

A MENINA-MOÇA QUE ESCREVA CARTAS. O QUE A REFORMA PSQUIÁTRICA TEM A ENFRENTAR NO CAMPO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA?

The young girl who used to write letters: What are the challenges faced by the Psychiatric Reform in the child and youth field?

Ivana Carneiro Botelho¹
Maria Elizabeth Barros de Barros²

Artigo encaminhado: 19/04/2021
Artigo aceito para publicação: 15/12/2023

RESUMO

O artigo analisa as práticas que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar no campo da Saúde Mental Infantojuvenil por meio da montagem de um caso – “A Menina-moça que escrevia cartas”. Nas correspondências feitas pela Menina-moça havia pedidos de saída, sobretudo do abrigo onde era institucionalizada. Debruçamo-nos sobre os efeitos das práticas asilares, entre eles o que envolve homogeneização do cuidado, reclusão e infantilização. Junto à história da Menina-moça atravessa-se uma narrativa de “Maria” que mostra, com seu jeito, maneiras de lidar com as pessoas do abrigo, em especial, com as meninas, forçando invenções das práticas de cuidado na instituição asilar e formando uma postura de contestar as práticas naturalizadas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Crianças e adolescentes. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This article analyzes the challenges that still have to be confronted by the Brazilian Psychiatric Reform in the field of child and youth mental health. The analysis is carried out through the formulation of a case: “The Young Girl who used to write letters”. In the letters written by the Young Girl she requests to go away, especially from the shelter where she was institutionalized. Furthermore, we analyze the effects of nursing home practices, which include the homogenization of care, seclusion, and infantilization. Alongside the story of the Young Girl there is a narrative about “Maria”, a character who shows, in her own manner, ways of dealing with the people in the shelter, especially

¹Psicóloga, Mestre pelo Programa de Psicologia Institucional, UFES.
ivanacbotelho21@gmail.com

²Psicóloga com pós-doutorado em saúde pública e formação humana. Professora titular do Departamento de Psicologia da UFES. beteb Barros@uol.com.br

the girls. By doing that, she forces the invention of care practices in this institution and manifests an attitude of contestation towards naturalized practices.

Keywords: Mental Health. Children and Youth. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

Quando se diz “Reforma Psiquiátrica” logo se evoca a imagem do objeto a ser reformado: o Hospital Psiquiátrico. Quando se fala de “Luta Antimanicomial” já está denominado o que se pretende combater: o Manicômio. Antes de estabelecer essa associação de imagens fazemos a ressalva de que todo o Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial não se reduz à extinção do Hospital Psiquiátrico. Estes movimentos também ultrapassam a conquista de direitos civis para pessoas com transtornos mentais e colocam em pauta (quando indissociados luta e desejo) a libertação, em nós, dos “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001), de classificar, rotular e segregar. Esses desejos se expressam em vários âmbitos da vida e são marcados por questões raciais, de gênero, idade e classe social.

Feita esta observação, ainda podemos dizer que a imagem do Hospital Psiquiátrico e do Manicômio é uma correspondência quase imediata quando falamos de um passado a ser superado no campo da Saúde Mental de adultos. E com as crianças e os adolescentes? Qual é o passado a ser superado? De quais lugares sair? O que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar?

No campo da infância e adolescência, no que se refere à saúde mental, essa questão é mais difusa. Historicamente, o sistema brasileiro de cuidado em saúde mental infantojuvenil é caracterizado por uma “dispersão setorial” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008), em que diferentes setores – saúde, educação, assistência social, justiça – “operam isolados uns dos outros, mas todos provêm serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais.” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 392)

As práticas de cuidado com crianças e adolescentes costumavam estar dispersas em vários setores. Tradicionalmente não tinha a mesma visibilidade, como no caso dos adultos, uma instituição específica que recebesse crianças e adolescentes com transtorno mental. Existiram, em alguns hospitais psiquiátricos brasileiros, pavilhões infantis, como o pavilhão inaugurado em

1903 no Hospital da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro e em 1921, no Hospital do Juqueri, em São Paulo (RIBEIRO, 2006). Existiam também instituições filantrópicas para esse público, como abrigos e educandários, onde o trabalho, assim como naqueles pavilhões, estava orientado por uma pedagogia ortopédica, de correção dos desvios. Além destes, havia os abrigos para crianças e adolescentes com deficiência, que poderíamos elencar como o mais próximo da experiência do Manicômio para adultos. E é esta instituição – o Abrigo – que iremos abordar neste artigo por meio da narrativa do caso da Menina-moça. Com a montagem deste caso visamos traçar as práticas institucionalizantes/asilares no campo da Saúde Mental infantojuvenil e, assim, identificar o que se pretende superar nesse campo.

2 OBJETIVO E PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo faz parte de uma pesquisa realizada no período de 2012 a 2014 intitulada “Políticas de Saúde Mental Infantojuvenil”. O desenho metodológico da pesquisa configurou-se em narrativas por meio da montagem de casos que trouxeram linhas de análise sobre as práticas de cuidado com crianças e adolescentes com alguma demanda em saúde mental. Uma das autoras deste artigo exerceu atividades em um equipamento voltado a receber tal demanda e é dessa experiência que fez contato com a maioria das histórias de vida transformadas nos casos narrados.

