

# Adeus à loucura

## Hospital-dia para crianças: experiência de uma instituição desapassivadora

Odelis Basile  
Simone Al Behy André

Visando ampliar o horizonte ético no tratamento das psicoses em crianças e adolescentes, e contribuir para a memória coletiva, este artigo narra o percurso de um hospital-dia na rede pública paulistana.

### 500 anos de invasões

**N**este texto vamos rever o percurso do Hospital-dia em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes da Vila Prudente, um serviço público do município de São Paulo, implantado em 1989, numa zona periférica da cidade. Nossa intenção será não só contribuir na construção de uma memória dos processos de desinstitucionalização, mas ampliar o horizonte ético no tratamento das psicoses em crianças e adolescentes.

Desde o início de nosso trabalho, sabíamos das dificuldades de se implantar projetos tão delicados na

rede de serviços públicos que, em nosso país, padece de vários males.

Pelo menos dois desses males nos foram particularmente nocivos:

- em nome do mito da sua ineficácia, os serviços públicos são tidos como terra de ninguém: monta-se e desmonta-se programas, como se as diversas regiões, as unidades de saúde, as equipes fossem homogêneas e não singulares;

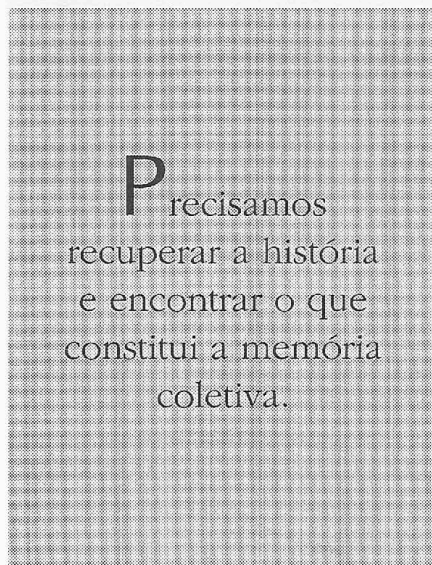
- os serviços públicos estão absolutamente vulnerá-

Simone Al Behy André é psicanalista; atua na promoção e defesa do direito da criança e do adolescente com o grupo Oficina de Ideias.  
Odelis Basile é psicóloga, pedagoga e psicanalista.

veis à vontade política de cada dirigente, e cada início de construção, fica submetido a uma lógica de Sísifo, de eterno recomeço sobre ruínas daquilo que mal começou a caminhar.

É como se o que é público não tivesse história, e aqueles que trabalham aí não tivessem memória, constantemente invadidos em suas construções.

Tivemos que criar estratégias para resistir a essas invasões históricas. Afinal, no Brasil, já temos



uma história de 500 anos de invasões: desde então vemos nossas ainda construções virarem ruínas, nossas civilizações virarem tribos, nossas tribos virarem gente em extinção.

Já devemos, então, ter algum *know how* sobre invasões e como sobreviver a elas. Precisamos recuperar a história e encontrar o que em nós resiste e constitui memória coletiva.

É esse movimento que gostaríamos de ver brotar na frágil rede de saúde mental de São Paulo. Aqui existem várias pequenas tribos de trabalhadores de saúde mental, que restam como camadas arqueológicas das várias tentativas de montar-desmontar uma rede de saúde mental pública. Tribos que, como ruínas, mantêm só os traços

daquilo que já foram, e ainda assim, fazem sobreviver os restos desse sonho de cidadania que são o serviço público e a desinstitucionalização da loucura e a desmemorização da infância.

Jurandir F. Costa diz que "se você ataca sistematicamente o equilíbrio cultural de um povo, você retira dos indivíduos seu único dispositivo de proteção para enfrentar a desordem e o vazio"<sup>1</sup>. Essa afirmação parece ter um alcance enorme para pensarmos essa história de Brasil, de serviço público, de crianças que enlouquecem, e assim por diante.

Portanto, quando falamos em construir memória, não se trata de memórias individuais, ou mesmo tribais, trata-se de compreender que o tempo e mesmo a violência podem arruinar o que fizemos, mas não podem destruir nossa "memória coletiva em construção".

### História

Em 1989, início de grandes mudanças na saúde mental em S.P., nada previa a implantação de um serviço de atendimento para crianças. Os programas eram todos voltados para a população adulta.

As crianças e seus arredores sociais estão fora dos circuitos das 'lutas' e modas na saúde mental. Nem por isso deixam de conviver com as atrocidades dos "tratamentos" mentais. São menores, "desfilados"<sup>2</sup> dentro dos saberes e práticas das reformas psiquiátricas.

Os chamados hospitais-dia para crianças surgiram na cidade de S.P. do desmonte do antigo Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Municipal da Educação. Esse departamento reunia várias especialidades e representava uma antiga política de atenção à saúde infantil, de vários modos distorcida em seus objetivos.

Esse desmonte é contado por ex-funcionários do DSE como autoritário, como uma invasão.

"O desmonte do DSE teve, segundo a lenda, o tom de uma invasão. O trabalho das Clínicas de Saúde Escolar foi julgado ineficaz; os profissionais da educação, despojados de suas funções, foram confiscados à Saúde, ao trabalho com psicóticos."<sup>3</sup>

Todo o desmonte e a perspectiva do trabalho com psicóticos produziram enormes resistências e rancores, que durante muito tempo impediram qualquer implantação.

No caso do hd<sup>4</sup> para crianças e adolescentes da VP, essa origem teve que ser longamente metabolizada pela equipe, que foi se constituindo por antigos profissionais das clínicas de saúde escolar (que por algum motivo resolveram ficar) e novos profissionais contratados para o trabalho em hd.

E: Não conseguimos avançar mais porque estamos em um hd de mentira.

S: Vocês agora já são uma equipe constituída.

