

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**Michele da Rocha Cervo**

**ENTRE DOCES E TRAVESSURAS:  
A Produção de Infância no CAPSi**

**Porto Alegre**

**2010**

**Michele da Rocha Cervo**

**ENTRE DOCES E TRAVESSURAS:  
A Produção de Infância no CAPSi**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional pelo Programa de Pós - graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosane Neves da Silva

**Porto Alegre**

**2010**

**Michele da Rocha Cervo**

**ENTRE DOCES E TRAVESSURAS:**

**A Produção de Infância no CAPSi**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional pelo Programa de Pós - graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosane Neves da Silva

**Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Conte  
Escola de Saúde Pública do RS – ESP/RS

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosemarie Gartner Tschiedel  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Analice Palombini  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

## AGRADECIMENTOS

À prof<sup>a</sup>. Rosane , pela paciência e aposta nesse percurso do pensar e criar.

À Gislei Lazzarotto, pela leveza das palavras, por me fazer experimentar uma amizade-acontecimento.

Às amigas, Carla, Vânia, e Lavínia por terem estendido os braços, incentivando para que continuasse nos momentos de maior angústia. Obrigada por tudo!

À minha querida orientadora, preceptora, amiga Rose Mayer, por me fazer acreditar que é possível ser um trabalhador do SUS coerente com a Reforma Sanitária e Saúde Coletiva, exercitando a ética em todos os encontros.

À toda a equipe do CAPSi que me recebeu e aceitou percorrer o caminho da pesquisa. Muito obrigada, aprendi muito com cada um de vocês!

Às crianças e famílias que encontrei no cartografar, e que me ensinaram a arte da vida, do encontro, e da alegria.

À Neli, madrinha querida, que mesmo estando muitos quilômetros de distância, se fez presente nessa trajetória. E também à minha tia Tânia, presença importante nos momentos de solidão e dúvida, sempre com um novo sentido para os fatos.

Às minhas queridas Xanda, Bina e Dudu, pessoas especiais que a vida me presenteou, e que fazem sentir a amizade.

Aos amigos, Janete, Rubem e Omar Bravo, pelas conversas, desabafos, e uma amizade que deixa sempre vontade de encontros. E aos colegas do grupo de Pesquisa da Rosane, por acolher as angustias de uma jovem pesquisadora.

Aos companheiros do Conselho de Psicologia: Loiva, Deise, Sílvia, pelas interlocuções e amizade.

Às minhas queridas amigas, Vera Resende, Stella e Tati, que transformaram a relação residente-preceptor, possibilitando que a amizade desse passagem, e por seguirem lutando por outras possibilidades de cuidar.

Às professoras Analice e Rosemarie, por terem compartilhado comigo o início da minha história no Mestrado com excelentes contribuições, e por estarem comigo nessa etapa que termina. À professora Marta Conte, pela trajetória clínica-política, e por aceitar compor a banca de defesa mesmo em licença.

À Miria e Marquele, funcionárias do PPGPSI que nunca mediram esforços em nos auxiliar.

À Claudia Perrone, pela amizade e construção de outro fazer psi.

Às rizomáticas, meu encontro mais alegre durante esses dois anos. E quem disse que não fazemos amigos no Mestrado? Paula, obrigada pelo olhar que segura a palavra na gente; Grace, tão doce e colorida, obrigada por me fazer ver potência na cegueira; Priscila, obrigada por me aproximar da poesia, e fazer de mim uma pessoa mais leve; Thiele, a sua doçura e leveza nos faz viver os dias com mais intensidade; Daí, a escuta singular. Eternamente rizos do meu coração!

À Andresa, uma amiga que veio para ficar, me ensinando a sensibilidade do viver, obrigada pela delicadeza das palavras. À Juliana, minha companheira e amiga nas horas de luta, resistência, fazendo seguir quando já não víamos caminhos.

Aos meus pais, por me lançarem à vida, não sem antes entregar uma caixa de ferramentas, com amor, ética e vontade de lutar. Obrigada por apostarem em mim!

Aos meus irmãos e cunhados, que suportaram as ausências, e as inúmeras vezes em que falei que não podia, pois tinha que escrever. E aos meus sobrinhos, Lucca, Lorenzo e Luise que nasceram quase junto com a dissertação.

Ao Gustavo, meu amor-acontecimento, por quem me apaixono todos os dias a cada vez. Obrigada por permitir nos reinventarmos todos os dias. Amor para uma vida.

## FONTES

Três personagens me ajudaram a compor estas memórias. Quero dar ciência delas. Uma, a criança; dois, os passarinhos; três os andarilhos. A criança me deu a semente da palavra. Os passarinhos me deram desprendimento das coisas da terra. E os andarilhos, a preciência da natureza de Deus.

Quero falar primeiro dos andarilhos, do uso em primeiro lugar que eles faziam da ignorância.

Sempre eles sabiam tudo sobre o nada. E ainda multiplicavam o nada por zero – o que lhes dava uma linguagem de chão. Para nunca saber onde chegavam. E para chegar sempre de surpresa.

Eles não afundavam estradas, mas inventavam caminhos. Essa a pré-ciência que sempre vi nos andarilhos. Eles me ensinaram a amar a natureza.

Bem que eu pude prever que os que fogem da natureza um dia voltam para ela. Aprendi com os passarinhos a liberdade. Eles dominam o mais leve sem precisar ter motor nas costas. E são livres para pousar em qualquer tempo nos lírios ou nas pedras – sem se machucarem. E aprendi com eles ser disponível para sonhar. O outro parceiro de sempre foi a criança que me escreve. Os pássaros, os andarilhos e a criança em mim, são meus colaboradores destas Memórias Inventadas e doadores de suas fontes.

(Manoel de Barros – MEMÓRIAS INVENTADAS – A TERCEIRA INFÂNCIA, 2008)

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo problematizar a produção da infância a partir das práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi). A infância, no decorrer da história, foi ocupando lugar na produção do saber e do poder psiquiátrico, tornando-se alvo de investimentos das políticas públicas. No Brasil, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Reforma Psiquiátrica, constituem-se em marcos para a reorganização do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes. A compreensão da produção da infância passa pelos processos de desinstitucionalização das práticas de cuidado, do reconhecimento da criança como sujeito, e a potência de criação de cada encontro. Utilizamos a cartografia como estratégia metodológica, enfatizando o estudo da dimensão processual da subjetividade e de seu processo de produção. Acompanhamos as atividades do CAPSi por quatro meses realizando observações das ações desenvolvidas no CAPS, e grupos com os integrantes da equipe. Observamos que a patologização, a institucionalização e as linhas de invenção são modos pelos quais a infância é produzida no CAPSi. As crianças, nos diversos encontros com os profissionais, e com outras crianças, considerando as condições de possibilidade de cada momento, podem tornar-se outras crianças: criança-resistência, criança-defesa, criança-experimento, criança-rejeição, criança-potência, criança-invenção. Defendemos o encontro como poder de afetar, criar, inventar outras formas de agir e de viver.

**Palavras-chave:** Infância, Saúde Mental, CAPSi, SUS, Reforma Psiquiátrica

## ABSTRACT

This research aims to problematize the production of childhood from the practice of care in the Centre of Psychosocial Attention to childhood and adolescence (CAPSi). Childhood, in the course of history, was taking place in the production of knowledge and power psychiatric, becoming target investment of public policy. In Brazil, the institutionalization of the Health System (SUS), of the Statute of the child and adolescent (ECA) and the psychiatric reform, constitute in milestones for the reorganization of mental health care for children and adolescents. Understanding the production of childhood is replaced by the processes of de-institutionalisation care practices, recognition of the child as a subject, and the power of creation of each meeting. We use the cartography as methodological strategy, emphasizing the study of procedural dimension of subjectivity and its production process. We monitor the activities of CAPSi for four months performing observations of actions undertaken in caps, and also five (5) groups with team members. We note that the pathologisation, the institutionalisation and lines of invention are ways in which childhood is produced on CAPSi. Children in the various meetings with professionals, and with other children, taking into account the conditions of possibility of each moment, can become other children: child-resistance, child protection, child-experiment, child-rejection, child-power, child-invention. We advocate the meeting as to affect, create and invent other ways to act and to live.

**Key words:** Childhood; Mental Health, CAPSi, SUS, Psychiatric Reform



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial I

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial III

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

ONU – Organização das Nações Unidas

RIS – Residência Integrada em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VER-SUS - Estágio de Vivência no Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
3 HISTORICIZAÇÃO DA INFÂNCIA .....	18
4 A CONSTRUÇÃO DA PSIQUIATRIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA	23
5 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E O SURGIMENTO DOS CAPSi .....	29
6 COMO A INFÂNCIA TORNOU-SE QUESTÃO PARA A SAÚDE MENTAL: DA AGENDA MUNDIAL PARA A REALIDADE BRASILEIRA.....	37
7 A DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO RS - ATUALIDADES.....	42
8 PERCURSO METODOLÓGICO .....	46
8.1 Constituir-se cartógrafo: a cartografia como estratégia metodológica .....	46
8.2 Campo e dispositivos de análise .....	49
8.3 Trajetórias cartográficas .....	56
9 TRAMAS CARTOGRÁFICAS.....	60
9.1 De Menino a Monstro.....	60
9.2 Recortar morcegos e Pintar abóboras .....	75
9.3 Sapatilha – infância: assim desfez-se o salto .....	86
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
ANEXO A - Composição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil .....	103
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
ANEXO C - Roteiro de Discussão para os Grupos Focais.....	106

## 1 INTRODUÇÃO

“Entre doces e travessuras: a produção de infância no CAPSi” apresenta o caminhar das crianças entre as normas, instituídas por diversos processos. As práticas também vão dando formas às crianças, que transitam por elas ora na captura, ora no desvio. O presente estudo tem como objetivo problematizar a infância e sua produção a partir da problematização das práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPSi). Nesse sentido, discutir como atualmente os CAPSi têm participado da produção da infância, ou da produção de certo “tipo” de infância (uma vez que a partir dos autores abordados entendemos que não existe uma única infância), e problematizar como esses discursos se conectam aos discursos do anormal infantil, permitindo compreender como o passado se atualiza no presente. Não buscamos a verdade sobre a infância e seu cuidado, nem tampouco criticar o atual modelo. O nosso interesse é trazer para o campo da problematização as práticas que constituem determinadas formas de cuidar e o que elas produzem.

A escrita dessa dissertação contou com a interação das duas caixas do cartógrafo, a caixa de ferramentas e a caixa de brinquedos. Segundo Rubem Alves (2005, p.9) “o corpo carrega duas caixas. Na mão direita, mão da destreza e do trabalho, ele leva uma caixa de ferramentas. E na mão esquerda, mão do coração, ele leva uma caixa de brinquedos.” Nos capítulos que seguem fomos experimentando o conteúdo existente em cada uma dessas caixas. Assim percorremos a história da infância, os processos de patologização infantil, os regimes de verdade que operaram sobre as políticas públicas. Utilizamos ferramentas que nos orientaram na itinerância da pesquisa, permitindo nos aproximar dos territórios existenciais. Fomos brincando, metaforizando, problematizando, pensando e construindo linhas de análise. Assim, iniciamos a constituição do trabalho a partir da caracterização do problema de pesquisa. Em seguida, realizamos uma historicização da infância enfatizando-a como uma produção histórica e social. Nesse histórico, os processos de psiquiatrização e patologização operaram na construção de um saber disciplinar, delimitando certos

modos de experimentação da infância, assim como, definindo formas de intervenção sobre ela.