Assim foi o caso da Menina-moça. A partir de seus percursos por instituições (de Saúde Mental, da Assistência, da Justiça, da Educação) e de pessoas que atravessaram sua vida, como Maria, iremos analisar as práticas que produzem o confinamento e a exclusão como forma de cuidado em torno da figura do “Abrigo”. Para a montagem deste caso, serviram como recurso: a leitura do prontuário do equipamento de saúde (ambulatório), com autorização prévia da instituição; e a entrevista com uma profissional da instituição em que a Menina-moça era institucionalizada.

A Menina-moça tinha o costume de escrever cartas nas sessões de acompanhamento psicológico e nas oficinas terapêuticas em um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes. Nessas cartas, ela fazia pedidos de saída. Pegamos esses pedidos da Menina-moça como indicadores dos possíveis *lugares* dos quais se pretende sair ao afirmar políticas

não-manicomiais de cuidado com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Entendemos esses lugares não somente como estruturas físicas (como, por exemplo, um abrigo), mas como as práticas asilares que podem estar presentes em vários espaços.

Apesar de na história da Menina-moça comparecer um representativo ícone do que se quer superar no campo da Saúde Mental infantojuvenil (o Abrigo) ainda nos interessa saber quais práticas emergem com a prática do abrigamento. As práticas que compõem o Abrigo nos servem para analisar as políticas de cuidado em diferentes instituições que lidam com crianças e adolescentes, já que o sistema de cuidado em saúde mental brasileiro, historicamente, funciona por setores isolados. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A opção de chamar por *Menina-moça* e não por um nome próprio é para indicar que essa história não é privada. Na história da Menina-moça estão presentes histórias semelhantes de diferentes meninos e meninas que ingressam na “carreira de abrigamento”. Ou seja, a narrativa do caso aponta para uma política, para uma prática de cuidado orientada pela reclusão e pela exclusão.

Aspectos éticos

A pesquisa está em conformidade com os princípios contidos na Resolução CNS 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Uma Menina-moça que escrevia cartas. Endereçando pedidos de amor e pedidos de saída

Uma Menina-moça falava dos contos de fada, misturando-os e misturando-se com eles no atendimento psicológico, em um ambulatório de saúde mental. Negra, de cabelos bem curtos, com brincos e colares de miçanga e batom vermelho nos lábios, a Menina-moça não queria engordar mais. Sabia que seu corpo estava sendo moldado pelas medicações antipsicóticas que tomava há algum tempo. Elas eram várias e pesadas.

Deixavam-na indisposta e sonolenta. Queria emagrecer para os namorados. Eles eram muitos, para os quais a Menina-moça escrevia cartas, declarações de amor.

A Menina-moça já foi menininha, época em que foi encontrada junto com sua mãe, seus tios e irmãos por um pastor, em um bairro periférico. Ela tinha quatro anos. Sua mãe era tida como “doente mental”. Em uma situação de extrema pobreza, por algumas vezes as crianças foram vistas comendo grama. Por sua bondade e caridade, tal pastor intermediou o abrigamento da menininha. O destino dos irmãos não foi muito diferente: alguns foram para outro abrigo e depois para um Hospital Psiquiátrico; enquanto outros irmãos foram para o exterior, em adoção internacional.

No abrigo onde a Menina-moça foi morar ficavam também outras meninhas em “situação de abandono” e os cuidados eram administrados por uma mãe social e o esposo desta. A menininha foi crescendo e desarrumando o abrigo. A bagunça foi tamanha que a levaram para um lugar onde pudesse ser tratada. Aos 16 anos (já Menina-moça) chega a um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes com a queixa da instituição de sua agressividade e com o pedido de “amansar a fera”.

Durante esses anos de abrigamento nenhum comportamento foi digno de grande estranheza, a não ser quando se debatia parecendo ter uma crise epilética, mas logo voltava ao “normal” quando despertava. As “crises agressivas” tornaram-se mais constantes e eram dirigidas, principalmente, à mãe social quando esta cuidava de uma recém-chegada ao abrigo, uma nova menininha.

A Menina-moça estudava em uma escola especial e também em uma escola regular, a pedido dela mesma. Chegava ao ambulatório relatando o desejo de ir embora do abrigo onde morava e de encontrar sua mãe. Queixava-se que ninguém deste abrigo preocupava-se em procurar sua mãe, que foi visitá-la duas vezes, quando ainda era menininha. Mãe que se apresentava “sem noções de higiene” e com características de andarilha, segundo relatos do abrigo. Uma aparência que se difere da mãe social, que é a boa mãe, a mãe apta a cuidar das crianças. A dita “falta de higiene”, sinal de uma “pobreza moral” desautorizava a mãe da Menina-moça de criar seus filhos.

Alguns meses se passaram e a Menina-moça quebra tudo dentro do abrigo. Fica agressiva. Em uma dessas crises de agitação e agressividade, é levada ao pronto socorro psiquiátrico da cidade, onde recebe doses altas de medicação. Certo dia, chegou ao ambulatório acompanhada de dois funcionários de outro abrigo. A Menina-moça havia sido transferida para outra instituição asilar. Ela chega ao ambulatório falante, sorridente, dizendo querer voltar ao abrigo. Não tem noção ainda de onde foi morar e nem sabe que continuará a fazer este pedido por um bom tempo.