E: A mesma equipe que foi taxada de incompetente teve a missão de implantar o projeto de hospital-dia.<sup>5</sup>

### Fundamentos

Essa pré-história deixou marcas importantes no modelo de hd que surgiu daí. Como pudemos construir um hospital-dia após essa 'invasão'? Foram vários os processos e estratégias de superação e optamos por contar um deles:

Uma das frases que mais ouvíamos era: "Não tenho nenhuma experiência com psicóticos". Era uma frase usada como álibi para não se comprometer com o trabalho. Porém, ao invés de desqualificar o profissional, esse álibi foi sendo metabolizado na equipe, não como uma dificuldade *individual*, mas como um marco *coletivo*, como uma *equipe sem especialistas sobre a loucura de crianças*. Então foi possível fazer disso um ganho terapêutico.

Não trabalhávamos com um saber prévio, nem com certezas, afinal, as certezas sobre a loucura não costumam produzir bons resultados: os especialistas acreditam tanto que sabem, que suas certezas acabam por reforçar o pior da loucura que é exigir saberes absolutos sobre si mesmos (vide os delírios e alucinações).

Não exigíamos *a priori* experiência com psicóticos, mesmo porque as experiências com a loucura, com raras exceções, não têm sido muito construtivas nos últimos 300 anos.

Em vez de saber curar, passamos a experimentar conviver, experimentar fazer com as crianças coisas que não eram nossa especialidade, mas que gostávamos de fazer. A partir disso, aprendendo com a experiência, pudemos buscar as teorias, estudá-las, questioná-las, dar tônus ao trabalho. Essa mudança de perspectiva terapêutica, fez com que a equipe, em vez de oferecer um 'remédio amargo para o bem da cura das crianças', oferecesse mais qualidade nas relações terapêuticas, digamos, relações éticas, afetivas e consistentes.

Assim, inventamos e reinventamos fundamentos que pudessem ser usados horizontalmente por todos nós, fundamentos 'para além das disciplinas', constituindo uma equipe transdisciplinar. São eles:

- incluir e potencializar as diferenças;
- apostar nas respostas éticas e afetivas;
- investir nos dispositivos coletivos de ação;
- evitar modelos que roubassem o prazer da descoberta;
- relativizar saberes e práticas que pretendessem dar conta da loucura.

## Loucura e infância

O hospital-dia é entendido como um espaço-tempo diferenciado das instituições totais e, também, dos modelos ambulatoriais

com enquadres semelhantes à clínica privada (o usuário é atendido em sessões, por especialidades definidas). Mas essa diferença só se produz se considerarmos outros instituídos além das estruturas asilar/privada, ainda mais se tratado de crianças loucas.

Um hd para crianças precisa produzir diferenças quanto aos ins-

As instituições moduladoras do tratamento devem ser *instituições desapassivadoras*, isso implica, primeiro, que não haja fronteiras entre a política, a ética e a clínica: a arquitetura ético-política da instituição é imediatamente uma ferramenta clínico-terapêutica; e segundo, que para que haja desapassivação é preciso que a

**P**ara que haja desapassivação, é preciso que a criança e o coletivo da instituição se arrisquem visceralmente no tratamento.

tituídos sobre a loucura, sobre as instituições que modelam o tratamento, e sobre a infância.

Se pensarmos que a palavra infância significa não ter fala, e que esse jogo de palavras faz muito sentido quando nos deparamos com os tratamentos destinados à infância; se pensarmos ainda que os tratamentos com a loucura subtraem muito da potência de expressão daquele que é louco, concluímos que uma criança louca ocupa um lugar social dos mais apassivados.

Acreditamos, então, que o modelo de tratamento para meninos maluquinhos exige um trabalho intensivo com a loucura e extensivo aos territórios de exclusão da infância. Nomeamos esse trabalho como *desapassivação*, porque entendemos que trabalhando com essas crianças, precisamos tomar partido entre apassivá-las como inaptas para a vida, ou fabricar com elas ferramentas para *quebrar ativamente o feitiço apassivador da exclusão*.

criança e o coletivo da instituição se arrisquem visceralmente no tratamento.

## Parafernália de exclusões

Uma palavra-chave para definirmos o projeto era o tratamento *intensivo*. Entendíamos o tratamento intensivo não pelo volume de horas ou pela quantidade de atendimentos, mas pela *possibilidade de agenciar as horas e os atendimentos de uma forma potente, intensa*.

O hospital-dia deveria ser um dispositivo que marcasse uma diferença na história daquelas crianças e suas famílias, que produzisse uma mudança de rumo na história de vida delas, nos percursos institucionais de tratamento e nos seus arredores sociais. Deveria funcionar como um analisador da parafernália de exclusões a que aquelas crianças estavam submetidas.

Por exemplo: a grande maioria das crianças do hd nunca havia recebido um tratamento; eram, no máximo, diagnosticadas e reencaaminhadas para outras filas de espera; algumas faziam meia hora de atendimento nesse ou naquele especialista de convênios, sem nenhum resultado; felizmente, poucas passaram por manicômios, mas essas exigiam o trabalho de mil terapeutas; muitas ficavam perdidas em instituições para deficientes mentais; praticamente nenhuma delas havia freqüentado escola; outras sequer saíam de casa ou do quarto ou do colo da mãe; outras, ainda, preferiam solitariamente as ruas.

O hd não poderia ser mais um nessa absoluta falta de lugar para crescer, — falta de lugar para ser uma criança (a palavra criança é quase um verbo que cresce no tempo).

Um hospital-dia é um turbilhão de afetos.

Abraços, gritos, chutes, mordidas, paixões, estórias de amor, de bruxas odiosas, num corpo-a-corpo diário, que nos acostumou a estratégias de despertar vida nos corpos-psiquismos desafetados das crianças que chegam até nós. "Eu já sou criança?", pergunta um menino, numa inversão temporal que ilustra bem esse trabalho de recomposição de cacos para torná-los crianças.<sup>6</sup>

### "Eu já sou criança?"

A proposta era simples: qualquer grupo, qualquer atividade, qualquer espaço do hd era um pretexto para que a criança 'se expressasse', e não para imprimir o ritmo do adulto. Assim, a própria criança poderia *cavar* no hd e em seus terapeutas algum espaço social, começando a quebrar ativamente o feitiço apassivador da exclusão.