Nos capítulos cinco, seis e sete apresentaremos a nova política de Saúde Mental implementada no Brasil a partir dos marcos da Reforma Psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente. Na seqüência, discutiremos como a infância e sua relação com a saúde mental foi ocupando lugar na agenda mundial, estimulando a pactuação entre os diversos países e a Organização Mundial da Saúde. Essa discussão culmina no que vem sendo produzido atualmente no Brasil e no Rio Grande do Sul em termos de propostas de cuidado à saúde mental infanto-juvenil.

As estratégias metodológicas utilizadas são abordadas no capítulo oito, trazendo as trajetórias de pesquisa percorridas com as ferramentas cartográficas. Nesse percurso, desenvolvemos três linhas de análise, discutidas no capítulo nove, onde apresentamos a história do Menino a Monstro; esta expressa ao mesmo tempo os processos de patologização, institucionalização e invenção na infância. As frases que dão nome às seções e ao título deste estudo foram retiradas das observações e dos grupos realizados com a equipe do serviço.

Por fim, apresentaremos nossas considerações finais, apontando caminhos para que outras pesquisas sejam realizadas.

Desafio o leitor a mergulhar nessa história, essa que é apenas uma versão contada por um olhar atravessado de imagens, sons, sentidos, cheiros, desejo e vida! Essa dissertação é uma espécie de moldura de porta, por onde é possível criar vários canais de comunicação, o dentro e o fora da instituição academia, o dentro e o fora do CAPS, o dentro e o fora da instituição loucura, da instituição infância, e da Reforma Psiquiátrica.

## 2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Anos 2006 e 2007 poderiam ser apenas anos que passam, poderiam ser apenas marcas de um tempo, onde pessoas, fatos, vida se encontram para tornarem-se acontecimentos. É, poderia ser tanta coisa ao mesmo tempo, e foi. Pois não foi somente o tempo que passou, as pessoas que passaram e, que viveram os encontros permitidos e, as experiências vividas, se nelas não estivesse minha escolha de mergulhar no universo da saúde mental infanto-juvenil.

Minha trajetória é marcada pela aposta nas políticas públicas, entre elas a política pública de saúde. Durante os anos da graduação, questionamentos que tangem a esfera pública e privada no contato com a psicologia sempre foram marcantes. Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia da Infância, Psicologia do Adolescente: o que tudo isso significava no cotidiano das pessoas, das famílias e das comunidades? Vieram os estágios, as pesquisas, os grupos de extensão, que aos poucos foram permitindo a aproximação com o público. Orientação sócio-familiar, Saúde Mental na Atenção Básica, Agentes Comunitários de Saúde, VER-SUS<sup>1</sup>.

A graduação chega ao fim, agora psicóloga, e a permanência do desejo de continuar a formação. Assim, ingresso em 2006, na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)<sup>2</sup>, com ênfase na Atenção Básica em Saúde Coletiva. Essa inserção proporcionou o encontro com o SUS, com a multiprofissionalidade, com os usuários, com as comunidades, com os gestores, com trabalhadores, com as políticas públicas de outros setores, a

---

<sup>1</sup> VER- SUS, programa de estágio na realidade do Sistema Único de Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde com apoio das Secretarias Municipais de Saúde.

<sup>2</sup> A Residência Integrada em Saúde (RIS) faz parte de um Programa de formação de trabalhadores para atuar no SUS, com financiamento federal e estadual desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS). A RIS possui quatro ênfases de formação, a Atenção Básica em Saúde Coletiva, a Saúde Mental Coletiva, a Pneumologia Sanitária e a Dermatologia Sanitária.

intersetorialidade, forçando a abertura para a diferença. São várias as entradas no Sistema Único de Saúde, a minha se deu pela Atenção Básica e pela Saúde Mental.

Ao final de 2006, nós, residentes escolhemos em quais equipamentos da rede de saúde mental gostaríamos de complementar nossa formação, entre eles, os Ambulatórios de Saúde Mental ou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços de saúde do SUS, abertos e comunitários, tornando-se referência no tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros que justifiquem sua permanência nesse local de cuidado. Ele tem como mandato ofertar atendimento à população de sua área de abrangência, realizar atendimento clínico, acompanhar o usuário no seu percurso terapêutico, trabalhar a reinserção social, seja pelo trabalho, lazer ou cidadania. A organização da rede de serviços de saúde mental do seu território está sob responsabilidade do CAPS, assim como o suporte e supervisão para as equipes da rede básica, auxiliando o gestor no acompanhamento das unidades ou leitos de saúde mental nos hospitais. Eles ainda estão divididos conforme o critério populacional, estrutura física, equipe de profissionais e tipo de demanda para atendimento (crianças e adolescentes, pessoas que usam álcool e outras drogas ou transtornos psicóticos e neuróticos graves).

Os CAPS I e II atendem diariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes. A diferença do CAPS III para os demais é o seu funcionamento vinte e quatro horas durante os sete dias da semana. O CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, e o CAPSad destina-se ao atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). No Brasil, atualmente, existem 117 (cento e dezessete) CAPSi cadastrados junto ao Ministério da Saúde, sendo 14 (quatorze) deles no Rio Grande do Sul. Observa-se que o estado do RS tem uma das maiores proporções de CAPSi em relação ao número de habitantes<sup>3</sup>. Como já conhecia o funcionamento de CAPSII, escolhi o CAPS voltado para as crianças e adolescentes, por ser algo diferente e desconhecido das experiências vividas até aquele momento.

---

<sup>3</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_dados\\_atualizados5abril.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizados5abril.pdf), consulta em maio de 2010.

Estava apreensiva com o primeiro contato com o serviço, não sabia o que encontraria e, como seria recebida, mas imaginava um lugar cheio de crianças correndo e muita gente circulando. E ali estava:

Certo dia ensolarado, bastante frio, o coração apertado, e o desconhecido em minha frente. Portão chaveado, sala de recepção vazia, televisão ligada, e o silêncio quebrado pelos gritos e correria de três crianças. (Fragmentos do Diário de Campo – Residência)

Foi assim meu primeiro contato com um CAPSi e as primeiras inquietações. Chamou-me a atenção a permanência de poucas crianças naquele espaço; o silêncio que habitava os corredores. Com o passar dos dias, o contato com as crianças e com os profissionais geravam ainda mais estranhamentos. Ao escutar em um atendimento: *“eu venho aqui porque sou louco”<sup>4</sup>*; ou em uma oficina: *“usa essa tinta porque aquela não combina”*; nas atividades externas, os espaços intersetoriais: *“o que eu quero mais que isso!”* (relato de uma criança ao passear pela primeira vez em uma kombi pela cidade); nas entrevistas com as famílias ou cuidadores: *“não vou mais trazê-lo aqui, pensei que vocês fossem dar tarefas para ele, como na escola, mas ele volta sem nada pra casa”*; nos grupos de pais ou cuidadores: *“esse grupo me ajudou a entender a doença do meu filho”*; no que as crianças falam nos atendimentos: *“quem vem pra cá são pessoas que tem problemas, os louquinhos, eu não sou assim, só vim porque minha médica mandou”*.

Essa aproximação, responsável por tantas inquietações, possibilitou o contato com a produção do cuidado às crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico, mas não era suficiente para compreender o que estava passando por ali. E surgiram os questionamentos. Nossas práticas têm alguma relação com isso? A experiência vivida na relação entre essas crianças e todas as instituições que atravessam esse serviço de saúde produz algo que deixa seu registro, uma espécie de marca?

São essas marcas que direcionaram nosso olhar e desejo de pesquisa. Assim, ingressei no Programa de Mestrado do PPGPSI/UFRGS, com a seguinte questão: como vem se dando a produção de infância no CAPSi?

---

<sup>4</sup> Fragmentos retirados do Diário de Campo da Pesquisadora durante a Residência.

A problematização proposta pela pesquisa ancora-se em alguns marcadores: produção de infância, práticas, SUS, Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse cenário insere-se a elaboração e execução de políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil, respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente. A política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente (BRASIL, 2005) prevê a implementação de CAPSi, sugerindo que a rede substitutiva de serviços inclua o cuidado a esses sujeitos nos diferentes equipamentos de saúde. O CAPSi constitui um dispositivo de reordenamento da rede de atenção à saúde mental, organizando-se a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Essas políticas surgem como normativas buscando a garantia do cuidado e dos direitos dos usuários, marcados historicamente por princípios excludentes. Mas observamos que as práticas não se configuram apenas por leis e por decretos. Somos constituídos num processo histórico onde também exercemos linhas de forças que contribuem para uma determinada forma.

No Brasil, observamos os avanços que o paradigma psicossocial imprimiu, deixando algumas marcas nas práticas de cuidado, principalmente de adultos, redesenhando a história da saúde mental para fora dos manicômios, construindo autonomia, cuidando sem excluir, propondo uma escuta centrada no sujeito, e não no sintoma. Muitos estudos abordam a influência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na constituição e na efetivação da Reforma Psiquiátrica, mas poucos estudos trazem a questão da infância dentro desses equipamentos e o que vem sendo produzido ao longo de sua existência.

Ao mesmo tempo em que percebemos a necessidade de políticas públicas destinadas ao cuidado da infância, observamos também alguns riscos. Chama a atenção o diagnóstico de patologias cada vez mais precoces e a excessiva medicalização<sup>5</sup> na infância. O número de encaminhamentos para os serviços especializados vêm aumentando consideravelmente, e a internação hospitalar ainda permanece como um dos dispositivos de cuidado.

---

<sup>5</sup> O sentido de medicalização exposto aqui é o da prescrição excessiva de medicamentos por parte dos profissionais. Alguns estudos apontam o diagnóstico de patologias precocemente. (KUPFER; BERNARDINO, 2008); (GUARIDO, R., 2007),



Observamos, no decorrer da história, um processo de medicalização das crianças e o estabelecimento de novos procedimentos diagnósticos, assim como os avanços da farmacologia como principal forma de intervenção terapêutica na atualidade. Os quadros psicopatológicos assumem o lugar de transtornos mentais que serão diagnosticados a partir de um número de sintomas. E, para cada diagnóstico, existe uma terapêutica ou um conjunto de saberes que caracterizam uma ou outra intervenção.

Através do contexto exposto até o momento justificamos a necessidade de direcionar o olhar da pesquisa para as infâncias produzidas nesses serviços de saúde. Iniciamos este percurso pelas formas de produção da infância, apresentando no próximo capítulo um recorte histórico deste ponto.

### 3 HISTORICIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Para pensar a infância no campo da Saúde Mental, se faz necessário contextualizar como ela foi sendo constituída historicamente, ocupando um lugar na produção do saber e do poder psiquiátrico. Ao tomarmos a infância em uma perspectiva histórica, percebemos como foram aparecendo certos fenômenos, como a patologização e a medicalização da infância, assim como o cenário onde as práticas de cuidado foram produzidas, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Mental infanto-juvenil implementadas no âmbito do SUS. Constatamos que as transformações nas concepções de infância foram, ao mesmo tempo, engendrando mudanças nas instituições que participam da produção dessas infâncias, seja pelo viés da educação, da assistência ou da saúde.

Para pensar a produção histórica e social da infância, recorro inicialmente a Philippe Ariès, que, em seu estudo sobre a história social da infância e da família, aborda como a noção da infância foi se constituindo ao longo dos séculos. Segundo Ariès (1978), o sentimento de infância não existia na sociedade medieval: até o século XII, a ausência deste sentimento devia-se à pouca representatividade afetiva da infância, provavelmente em decorrência dos elevados índices de mortalidade infantil.