Desejo de sair. Sair do abrigo, procurar sua mãe. Sair do Abrigo, voltar ao outro abrigo. Ir para o Hospital Psiquiátrico ficar com os irmãos. Tentou fugir algumas vezes. Não sabe ao certo para onde ir. Permanece a vontade de sair. Sair de que lugar?

O ambulatório parecia ser um lugar para suas saídas, onde ela se expressava e se relacionava com outras pessoas fora do restrito círculo da instituição asilar. Muitas vezes não chegava ao ambulatório porque não havia no abrigo quem a levasse. Quando a Menina-moça é perguntada sobre o que mais gostava de fazer nas suas idas ao ambulatório elenca: festas, dançar e fazer cartas. Fazia várias cartas, uma ou mais em cada sessão ou oficina. Cartas para os namorados. Cartas para os cuidadores do abrigo onde está. Cartas para as pessoas do ambulatório. Cartas envolvidas pelo tema do amor. Pedidos de namoro, perguntas sobre o marido ou esposa, namorado ou namorada do destinatário ou da destinatária. Cartas que também endereçavam pedidos de saída.

3.2 O ambulatório e o abrigo. rastreando práticas asilares

A Menina-moça, em sua vida juvenil, já recebeu várias marcas: de negligenciada, abandonada, abrigada, psicótica, deficiente. Ela nos apresenta, com sua vida de trajetos institucionais, o que a Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes se depara como enfrentamento. Desde a idade de quatro anos vive em instituições asilares, ela que já completou os 18 anos.

No abrigo, tomava doses altas de medicamentos, como todos os abrigados. Recorre a algumas instituições da rede de Saúde Mental: como o pronto socorro psiquiátrico, cuja intervenção é conter uma “crise” com uma medicação; e o ambulatório de saúde mental, que acompanha a Menina-moça

em suas saídas do abrigo e que traça um Projeto Terapêutico Singular (PTS) em que a medicação é um dos recursos e não o único.

Com a história da Menina-moça acompanhamos um processo a ser superado pela reforma psiquiátrica no campo da Saúde Mental infantojuvenil que é o da psiquiatrização e medicalização da infância (KAMERS, 2013) e, de maneira específica, esse processo com crianças e adolescentes abrigados. Nos serviços de acolhimento institucional a medicalização tornou-se um *modus operandi* (OLIVEIRA; VICENTIN; MASSARI, 2018) que, para além das crianças serem medicadas, sendo alvos de medicamentação, os processos de trabalho adotam lógicas de patologização dos conflitos relacionais e institucionais.

Ao ambulatório foi dirigido o pedido de “amansar a fera”. Quem fez o pedido entendia o ambulatório como um lugar especializado em Saúde Mental que deve enquadrar a criança em um padrão social, sem considerar e intervir em outros fatores da vida, como o próprio abrigamento.

Na tentativa de localizar o papel específico dos ambulatórios de saúde mental no processo de substituição da instituição asilar por uma rede de atenção psicossocial, Tenório (2001) coloca que a implantação dos ambulatórios foi uma via alternativa ao asilo no Brasil, nos anos 70 e 80. Tal via, segundo o autor, fracassou por não conseguir superar a lógica do manicômio. Os ambulatórios serviam como “ponte para a internação” e funcionavam com uma concepção de doença e tratamento centrados na ação médica e no monitoramento dos sintomas. O fracasso desse dispositivo em substituir o asilo sugere que a estrutura estratégica de substituição mais adequada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Cumprir discutir, portanto, a limitação do ambulatório no processo de substituição asilar, inclusive para, reconhecendo seus limites intrínsecos como estrutura, localizar seu papel específico no processo de substituição do manicômio por uma rede de atenção psicossocial – papel que acho importante, sem desconsiderar o privilégio dos CAPS como estruturas que podem efetivamente absorver a clientela que hoje tem o asilo como destino. (TENÓRIO, 2001, p.89)

Reconhecer os limites e as possibilidades de um ambulatório de saúde mental torna-se importante no contexto histórico mais atual, principalmente depois do que se instituiu no Brasil o que se denominou como a “Nova Política

de Saúde Mental”. A Política de Saúde Mental Infantojuvenil brasileira, assim como a Política de Saúde Mental e todo o campo da Atenção Psicossocial, vem enfrentando desde 2016 um processo de desmonte dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) analisaram normativas emitidas pelo governo federal no período de 2016 a 2019 e afirmam que há uma tendência de estagnação do ritmo de implantação de serviços de base comunitária. O conjunto de mudanças feitas pelo governo representa o retorno do paradigma manicomial, com o incentivo à internação psiquiátrica, ao financiamento de comunidades terapêuticas e o custeamento pelo Estado de máquinas de eletroconvulsoterapia (ECT). Além disso, Ministério da Saúde passou a custear equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental para atuarem em ambulatórios.