Os enquadres terapêuticos tinham paredes elásticas, as tarefas eram para que a criança *brincasse ou brigasse*, sozinha, com seus pares, com seus terapeutas; enfim, que houvesse sempre *múltiplas superfícies de contato entre o hd e a criança*. A vista do hd nesses primeiros tempos era de muitas coisas acontecendo todas ao-mesmo-tempo-agora :

"É chegar no hd ao meio-dia para se ver alguns dos terapeutas passando pelo corredor puxando os cabelos porque o almoço atrasou, nunca chega no horário; lá dentro, no quintal, um pequeno tumulto, é a eleição do nome para o jornal-mural; outro tumulto: fulano jogou o chinelo do beltrano no telhado e agora ciclano vem vingar fulano e por isso cuspiu no beltrano...; a pequena N. se distrai falando o nome dos presentes, enquanto balança no pneu e a pequena V. vai e volta do tanque de areia com a panelinha na mão, servindo bolo de chocolate a todos que se encontram no quintal. A música é o adolescente que canta: *we don't need your force control...*"<sup>7</sup>

A intenção do hospital-dia é construir nesse espaço-tempo superfícies de contato desapassivadoras, e transformar o tempo que aparentemente se gasta no convívio com as crianças em tempo ganho para o crescimento delas. E para crianças psicóticas é preciso outro Tempo para crescer. Não o tempo que cuidamos para não perder, mas o tempo que nos dispomos a perder e a construir com a criança. M. Mannoni diz que "a qualidade da relação do adulto com a criança é feita da disponibilidade tecida com o 'tempo perdido'"<sup>8</sup>.

O espaço-tempo de um hd se diferencia por articular multiplicidade de superfícies e disponibilidade para criar um outro tempo.

### As grades

Não é qualquer estrutura de atividades que dá conta desses supostos: *multiplicidade de superfícies, somada à disponibilidade de criar tempos*.

Nossa estrutura distribuía atividades tradicionalmente terapêuticas como T.O., psicoterapia, trabalhos corporais, e infinitas interatividades lúdicas surgidas do interesse das crianças ou da 'sacação' dos terapeutas como desenho, música, jogos, horta, passeios, mercado, taturbolinha, massinha, estórias, banho, comidinha, cozinha, fantasia, olimpíadas, recreios livres etc.; tudo isso entremeado pelas refeições - café da manhã, almoço e lanche. Reproduzindo, de algum modo aquilo que na vida é gratuitamente terapêutico:

Devemos  
transformar o tempo  
que se gasta no  
convívio em tempo  
ganho para o  
crescimento das  
crianças.

Não sou musicoterapeuta, não tenho o domínio da técnica, mas sou terapeuta e música. Como reunir meu conhecimento com os vínculos e afetos já existentes com as crianças, usando a música como linguagem comum entre nós? A música dos pacientes estava solta pelos corredores e espaços do hos-

pital-dia, no jeito de cantarolar, de gritar, de falar quase inaudivelmente ou de berrar por uma necessidade não satisfeita. De ficar imitando o jeito de falar, de rir de outras crianças e dos funcionários do hospital; de ficar imitando sons de carros, ruas, e outros tantos sons incompreensíveis para nós. Este clima estava presente em nosso cotidiano, e a imagem que me vinha no momento de propor um grupo de música era de uma grande pauta em branco com uma porção de notas e tempos espalhados ao acaso e sem ritmo. E era a partir disso que eu me propunha a compor algo junto com as crianças.<sup>9</sup>

Experimentamos várias fórmulas, vários tipos de "grades" de atividades, como dizíamos, e não parece casual que chamemos de grades o quadro das atividades de um hd. A questão, veremos a seguir, era mesmo uma questão ética: liberdade *versus* segurança.

Desde que não são mais os muros ou as margens que asseguram os loucos e os sãos, há uma liberdade a ser construída e assegurada, agora num corpo-a-corpo instável, numa corda bamba, em que o que vale é a qualidade das relações que se estabelecem.

Não aprisionar é uma questão de como se agencia a equipe de terapeutas, porque é no tempo e espaço construído com os terapeutas que se segura, se ancora essa liberdade.

Demorou um tempo para que as questões ditas de segurança (o buraco no muro, as horas que as crianças 'perdiam soltas', a flexibilidade de enquadres, as brigas) se transformassem numa questão de *transferência* para a equipe. As muitas horas e dias que passavam juntos, equipe e crianças, forçava que todos criassem redes de relações que sustentassem o trabalho. Os terapeutas tinham que contar uns com os outros para "dar conta" das crianças, e estas, para que con-

tassem no grupo, precisavam aprender, ganhar espaço, conquistar o terapeuta, o colega, o brinquedo... cavando seus lugares, construindo saberes *coletivamente*.

É a equipe de terapeutas que faz a diferença entre construir muros e relações burocráticas, ou *assegurar liberdades em múltiplas formas de contato*.

Tivemos que aprender a trabalhar coletivamente: individualmente, em grupos, em coterapia, com a equipe de apoio, em espaços abertos, de todas as formas que assegurassem que o convívio fosse mais interessante para os meninos do que fugir, calar, destruir, pirar. Assegurar que o convívio fosse um fator de *proteção contra as invasões*.

## Os terceiros

Uma outra forma de definir o que se passa num hd talvez seja a frase da mãe de um dos meninos: "Aqui meu filho brinca, briga, come e caga." Isso é boa parte da vida de

e criança, criança e criança, etc. desprenhia uma carga transferencial bastante forte, e que ia se metabolizando na medida em que era transformada em brincadeira, geralmente com a intervenção de um terceiro elemento.