Para Ariès (1978), na medida em que se observava o surgimento de um sentimento de infância, passava a ocorrer também uma diferenciação entre os sexos, beneficiando primeiro o menino, enquanto as meninas permaneceram confundidas com os adultos. Essa diferenciação não se deu somente na divisão dos sexos, mas também na divisão de classes sociais. A particularização da infância aconteceu nas famílias burguesas ou nobres. As crianças do povo conservaram o antigo modo de vida, o da indiferenciação entre adultos e crianças, desde o traje até o trabalho.

Para Sanderson (2005), os padrões de cuidado e de crenças relacionadas às crianças mudaram ao longo do tempo. DeMause<sup>6</sup>, citado pela autora, aborda os modos de cuidado com os filhos em diferentes períodos históricos. Segundo o autor, o *modo de infanticídio*, que foi da Antiguidade ao Século IV, compreendia as crianças como aquelas que deveriam atender as necessidades dos adultos, sendo as defeituosas responsáveis pelas desgraças sofridas pelos adultos. Assim, crianças indesejadas eram muito facilmente descartadas do convívio com adultos. No *modo de abandono*, do século IV ao século XIII, as crianças eram abandonadas ou vendidas pelos pais, uma vez que não existia proximidade emocional entre eles, e onde as crianças assumiam o lugar do mal.

DeMause mostra como a infância vai se produzindo, pois do século XIV ao século XVII, os pais vivem um *modo de ambivalência*, onde ainda temem pelo mal existente nos seus filhos, ao mesmo tempo em que assumem a tarefa de moldar, reprimir e bater nas crianças. Já no século XVIII, os pais controlam o comportamento das crianças utilizando meios como ameaças, punições e culpa, caracterizando esse período como *modo de intrusão*. Do século XIX à metade do século XX, segundo o autor, viveu-se o *modo de socialização*,

[...] no qual os pais tentavam guiar, treinar e ensinar boas maneiras, bons hábitos, corrigir o comportamento em público e fazer com que a criança correspondesse às expectativas dos outros. As crianças continuaram a ser surradas por causa de desobediência, mas não eram mais vistas como intrinsecamente más (SANDERSON apud DeMAUSE, 2005, p. 3).

De acordo com o autor, da metade do século XX aos dias de hoje, o período é caracterizado por um *modo de ajuda*, o qual reconhece nas crianças sua capacidade de conhecimento sobre o que precisam. Aos pais caberia suprir as necessidades, à medida que elas surgissem, conforme as fases de

---

<sup>6</sup> deMause, L. The universality of incest. *Journal of Psychohistory* 19, 2, outono 1991.  
deMause, L. *The History of Childhood: Evolution and Parent-Child Relating as a Factor in History*. Londres: Souvenir Press, 1976.  
deMause, L. Trabalho apresentado na British Psychoanalytic Society, Londres, 1993.  
deMause, L. The history of child abuse. *Journal of Psychohistory*, 25, 3, inverno 1998.  
deMause, L. *The Emotional Life of Nations*. Londres: Karnac Books, 2002.

desenvolvimento. Pois o que está em jogo aqui não é mais a disciplina e a punição, e sim a crença no potencial e no sucesso de cada etapa cumprida.

Além dos trabalhos de Ariès e de DeMause, outros autores contemporâneos têm problematizado questões relacionadas à produção da infância. Seguindo a esteira de Ariès, Hillesheim (2007) e Boarini (1998) enfatizam a infância como uma produção social, historicamente datada. Segundo Hillesheim (2007), o nascimento da infância foi possibilitado pelas condições históricas que se relacionavam à eficácia produtiva do biopoder, que auxiliava os corpos a garantir saúde e bem-estar. Com o advento das transformações sociais, no modo de produção capitalista, a criança é descoberta pela força do trabalho, e a infância é reconhecida pela exploração da mão-de-obra (BOARINI, 1998).

Estender o sentimento de infância “burguês” a todas as crianças, segundo Boarini (1998), é tratar a infância como a-histórica e, portanto, idealizada. São infâncias diferentes em estratos diferentes da população de crianças. A história da infância é fortemente marcada pelos discursos médicos e juristas. Bulcão (2002) apresenta a construção de duas infâncias diferentes, uma associada ao conceito de menor, constituída por crianças pobres, abandonadas que perambulavam pelas cidades, às vezes deslizando para a delinqüência. Para elas os estabelecimentos destinados eram as cadeias, os orfanatos, os asilos, os manicômios, etc. A outra construção toma o conceito de criança, conectada a instituições como família, escola, sem a necessidade de atenção “especial”, reforçando a produção de infâncias desiguais.

Dessa maneira, observa-se também que a criança vai se tornando objeto de estudo das ciências, principalmente da psicologia ou estudos “psi”, contribuindo para a divisão, separação, antecipação e classificação das crianças. Nesse sentido, temos a psicanálise e as teorias do desenvolvimento infantil que inauguram discursos, produzindo efeitos sobre as práticas e instituindo novos modos de compreender o processo vivencial desses sujeitos.

Hillesheim (2007) ao problematizar os discursos da Psicologia, em especial a noção de infância trabalhada pela Psicologia do Desenvolvimento, coloca que estes não podem ser analisados na perspectiva do verdadeiro/falso. As teorias são

invenções que produzem discursos, e estes instituem padrões de normalidade no desenvolvimento que não estão dados.

A infância abordada pelas teorias da Psicologia do desenvolvimento relaciona-se com uma continuidade cronológica, uma infância das maiorias, cuja existência é marcada pelos efeitos de sucessão de etapas no tempo. Nascemos, tornamo-nos bebês, crianças, pré-adolescentes, adolescentes, adultos e velhos. Sendo essa infância a que ocupa os espaços das políticas públicas, dos estatutos, das escolas, entre outras instituições.

Nesse estudo tomamos a infância não como uma fase ou como uma etapa da vida passível de quantificação. A infância aqui assume a marca de uma intensidade, intensidade de duração, tornando-se muito mais do que uma etapa da vida, uma potência, uma força vital (KOHAN, 2004).

Essa configuração torna-se importante para analisar que produções são engendradas no contato entre a macropolítica e a micropolítica em torno da questão da infância. Entendemos a micropolítica como sendo aquele movimento que interrompe a história, o contínuo, para produzir linhas de fuga, produzir um novo início, numa relação processual, em constante movimento (KOHAN, 2004).

Assim, queremos falar de infâncias capturadas, mas também daquelas que habitam outras temporalidades, que irrompem a história como resistência e criação. Vamos nos referir às infâncias que “resistem aos movimentos concêntricos, arborizados, totalizantes e totalitários” (KOHAN, 2004, p. 5). Onde há espaços de não fixação do que alguém pode ser ou pode vir a ser, em que não observa a antecipação da experiência do outro.

Podemos estender essa análise para pensarmos que o CAPSi não só atende uma infância “dada”, como também participa da produção da mesma, desde sua organização na acolhida dos novos usuários, nas escolhas de projetos terapêuticos, como no critério de “patologia” para esse ingresso, bem como os critérios para a alta do serviço.

Podemos estender essa análise para pensarmos que o CAPSi não só atende uma infância “dada”, como também participa de sua produção, considerando

sua forma de organização na acolhida de novos usuários, suas escolhas na formulação dos projetos terapêuticos, o critério de “patologia” para esse ingresso e os critérios para a alta do serviço.

Para pensar o modo como as instituições participam desse processo de produção da infância e como vai se configurando um movimento de patologização e psiquiatrização dessa. Passamos ao próximo capítulo, onde buscamos mais alguns elementos para construção das análises desta dissertação.

#### 4 A CONSTRUÇÃO DA PSIQUIATRIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA

A produção da infância é atravessada por diferentes instituições, que vão configurando um movimento de patologização e psiquiatrização. Foucault (2006), ao analisar a questão da infância e sua anormalidade no contexto europeu dos séculos XVIII e XIX, coloca que a infância foi um dos alvos de difusão do poder psiquiátrico, uma espécie de “suporte” do processo de psiquiatrização. Para o autor, a psiquiatrização da criança não passou pela criança louca ou pela loucura da infância, mas antes pela criança imbecil, a criança idiota, que será chamada em seguida de criança retardada. É através da criança não-louca que a psiquiatrização da criança se produziu, e logo, essa generalização do poder psiquiátrico.

Na transposição do poder psiquiátrico através da psiquiatrização da infância, a noção de desenvolvimento assume importância. Para Fonseca (2002, p. 246), o desenvolvimento passa a ser uma espécie de norma, na qual seria possível situar alguém. “O desenvolvimento não é algo de que se é dotado ou de que se é privado, mas consiste num processo que afeta a vida psicológica e orgânica do indivíduo”.

Hillesheim, citando Castro (1998), coloca que, no contexto da organização escolar, como especialidade que busca revelar a verdade sobre a infância, a Psicologia do Desenvolvimento vincula-se à classificação e mensuração de condutas, classificando e ordenando as crianças conforme seus desempenhos nas práticas escolares.

A partir da segunda metade do século XIX, de acordo com Ribeiro (2006), criam-se abrigos, colégios, jardins de infância e, creches para a orientação pedagógica e o cuidado dessa população. As crianças “anormais” dividiam o espaço do manicômio com os adultos, e o Estado não era o responsável pelo cuidado infantil.

Como a imbecilidade e a idiotice não eram consideradas doenças, aparecem, na infância, certos estados que são considerados desvios em relação a

uma norma, a categoria da anomalia. Fonseca (2002) refere ainda que a captura dessa categoria pela medicina e sua psiquiatrização possibilitaram a disseminação do poder psiquiátrico.

Segundo Foucault (2006), as crianças consideradas idiotas poderiam ser encontradas no interior do espaço psiquiátrico durante metade do século XIX. A psiquiatria ligar-se-ia a uma série de regimes disciplinares por estar no lugar de representante da ciência e de exercer o poder sobre o anormal. (FONSECA, 2002).

A criança selvagem, ou idiota irrecuperável para Pinel ainda está presente no discurso das equipes de saúde. Se a criança selvagem é aquela a que não se sabe dar nome, aquela cuja presença enigmática conduz seus responsáveis a abrigá-la naquilo do qual eles minimamente conseguem dar-se conta. Atualmente observamos que a “criança selvagem” se expressa através dos comportamentos enigmáticos, conduzindo os profissionais a situá-la em algum lugar, como as patologias ou as classificações diagnósticas, remetendo a um conjunto de instituições e estabelecimentos de cuidado em saúde (ZUQUIM, 2002).

No deslocamento do poder psiquiátrico pela psiquiatrização da infância, as relações entre pais e filhos são codificadas segundo novas regras. Foucault (1979) coloca que a família não é apenas uma teia de relações inscrita num estatuto social, e sim, passa a se organizar como meio mais próximo da criança, permitindo-lhe um espaço de sobrevivência e de evolução. A saúde passa a ser um dos objetivos obrigatórios da família, tornando-a o agente mais constante da medicalização. Estamos imersos em regimes de verdade que estabelecem a intervenção na infância para prevenir a anormalidade.

Pensar o cuidado para as crianças e adolescentes no Brasil implica analisar os diversos processos que atravessam a sociedade e de que maneira afetam a população. Ao analisarmos as transformações no campo do cuidado em saúde mental, somos levados a refletir sobre a produção histórica, apontando os saberes, discursos e práticas instituídas em determinados períodos e produzindo verdades sobre o sofrimento infanto-juvenil. A história se constitui em um campo de forças onde determinadas práticas são hegemônicas, assumindo o estatuto de verdades incontestáveis.



