teve lado a lado,  
E quem só fico na bota,  
Entre as frases,  
Fases e várias etapas,

Do quem é quem,  
Dos mano e das mina fraca,

Hum..

Nego drama de estilo,  
Pra ser,  
E se for,  
Tem que ser,  
Se temer é milho.

Entre o gatilho e a tempestade,  
Sempre à provar,  
Que sou homem e não covarde.

Que deus me guarde,  
Pois eu sei,  
Que ele não é neutro,  
Vigia os rico,  
Mais ama os que vem do gueto,

Eu visto preto,  
Por dentro e por fora,  
Guerreiro,  
Poeta entre o tempo e a memória.

Hora,  
Nessa história,  
Vejo o dólar,  
E vários quilates,

Falo pro mano,  
Que não morra, e também não mate,

O tic tac,  
Não espera veja o ponteiro,  
Essa estrada é venenosa,  
E cheia de morteiro,

Pesadelo,  
Hum,

É um elogio,  
Pra quem vive na guerra,  
A paz nunca existiu,  
Num clima quente,  
A minha gente soa frio,  
Vi um pretinho,  
Seu caderno era um fuzil.

Um fuzil,  
Negro drama.

Crime, futebol, música,

Eu também não consegui fugi disso aí.  
Eu sou mais um.  
Forrest gump é mato,  
Eu prefiro conta uma história real,

Vô conta a minha....



Daria um filme,  
Uma negra,  
E uma criança nos braços,  
Solitária na floresta,  
De concreto e aço,

Veja,  
Olha outra vez,  
O rosto na multidão,  
A multidão é um monstro,

Sem rosto e coração,

São Paulo,  
Terra de arranha-céu,  
A garoa rasga a carne,  
É a torre de babel,

Família brasileira,  
Dois contra o mundo,  
Mãe solteira,  
De um promissor,  
Vagabundo,

Luz,  
Câmera e ação,

Gravando a cena vai,  
Um bastardo,  
Mais um filho pardo,  
Sem pai,

Ei,

Senhor de engenho,  
Eu sei,  
Bem quem você é,  
Sozinho, cê num aguenta,  
Sozinho,  
Cê num entra a pé,

Cê disse que era bom,  
E a favela ouviu, lá  
Também tem  
Whisky, Red Bull,  
Tênis Nike e  
Fuzil,

Admito,  
Seus carro é bonito,  
É,  
Eu não sei fazê,  
Internet, video-cassete,  
Os carro loco,

Atrasado,  
Eu tô um pouco sim,  
Tô,  
Eu acho,

Só que tem que,

Seu jogo é sujo,  
E eu não me encaixo,  
Eu sô problema de montão,  
De carnaval a carnaval,  
Eu vim da selva,  
Sou leão,  
Sou demais pro seu quintal,

Problema com escola,  
Eu tenho mil,  
Mil fita,  
Inacreditável, mas seu filho me imita,  
No meio de vocês,  
Ele é o mais esperto,  
Ginga e fala gíria,  
Gíria não dialeto,

Esse não é mais seu,  
Hó,  
Subiu,  
Entrei pelo seu rádio,  
Tomei,  
Cê nem viu,  
Nóis é isso ou aquilo,

O quê?,  
Cê não dizia,  
Seu filho quer ser preto,  
Rhá,  
Que ironia,

Cola o pôster do 2Pac ai,  
Que tal,  
Que cê diz,

Sente o negro drama,  
Vai,  
Tenta ser feliz,

Ei bacana,  
Quem te fez tão bom assim,  
O que cê deu,  
O que cê faz,  
O que cê fez por mim,

Eu recebi seu tic,  
Quer dizer kit,  
De esgoto a céu aberto,  
E parede madeirit,

De vergonha eu não morri,  
To firmão,  
Eis me aqui,

Você não,  
Se não passa,  
Quando o mar vermelho abrir,

Eu sou o mano  
Homem duro,  
Do gueto, Brown,

Obá,

Aquele loco,  
Que não pode errar,  
Aquele que você odeia,  
mais nesse instante,  
Pele parda,  
Ouço funk,

E de onde vem,  
Os diamante,  
Da lama,

Valeu mãe,

Negro drama,  
Drama, drama.