O co-terapeuta era fundamental nesse processo: quando a transferência era despertada com ferocidade entre terapeuta e criança, por exemplo, um outro terapeuta precisava intervir triangularmente na situação até que ela pudesse produzir risos, palavras, toques menos espinhosos, menos erotizados. Um dos terapeutas brincava, na hora de ir para o pátio, que ia *tourear* as crianças, e era mesmo disso que se tratava, chamar o touro transferencialmente, mas sair da frente - olé - para que outra cena se produzisse.

E, para isso, num hospital-dia, é necessária a presença constante dos terceiros: outros terapeutas, outras crianças, outros funcionários de apoio, outras instituições, a rua, o supermercado, o bar do seu Aquiles, pessoas de fora.

**C**onstruir muros e relações burocráticas, ou assegurar liberdade em múltiplas formas de contato: é a equipe terapêutica que faz a diferença entre estas duas possibilidades.

uma criança. Para que o hd possa desapassivar é preciso que as grades não aprisionem essas quatro liberdades: comer, cagar, brincar e brigar.

Brigar e brincar são atividades irmãs e o terapêutico é fazer uma se transformar na outra. Uma briga, um confronto direto entre terapeuta

Brincar e brigar movem o hospital-dia, *ligando e desligando* pessoas, grupos, atividades, espaços, um dia após o outro.

A equipe de terapeutas não passava ilesa por esse movimento todo. Agir coletivamente, decidir coletivamente, construir coletivamente a trajetória das crianças e

grupos pelo hd, se fazia em meio a muitas brigas. Nos dividíamos em grupelhos, panelas, bodes expiatórios, unanimidades, todo o tempo. Essa energia, essas alianças e competitividades precisavam ser metabolizadas para alimentar o trabalho, para sustentar os tratamentos. Quando alguma discussão importante como decidir a entrada de alguma criança, ou uma mudança de rumos num tratamento, ou a alta de alguém, não provocava brigas, era porque algo estava mal.

Alianças e competitividades precisam ser metabolizadas para alimentar o trabalho e sustentar o tratamento.

E era porque a equipe se esticava e se dividia que podiam caber mais crianças diferentes e que podíamos suportar suas loucuras por mais tempo.

### Saberes periféricos

Comer e cagar são de outra ordem. São parte do domínio materno, do território familiar, dos momentos em que se domestica uma criança. Brincar e brigar são *atividades* da criança, comer e cagar são atos ligados à dependência do outro que cuida, são quase *passividades*. É o território frágil da dependência e do orgânico.

Ambas constituem as *unidades mínimas de troca* entre bebês e adultos, trocas que, se não contarem com a *presença erógena* do adulto, permanecem na forma de cacos, aprisionando a vida vegetativamente. Se a presença erógena do adulto não empurra a criança para além do orgânico e da dependência, arruina a possibilidade da vida vingar, brigando e brincando para crescer.

Comer e cagar, as unidades mínimas de troca, são a *superfície*, o chão, onde se apoiarão o brincar e o brigar.

Para que uma criança mostre, dê a conhecer e trabalhar o comer e o cagar, leva muito tempo. É preciso muitos dias, muitas horas de convívio para que apareçam os 'sintomas' da falência daquelas trocas mínimas.

Quando uma instituição entra nesse território íntimo, familiar corre o risco de ser domesticadora, e tratar disciplinarmente isso que surge desordenado no comer e no cagar:

D., 4 anos, chora ininterruptamente a partir do meio-dia, hora do almoço.

É a hora em que se aproxima o momento de rever seus pais. Já era um hábito familiar que o almoço fosse conturbado: mesmo em sua casa, ele nunca consegue parar para comer com a família, come andando pela casa. Ao meio-dia, então, D. pára no portão e chora esperando. As estratégias para aproximá-lo do refeitório até que são bem-sucedidas, mas os rituais do almoço foram desastrosos para ele: D. senta na mesa, espera que o sirvam, levanta com o prato e joga tudo no lixo. Ele aprendeu como é que se faz com os restos de comida, mas não 'sabe' comer. É como se reproduzisse a antiga fala familiar: "come, senão jogaremos tudo no lixo." Comer ou ir para o lixo, eis a questão.<sup>10</sup>

O almoço era um momento em que todas as crianças podiam conviver e se conhecer. Não é fácil tornar esse convívio civilizador; nesses momentos em que algo de comer está em jogo, surgem confrontos delicados: os modos animais; a recusa do alimento; a falta de limites de quantidade de comida e os conseqüentes vômitos; os pequenos detalhes de como cada um gosta de sua comida; os hábitos familiares; os restos e o lixo.

Do mesmo modo as questões de higiene, do aspecto pessoal, dos cheiros de cada um. Muitas crianças cultivavam hábitos e cheiros que as defendiam de qualquer possibilidade de convívio. E mesmo as higiènes cotidianas, como era difícil assumi-las e mantê-las.

A primeira vez que vi R., passou por mim como eu não estivesse ali, seu olhar me transpassava e seu interesse estava em raspar com as mãos o reboque da parede, apanhar os resíduos de cal e cimento, pôr na boca e engolir rapidamente.

Outras vezes, assoava o nariz e engolia a secreção que expelia. Colocava o dedo no ânus e tornava a pôr na boca; arrancava pedaços de pele do braço e também comia. Exalava dele um odor ácido que o mantinha afastado das outras pessoas.

Passava assim grande parte do tempo, envolvido com seus produtos corporais, seus orifícios, sua pele. R. foi inserido em um grupo de psicoterapia e nós, terapeutas, pensávamos em como nos aproximarmos dele. Sentíamos que R. e sua meleca eram uma coisa só. Buscar um modo de expressão diferente dessa meleca era o primeiro passo. Introduzimos, então, no grupo uma massa comestível de farinha e água, que serviu de objeto intermediário para R. e para os outros meninos do grupo. (...) <sup>11</sup>

Comer e, principalmente, cagar eram como o último foco de resistência contra a possibilidade de vi-

ver coletivamente. E, para a equipe, o risco era tomar o atalho de regras rígidas, de infantilização das relações, de evitamento do contato, nesses momentos em que as *trocas sociais* eram o centro da questão.