Nesse contexto recente de desmonte das políticas de atenção psicossocial há uma forte tendência de o serviço ambulatorial voltar a ser um “empuxo à internação”, como foi nas décadas de 1970/1980 (TENÓRIO, 2001). Nesse sentido, torna-se importante localizar o ambulatório de saúde mental enquanto um serviço estratégico da Reforma Psiquiátrica (CARDOZO; MONTEIRO, 2020) e como um dispositivo na rede de atenção psicossocial voltado para o trabalho territorial (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Além da escola, o ambulatório representava as saídas da Menina-moça do abrigo. Apontamos aqui o ambulatório como uma possível saída de uma lógica, a manicomial. Ao mesmo tempo, ressaltamos, junto com os autores acima citados, as limitações intrínsecas deste tipo de serviço na oferta de cuidados a pacientes mais graves e na substituição do modelo asilar.

A Menina-moça era acompanhada em um ambulatório de saúde mental, mas ainda era moradora de um abrigo. Também gostaríamos de trazer a discussão a respeito do serviço de acolhimento institucional, inserindo-o em uma Rede de proteção à infância, assim como fizemos em relação ao ambulatório efetivamente inserido em uma Rede de atenção psicossocial.

Apesar dos efeitos do abrigamento, que será discutido adiante, o Abrigo faz parte da rede assistencial para crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/90) coloca quais são as condições de possibilidade para um abrigamento e com qual objetivo essa

prática é prevista. A reformulação de alguns pontos deste Estatuto pela Lei 12.010, de 2009, transforma e adensa o que tange ao “acolhimento institucional”, termo que reformulou o de abrigamento.

O Artigo 92, do ECA elenca os princípios que as entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar. Quase todos os princípios giram em torno de dois pontos: preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar (inciso I) e preparação gradativa para o desligamento (inciso VIII). Note-se que o acolhimento institucional visa ser excepcional e provisório. Mas esse retrato ainda não é o da realidade brasileira. A Menina-moça nos mostra sua carreira precoce de abrigamento. Uma vez iniciada, difícil sair dela.

O abrigo onde a Menina-moça estava institucionalizada é do tempo do Código de Menores, legislação que antecedeu o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ou seja, este abrigo tinha resquícios de um passado (ou tinha o passado todo) quando uma “arte de governar crianças” (PILOTTI; RIZZINI, 2011) era orientada pela internação dos deficientes, dos pobres e dos delinquentes.

Com o avanço e o fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS/2005) os serviços de acolhimento institucional foram revistos na tentativa de adequá-los aos princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/1998). Nesse sentido, e pela tipificação em “Proteção Social Especial de Alta Complexidade”, os abrigos específicos para pessoas com algum transtorno/deficiência mental foram sendo fechados e como transição para tal processo, a criação das Residências Inclusivas, destinadas a jovens e adultos. O abrigo onde a Menina-moça morava foi progressivamente extinto a partir do ano de 2012.

A Menina-moça nos traz uma particularidade em relação à institucionalização de crianças que era o “abrigo específico” para pessoas com deficiência e transtorno mental, diferente do “abrigo misto”, que acolhe crianças e adolescentes com e sem deficiência. A Menina-moça passou deste último tipo para o específico, que na narrativa passamos a chamar de *Abrigo* (com inicial maiúscula), para realçar as especificidades da instituição e do público.

Uma delas é o tempo maior de abrigamento de crianças e adolescentes com deficiência/transtorno mental. Pesquisa conduzida pelo CIESPI (2008), no

estado do Rio de Janeiro, aponta que 42,2% das crianças e dos adolescentes com deficiência que se encontravam, no ano do estudo, em abrigos específicos passaram mais da metade do seu tempo de vida abrigados. Esse percentual sobe nos abrigos mistos, onde 59% se encontravam nesta situação. Ainda por esta pesquisa (CIESPI, 2008) o principal motivo identificado para o abrigamento foi a falta de recursos materiais da família para prover os cuidados básicos. Assim, a pobreza é ainda um forte fator que leva a institucionalização – 46,3% dos casos nos abrigos específicos e 32,8% nos abrigos mistos.

Pesquisas como esta do CIESPI (2008) levantam estatísticas e dados que ajudam a preencher uma lacuna de informações a respeito desse público, crianças e adolescentes com deficiência, institucionalizados. No entanto, os dados produzidos ainda não contemplam a informação sobre a cor das pessoas em abrigamento. Um dado importante, considerando o histórico processo brasileiro de escravização e colonização. A Menina-moça é negra, sua mãe é negra, seus irmãos são negros. Não é mera coincidência que os integrantes desta família tiveram destinos semelhantes: o confinamento em instituições totais.

O processo de Reforma Psiquiátrica reconheceu tardiamente as problemáticas específicas da infância e adolescência (DUARTE; COUTO; DELGADO, 2008) e mais tarde ainda a discussão sobre raça/etnia. É possível reconhecer no Brasil, um processo de encarceramento em massa de pessoas negras, seja em presídios ou em hospitais psiquiátricos. Barros e Batista (2014) discutem um dado do Censo Psicossocial dos Hospitais Psiquiátricos de São Paulo: a porcentagem da população negra residente em hospitais psiquiátricos representa 38,36% do público total de pessoas hospitalizadas. Enquanto que a população negra representa 27,4% da população total de São Paulo.