Aê, na época dos barraco de pau lá na Pedreira onde vocês estavam?  
O que vocês deram por mim ?  
O que vocês fizeram por mim ?

Agora tá de olho no dinheiro que eu ganho  
Agora tá de olho no carro que eu dirijo  
Demorou, eu quero é mais  
Eu quero até sua alma  
Aí, o rap fez eu ser o que sou  
Ice Blue, Edy Rock e Klj, e toda a família  
E toda geração que faz o rap  
A geração que revolucionou  
A geração que vai revolucionar  
Anos 90, século 21  
É desse jeito  
Aê, você saí do gueto, mas o gueto nunca saí de você, morou irmão  
Você tá dirigindo um carro  
O mundo todo tá de olho ni você, morou  
Sabe por quê?  
Pela sua origem, morou irmão  
É desse jeito que você vive  
É o negro drama  
Eu não li, eu não assisti  
Eu vivo o negro drama, eu sou o negro drama  
Eu sou o fruto do negro drama  
Aí dona Ana, sem palavra, a senhora é uma rainha, rainha  
Mas ae, se tiver que voltar pra favela  
Eu vou voltar de cabeça erguida  
Porque assim é que é  
Renascendo das cinzas  
Firme e forte, guerreiro de fé  
Vagabundo nato!

### **Fim De Semana No Parque**

Composição: Edy Rock / Mano Brown

" A TODA COMUNIDADE POBRE DA ZONA SUL"

Chegou fim de semana todos querem diversão  
Só alegria nós estamos no verão, mês de Janeiro  
São Paulo Zona Sul  
Todo mundo a vontade calor céu azul  
Eu quero aproveitar o sol  
Encontrar os camaradas pra um basquetebol  
Não pega nada  
Estou à 1 hora da minha quebrada  
Logo mais, quero ver todos em paz  
Um dois três carros na calçada  
Feliz e agitada toda "prayboyzada"

As garagens abertas eles lavam os carros  
Desperdiçam a água, eles fazem a festa  
Vários estilos vagabundas, motocicletas  
Coroa rico boca aberta, isca predileta  
De verde fluorescente queimada sorridente  
A mesma vaca loura circulando como sempre  
Roda a banca dos playboys do Guarujá  
Muitos manos se esquecem na minha não cresce  
Sou assim e estou legal, até me leve a mal  
Malicioso e realista sou eu Mano Brown  
Me de 4 bons motivos pra não ser  
Olha meu povo nas favelas e vai perceber  
Daqui eu vejo uma caranga do ano  
Toda equipada e o tiozinho guiando  
Com seus filhos ao lado estão indo ao parque  
Eufóricos brinquedos eletrônicos  
Automaticamente eu imagino  
A molecada lá da área como é que tá  
Provavelmente correndo pra lá e pra cá  
Jogando bola descalços nas ruas de terra  
É, brincam do jeito que dá  
Gritando palavrão é o jeito deles  
Eles não tem videogame às vezes nem televisão  
Mas todos eles têm um dom São Cosme São Damião  
A única proteção.  
No último natal papai Noel escondeu um brinquedo  
Prateado, brilhava no meio do mato  
Um menininho de 10 anos achou o presente,  
Era de ferro com 12 balas no pente  
E fim de ano foi melhor pra muita gente  
Eles também gostariam de ter bicicleta  
De ver seu pai fazendo cooper tipo atleta  
Gostam de ir ao parque e se divertir  
E que alguém os ensinasse a dirigir  
Mas eles só querem paz e mesmo assim é um sonho  
Fim de semana do Parque Sto. Antônio.