No contexto atual, vemos crianças e adolescentes com trajetórias de exclusão, onde a escola lhes atribui rótulos, as famílias são tidas como desestruturadas, fugindo do modelo de família normatizada, possuindo péssimas condições de moradia, caracterizando um problema social “digno” de intervenção, o que justifica algumas intervenções. “Dessa forma se instala uma lógica onde a exclusão produz equipamentos de assistência e proteção. Algumas políticas de prevenção se propõem a intervir nessas situações emergindo como um mecanismo de normatização da vida” (GOMES; NASCIMENTO, 2003, p. 322).

O movimento higienista do início do século XX produziu uma intervenção normalizadora através do controle das condições de vida das pessoas, atendendo ao controle da ordem social. A vida familiar foi o lugar de investimento da medicina higienista, buscando uma reorganização interna a partir do saber da educação e assim, conectando a família normalizada e moralizada à família burguesa. Com essa construção, são estabelecidos discursos onde as famílias pobres não estariam aptas ao cuidado de suas crianças, cabendo ao Estado e seus estabelecimentos a guarda e proteção. Segundo Gomes e Nascimento (2003), essa construção contribui para a produção de subjetividades incompetentes, desempoderando as famílias, e produzindo um espaço de assistência especializado, de discursos competentes e de práticas de moralização e culpabilização.

Diante das crianças e adolescentes que estão de alguma maneira correndo risco social e pessoal, o Estado cria programas assistenciais e justifica a intervenção de especialistas que se apóiam na proposta de reabilitação da infância e das famílias. O lugar do técnico, do trabalhador, do oficineiro, do especialista produz saberes e verdades, muitas vezes mantendo o discurso normativo. A produção de certo modo-indivíduo transformado e fortalecido a todo o tempo pelo discurso de especialistas, dentro de seu campo disciplinar e teórico.

Podemos dizer que a Medicina Higienista do século XIX não teve interesse na infância com seus desvios, e não dirigiu a ela práticas especializadas. Nos textos médicos, as crianças defeituosas eram citadas como fruto do desregramento moral e casamentos consangüíneos. Dentre os defeitos estavam a surdez, a mudez, a idiotia, a epilepsia. O higienismo começa a se aproximar da infância e das famílias

pobres com o intuito de prevenir futuros fardos para a sociedade, onde a relação pobreza-periculosidade começava a se constituir (FOUCAULT, 2001).

Com a mudança na ordem econômica e social, e o estabelecimento do capitalismo liberal-burguês, ocorre um reordenamento das cidades, dos serviços públicos. É a modernização dos costumes. Essa europeização produziu mudanças no modo de ser das populações: o que antes era coletivo começa a ser individualizado, ocorre uma privatização das condutas, e os médicos se engajam nessa reestruturação recomendando comportamentos e ações. Observa-se com isso uma mudança nos sentimentos relacionados à infância, que foi sendo construído no decorrer da história. O olhar estrangeiro produziu um movimento de patologização dos comportamentos inerentes a uma cultura (FOUCAULT, 2001; RIZZINI, 2004).

Para Lobo, nesse período a infância era vista como uma fase da vida a qual deveriam ser atribuídas particularidades diferentes daquelas dos adultos, práticas especiais de conservação e educação, e de discursos médicos-pedagógicos preventivos e normalizadores. “Essa criança como objeto ao mesmo tempo de cuidados e saberes especializados, produzida no recesso de uma família intimizada por valores burgueses e culpabilizada de antemão pelos possíveis desvios de sua criação” (LOBO, 2003, p. 296).

Assim, o poder médico ocupa o lugar nas práticas pedagógicas com a necessidade de proteger as crianças do que era considerado as más influências do mundo externo e da permissividade da educação familiar. Nesse novo arranjo político, econômico e social, a criança começa a ser o alvo de intervenções profiláticas para a construção dessa nova sociedade. A anormalidade surge como objeto do saber médico-pedagógico, e cabe a ele o poder de periciar e diagnosticar.

Os estabelecimentos destinados aos cuidados das crianças e adolescentes eram os mesmos destinados aos adultos, e não eram objeto de interesse do Estado. O médico Mancorvo Filho estende a norma médica à infância pobre e desvalida, e aponta a negligência do Estado. Em 1901, no Rio de Janeiro foi fundado o Instituto de Proteção e Assistência à Infância com objetivos eugenistas e nacionalistas (ASSUMPÇÃO JR, 1995).

“Os sistemas classificatórios da Psiquiatria Geral dividem a população doente em sub-populações, de acordo com regras que atribuem cada elemento a uma categoria definida. Seus critérios pertenciam a três níveis: o sintomatológico, o dos mecanismos patogênicos e o das etiologias” (ASSUMPTÃO Jr, 1995, p. 22). Assim, os modelos propostos não eram homogêneos e o número de categorias se tornou imenso, pois dependia das escolhas de cada autor.

A Psiquiatria Brasileira é influenciada pela anatomopatologia e anatomo-clínica. A primeira explica a evolução das doenças pelas modificações teciduais, enquanto a segunda sugere uma correspondência entre um sinal e uma lesão, sendo o sistema nervoso o local da doença mental.

Em 1927, em Minas Gerais foi aprovado um decreto governamental que regula a assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes. Para Cirino<sup>7</sup>, citado por Assumpção Jr (1995, p.41), o conceito de anormais “considera todas as crianças que, por algum motivo, se acham em condições de inferioridade e não podem se adaptar ao meio social em que se destinam viver”. Passam a ter direito de assistência: “os anormais por déficit físico, anormais por déficit sensorial, anormais por déficit intelectual, e anormais por déficit nas faculdades afetivas”.

A psiquiatria infantil, no Brasil, tem sua entrada através dos departamentos de pediatria. O médico Ulysses Pernambucano contribui com uma visão social à psiquiatria. A base do movimento brasileiro em Psiquiatria da Infância estava ligada ao aconselhamento, à orientação médico-pedagógica e à higiene social.

As seguintes classificações e diagnósticos determinavam a abordagem terapêutica, sob o nome de tratamento médico-pedagógico: as anomalias intelectuais propriamente ditas; as anomalias de caráter (sob as formas de instabilidade motora; astenia infantil; hiper-emotividade; dos deprimidos, e paranóicos) e as anomalias morais (perversos ou viciosos; pervertidos ou viciados).

Os discursos na primeira metade do século XX permaneceram semelhantes, pois as concepções filosóficas que embasam esse constructo científico, dito asséptico e neutro, mantêm-se alienadas ao objeto criança doente

---

<sup>7</sup> CIRINO, O. **O descaminho daquele que conhece**. Fascículos FHEMIG, 7:39-83, 1992.

mental, mantendo a forma *coisificada* da relação sem preocupações com o sujeito que ali se encontra.

A Psiquiatria Infantil permanecerá sofrendo influências da Psiquiatria Clássica do final do século XIX, através das estruturas nosográficas, técnicas e posturas metodológicas em desuso. A mudança ocorre com o aparecimento de duas vertentes na Psiquiatria da Infância, uma derivada de Kanner, com influências ambientalistas, funcionalistas e de higiene mental, e outra, derivada da Psiquiatria Francesa, nosográfica e classificatória, definida como organodinâmica. Essa corrente é influenciada pela psicanálise, construindo um corpo teórico onde se ampliam os quadros patológicos, como a inclusão dos quadros psicóticos na infância. Os anos 60 foram marcados pela influência da abordagem desenvolvimentista e, em 1965, o Prof. Haim Grunspum lança algumas classificações segundo os distúrbios neuróticos, psiquiátricos e psicossomáticos.

O percurso histórico aqui apresentado traz, até esse momento, as formas de produção de um cuidado às crianças que passam pela experiência da loucura. O próximo ponto apresenta o processo de desinstitucionalização destas práticas, apontando a nova política de saúde mental e especialmente a produção dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência, os CAPSi.

## 5 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E O SURGIMENTO DOS CAPSi

A história mostra que a assistência infanto-juvenil se caracterizou pelo predomínio do confinamento em espaços fechados (orfanatos, internatos, etc.) como medida de proteção. Essa necessidade de controlar o social está relacionada ao modo de produção capitalista, onde a vigilância institucionalizada da infância estabelece uma disciplinarização em que a tutela e a coerção são tomadas como medidas de proteção. Também as crianças passam a ter o tempo, o corpo e a vida controlados. .

Através das novas portarias e leis, o que se pretende é a tentativa de estabelecer outras formas de cuidado rompendo com essa lógica de exclusão e normatização da vida. Mas o que se estabelece como regra não dá garantias quanto à mudança na práxis, pois o passado se atualiza no presente.

Segundo Rizzini<sup>8</sup>,

os estabelecimentos de assistência brasileiros para infância e adolescência surgiram da necessidade das elites de garantir a docilidade política e utilidade econômica de uma parcela da população que começava a ser ameaçadora a seus olhos. O modelo de atendimento desses estabelecimentos obedecia aos preceitos de higiene e adotava como método de tratamento dos “desajustados”, a educação física, moral e profissional, visando a devolver à sociedade esses indivíduos já adaptados ao meio social (RIZZINI, 1995, p. 56)

A atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde tem em seu histórico a crítica ao ideário protecionista circunscrito num modelo de institucionalização, que contribui para a segmentação e não integração dessa população. Os avanços políticos e econômicos contribuem ao longo da

---

<sup>8</sup> RIZZINI, Irene. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e editora, 1995.

história da assistência a essa população para a construção de concepções acerca da representatividade desse público para o desenvolvimento do país. Com isso, um conjunto de medidas asseguradas pela lógica higienista, com inspiração normativo jurídica, é engendrada nesse discurso hegemônico da criança como o futuro cidadão da sociedade, ficando o cuidado dessas crianças e adolescentes atrelados à tutela, na sua grande maioria, das instituições filantrópicas e caracterizando-se pela permanência em instituições fechadas, como orfanatos, asilos e abrigos (BRASIL, 2005; PEREIRA, 2003; RIZZINI, 1995).

Nesse período (final do século XIX e início do século XX) a assistência se organizava para atender os deficientes, fosse essa deficiência de ordem social (pobres), mental ou moral (delinqüente). Dessa maneira, as possibilidades de singularização dos sujeitos estavam mais distantes. Esse processo normativo que institucionalizou a assistência foi também o gerador de exclusão, produzindo um contingente de crianças e adolescentes desassistidos e abandonados.

Essas estruturas tiveram visibilidade com o movimento de redemocratização do país, no final da década de 70, e com a Constituição em 1988, que assegurou a condição cidadã de crianças e adolescentes. Esse movimento culminou com a promulgação da Lei nº 8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que afirma a condição de sujeitos de direitos às crianças e adolescentes.

Até o presente momento, tínhamos como modelo de assistência vigente o modelo do asilamento e da institucionalização. Seria necessário, assim, tomar esses marcos legais da redemocratização para operar algumas mudanças nos modelos de atenção. É através do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sendo produzida a “efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária” (BRASIL, 2005).

Algumas ações contribuíram para a garantia e redirecionamento da política de cuidado em saúde mental. Entre essas ações estão as Conferências Nacionais de Saúde Mental<sup>9</sup>, a lei nº 10.216/2001- lei da Reforma Psiquiátrica- (BRASIL,

---

<sup>9</sup> A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1986, a 2ª em 1992 e a 3ª em 2001. Em 2010 será realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

2001), e a Portaria 336/GM de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). A lei da Reforma Psiquiátrica deu a institucionalidade necessária para que houvesse o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002) sinalizou que a elaboração e a execução de ações no campo da saúde mental infanto-juvenil devem compor as políticas públicas de Saúde Mental, respeitando as diretrizes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro e os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente. Cada município fica responsável pela organização de suas políticas conforme sua realidade sociocultural, com base territorial, priorizando a intersetorialidade e a inclusão. Ainda nesse documento, é descrito o que a rede de atenção integral à criança e adolescente deve garantir: a acessibilidade, priorização de casos mais graves, enfoque multiprofissional, oficinas para a construção de cidadania, e projetos de desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados, entre outros.