Separar criança de lixo, criança de merda, criança de saco vazio, criança de bicho, dar conta dos restos, fazer caber o que sobra, que é marginal, é como tocar no centro das trocas sociais.

O esforço de sustentar o convívio passa por questionar as trocas assépticas, desafetadas, expulsivas, que desvalorizam narcisicamente todas as diferenças, que estão impedidas de libidinizar o contato.

E dentro da equipe não eram raros os momentos de dependência, imobilismo, destrutividade, de se contentar com o mínimo, de deixar rolar, permitir o gozo, se pôr em gozo, buscar os piores aspectos, tornar tudo tão feio que ninguém se atrevesse a chegar perto.

Momentos de intensa desvalorização do trabalho, momentos de 'funcionalismo público', em que alguém acima de nós se compraz com as nossas misérias, quer nos foder. E colocamos em risco todo o esforço de construir os *dispositivos coletivos de proteção*.

Precisamos convir que para lidar com a miséria, com a loucura, com a violência, é preciso bem mais que a boa vontade de equipes de profissionais: é preciso ampliar coletivamente essas questões, retirá-las do âmbito da periferia, da terra de ninguém, dos culturalmente desfilados, dos esquecidos pelo poder.

É preciso que as práticas e os saberes construídos nesses lugares não sejam tomados como saberes periféricos, marginais, saberes para aliviar os pobres.

## Arredores sociais

A partir do horizonte de tratamento que estávamos construindo, fomos impulsionados para fora do

hd, ampliando os elos da corrente de sustentação para o crescimento da crianças. Vamos entrar no campo daquilo que chamamos *dispositivos coletivos de proteção*. Precisávamos potencializar dentro da homogeneidade social — que produz vulnerabilidade nas relações, exclusão, condições adversas para a vida —, espaços heterogêneos, criando os dispositivos que dão aos territórios sociais uma qualidade acessível, coletiva e protetora.

A família e a escola são os territórios sociais estratégicos em que uma criança transita, são seus arredores sociais. Se é necessário para uma criança um espaço do tipo hd como um dispositivo transitório de proteção, é porque aqueles dispositivos sociais estão de algum modo impedidos para ela.

## Problema e teorema<sup>12</sup>

Quando uma criança traz algum problema, tanto a família quanto a escola costumam ampliar a dificuldade criando o atributo *criança-problema*. E nós, os profis-

Num hd nos deparamos com uma demanda de crianças-que-não-fazem-problema. São crianças cuja questão central passa por responder ao outro, ao adulto, como *crianças-teorema*; elas obedecem exatamente aos mandatos que fazem sobre elas: "É boazinha, onde eu puser ela fica". Apassivadas, são crianças que respondem aos mandatos sociais com um c.q.d.: "como queriam demonstrar". É aí então que percebemos que fazer problemas é fundamental para uma criança. Problematizar os mandatos, *brigar* com eles, é a forma de crescer. Crescimento pressupõe desarmonia com o pré-estabelecido.

Desse modo era imperativo que desinstitucionalizássemos as práticas em relação a esses arredores sociais estratégicos, a família e a escola, para torná-los parte de nosso dispositivo coletivo de proteção.

## As famílias

Criamos vários cruzamentos entre o hd e as famílias, tendo em vista não só abrir espaços de cres-

**B**rigar com os mandatos é uma forma de crescer, porque o crescimento pressupõe desarmonia com o pré-estabelecido.

sionais psi, costumamos completar o processo inventando uma série de alibis e preconceitos para que o problema seja a criança. A equação criança-problema fica sem solução e nós nos desresponsabilizamos de trabalhar a família e a escola.

cimento para as crianças dentro delas, mas também re-produzir os atritos entre a família e a rede social em que está vivendo com seu filho-diferente. Vamos por partes.

Os primeiros territórios em que as crianças transitavam ou estacio-

navam eram as famílias, representadas por vezes no corpo das mães, longe ainda do território do brincar. As modalidades de trabalhar com a família dependiam entre outras coisas dessa definição geográfica: onde é que a criança existe.

Assim, havia várias combinações: atendimentos mãe/criança; do núcleo familiar; do casal; grupos de pais; grupos de famílias; grupos de orientação de mães; mutirões de pais; comissão gestora; etc.

Não era à toa que investíamos nessas várias formas de associação com as famílias, além de trabalharmos as tramas intrafamiliares. Talvez, a pior parte da história das famílias das crianças-loucas seja o rompimento com as instâncias que sustentam a possibilidade de criar os filhos (por mais diferentes que sejam). Os prognósticos fechados e o isolamento em que acabam vivendo — porque “não tem cura”, ou porque “ninguém dá conta” do filho, ou porque “não querem incomodar os vizinhos”, ou porque sofrem com a exposição de suas dificuldades, temem o comportamento estranho da criança em público, não querem ouvir que “não dão educação ao filho”, etc. — produzem o desinvestimento no filho e a desproteção social da família, que tem sozinha que “carregar sua cruz”, cristalizando, assim, lugares destrutivos e aprisionantes.

A alienação da família das redes sociais, desvitaliza inclusive aquilo que uma família tem de potência para criar crianças: a circulação de afetos. A maioria das famílias são incômodas, mas aquecem.

Desprotegidas, as famílias se desgastam em culpas, exclusões, tabus, segredos, etc., e deixam de explorar seus saberes de como cuidar seu filho-diferente.

Uma tentativa de oferecer suporte social a essas famílias, é que o tratamento incluía para elas a construção de alguns dispositivos de proteção: a família podendo se associar ao hd na tarefa de fazer os

filhos crescerem, poderá se revitalizar e associar-se a outros suportes de crescimento como a escola, os centros de convivência, os centros esportivos etc.; e a partir daí criar redes sociais com a padaria, o barbeiro, os vizinhos, os parques ..., para que sua criança possa transitar para fora da família, *ter uma vida comum*.