O relatório “A situação das pessoas negras com deficiência no Brasil” (MINORITY RIGHTS INTERNATIONAL, 2023) apresenta pesquisa feita pelo movimento Vidas Negras com Deficiência Importam (VNDI Brasil) e conclui que “pessoas negras com deficiência são mais propensas a serem encarceradas e terem seus direitos humanos e liberdades fundamentais negados, do que pessoas brancas com deficiência”. (MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL, 2023, p. 17). A referida pesquisa retoma dados oficiais do Ministério da Cidadania de 2020 da existência de 311 instituições específicas

para pessoas com deficiência em 21 estados brasileiros e 5.865 pessoas com deficiência sob os cuidados do Estado pelo SUAS, à época. Deste quantitativo populacional, 59% permanecem nas instituições por mais de seis anos e 27% são pessoas com deficiência psicossocial. Informações sobre raça/etnia de pessoas com deficiência em residências inclusivas não estão publicadas. Os materiais colhidos em visitas a estas instituições realizadas pelos pesquisadores (fotos, vídeos, entrevistas) evidenciam a presença massiva de pessoas negras diagnosticadas com deficiência.

A baixa taxa de pessoas com deficiência racialmente representadas nos relatórios oficiais pode ser devido ao racismo estrutural e suas consequências em torno da identidade racial na sociedade brasileira, levando à baixa autoidentificação com identidades negras e com deficiência. Isso tem sido associado a políticas de miscigenação e eugenia no período de 1918 a 1940, que visavam promover casamentos entre populações específicas, nomeadamente de brancos/imigrantes europeus, e desencorajamento de “uniões não humanas” consideradas prejudiciais à sociedade, como pessoas negras e pessoas com deficiência. A falta de autoidentificação da deficiência também está ligada à história dos negros escravizados e à negação de sua humanidade e vulnerabilidade. (MINORITY RIGHTS GROUP,, 2023, p. 17).

A análise desse dado (a ausência de dados sobre raça/cor das pessoas com deficiência institucionalizadas) aponta para elementos do processo histórico brasileiro que produz o apagamento dessas pessoas, como o branqueamento, a eugenia e o higienismo. Barros e Batista (2021) apresentam a histórica produção da loucura e do saber psiquiátrico no Brasil e discutem como os argumentos eugênicos forjaram o modelo de assistência psiquiátrica e exclusão racial, na passagem do século XIX para o XX, na transição da condição de pessoas negras escravizadas para “livres”.

Nessa “passagem de século” também é fortemente estabelecida a associação entre pobreza e a falta de capacidade das famílias em cuidar de seus filhos (RIZZINI, 2011). Considerando que a pobreza é o principal motivo para o abrigamento (CIESPI, 2008) podemos afirmar que associar pobreza com falta de cuidados tinha como efeito não somente a retirada de crianças e adolescentes de suas famílias pela prática de institucionalização, como também a tarefa de ensinar modos higiênicos de cuidar.

A “falta de noções de higiene” dos pobres começava a ser preenchida e retificada, no início do século XX no Brasil, pelas noções científicas e técnicas dos higienistas (LOBO, 2008). A expansão do saber médico, direcionado

principalmente às mulheres (cuidadoras das crianças), desqualificava o saber popular. Era necessário ensinar a maneira correta e higiênica para formar bons cidadãos já que tal empreendimento não poderia ser exercido pelas famílias representadas pelas “mães sem noções de higiene”. Podemos acrescentar: as mães negras e as famílias negras. Um higienismo materno-infantil.

Nesta perspectiva a mãe da Menina-moça pode ser descrita como “sem noções de higiene”. Essa falta de noção provavelmente não se remete somente ao seu corpo, a suas vestes, aos seus penteados, como também aos filhos e à incapacidade de cuidá-los. A Menina-moça representa essa parcela de crianças que foi institucionalizada, dentre outros motivos, pela “incapacidade” de sua mãe negra cuidar. Por outro lado, a complexidade do cuidado recai sobre os familiares, principalmente a mãe, no caso de crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental, que não estão nos abrigos.

Outra pesquisa do CIESPII, “*A família nos dispositivos de cuidado*” (RIZZINI, 2010) mostra que a demanda de tratamentos intensivos e dispendiosos por conta do quadro clínico de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e/ou neurológicos implica grande sobrecarga de cuidado e de recursos financeiros por parte da família. Neste estudo, a partir de entrevistas realizadas com as famílias, compreende-se o longo caminho em busca de diagnóstico e tratamento que uma das mães entrevistadas denominou de “*via-sacra*” (RIZZINI, 2010).

A história da Menina-moça e as pesquisas realizadas pelo CIESPI (2008; 2010) e pelo VNDI Brasil (2023) desvelam o abrigo como prática de cuidado com crianças e adolescentes com alguma deficiência e/ou transtorno mental. Tal prática é vinculada a outras como: a medicalização, o racismo, a naturalização incapacidade das pessoas em situação de pobreza de cuidar dos filhos e a falta de retaguarda e de apoio de uma rede de cuidados que faça frente ao abrigo. Quais outras práticas estão envolvidas nessa cultura de institucionalização? O que acontece nos abrigos? Quais são os cuidados que envolvem crianças e adolescentes abrigados? Quais os efeitos das práticas nos abrigos?

A Menina-moça enunciava claramente seu desejo de sair do Abrigo. O que acontecia naquela instituição? O que a Menina-moça possivelmente via, sentia e percebia das práticas no Abrigo que a fazia querer sair de lá?