Com a Portaria nº 336/GM de fevereiro de 2002, os CAPS são regulamentados, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção diária, nesse caso, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, tornando-se responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes do seu território, supervisionando e capacitando as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental do seu território, bem como módulos assistenciais.

Observamos que, a partir desses importantes marcos políticos dentro da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela primeira vez têm-se um equipamento para cuidar das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave dentro de uma política nacional de Saúde Mental.

Atualmente observamos outros movimentos nos serviços de saúde mental que contribuem para a produção e manutenção de um saber sobre o sofrimento, sobre o mandato da instituição e cuidado prestados a essa população. Ainda hoje, podemos observar que alguns serviços de saúde mental se organizam a partir da noção de hierarquização, distanciando-se da discussão nacional acerca do

paradigma que reorienta o cuidado em saúde mental, o paradigma psicossocial. Zambenedetti e Silva (2008), ao analisarem os efeitos da incorporação dos serviços de saúde mental ao SUS, constatam que o princípio de hierarquização contribuiu para a compartimentalização e fragmentação da atenção, trazendo implicações importantes para o campo da saúde mental.

a proposta de um mesmo serviço atuar em diferentes níveis – da prevenção e atuação no território até a atenção à crise – presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é tensionada pela lógica de classificação de serviços adotada pelo SUS, tradicionalmente verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada pelos níveis de complexidade, segundo os quais os serviços se adequariam” (Zambenedetti, Silva, 2008, p. 133).

A classificação por crises e tipos de crise, seguindo o princípio da hierarquização, pode ser encontrada em alguns dos CAPSi, mostrando um contrassenso em relação ao que a reforma psiquiátrica propõe, pois o CAPS deveria ser substitutivo e não complementar. Além disso, uma criança não é um “caso grave” por toda vida. Mas encontramos algumas publicações que retratam os CAPS como recurso intermediário entre a internação e os ambulatórios psiquiátricos, visando substituir ou complementar a internação psiquiátrica integral, como retratam os estudos de Zavaschi (2009). Para a autora, a distribuição das crianças “portadoras de patologias” entre os diferentes serviços de saúde mental segue o caráter leve, moderado ou grave, sendo que os dois primeiros podem ser tratados em ambulatórios, e os casos graves necessitariam de atendimento seguro e protegido como a internação psiquiátrica. Observamos, assim, que co-existem muitos modos de organizar e operar os CAPS dentro da rede de cuidado e de serviços de saúde.

Outro aspecto a ser ressaltado está relacionado com os rituais burocráticos, praticamente imutáveis, padronizados e rígidos presentes em alguns serviços. Os serviços de Saúde Mental recebem verba para manter seu funcionamento através do faturamento de APAC (Autorização de procedimento de alta complexidade) que se estrutura através de códigos referentes à classificação diagnóstica, utilizando a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10. Essa forma de organização demonstra o modo como o saber se organiza, sob o aspecto



classificatório, presente tanto no diagnóstico quanto na organização do processo de trabalho, homogeneizando os projetos terapêuticos, e por consequência interrompendo a singularização dos sujeitos. Assim, todos os que cuidam ou são cuidados tornam-se diagnósticos ambulantes, limitando o surgimento de potência e de universos de referência (MOURA, 2002). Constitui-se ainda um paradoxo: por um lado, a reforma psiquiátrica preconiza um deslocamento em relação ao objeto de cuidados, que deixa de ser “a doença mental” e passa a ser o sujeito em sofrimento; por outro lado, esse sujeito só é cuidado na medida em que recebe um diagnóstico (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Um serviço de saúde tem em seu cotidiano as tensões entre os processos universais que o Estado, através das normas, impõe às encomendas sociais, e os acontecimentos que surgem no cotidiano a partir do encontro entre pacientes, equipe e familiares. A própria existência do CAPS dispara outros processos que não aqueles previstos nas normas, demonstrando que as diversas e variadas instituições presentes nessa organização<sup>10</sup> orientam certo modo de cuidar e produzir cuidado aos pacientes. Através desse processo, um estabelecimento de saúde mental, como o CAPS, assumiria a função meio, com um mínimo de ordem, para não se perder no caos. Não estaria entre suas atribuições ser o estabelecimento fim, e sim como uma passagem que potencializa formas de existência e auxilia a construir outros caminhos. Devemos ressaltar que o problema não é a existência de normas em si, mas sim o fato de muitas vezes adquirirem caráter de imutabilidade e cristalização, gerando efeitos iatrogênicos.

Para Michaud<sup>11</sup> apud Moura (2002, p.38), “a instituição é uma estrutura elaborada pela coletividade tendendo a manter sua existência através do asseguramento do funcionamento de uma troca social de qualquer natureza que seja”. Os trabalhadores desses estabelecimentos necessitam criar sistemas de instituições constantes, garantindo certa flexibilidade diferente daquela encontrada

---

<sup>10</sup> O conceito de instituição utilizado nesse estudo se aproxima das contribuições da Análise Institucional, compreendendo um movimento onde as construções lógicas operam regulando as ações do humano. As organizações são formas materiais nas quais as instituições se realizam. (BAREMBLITT, 1996, p. 185)

<sup>11</sup> MICHAUD, G. La Borde ...um pari nécessaire – de la notion d'institution à la psychotérapie institutionnelle. Paris: Gauthier-Villars, 1977.

na sociedade, para com isso evitar a institucionalização de práticas e saberes, permitindo novos enquadres a medida das novas configurações.

Segundo Rotelli et al. (1990), os técnicos que trabalham nas instituições são os principais responsáveis pelas transformações da organização, das relações e das regras do jogo, mantendo sua função terapêutica, sobre a qual os pacientes também tornam-se atores. Os trabalhadores de saúde mental aquecem a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e conectam os diversos atravessamentos da instituição (os poderes, interesses, demandas).

O processo de fechamento dos manicômios<sup>12</sup> não encerrou a desinstitucionalização. Enquanto operação, a desinstitucionalização está intrinsecamente ligada ao questionamento permanente das relações de poder instauradas entre instituições e sujeitos, na desmontagem do modo manicomial como a solução institucional para o problema da loucura. Ela é produzida nos modos pelos quais as pessoas são tratadas, podendo ser mantida a relação problema-solução mesmo com o fechamento dos manicômios (ROTELLI et al. 1990).

Observamos que os avanços da Reforma Psiquiátrica para a população adulta têm se demonstrado favoráveis, utilizando-se da criação de uma rede para tratamento e suporte psicossocial, culminando na redução gradativa das internações psiquiátricas e na saída dos usuários asilados dos manicômios. A desinstitucionalização da infância e adolescência mostra-se muito recente diante da agenda da reforma psiquiátrica, voltada para os equipamentos que realizavam as internações desses sujeitos, pois existem crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico que permanecem desconhecidos pelos sistemas de saúde, educação e assistência social, habitando a rede filantrópica, historicamente endereçada para o cuidado dessa população. Com isso observamos que as ações estão voltadas para a inclusão do debate acerca da saúde mental da infância e adolescência e para a abertura dos espaços destinados ao tratamento no antigo modelo, o da institucionalização. A mudança no modo de cuidar passa primeiramente pela reivindicação de outro lugar para o tratamento onde possa haver a construção de outra possibilidade de cuidar, para em um segundo momento

---

<sup>12</sup> Cabe ressaltar que nem todos os manicômios existentes no Brasil foram fechados. A exemplo do Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

analisar o que esse novo dispositivo vem produzindo. Assim, vemos o movimento de instituir o CAPSi como sendo esse novo lugar para o tratamento dessa população, e o movimento para a análise desse estabelecimento ainda é recente.

Segundo Coutinho, Freitas e Oliveira (2008), o CAPS, mesmo não atendendo a clientela com histórico de longa institucionalização, não deixa de se preocupar com essa questão no cotidiano, atentando para que esse estabelecimento não reproduza esse efeito para seus pacientes. Para elas o trabalho nesse serviço de saúde mental vem

cuidando para que o serviço sirva como possibilitador e mediador na criação de outros laços institucionais e não se ofereça como uma instituição totalizante que antecipa e atende todas as necessidades do sujeito num só local, sem possibilidade de falta e, conseqüentemente calando o que pode haver de desejante em cada um. (COUTINHO, FREITAS e OLIVEIRA, 2008, p. 103)

Atualmente observa-se com frequência um processo de reinternações psiquiátricas, formando um circuito<sup>13</sup> de internação – alta/casa – internação, onde a função do CAPS estaria em romper com o circuito e construir os laços sociais, incluindo no projeto terapêutico desses sujeitos outras possibilidades de escolhas. Segundo Kinoshita (2001) a construção da autonomia está relacionada ao quanto mais dependentes formos de tantas mais coisas pudermos ser. Dessa forma as possibilidades de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida vêm-se ampliadas. A direção do trabalho deve considerar cada caso, com reduzido grau de institucionalidade, onde a desinstitucionalização não aconteça brutalmente, e a reinstitucionalização não se coloque como solução entre as diversas áreas que cuidam de crianças e adolescentes. Coutinho, Freitas e Oliveira (2008) ainda acrescentam que a criação de novos dispositivos pode não ser conveniente para atender o desafio do cuidado a esse público, muitas vezes outros arranjos são necessários e possíveis antes da institucionalização de um novo dispositivo de atenção.

---

<sup>13</sup> Scileski; Maraschin e Silva (2008) apontam em recente pesquisa o percurso de jovens e a internação psiquiátrica como um circuito, onde há a individualização do problema e centralidade nessa forma de atenção por parte da rede de serviços em saúde.

Para Cheibub e Moreira (2008), o processo de desinstitucionalização não acontece apenas pelo entendimento político e clínico de que não é possível tratar os pacientes de maneira institucionalizante e opressora, pois na prática os profissionais se deparam com impasses a todo instante, tornando-se necessário diferir o que significa o trabalho de desinstitucionalizar na prática desses profissionais. Segundo as autoras, o “trabalho com esses pacientes obriga a desinstitucionalizar as próprias ações, pois a cada vez há a necessidade de ser criado e inventado algo novo, não sendo possível enquadrá-los em um cardápio de atividades preestabelecidas” (CHEIBUB; MOREIRA, 2008, p. 66).

A criação de um dispositivo como o CAPS, mesmo diferenciando-se do modelo hospitalocêntrico, não garante que sejam oferecidas novas formas de institucionalidade, entendida como outras possibilidades de construção dos sujeitos. Pois corremos o risco de agir em nome de qualquer universal perdendo o sujeito que ali está, não singularizando sua construção, nem acompanhando seu movimento e tentativas de expressão e subjetivação. Caso não consideremos essa construção singular corremos o risco de reproduzir a assistência manicomial dentro de outra estrutura física e política, independente do dispositivo que se encontra (CHEIBUB; MOREIRA, 2008).

Com isso, observamos a presença de tramas discursivas que atualizam um antigo modelo de cuidado apontando como o lugar da infância foi ocupando um espaço na materialização de uma política de saúde mental.

É preciso considerar a complexidade da questão da saúde mental de crianças e adolescentes. Assim, buscamos compreender os caminhos percorridos para que a saúde mental destes sujeitos se tornasse uma questão para a produção de políticas de atenção específicas. Iniciamos, no próximo capítulo, apresentando um contexto mundial, chegando às ações que fundam a estrutura que atualmente se configura no Brasil.