Para que esse trânsito ocorra, algo tem que funcionar como passaporte para a família e para a criança. Esse passaporte vem da disposição do hospital-dia se abrir para a família e abrir espaços para a criança para além das famílias, disposição de formar correntes sociais que não se rompem nos seus elos mais frágeis.

Nessas encruzilhadas sociais em que se trata de criar espaço para as diferenças, é preciso que o adulto aprenda a estar incondicionalmente do lado mais frágil, a criança, sustentando a possibilidade e a necessidade de convivência.

O passaporte de uma família é poder se associar a outros suportes para o crescimento; o passaporte de toda e qualquer criança, é ter adultos que a coloquem incondicionalmente em primeiro lugar.

E é certo que estando num momento de checar se sua diferença será aceita, a criança vai pôr à prova com quem pode contar, às vezes, desastrosamente criando constrangimentos e atuações, que só cessarão quando o adulto tomar partido entre adaptar socialmente a criança ou viver com sua singularidade.

### **"Criança que brinca e briga, aprende"<sup>13</sup>**

Desde o início de funcionamento do hd, os contatos com os professores e as escolas aconteciam de maneira informal, porém, a partir das primeiras altas, a equipe e os pais das crianças decidiram apostar naquilo que as crianças mostravam: que podiam aprender.

Os pais matriculavam suas crianças, os professores se ressentiam da diferença delas, e a equipe do hd entrava num corpo-a-corpo com a escola para abrir espaço para a criança e apoiar o professor; era surpreendente como dava resultados. Isso abriu precedentes para um investimento mais amplo e formalizado com o sistema de ensino da região.

De nossa parte, precisávamos de vagas nas escolas e de professores disponíveis para experimentar o

A criança vai por à prova com quem pode contar, às vezes de modo constrangedor.

trabalho; da parte do sistema educacional, o desmonte do DSE revelou o imenso vazio de suporte em saúde mental para as escolas, pois a tentativa de desinstitucionalizar o trabalho dos especialistas em ‘crianças com dificuldade de aprendizado’ (crianças-problema) esbarrou com todos aqueles álibis que afastam os profissionais psi do compromisso com a educação. Assim, apesar dos preconceitos contra as crianças-diferentes, uma proposta de parceria entre o hd e a educação soou como lucro para ambos os lados.

No entanto, isso não significou a adesão imediata das escolas e dos professores. Tivemos que encaixar no nosso cotidiano de terapeutas



um extenso curso de sensibilização e instrumentalização para os coordenadores pedagógicos da 50 escolas da região. Na verdade, um grande embate político em que sustentávamos não só o direito das crianças-diferentes à educação, mas que havia um campo de ação conjunto entre *profissionais-diferentes*, da saúde mental e da educação. Não estávamos propondo um empurra-empurra de problemas, mas um *enfrentamento conjunto* deles, pois, sozinhos, nenhum dos dois lados atingiriam o objetivo, fosse ele terapêutico ou educativo. Saímos desse embate com um projeto piloto assumido pelo hd, pela DREM-8 (Delegacia Regional de Ensino Municipal), e pela Escola Municipal Irineu Marinho. Esse projeto piloto incluía a experiência de escolarização em *classes comuns* de três crianças do hd com '*professores especiais*', isto é, professores que aceitassem esse desafio. Essas duas ações, o curso-sensibilização e o projeto piloto de escolarização abriram precedentes e espaços para que várias outras crianças-diferentes frequentassem a escola.

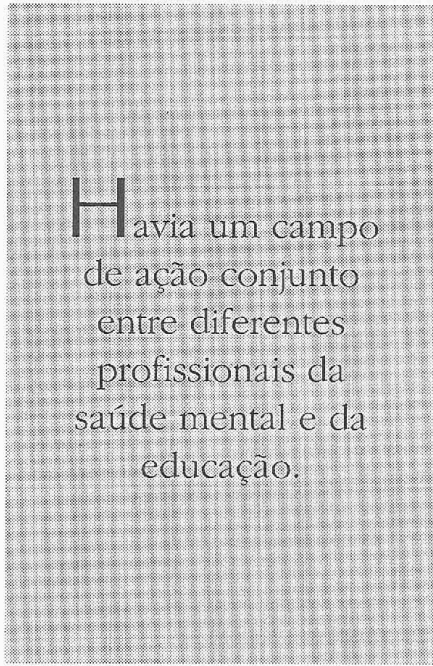
## A escola

É grande o significado da escola para as crianças excluídas dela. Esse significado, que vai da sobrevivência, à cultura, à cidadania e a tantos outros lugares, nos foi possível apreender com o trajeto das crianças-diferentes pela escola. Mais que isso, esse trajeto ilumina muitas das questões de aprendizado das crianças ditas 'normais'.

Acompanhamos de perto o trajeto de C., um menino de 9 anos na época, com a professora Suely Taddeo da Escola Irineu Marinho.

C. nunca havia frequentado escola, apesar da tentativa de seus pais, frustrada, aos seis anos. Desde que chegou ao hd, C., olhos claros, curvadinho, sempre com a mesma

roupa, feito uniforme, era quietinho, apagado, e muito arredio às atividades grupais. Ficava à margem das brincadeiras resmungando palavras que não conseguíamos ouvir, ou fazendo um barulho de moto para cima e para baixo. Indefeso, não reagia a brigas, chorava sentido nos passeios se lhe propunham brincar com crianças estranhas; recusava teimosamente qualquer novidade. Aos poucos, o descobrimos resmungando sobre as brincadeiras de seu grupo: o alheamento e a recusa estavam se rompendo. Até que nova desco-



Havia um campo de ação conjunto entre diferentes profissionais da saúde mental e da educação.

berta, C. sabia ler, e ocultava isso a todo custo: um dia de passeio, perdidos ele e os terapeutas no parque do Piqueri, C. leu as indicações de uma placa.