(Refrão):

Vamos passear no Parque  
Deixa o menino brincar  
Fim de Semana no parque  
Vou rezar pra esse domingo não chover

Olha só aquele clube que da hora  
Olha aquela quadra, olha aquele campo  
Olha, Olha quanta gente  
Tem sorveteria cinema piscina quente  
Olha quanto boy, olha quanta mina

Afoga essa vaca dentro da piscina  
Tem corrida de kart dá pra ver  
É igualzinho o que eu vi ontem na TV  
Olha só aquele clube que da hora,  
Olha o pretinho vendo tudo do lado de fora  
Nem se lembra do dinheiro que tem que levar  
Do seu pai bem louco gritando dentro do bar  
Nem se lembra de ontem, de hoje e o futuro  
Ele apenas sonha através do muro...

Milhares de casas amontoadas  
Ruas de terra esse é o morro  
A minha área me espera  
Gritaria na feira (vamos chegando!)  
Pode crer eu gosto disso mais calor humano  
Na periferia a alegria é igual  
É quase meio dia a euforia é geral  
É lá que moram meus irmãos meus amigos  
E a maioria por aqui se parece comigo  
E eu também sou bam bam bam e o que manda  
O pessoal desde às 10 da manhã está no samba  
Preste atenção no repique atenção no acorde  
(Como é que é Mano Brown?)  
Pode crer pela ordem

A número número 1 de baixa renda da cidade  
Comunidade Zona Sul é dignidade  
Tem um corpo no escadão a tiazinha desce o morro  
Polícia a morte, polícia socorro  
Aqui não vejo nenhum clube poliesportivo  
Pra molecada freqüentar nenhum incentivo  
O investimento no lazer é muito escasso  
O centro comunitário é um fracasso  
Mas aí se quiser se destruir está no lugar certo  
Tem bebida e cocaína sempre por perto  
A cada esquina 100 200 metros  
Nem sempre é bom ser esperto  
Schimth, Taurus, Rossi, Dreyer ou Campari  
Pronúncia agradável estrago inevitável  
Nomes estrangeiros que estão no nosso meio pra matar

Como se fosse ontem ainda me lembro  
7 horas sábado 4 de Dezembro  
Uma bala uma moto com 2 imbecis  
Mataram nosso mano que fazia o morro mais feliz  
E indiretamente ainda faz, mano Rogério esteja em paz

Vigiando lá de cima  
A molecada do Parque Regina  
(Refrão)

Tô cansado dessa porra de toda essa bobagem  
Alcoolismo, vingança treta malandragem  
Mãe angustiada filho problemático  
Famílias destruídas fins de semana trágicos  
O sistema quer isso a molecada tem que aprender  
Fim de semana no Parque Ipê  
(Refrão)

"Pode crer Racionais Mc's e Negritude Junior juntos  
Vamos investir em nós mesmos mantendo distância das  
Drogas e do álcool.  
Aí rapaziada do Parque Ipê, Jd. São Luiz, Jd. Ingá, Parque Araríba, Váz de Lima  
Morro do Piolho e Vale das Virtudes e Pirajussara  
É isso aí mano Brown (é isso aí Netinho paz à todos)"

### **Voz Ativa**

Composição: Edy Rock / Mano Brown

Eu tenho algo a dizer  
E explicar pra você  
Mas não garanto porém  
Que engraçado eu serei dessa vez  
Para os manos daqui!  
Para os manos de lá!  
Se você se considera um negro  
Um negro será MANO !!!  
Sei que problemas você tem demais  
E nem na rua não te deixam na sua  
Entre madames fodidas e os racistas fardados  
De cérebro atrofiado não te deixam em paz  
Todos eles com medo generalizam demais  
Dizem que os negros são todos iguais  
Você concorda...?

Se acomoda então, não se incomoda em ver  
Mesmo sabendo que é foda  
Prefere não se envolver  
Finge não ser você  
E eu pergunto por que ?  
Você prefere que o outro vá se foder.