## **6 COMO A INFÂNCIA TORNOU-SE QUESTÃO PARA A SAÚDE MENTAL: DA AGENDA MUNDIAL PARA A REALIDADE BRASILEIRA**

O tema da criança e do adolescente há décadas faz parte da agenda mundial, tomando configurações diferentes a cada período. Em 1919, em um contexto pós-guerra, há o reconhecimento internacional dos direitos da criança, em situação de miséria. Já em 1924, a Liga das Nações reconhece a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, que estabelece os direitos da criança quanto aos recursos para o seu desenvolvimento, sejam eles, materiais, espirituais, morais, e auxílio em caso de orfandade, doença e fome. Surge aqui a preocupação quanto à prioridade no atendimento em condições de perigo, proteção quanto à exploração e o direito à educação. A infância passa a ocupar espaço na luta pela garantia dos Direitos Humanos, quando em 1948, em Assembléia Geral da ONU, é aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em um dos artigos afirma que a infância tem direito a cuidados e assistência especiais.

O tema dos direitos é muito amplo, o que levou a uma década depois (1958), a busca pela definição do que é considerado direito das crianças. E em nova Assembléia, a ONU adota a Declaração dos Direitos da Criança, reconhecendo como direitos a não discriminação, o direito a um nome e nacionalidade, direito à educação, a cuidados em saúde, à proteção especial. Tendo a necessidade de ampliar a discussão e a garantia dos direitos das crianças, uma vez que essas declarações ainda não causavam impacto significativo na produção de novas leis, e de novos modos de organização dos Estados. Quase duas décadas após, já no final dos anos 70, a ONU estabelece um grupo de trabalho que tem o objetivo de elaborar uma Convenção com força de lei. Assim, em 1989, temos um marco na história mundial dos Direitos das Crianças, com a aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança. Esse foi um marco importante na história, pois a partir dele vários países pactuaram mudanças no modo de organizar seus sistemas para garantia dos direitos das crianças. Em 1990, passou a existir uma agenda mundial, onde os países estabeleceram metas a serem alcançadas e criaram um plano de ação para a implementação da Declaração.

No Brasil<sup>14</sup>, nesse período, foi aprovada a Lei nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que versa sobre a proteção integral da Criança e do Adolescente. Nesse ano também foi aprovada a Lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde, outro marco importante em nossa história. O país viveu um momento de abertura à democracia, onde vários movimentos sociais são observados, entre eles, o movimento da Luta Antimanicomial, que reuniu trabalhadores, usuários e familiares em busca da mudança do modelo de cuidado em saúde mental, do manicômio ao modelo psicossocial.

Nesse cenário, onde a Declaração Mundial já apontava a promoção de ajuda especial às crianças que sofrem de algum tipo de transtorno mental ou psicológico, os Estados foram se organizando e incorporando algumas concepções às suas atividades cotidianas. A criança foi definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, respeitando algumas especificidades das leis de cada país. No Brasil, através do ECA, consideramos adolescentes aqueles entre 12 e 18 anos. Passa a prevalecer o interesse da criança, tomando em consideração a opinião da criança em qualquer decisão que lhe diga respeito. Com essa legislação, inauguramos um novo momento para a infância, onde passa a operar o estatuto da proteção integral, cabendo ao Estado algumas obrigações para assegurar-lhes o direito.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental já apontava a necessidade de colocar esse tema na agenda nacional, através da criação de uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Com a aprovação da Lei nº 10.216/01, lei da Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança no modelo de cuidado em saúde mental. Com a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a Portaria nº 336/02, o tema das crianças e adolescentes começou a fazer parte da agenda nacional. Em 2002, o Brasil assinou um termo de compromisso, “Presidente Amigo da Criança”, com metas incluídas no documento “Um mundo para as Crianças”. Entre os compromissos assumidos, estão

---

<sup>14</sup> A apresentação do contexto de produção das políticas de saúde mental para infância e adolescência presente neste capítulo tem como base o Curso de capacitação para novos gestores de saúde mental (BRASIL, 2009).

as ações relacionadas à área de saúde mental de crianças e adolescentes, onde a principal orientação do Ministério da Saúde foi a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi, e dos serviços de referência para atendimento ao uso de álcool e outras drogas, CAPSad. Para o RS, a meta pactuada até 2004 foi a abertura de 2 CAPSi, um em Porto Alegre e 1 em Pelotas. Em 2004, a meta era implantar 40 CAPSad e 20 CAPSi, nesse período existia 38 CAPSi e 59 CAPSad<sup>15</sup>. O outro compromisso assumido foi a criação de um Grupo de Trabalho que buscou analisar a situação de atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, e criar condições para a implantação do Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil.

Em 2003, foi criado um grupo de trabalho<sup>16</sup> sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que originou o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes, instituído pela Portaria nº 1.608, de 03 de Agosto de 2004. O Fórum tem como objetivos constituir-se como um espaço de articulação, integração, interlocução intersetorial, estabelecendo diretrizes políticas nacionais que ordenem o conjunto de práticas no campo da saúde mental infanto-juvenil. Esse espaço também é responsável pela produção de conhecimento e informações que subsidiam as instituições responsáveis por políticas públicas na área. A sua composição busca contemplar todas as instâncias envolvidas no cuidado e na garantia de direitos das crianças e adolescentes (ANEXO 1).

No Fórum realizado em 2005, na cidade de Curitiba, que teve como tema “A articulação dos campos da Saúde e do Direito nas Práticas Públicas de Atenção à Infância e à Adolescência”, discutiu-se o quadro de desassistência e ausência de políticas públicas efetivas no cuidado de crianças e adolescentes; a situação dos adolescentes privados de liberdade; o descumprimento do ECA; bem como os avanços no modelo de assistência vigente com a implantação de CAPSi. Nesse encontro, foi recomendada a realização de pesquisas, além da afirmação dos direitos dos adolescentes, entre outros. Essas recomendações vêm direcionando as

---

<sup>15</sup> BRASIL, BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

<sup>16</sup> Criado pela Portaria n 1.946/GM, de 10 de outubro de 2003.

ações e elaboração de políticas, planos de saúde, constituindo-se numa importante ferramenta de gestão e atualização das práticas dos trabalhadores de saúde mental.

Já em 2006, na reunião realizada em Salvador, retomou-se o que foi discutido no ano anterior, sinalizando-se a importância de analisar as pesquisas científicas quanto às questões éticas e metodológicas. Observa-se o risco de contribuir para um fenômeno de patologização da infração e dos jovens em situações de violência em nome de uma aparente neutralidade no modo de pesquisar. O grupo já alertava para um fenômeno observado e fortalecido nos últimos tempos, o de unir periculosidade com pobreza, desconsiderando o processo histórico de constituição social. Outro ponto que chama a atenção, em tempos de expansão dos serviços tipo CAPSi no território nacional, é a importância atribuída a um acompanhamento dos processos de implantação e desenvolvimento dos CAPS, tendo em vista a qualificação dos serviços.

A carta de Brasília, documento produzido na segunda reunião realizada no ano de 2006, sinalizou algumas preocupações relacionadas ao modo de funcionamento dos CAPS, traçando algumas linhas reorientadoras ou afirmativas. A carta aborda orientações direcionadas à organização e expansão da rede de cuidados; a relação com a formação e qualificação de recursos humanos; a relação com as estratégias de gestão, com a política de financiamento, e com a produção de conhecimento, informação qualificada e difusão da política de saúde mental.

Em 2007 o tema do encontro foi a Rede de Cuidado na Perspectiva da intersetorialidade. E, em 2008, o debate se deu em torno da infância e adolescência na sua relação com o álcool e outras drogas. Procuramos mostrar por meio dessa reconstrução histórica, como a infância foi sendo incluída nas políticas públicas, e as estratégias adotadas em cada período para responder às demandas de atendimento em saúde mental. As questões que geram sofrimento nas crianças foram se transformando, exigindo um reposicionamento das táticas e estratégias de cuidado. Os estados brasileiros diferem quanto à organização da atenção em saúde mental, seja pela existência ou não de serviços de saúde mental, seja pelo incentivo de modelos coerentes com a produção de autonomia e cidadania; ou ainda, aqueles onde há insuficiência de investimento da gestão. Essas diferenças apontam para a qualidade e garantia do acesso ao cuidado na rede de saúde local. Existem apostas



que buscam transformar os paradigmas que compõem as práticas de cuidado, através da educação permanente, proporcionando que trabalhadores reconheçam e compartilhem com seus pares, fortalecendo um modelo de cuidado psicossocial.

No capítulo seguinte, abordaremos uma dessas estratégias em operação no Estado do Rio Grande do Sul.

## 7 A DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO RS - ATUALIDADES

A construção de espaços de trocas entre os trabalhadores configura-se como um recurso importante na efetivação e implementação da Reforma Psiquiátrica na Política de Saúde Mental. Como parte dessa estratégia, em setembro de 2009, diversos trabalhadores, estudantes, usuários e, gestores reuniram-se no Encontro Estadual de Saúde Mental, onde tivemos a oportunidade de acompanhar a discussão sobre Saúde Mental infanto-juvenil em uma das rodas de conversa. Foram convidados trabalhadores de diversos municípios, e de diferentes lugares na rede de saúde para fomentarem a discussão sobre o tema, a partir das principais dificuldades encontradas no cuidado a esse público. A discussão foi mediada por consultores do Ministério da Saúde que orientam e supervisionam os estados para a implementação e garantia da política de saúde mental infanto-juvenil.

O debate iniciou com algumas colocações de Maria Cristina Ventura<sup>17</sup>, que reforçou o caráter público da política, convocando os participantes a um deslocamento no olhar e no modo como tomam o CAPS dentro do que ela chamou de Política Pública de Saúde Mental. As mudanças ocorridas no Brasil afetam a nós e à saúde mental, nos demandam e nos interessam, pois dizem de como vamos organizar o modo de cuidar. O campo da saúde mental para crianças e adolescentes propõe a construção de ações inovadoras, de forças que afirmam a responsabilidade clínica e política.

Apontou-se que os modos de cuidado, ainda hoje, são burocratizados, protocolares, reducionistas, produzindo crianças aprendizes. Diante desse cenário, Maria Cristina reforça a importância de operar outros modos de cuidado, de produzir alguma coisa diferente, no sentido de não deixar recuar os avanços da política e reforçar o caráter clínico-político das intervenções.

---

<sup>17</sup> Psicóloga; Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do IPUB/UFRJ; Membro da equipe técnica da ASM/SESDEC-RJ; Consultora da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Reforçando o caráter público da política, Luciano Elia<sup>18</sup> lembra que a saúde mental infanto-juvenil é muito recente enquanto política, questionando a posição dos trabalhadores que operam CAPSi. Até onde fazemos CAPSi? As informações e legislações que direcionam as ações em CAPS trazem esse equipamento como o ordenador da rede, possibilitando diversas interpretações dos mesmos. Ao tomarmos o CAPSi como o instituído da política e aposta de mudança de modelo, coloca-se a lógica de território, articulação em rede, voltada para fora dos muros. Percebe-se que muitos daqueles que operam CAPSi não se autorizam no território assumindo posições cerimoniosas diante do seu papel pactuador e afastando-se do mandato clínico, do atendimento de alta complexidade e das pessoas com grave sofrimento ou com risco social. O debatedor convoca os presentes a pensar o modo como os serviços se organizam, como pactuam fluxos, e como se responde a esses movimentos, afirmando que se está aquém do que poderia ser feito.