Alguns grupos trabalhavam desenho e escrita, e C. passou a participar. Inicialmente, recusava-se a tocar no lápis, mas outras atividades foram se somando, até que uma brincadeira irresistível promoveu avanços terapêuticos e pedagógicos em várias crianças, inclusive C.: o roletando.

Foram meses de uma epidemia de roletando agenciada pelas pró-

prias crianças, reunindo durante horas as crianças que conheciam algo de leitura e escrita, sem a participação de nenhum adulto.

E a partir daí, C. foi para a escola, feliz como um Pinocchio tornado menino.

## Excesso de obediência

Quando falamos de C. à professora Suely e à coordenação da escola, contamos apenas o necessário para sua inserção: está alfabetizado sem nunca ter frequentado escola, bom menino, um pouco arredio, fala pouco, é uma criança-diferente e quer aprender como aprendem as crianças ideais. Queríamos o C. em pé de igualdade com outras crianças, sem escamotear sua diferença, que não era pouca.

Já nos primeiros contatos com C., Suely fez uma observação que orientou toda sua conduta pedagógica, um verdadeiro diagnóstico-ação: "Costumo pensar nele como uma criança que sofre de excesso de obediência", dizia ela.

Esse diagnóstico-ação revelou algo que as escolas sempre esperam das crianças-diferentes, assim como das crianças-problema: esperavam que C. fosse sem limites, desobediente, agressivo, desafetado. E C., como um espelho invertido dessa expectativa, sofria de excesso de obediência.

A partir daí, professora e escola puseram-se a lidar com ele relevando os excessos de obediência com que as escolas se defendem dos problemas: filas, uniformidade de ritmos de aprendizagem, produtividade, o professor ensina e o aluno aprende, disciplina etc. C. mudou a escola assim como a visita de um estrangeiro muda a casa.

## Siga o aluno

A aprendizagem de C. também não respeitou a tradição:

Uma coisa que me preocupa muito é que todas as teorias não se encaixam com o C. (ou vice-versa?). \*

Uma coisa que me chama muito a atenção é o fato de que todas as atividades que eu proponho ele quer levar para casa. Só consigo que ele deixe a atividade para eu corrigir, se insistir muito. \*

O C. desde que veio para minha sala ficou mais desinibido, segue ordens, faz as tarefas (nem sempre como eu peço), mas da maneira que ele acha que tem que fazer.<sup>14</sup>

Começa a briga para ensinar, avaliar, corrigir, coisas de professor, de quem sabe. C. resiste bravamente, o que ele faz é dele. O saber não é do professor, é de quem faz. Essa era uma questão crucial: que a professora não impusesse sua presença maciça diante de C.

Em sua história de vida, C. não podia brigar em igualdade de condições quando sua mãe afirmava: "Eu sei tudo dele, sinto tudo o que ele sente." Agora, talvez conseguisse.

A briga se estabelece: Suely quer ensinar, C. não quer mostrar o que aprendeu. Suely não se conforma, mas aceita o desafio. Segue o aluno numa brincadeira de gato e rato: seu desejo de ver o que ele produz, faz com que se esconda e corra, mas continue produzindo. Regras invertidas, não é mais 'siga o mestre', é siga o aluno. E a aprendizagem acontece, por linhas tortas.

Se, como diz o texto, a escola é um lugar de socialização e troca de experiência, de socialização total, e não só um lugar onde se aprende a ler e escrever, eu posso dizer que o C. avançou muito. \*

Por que nunca nos preocupamos em ver o crescimento global da criança?

Nesse ponto estou tranqüila, porque noto no C. um crescimento muito grande, uma adaptação à classe fantástica. Ele até já está arriscando algumas "farras" e "malcriações". \*

## Adaptado?

Apesar das dúvidas da professora quanto ao aprendizado formal, a matemática era um grande obstáculo, C. decididamente conseguia enfrentar o ambiente escolar. Nos perguntávamos, então, as custas de que isso acontecia. Que tipo de 'adaptação' era essa de um menino tão estrangeiro.

Tudo normal, exceto que o C. está mais barulhento hoje e os outros alunos estão rindo dele. (Ele não percebe que riem dele.) Hoje na hora do recreio alguns alunos de outra classe "mexeram" com o C., outro aluno meu, o J. foi defendê-lo e apanhou dos meninos. \*

Desde o primeiro dia do C. na classe houve muita empatia. Os outros alunos gostaram muito dele, e me ajudaram muito no sentido dele se sentir bem num ambiente tão estranho para ele. \*

**N**a escola, C. soube mover seus colegas e a professora numa corrente solidária.

Que adaptação tão intensa a classe pode fazer com C.? Sabemos da crueldade de que são capazes as crianças com aqueles que não são ideais.

C. sabe que não é igual às outras crianças diante de ambientes que exigem 'normalidade', sabe que

há situações em que precisa despertar no outro, melhor adaptado, o sentido da solidariedade, da proteção. Um dos aprendizados que ele teve no hospital-dia foi fazer com que outros se movam com ele diante dos obstáculos, saber como tocar, como afetar o outro, como cavar seu espaço. Esse é um aprendizado sutil.

C. pode aprender e conviver na escola porque soube sutilmente mover seus colegas e sua professora numa corrente solidária.

Nosso papel de terapeutas era unicamente o de sustentar nas reuniões periódicas com o pessoal da escola que C., apesar de diferente, podia aprender, que estava aprendendo.

Outra menina do hd que participou desse mesmo projeto piloto desenvolveu uma tecnologia de sobrevivência parecida. Extremamente inteligente, seduziu a classe derubando o preconceito de que era 'bobona', respondendo prontamente as questões feitas pela professora, aprendendo tudo em tempo recorde e, junto com isso, constrangia a todos com suas diferenças: esquecia a hora de ir ao banheiro, ou se ia, esquecia de abaixar as calças, não olhava para a cara da professora quando esta lhe falava, recusava explicações individuais. E, ao invés de sofrer uma expulsão da parte da classe, de algum modo se fez cuidar pelos colegas, e mesmo pela professora.