Não quero ser o Mandela  
Apenas dar um exemplo

Não sei se você me entende  
Mas eu lamento que,  
Irmãos convivam com isso naturalmente  
Não proponho ódio, porém  
Acho incrível que o nosso compromisso  
Já esteja nesse nível  
Mas Racionais, diferentes nunca iguais  
Afrodynamicamente mantendo nossa honra viva  
Sabedoria de rua  
O RAP mais expressiva(E ai...)  
A juventude negra agora tem a voz ativa(Pode crer)

Você gosta, gosta, gosta, gosta de Nós(Hum...)  
Somos Nós, Nós, Nós, Nós mesmos(Hum...)

Precisamos de um líder de crédito popular  
Como Malcom X em outros tempos foi na América  
Que seja negro até os ossos, um dos nossos  
E reconstrua nosso orgulho que foi feito em destroços  
Nossos irmãos estão desnorreados  
Entre o prazer e o dinheiro desorientados  
Brigando por quase nada  
Migalhas coisas banais  
Prestigiando a mentira  
desinformado demais

Chega de festejar a desvantagem  
E permitir que desgastem a nossa imagem  
Descendente negro atual meu nome é Brown  
Não sou complexado e tal  
Apenas Racional  
É a verdade mais pura  
Postura definitiva  
A juventude negra  
Agora tem voz ativa

Mas da metade do país é negra e se esquece  
Que tem acesso apenas ao resto que ele oferece  
Tão pouco para tanta gente  
Tanta gente  
Tanta gente na mão de tão pouco  
Pode crer  
Geração iludida uma massa falida  
De informações distorcidas  
subtraídas da televisão

Fodidos estão sem nenhum propósito  
Diariamente assinando o seu atestado de óbito



Pô to cansado de toda essa merda que eles mostram na televisão  
Todo dia mano...não aguento mais é foda mano...

Mas onde estão  
Meus semelhantes na TV  
Nossos irmãos  
Artistas negros de atitude e expressão  
Você se põe a perguntar por que  
Eu não sou racista  
Mas meu ponto de vista é que  
Esse é o Brasil que eles querem que exista  
Evoluído e bonito, mas sem negro no destaque  
Eles te mostram um país que não existe  
Esconde nossa raiz  
Milhões de negros assistem  
Engraçado que de nós eles precisam  
Nosso dinheiro eles nunca discriminam  
Minha pergunta aqui fica  
Desses artistas tão famosos  
Qual você se identifica ?

Então, Lecy Brandão, Moisés da Rocha,  
Thaíde e Dj Hum, Ivo Meireles, Moleques de Rua e tal  
E da Zona leste de São Paulo Grupo DMN.  
Pode crer é isso aí.

Nossos irmãos estão desnorteados  
Entre o prazer e o dinheiro desorientados  
Mulheres assumem a sua exploração  
Usando o termo mulata como profissão  
É mal...  
Chegou o Carnaval  
Modelos brancas no destaque  
As negras onde estão...Ham  
Desfilam no chão em segundo plano  
Pouco original mais comercial a cada ano  
O carnaval era a festa do povo  
Era...mas alguns negros se venderam de novo  
Branco em cima negro em baixo  
Ainda é normal, natural  
400 anos depois, 1992 tudo igual  
Bem-vindo ao Brasil colonial e tal  
Precisamos de nós mesmos essa é a questão  
DMN meus irmãos descrevem com perfeição então  
Gostamos de nós brigamos por nós  
Acreditamos mais em nós  
Independente do que os outros façam  
Tenho orgulho de mim, um rapper em ação

Nós somos negros sim de sangue e coração  
Mano IceBlue me diz

Justiça é o que nos motiva a minha a sua  
A nossa voz ativa

**ANEXO V – FOTOS DE JUCA MARTINS EXTRAÍDAS DO LIVRO DE CECÍLIA PRADA**