Os participantes foram relatando situações vividas nos serviços e na rede de saúde dos municípios. É possível encontrar hoje um movimento que aproxima a infração e proteção ao transtorno; o uso de álcool e outras drogas por crianças e jovens entendido como não sendo demanda de atendimento para CAPSi; resistência das equipes desses serviços a acolher esses jovens; o desenvolvimento da noção de “estar com a corda no pescoço” para ter acesso e ser atendido nesses serviços. Estavam presentes, entre os participantes, falas como: “isso não é pra gente”, “tem que estar com a corda no pescoço para chegar na recepção do CAPSi”, “trabalho só com usuários normais”, “tem que ficar muito doido para chegar perto do CAPSi”, remetendo a uma construção que vem sendo realizada no encontro desses trabalhadores com os diferentes serviços de saúde, com as políticas de saúde mental, com o sofrimento dessa população, com o modo de vida que vem se apresentando como demanda a esses equipamentos. Mas como esses profissionais entendem esses enunciados? Eles os colocam como questão? Como pensá-los o e com o território? Opera a lógica de território?

Diante do número elevado de procura pelo atendimento, muitos desses serviços criaram critérios para a entrada das crianças e adolescentes, delimitaram o território e buscaram a articulação das redes. Compete ao CAPS e está incluída no

---

<sup>18</sup> Pós-doutor pela PUC-Rio e professor titular do Instituto de Psicologia da UERJ, onde coordena o PPG em psicanálise e Consultor do Ministério da Saúde.

seu mandato, a discussão de demanda e encaminhamento com a rede. Todos os atores nesse território tornam-se co-responsáveis pelo seu processo de criação ou reinvenção.

O entendimento do CAPSi como ordenador difere da noção de centralizador, pois observamos que, em vários momentos, essas noções foram acopladas, o que remete a uma outra construção e produção de práticas. O CAPS não surge institucionalizado, as características atribuídas a ele são criadas e depositadas por quem opera o cuidado. Disso surge a necessidade de se questionar sobre os modos como o cuidado vem sendo operado, como vem se dando a construção dos territórios e da rede. Esse equipamento surge com mandato específico, mexendo com tradições, o que exige rigor clínico. Para que modifique a lógica de cuidado manicomial precisa ser operação CAPS, onde todo o caso é da equipe e ao mesmo tempo nenhum pode ser. Ou seja, é da equipe no sentido da responsabilização, mas não pode ser tutelado. O CAPS funciona em outra lógica, que não a de serviço, pois a lógica de serviço pressupõe agenda, hora marcada, lista. A lógica de CAPS é a da descentralização, e exige um não CAPS, um não fechamento em grupos de iguais, onde nenhuma política pública pode ser diagnóstica. Essa ideia remete ao que Barros (2003) destaca: a noção de movimento e processos instituintes. Ao mesmo tempo em que é necessária a institucionalidade do CAPS, pois busca afirmar o lugar de cuidado fora dos manicômios, também se corre o risco de institucionalizá-lo, produzindo cronificação, aproximando-o de um funcionamento asilar. Eis o nosso paradoxo: para não reproduzirmos um modelo de cuidado pautado na exclusão e cronificação, é preciso manter-se no movimento

A existência do CAPSi é recente, há poucos anos passou a integrar a rede de cuidado em saúde mental, e como sigla de serviços. A rede não é composta somente de uma lista de serviços, há outros elementos que perpassam as conexões entre serviços, entre pessoas, entre gestão, entre políticas. Encontramos forças que impulsionam ao retrocesso de modelo em nome da ineficácia, entre elas processos de trabalho engessados e dicotomizantes. Ao tomarmos os vários territórios que atravessam o sujeito, abrimos para o social, para a alteridade, percorrendo outros caminhos, inventando novas políticas e novos processos.

O RS foi o pioneiro na discussão da reforma psiquiátrica, foi o primeiro Estado a ter sua legislação aprovada, o que fez com que desencadeasse outras ações. Com a lei nº 9.716 de 1992, várias mudanças foram iniciadas. Em 1997 foi realizado, em Porto Alegre, o III encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, que tinha como tema central o referencial ético-político do movimento. Segundo o Relatório Azul (1997), a Secretaria de Saúde do Estado, nesse período, ainda não tinha registros sobre o que foi trabalhado nesse encontro. Mas deles saíram algumas deliberações no campo da atenção às crianças e adolescentes, ressaltando a necessidade de desconstruir gradativamente o aparato custodial de assistência às crianças e adolescentes e a criação de ações e serviços substitutivos a ele; a necessidade de estimular a criação de uma política nacional de saúde mental no campo da infância e adolescência e de suas interfaces (educação, lazer, cultura).

Muitas reivindicações observadas nesses relatórios já foram conquistadas. Observamos como, ao longo desses anos, o tema da saúde mental infanto-juvenil foi ocupando seu espaço, e o modo como foi sendo registrado e produzido nos diferentes contextos. Da mesma maneira em que o SUS foi se instituindo, os espaços de deliberação e participação social foram ganhando força, afirmando-se como recursos necessários para a efetivação de uma política mais próxima da realidade da população.

Até agora foram abordadas diversas instituições que atravessam os sujeitos desde muito cedo, produzindo indivíduos normalizados, articulados por sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão (GUATTARI, 2005). No próximo capítulo, apresentaremos a estratégia que utilizamos para percorrer alguns caminhos onde estas instituições se materializam – a cartografia – assim como o estabelecimento em que realizamos esse percurso – um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi). Ainda, algumas trajetórias cartográficas, corporificando a presença da pesquisadora naquele espaço.

## 8 PERCURSO METODOLÓGICO

### 8.1 Constituir-se cartógrafo: a cartografia como estratégia metodológica

A abordagem cartográfica é a ferramenta metodológica utilizada nessa pesquisa. A cartografia faz operar um percurso metodológico que marca no cartógrafo sua implicação com a pesquisa, constituindo-se junto ao “objeto”. Uma pesquisa cartográfica precisa de espaços vazios, indeterminados, onde interlocuções promovam desassossego, e a pesquisa sendo colocada em análise em movimentos de criação. Para o cartógrafo interessa as questões e o que elas desencadeiam, permitindo que, em qualquer momento, condições instituintes emerjam. Não se busca a verdade, e sim a experimentação de um conhecimento que se refaz a todo instante, seguindo os fluxos de encontros e produções.

Ao entender a cartografia num movimento de percorrer sensações, vamos escolhendo determinados instrumentos, lugares, momentos que configuram a pesquisa. As sensações que percorrem o cartógrafo podem estar no pensamento ou em situações onde se sente tocado. “A cartografia se produz através de conceitos, depoimentos e compromissos” (KIRST et al, 2003, p.98). Daí o interesse em fazer uma pesquisa onde o processo de produção do conhecimento não esteja separado da transformação no plano onde a experiência acontece. Tentar capturar o *entre* que se passa nessas relações. O que convoca é a possibilidade de estar o tempo todo transitando entre a gênese teórica e social. Lourau<sup>19</sup>, citado por Kastrup (2007, p.2), contribui para essa discussão quando coloca “que não há pólos estáveis sujeito-objeto, e a pesquisa se faz num espaço do meio”.

---

<sup>19</sup> LOURAU, R. Implicação-transdução. In: S. Altoé (org) René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2006.

Assim a cartografia coloca-se como uma possibilidade de orientação nessa trajetória, pois se propõe a estudar a dimensão processual da subjetividade e seu processo de produção. Ao tomá-la enquanto proposta metodológica, precisa-se ter claro que subjetividade e produção são indissociáveis, engendradas numa rede processual. Portanto, cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto. As configurações subjetivas, segundo Kastrup (2007), não apenas resultam de um processo histórico, mas portam em si mesmas processualidade e guardam a potência do movimento. A produção de subjetividade vai se dando num campo de forças, um rizoma, constituído de vetores heterogêneos (econômicos, sociais, políticos, tecnológicos, etc.).

No conceito de rizoma formas e forças estão presentes, pois toda forma existente, subjetiva ou objetiva, resulta de agenciamentos que se dão no plano das forças. A maneira como colocamos nosso problema traz consigo um processo de formação, através do qual as forças assumem certa configuração. A forma conjuga um agregado de múltiplas forças, e essas forças estão em constante tensionamento. A cartografia é sempre um coletivo de forças, e fazer um mapa é captar as linhas, os movimentos, um plano de forças.

O cartógrafo tem como princípio a expansão da vida, ele sabe que é sempre em nome da vida e de sua defesa que se inventam estratégias. Ele quer participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade. O que existe para o cartógrafo são intensidades buscando expressão (ROLNIK, 2006). E, para operar, Barros e Kastrup (2009) consideram necessária a criação de dispositivos. As autoras tomam o funcionamento da cartografia a partir do que constitui um dispositivo. Na pesquisa de campo, vários elementos podem atuar como dispositivos, o diário de campo, reuniões, grupos, etc, produzindo efeitos de produção e transformação da realidade. O dispositivo desloca o que se encontra enrijecido para a invenção, produzindo outros efeitos de produção e transformação.

Por dispositivo tomamos a definição de Deleuze

é uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam

nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras (DELEUZE, 1990, p.1).

Os dispositivos comportam linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, que se entrecruzam e se misturam, permitindo em cada período histórico, diferentes formações se fazerem ver e sentir (DELEUZE, 1990).

Kastrup nos diz que a cartografia é um método que distingue, mas não separa pesquisa e intervenção. Segundo a autora

No caso da cartografia, a atividade de fazer o mapa de um campo de forças pode ser suscitada pelo desejo de modificar um estado de coisas e mesmo de interferir no processo em questão, o que pode acabar por alterar os contornos do mapa. Tudo isso revela uma ligação entre a cartografia e o movimento do território cartografado. A intervenção pode se fazer junto com a pesquisa e a pesquisa não se limita ao campo do saber (KASTRUP, 2007, p. 5).

Ao tomarmos a cartografia como intervenção, consideramos o plano da experiência onde, segundo Barros e Passos (2009a), o conhecer e o fazer não se encontram separados, e operam na transformação da realidade. O pesquisar nos coloca em contato com um universo complexo, tensionando o uso de metodologias que permitam a mudança de direção nos processos de criação. Para Barros e Kastrup (2009) a aposta da cartografia é acompanhar processos exigindo do cartógrafo abertura aos encontros que nos tocam, transformam e produzem vidas.

Percorrendo essas pistas fomos entrando no campo de pesquisa onde experimentamos o pesquisar, o sentir, o fazer, no processo de produção de conhecimento.



## 8.2 Campo e dispositivos de análise

O campo escolhido para essa pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi). Esse serviço foi referência para o acompanhamento de meninos e meninas em situação de rua. Em 2002, foi transformado em CAPSi, permanecendo com a mesma equipe, passando a ser referência para o tratamento de crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico. Durante alguns meses, desenvolvi parte das minhas atividades enquanto residente nesse serviço, onde foi possível acompanhar as práticas de cuidado e alguns atravessamentos importantes para o que constitui hoje minha questão de pesquisa.

A pesquisa acompanhou os profissionais que trabalham nesse serviço, compondo um grupo de multiplicidades técnicas. Os profissionais que atuam nesse serviço dividem-se em equipe técnica, monitores, residentes, administrativo, recepção, serviços gerais e cozinha. Em outubro de 2008, fiz contato com a equipe e coloquei meu desejo em ter o CAPS como campo de pesquisa. Falei da importância da equipe possuir conhecimento sobre os objetivos da pesquisa, e combinamos o retorno informando a posição da equipe. Foi assim que a coordenadora do serviço levou o pedido para a reunião de equipe e obteve a aprovação do restante dos profissionais.