3.3 Entre o dito e o feito, Maria “arranja um jeito”. Uma postura inventiva em meio a práticas asilares

Para continuar essa cartografia passamos a falar mais especificadamente sobre o Abrigo por meio da história de *Maria*. Com a entrevista aberta feita com Maria, que trabalhou por um período no Abrigo, podemos rastrear as práticas asilares presentes naquele lugar, assim como as tentativas de invenções de um outro jeito de cuidar.

Brandura e bravura. Maria, mulher negra, testa franzida, dedo indicador apontado, fala pausada e intermitentemente. Com olhos fitos na entrevistadora e de sobrancelhas levantadas, estava ali a conversar sobre sua experiência de trabalho no Abrigo onde a Menina-moça morava. A valentia de Maria, esboçada na sua face de cabocla e em seu cabelo preso em “rabo de cavalo”, parecia desmontar com sua entrada no Abrigo. Disposta a aprender, era essa a atitude em meio a tanto receio e medo. Maria repetia: “*Eu não sei*”, “*eu não sei*”.

Essa frase repetitiva é ampliada quando ela chega ao Abrigo e depara-se com os cuidados dispensados aos abrigados. “*Eu não sei fazer desse jeito*”. Que jeito é esse que Maria não sabia fazer? Que práticas de cuidado Maria via e se inquietava? No espaço entre dizer que não sabia fazer daquele jeito e fazer de forma diferente, Maria ficava espreitando com um olhar muito atento. Entre o dito e o feito, Maria arranjava um jeito.

Ela foi ver como era o banho das meninas. Parecia um “banho de elefante”. Uma mangueira cujo jato bem forte era jogado nas meninas, dispostas lado a lado. Maria repetia: “*Meu Deus, eu não consigo fazer desse jeito*”. Falava para sua colega de trabalho que não sabia fazer, mas que era para ela ir ensinando, pois estava disposta a aprender.

Maria contou que certa vez deu banho em um menino que estava no berçário porque ele tinha evacuado na fralda, era um rapaz com mais de 18 anos. Berçário e fralda, indícios da infantilização daquelas pessoas. Maria pegou o rapaz, colocou-o debaixo do chuveiro e tirou as roupas dele. Quando ia tirar a fralda, ele virou-se, ficou de costas para Maria. Ela afastou-se. Pensou: “*ele está com vergonha, ele é tímido*”. Ao invés de arrancar a fralda dele e começar logo a tarefa de dar banho – como outros cuidadores faziam –

Maria hesitou. Ela dizia que havia percebido o limite que o rapaz estava traçando.

Maria saiu do banheiro, ficou do lado de fora esperando. Ele tirou a fralda, chegou perto da porta do banheiro e olhou para Maria. Ela entendeu que seria a hora de entrar de novo e começar o banho. Assim ela fez. Maria compartilhou entre seus colegas essa experiência. Dizia a todos: “Gente, ele tem vergonha, ele é tímido, já é um homem, tem vergonha que uma mulher estranha, desconhecida, tire a roupa dele”. Maria continua na entrevista: “Ele não é um objeto, e nem um bicho, é uma pessoa”.

Maria continuava a estranhar o modo como aqueles homens e mulheres eram cuidados. Ela enxergava aquelas pessoas para além dos seus atos repetidos. Conta sobre uma menina que ficava batendo a cabeça no portão o dia inteiro. Maria intrigou-se. Perguntou aos colegas de trabalho o porquê daquela atitude da menina. Todos diziam que era pirraça. Resposta que não convenceu Maria. Assim, ela descobriu que a menina gosta é do barulho que o portão faz quando bate a cabeça. “É o barulhinho gente!”, exclamava Maria como se tivesse achado um tesouro. Se for o barulho, então, talvez, possa se fazer barulho de outra maneira que não seja se machucando, dizia Maria. Mas a versão da pirraça prevalecia e nada se tentava.

Maria continuava experimentando, na prática de cuidar daquelas pessoas, um jeito mais digno e humanizado. No “não saber fazer daquele jeito”, arriscava outros modos de fazer. Sempre atenta ao que aquelas moças e rapazes pediam, falavam, diziam.

Chegou o dia em que Maria ficou sozinha com as “meninas do Abrigo”. Sua companheira de trabalho não pôde ir. Maria pensava: “Meu Deus, como vou fazer para segurar essas meninas aqui até a hora do almoço?”. Maria diz que a rotina delas, basicamente, era comer e dormir. Tinha a menina que não vestia roupa. Tinha a menina que ficava batendo a cabeça no portão. A que ficava andando o dia todo com uma boneca e não deixava ninguém encostar nela. A que brigava, batia nas outras meninas. E Maria ali no meio, como uma menina que observava atentamente como poderia entrar naquela brincadeira, como se aproximar daquele mundo de fantasias e delírios.

Maria senta-se no chão do corredor e começa a cantar cantigas. Aos poucos, as meninas começam a sentar ao lado de Maria, a trazerem suas

bonecas, a brincarem e cantarem. Não ficaram só sentadas no chão. Maria passou a pegá-las pelo braço e caminhar pelo corredor. Andavam para lá e para cá, segurando nos braços uma das outras e cantando.