Percebi pelos olhares, que achavam estranho o jeito dela se comportar em aula. A V. falava alto, repetia tudo que eu falava. Eles acabaram se acostumando e "tomando conta" dela na fila, no lanche, no banheiro e nas brincadeiras.

A principal dificuldade era o relacionamento comigo. (...) eu tentava dar algumas orientações, ela dizia "tá bom", "já sei", "já entendi", não me olhava e fazia do jeito dela (...).

Eu ficava meio frustrada porque não conseguia "chegar nela".

No final do ano tive minha recompensa. A V. me deu uma flor e um bilhete. Fiquei emocionada. (...) Ela é uma criança muito inteligente. Bem cuidada e orientada alçar grandes vôos. Que Deus olhe por ela, a abençoe e a faça feliz.

Se ela foi beneficiada por um lado, nós fomos beneficiados por outro aspecto. Pudemos crescer como pessoas e eu especialmente tive a oportunidade de quebrar algumas barreiras.<sup>15</sup>

*Fazer-se cuidar* é um processo ativo que envolve bem pouco do que costumamos chamar de adaptação. Adaptação tem um sentido impotente de conformar-se ou moldar-se às situações, pagando preços por vezes altos demais. A resistência oferecida por esses meninos às situações adversas nos faz pensar em um outro processo, no desenvolvimento de habilidades *desapassivadoras* e, ao mesmo tempo, de produzir *ressonância* com um outro apesar das diferenças. É a capacidade de se agenciar com o que no social funciona como dispositivos protetores.

Este é só um exemplo do muito que temos a formular do *know how* desenvolvido nos processos de desinstitucionalização.

## Adeus à loucura

Em todo esse percurso, C. recusava-se a deixar que o pessoal do hd fosse até a escola e vice-versa. "O hd na escola, não!", ele dizia. Isso para nós era enigmático, até que uma tarde em que nos reuníamos com as professoras, encontramos na saída a classe de C. em fila. Acenamos para ele, entusiasmadas, e ele fingiu não nos conhecer. Recompusemo-nos e a classe foi seguindo adiante. C. foi se deixando ficar para trás e quando ninguém mais pudesse ver, acenou de volta, disfarçadamente. Entendemos, finalmente, era um adeus à loucura.

## Memória coletiva em construção

Resta-nos, no entanto, saber a respeito das instituições desapassivadoras o quanto são elas próprias resistentes à adversidade política. Nem é preciso dizer que desapassivar significa ameaça aos poderes constituídos.

Na experiência do Hospital-dia em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes da Vila Prudente, a história tende a se repetir através da desmobilização de sua equipe técnica — o coração de um sistema de saúde mental sem coração — acentuada nos últimos dois anos.

Essa desmobilização — saída de vários profissionais, descontentamento de outros etc. — inviabiliza ou põe em risco justamente aquilo que foi pensado para dar durabilidade ao projeto: a formação de redes, coletividades, através da potencialização das diferenças.

A questão é se as instituições desapassivadoras poderão constituir em seus atores um novo tipo de memória, de marco que se oponha à falência, à impotência, ao fracasso: uma resposta micro-política ao Poder.

Odelis Basile e Simone Al Behy André foram retiradas pela direção do Distrito da Vila Prudente da chefia técnico-administrativa do hd no dia 16 de dezembro de 1994, e transferidas para outras unidades de saúde.

C., até onde pudemos acompanhar, estava na 2ª série, em outra escola, com outra professora especialmente escolhida pela Suely. Muitas outras crianças do hd frequentam hoje as escolas da região.

O Hospital-dia em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes da Vila Prudente, entre 1991 e 1994 recebeu, triou e encaminhou cerca de 450 crianças. Dessas, 70 foram matriculadas e tratadas, juntamente

com suas famílias. A maioria dessas crianças e famílias alteraram significativamente suas potencialidades de crescimento e sua rede social.

Que outras pessoas agora possam contar a história...

São Paulo, maio de 1995. ■

## NOTAS

1. J. Costa, *A ética e o espelho da cultura*. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.
2. R. Castel, "Da indigência à exclusão, a desfiliação". In: A. Lancetti, et al. *Saúde e loucura 4*. São Paulo, Hucitec, 1993.
3. O. Basile; S.A. André, "Implantação do hospital-dia". II Encontro de Saúde Escolar. 1992. Mimeo.
4. Hd: hospital-dia.
5. Relato de supervisão do dia 4 de setembro de 1991, coordenada por Mário Fuks e Eliane Berger, do Instituto Sedes Sapientiae. S: supervisor; E: equipe técnica.
6. S.A. André, "Apresentação de um caso clínico". I Encontro de Saúde Mental do Distrito de Saúde da Vila Prudente. 1992. Mimeo.
7. D. Sereno; M.L.C.T. Almeida; S.A. André, "Hospital-dia em saúde mental para crianças e adolescentes da Vila Prudente: sobre implantação". I Encontro de Saúde Mental do Município de São Paulo. *Anais*, 1992.
8. M. Mannoni, *Um lugar para viver*. Lisboa, Moraes, 1978.
9. R. Kafka, "O grupo de música do caos inicial até a composição individual e a composição coletiva". Mimeo.
10. Relato de prontuário.
11. O. Basile, "O grupo de psicoterapia. Constituição de um grupo de crianças entre 4 e 6 anos". Mimeo.
12. Idéia baseada na distinção entre problema e teorema na perspectiva de Deleuze, a partir das aulas do professor Rogério da Costa no Núcleo de Subjetividade da PUC-SP.
13. Idéia-força criada pelo pedagogo Antonio Carlos Gomes da Costa.
14. (\*) Relatórios elaborados pela professora Suely Taddeo.
15. Relatório de avaliação elaborado pela professora Mirian R. Almeida.