A imagem de Maria com as meninas, entre elas a Menina-moça, cantando pelos corredores do Abrigo nos remete ao conto de Guimarães Rosa: “Sorôco, sua mãe, sua filha” (ROSA, 2005). A estória narra o embarque de duas mulheres (mãe e filha do Sr. Sorôco) e de outras pessoas da cidade, em um vagão de trem, que tinha como destino o hospício. No momento do embarque, a filha de Sorôco começa a entoar um canto que envolve a todos presentes na cena.

O “canto sem razão” mistura-se ao de tristeza de Sorôco e ao de compadecimento das pessoas por ele. Um canto “constado de enormes diversidades desta vida” (Rosa, 2005, p.63). Um canto que subverte a divisão entre loucos e sãos, pois todos entram na canção. No conto de Guimarães, o canto evidencia a loucura humana de existir, o que desmonta a operação de divisão que faz surgir o “doente mental” e a prática de segregação e reclusão. Nos corredores do Abrigo, Maria e as meninas cantam cantigas de crianças. Nesse momento, quem é a cuidadora e quem são as cuidadas? A brincadeira de cantar envolve todas em uma atividade humana em que, por um tempo, a divisão entre normalidade e loucura vai pelos ares, tal como o som das cantigas atravessavam as grades do Abrigo.

Em um estreito tempo cronológico e intenso tempo experimentado em dois meses, parece que Maria dedicou especial atenção a essas meninas. Uma delas era a Menina-moça. Vida de Maria atravessando a vida da Menina-moça. Duas mulheres pretas, com histórias instigantes. A Menina-moça chegava no ambulatório enfeitada de brincos e pulseiras de miçangas e com um batom colorindo os lábios. De cabelo sempre curto. Enfeitava-se e exalava sedução, principalmente nas cartas que fazia nas sessões com a estagiária de psicologia. Aroma de mulher que furava a totalidade da instituição, onde a regra é que todas as meninas usassem o cabelo curto. Maria disse que essa regra se justificava porque algumas meninas não deixavam cuidar de seus cabelos. No caso da Menina-moça Maria combinou de levá-la a um salão para cuidar do cabelo. Tentava resgatá-la “da condição de bicho, de objeto”. Um pouco de feminilidade.

Antes de falar sobre sua experiência no Abrigo, Maria esboça seu percurso por unidades de internação socioeducativas onde lidou com adolescentes em conflito com a lei. Antes de trabalhar com a socio-educação, ela trabalhava com adolescentes em situação de rua. Em 1988, Maria entrou para o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR). Nesse, participou de formações onde aprendeu a olhar para o adolescente e para a criança como alguém com muitas possibilidades. Nas capacitações aprendeu sobre direitos humanos e sobre os direitos das crianças e dos adolescentes.

As formações promovidas pelo MNMMR propiciaram uma postura em Maria de contestar o que está dado, a maneira institucionalizada de agir, o que se apresentava como natural. Essa também foi uma contribuição do MNMMR para a laboriosa construção do Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse movimento social foi uma das mobilizações populares mais marcantes na área da infância e da juventude no Brasil (XAVIER, 2008), que contestava as diretrizes da Doutrina de Situação Irregular, consagrada pelo Código de Menores de 1927.

É importante colocar que o ECA é uma baliza da Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes, juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, sobretudo a partir da Terceira Conferência e a Lei nº 10.216/2001, que trata sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O legado do ECA está na inscrição jurídica e social de uma nova forma de olhar a criança, na formulação de políticas públicas dirigidas a ela, permitindo reconhecer aspectos fundamentais como sua condição de sujeito, que pode falar da sua história e passível de sofrimento psíquico (COUTO, 2012). Outro legado do ECA é uma postura, um *ethos*, que avança a “letra da lei” do Estatuto e está viva nos movimentos sociais, na lida diária com crianças e adolescentes.

É essa postura que delineamos ao narrar a experiência de Maria no Abrigo onde a Menina-moça estava institucionalizada. Maria contesta o jeito de cuidar das “meninas”, indicando práticas de cuidado que possam escapar das armadilhas das práticas asilares. Maria, aqui, não é a valente guerreira que contesta e que arranja jeitos de “se virar”. Pode parecer que essa postura é um dom, uma habilidade individual. Desviamos deste sentido, entretanto, quando

entendemos que Maria, como cuidadora, foi formada por um movimento social e pela lida com crianças e adolescentes em sua trajetória de militância. Dizemos assim, que é uma luta feita por muitos, de vários jeitos, de diferentes lugares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a montagem da narrativa sobre a Menina-moça e sobre Maria, delineamos e analisamos algumas práticas de cuidado efetuadas no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. As práticas presentes nesta narrativa nos remetem aos cuidados institucionalizantes que denominamos como “práticas asilares”.

Como vimos na discussão feita a partir da narrativa, tais práticas juntam-se a outras práticas: a medicalização do cuidado (doses altas de medicação para os abrigados, a contenção medicamentosa no pronto socorro psiquiátrico); o pedido de normalização ao ambulatório de saúde mental; o racismo estrutural que institucionaliza pessoas negras e que invisibiliza esse processo (ausência de informações sobre raça/cor nos dados oficiais); a naturalização da pobreza como incapacidade de cuidar (o higienismo materno-infantil); a infantilização e a homogeneização do cuidado no Abrigo (o berçário, o banho das meninas, os cabelos curtos); a longa permanência no Abrigo, o que faz com que crianças e adolescentes se tornem adultos dentro da instituição; a escassez de uma rede de cuidado articulada e que evite o caminho do abrigamento.

Permanece, então, a tarefa para o campo da Atenção Psicossocial com crianças e adolescentes: continuar identificando e colocando em análise as práticas asilares. Práticas estas que segregam, excluem do convívio na cidade, retiram de circulação, rotulam e homogeneizam. As práticas asilares atuam no sentido de diminuir as forças de singularização que cada menino e menina e todos os meninos e meninas impõem ao sistema de cuidado. Tais forças possibilitam pequenas invenções e estão do lado dos trabalhadores que se esforçam em criar práticas de cuidado mais humanizadas e inventivas.

Trata-se de uma postura em campo que não se coaduna com a naturalização das práticas asilares. Uma postura como a de Maria que, de um

certo modo, problematiza/contesta essas práticas e coloca algumas questões para esse “jeito de fazer”.

Entendemos também que o processo social complexo de luta por uma mudança paradigmática nos cuidados com as pessoas com transtornos mentais, denominado Reforma Psiquiátrica, aglutina transformações nas práticas de produção de conhecimento, nas práticas técnico-assistenciais, nas práticas jurídicas e socioculturais. Transformações que visam ultrapassar o mero reformismo e instaurar um novo modo de lidar com a loucura.

Afirmamos que, no campo da Saúde Mental Infantojuvenil, o processo da Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar as práticas asilares analisadas com a montagem do caso da Menina-moça. Seus pedidos de saída nos apontam os lugares dos quais é preciso escapar para que outras políticas possam ser traçadas.

A Menina-moça nos mostra com sua história (que é história de diferentes meninas e meninos) uma carreira institucional marcada pelo abrigo e por uma trama de saber-poder psiquiátrico que engloba práticas de medicalização da infância, pedidos de normalização e respostas de confinamento e exclusão. É desse lugar que se quer sair quando se direcionam os cuidados com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental/Atenção Psicossocial.

Em um artigo publicado em 2010, com o título “A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil: seus percursos e desafios”, Amstalden, Hoffmann e Monteiro afirmam que é impossível a superação da “cultura da institucionalização” sem a efetiva formação de redes no território. O que implica a implantação dos serviços e a articulação entre eles para a elaboração de estratégias de cuidado compartilhado. Para além de uma orientação estatal, existe a exigência de um empreendimento coletivo no esforço de superar as práticas asilares. Trata-se, sobretudo, da construção de um *ethos* que acolha os pedidos de saída da Menina-moça que, apesar de institucionalizada, insiste em escrever cartas e cantar.

REFERÊNCIAS

AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maia. A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Orgs). *Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010. pp. 33-45.

BARROS, Sônia; BATISTA, Luís Eduardo. A história e a contemporaneidade da psiquiatria e da Eugenia no Brasil. In: BARROS, Sônia; BALLAN, Caroline; BATISTA, Luís Eduardo (orgs); *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: caderno de textos*. São Paulo: EEUSP, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, 2005. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf Acesso 22 dez 2023.

CARDOZO, Tainá Borges; MONTEIRO, Renata Alves de Paula. Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento. *Rev. Psicol. Saúde*. 12(2). Campo Grande. 2020.

CIESP II – Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. *Do confinamento ao acolhimento*. Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. O cerne da questão: síntese dos dados apontados pela pesquisa. Rio de Janeiro: CIESPI/Rio. 2008. 52p. Disponível em: extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ciespi.org.br/media/files/fcea049a8ec4d511ecbe6e5141d3afd01c/ff0005171c4d611ecbe6e5141d3afd01c/2Do_confinamento%20ao%20acolhimento.pdf Acesso em: 22 dez 2023

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (4): 384-389. São Paulo. 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura. *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012. 178 p.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONCALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18 (3). Rio de Janeiro. 2020.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 27(4). Rio de Janeiro. 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17 (2). Rio de Janeiro. 2019.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos clin.* 18 (1). São Paulo. 2013.

LOBO, Lilia Ferreira. *Os Infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina; BARROS, Maria Elizabeth Barros, Maria Elizabete. (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo.*, p. 45-58. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL. A situação das pessoas negras com deficiência no Brasil. Minority Rights Group International, 2023.

Disponível em:

https://minorityrights.org/wp-content/uploads/2023/03/MRG_Brief_Brazil_PORT-1.pdf Acesso em 25 de setembro de 2023.

OLIVEIRA, Adriano de; VICENTIN, Maria Cristina G.; MASSARI, Marina Galacini. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. *Rev. Polis Psique*, 8(3). Porto Alegre. 2018 .

PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. *História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha*. *Psicologia em Estudo*, 11 (1): 29-38. Maringá, 2006.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. p. 97-149. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene. *Crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental: entre as dimensões do confinamento e as lacunas dos dispositivos de cuidado*. Texto elaborado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Disponível em:

<https://www.CIESPLi.org.br/site/collections/document/1508> Acesso em: 25 de setembro de 2023.

ROSA, João Guimarães. *Primeiras estórias*. (1908-1967). 1 ed especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

XAVIER, Aracely. *As ações, lutas, estratégias e desafios do Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente no Espírito Santo*. Dissertação de Mestrado. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2008, 167 p.