Constituíram-se como linhas de análise a produção textual obtida através da observação-participante das atividades desenvolvidas no CAPSi, e dos grupos realizados com os integrantes da equipe.

A pesquisadora percorreu documentos, memórias, apresentou pistas do seu caminhar, e é chegado o momento de conhecer o campo com todos os percursos e encontros possíveis. No percurso dessa cartografia o olhar foi se construindo junto com aqueles trabalhadores, com aquelas crianças e com toda maquinaria que é o CAPSi. Um olhar que acompanhou os movimentos com eles e como parte deles. Assim, engajei-me neles.

Seguindo a perspectiva cartográfica, fui adentrando o universo do CAPSi, acompanhando os fluxos ali existentes, desmanchando a priori, construindo outros contornos, compondo outros territórios existenciais, afetando-me e abrindo-me para os afetos que pediam passagem. Um equipamento como o CAPSi evidencia linhas de forças que atravessam práticas, constituem e materializam políticas, compondo outras linhas que se dobram na infância.

Diante dessas linhas, mergulhei nas intensidades daquele tempo, daqueles dias, daquelas oficinas, daqueles encontros, atenta aos elementos que iriam compor essa cartografia. Foram diversas cenas, diferentes diálogos, muita desconforto e estranhamento, e um caso que se fez acontecimento. Desse percurso, algumas marcas tornaram-se relevo e dão forma a essa cartografia.

O acompanhamento das atividades realizadas no CAPS totalizou quatro meses de inserção, três turnos por semana. Foi possível acompanhar atividades como oficinas, centro de atenção diária, acolhimento e reuniões de equipe. O Centro de Atenção Diária (CAD) é o espaço onde as crianças que estão em sofrimento mais intenso freqüentam, e onde os profissionais são convocados a interagir com a diversidade; as reuniões de equipe constituem-se no espaço onde são discutidos os casos atendidos. Entendemos que a escolha de um caso para a discussão pode constituir-se em analisador<sup>20</sup> do modo como a infância está sendo compreendida e produzida.

O CAPS é caracterizado por um conjunto de práticas distribuídas em oficinas, grupos, atendimentos individuais, acolhimento, reuniões de equipe, espaços de atenção diária.

Nesse CAPS o acolhimento pode ser individual ou em grupo. Quando em grupo, agenda-se para os pais e crianças/adolescentes no mesmo horário, alguns profissionais juntamente com os residentes são os responsáveis pela atividade. O acolhimento em grupo é quinzenal e reúne em torno de cinco pais/crianças. As crianças são recebidas em outro espaço diferente dos pais. Em ambos busca-se

---

<sup>20</sup> Tomamos o conceito de analisador da perspectiva institucionalista, onde são entendidos como dispositivos que permitem a explicitação de conflitos e sua resolução. Podem ser analisadores artificiais ou construídos, onde algum recurso externo manifesta o jogo de forças existente. Ou ainda, podem ser analisadores espontâneos ou naturais, produzidos pela própria vida histórico, social, libidinal e natural. (BAREMBLITT, 1996).

entender o motivo que os levou até o serviço; busca-se informações sobre a história familiar e individual do pequeno sujeito, o que o caracteriza, as dificuldades, o que gosta de fazer, a disponibilidade dos pais, a interação com a rede social, quem compõe essa rede, entre outras informações. De posse dessas informações o grupo de profissionais, distribuídos nos dois espaços, reúne-se e discute rapidamente os encaminhamentos de cada situação. Nesse momento é traçado o primeiro plano terapêutico, onde as preferências da criança são consideradas na escolha de quais atividades ela deve participar. Em algumas situações os profissionais avaliam que a criança/adolescente não precisa ficar em tratamento nesse equipamento de saúde, que sua problemática pode ser acolhida em outro serviço. Após esse traçado, se dirigem aos pais, ali mesmo na recepção e dão o “veredicto”, entregam a carteirinha com a data do próximo encontro e assim acaba a cena-acolhimento.

Essa passagem explicita diversos pontos para pensar o modo de organização do trabalho, o modo como os sujeitos são tomados, o lugar desse equipamento na rede de saúde, as concepções que atravessam a operação CAPSi, e como a clínica é praticada.

No período em que essa pesquisa acontecia, existiam quinze espaços destinados a atividades coletivas, distribuídos entre grupos e oficinas. Entre eles encontramos: grupo de cuidadores, grupo de caminhada, grupo de adolescentes, oficina de teatro, oficina de brinquedos, oficina de leitura, oficina de culinária, jogos cooperativos, oficina de bijuteria, oficina de beleza, oficina de pintura, oficina de fuxico, grupo de dança, espaço de vídeo, oficina de música. Estavam distribuídos nos turnos de atendimento durante a semana.

Juntamente com a equipe, decidimos os espaços em que participaria, considerando o sigilo das informações, o contrato com os grupos, de forma a não interferir no plano terapêutico das crianças e adolescentes.

Passei a acompanhar as reuniões de equipe, as oficinas de teatro e de brinquedo, o CAD, o acolhimento e outras atividades que surgiram. As reuniões de equipe aconteciam semanalmente, onde a equipe se reunia para atualizar as informações referentes ao funcionamento do CAPS, a rede de saúde municipal, os encaminhamentos para questões surgidas internamente que têm como agente a

gestão. No segundo momento, discutiam os casos que foram sendo levantados durante a semana e registrados em um quadro na sala de equipe, em média são 20 (vinte) casos para discussão em uma reunião de equipe com duração de três horas. Os casos eram os usuários do serviço - crianças ou adolescentes - que, por diferentes motivos, tornaram-se os casos da semana. Os principais motivos referiam-se ao plano terapêutico e diagnóstico; apontando mudanças necessárias; noticiando progressos ou retrocessos; momentos de internação hospitalar ou envolvimento com a Justiça; atualizando a equipe dos novos casos acolhidos.

A oficina de brinquedo acontecia numa sala ampla, com diversos materiais, desde sucatas a telas, no meio de tintas e lápis de cor, de papel e de tecidos, de mesas, cadeiras e chão. Participavam dessa oficina, em média, três crianças por dia de oficina, pois havia uma alternância na participação delas, nem sempre compareciam para a atividade. O grupo estava composto de sete crianças, entre oito e onze anos, mas durante a realização da pesquisa não vivenciei nenhum encontro com os sete integrantes.

A oficina de teatro também possuía sete integrantes, mas nem todos compareciam aos encontros. As idades variavam de oito a treze anos, com a participação na sua maioria de meninos. Essa oficina explorava o inesperado, utilizava técnicas onde as crianças precisavam criar imagens, gestos, sons, personagens, convocando as crianças a todo o momento à co-responsabilização pelo espaço. Ao final de cada encontro, avaliavam como foi a participação e contribuição de cada um para o coletivo. Nessa oficina acompanhei os ensaios para uma apresentação teatral que ocorreu na festa em comemoração ao dia das crianças.

O Centro de Atenção Diária é um lugar, uma sala no final de um dos corredores do serviço. Esse espaço caracteriza-se por ter a função de receber e desenvolver atividades com as crianças consideradas mais “graves”. Ali utilizam técnicas de colagem, pintura, guache, entre outros recursos que auxiliam na ludicidade da atividade. Geralmente composto por monitores e técnicos de enfermagem, além de residentes e estagiários quando esses compõem a equipe. O CAD é diário, durante os cinco dias da semana, onde a cada turno mudam os profissionais de referência. A sala possui armários, pia, prateleiras, uma mesa no

centro, espaço para as crianças guardarem escovas de dente, um fio, onde são pendurados alguns dos “trabalhos” feitos durante o período que a criança estava nessa atividade.

Chegamos com a questão e fomos experimentando os encontros, utilizando no início a observação participante, que permitiu mapear práticas e intervenções. Outros mapas emergiram desses encontros, fazendo-se necessário incluir outras formas de diálogo para que pudéssemos compreender outros fluxos. Assim, realizamos cinco grupos, grupos dispositivos, que enunciaram práticas e funcionamentos, permitindo percorrer os discursos sobre a infância. Os grupos foram realizados com os profissionais, divididos conforme sua função no organograma do serviço, e tiveram duração de uma hora e meia cada. Utilizamos questões disparadoras que aqui chamaremos de interrogantes. Os grupos possibilitaram acompanhar as linhas de enunciação, de visibilidade, de força, de subjetividade e as de resistência e fuga<sup>21</sup>, compondo assim a cartografia. A opção por separá-los foi uma decisão da pesquisadora, ao perceber durante as suas observações que havia um conflito entre os diferentes “segmentos” que compunham a equipe. Nas reuniões de equipe, percebia que algumas pessoas não manifestavam o que pensavam, não se posicionando diante dos projetos terapêuticos discutidos, em outros momentos percebia-se uma certa desvalorização direcionada a alguns profissionais. Assim, pensamos que os grupos poderiam ser um espaço de reconhecimento e de abertura para expressar as suas concepções e posicionamentos. Para isso precisavam ter identificação e confiança com o outro. Dividimos o grupo entre: monitores e técnicos de enfermagem; residentes e estagiários; equipe de apoio; equipe técnica. Ao final de cada grupo foi construída uma síntese que seria compartilhada com todos, em um quinto encontro. As sínteses assumiram diferentes formas, e foi mantido o sigilo de quem as produziu.

No quinto grupo utilizamos essas formas como analisadores da produção de infância no CAPSi, e de como os profissionais significavam aquele espaço. Pode-se questionar também a divisão dos grupos como um nó ainda presente no processo de trabalho de equipes em saúde, onde se mantém a hierarquia de saberes a partir dos especialismos. Percebemos todos esses movimentos e os atravessamentos

---

<sup>21</sup> Essas linhas foram trabalhadas por Deleuze no texto “O que é um dispositivo”, de 1990.

presentes no modo de trabalho dessa equipe, mas nossa finalidade e inserção nesse CAPSi foi através da pesquisa, com um determinado recorte de tempo e objetivos. Assim, apontamos algumas pistas que podem ser trabalhadas por outras pessoas, incluindo a supervisão clínico-institucional, que possui como função junto à equipe do CAPS proporcionar a discussão e estudo dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, olhando para a articulação junto ao território onde o CAPS está situado e para os processos de gestão e da clínica do serviço (BRASIL, 2010).

Nos grupos utilizamos os seguintes interrogantes:

- O que é infância pra vocês? Com essa questão buscamos apreender o que se enunciava sobre a instituição infância.
- Como é a infância que vocês encontram aqui no CAPSi? Esse interrogante buscou explicitar os regimes de verdade presentes no discurso sobre a infância na sua relação com o estabelecimento CAPSi e como aparece na relação com a infância fora do CAPSi.
- Conforme as práticas cotidianas, quais são as limitações e desafios enfrentados nas práticas de cuidado destinados à infância? O que se enuncia sobre práticas de cuidado é importante para pensarmos o que produz na criança.
- Na sua avaliação a maneira como a infância se expressa, ou se apresenta tem relação com o funcionamento do CAPSi? Com esse interrogante buscou-se explicitar se havia alguma relação na resposta das crianças a partir do que eles observavam como sendo função do CAPSi.

Os grupos operaram a experiência da pesquisa de campo proporcionando a participação de alguns profissionais em torno da discussão de determinados temas, contribuindo para a construção das análises produzidas a partir das relações dos diferentes profissionais, dos vários processos de trabalho envolvidos e também do conjunto dos usuários atendidos. Os grupos, assinalados por Barros (2007), funcionaram como um grupo dispositivo acionando máquinas, fabricando outras conexões, e outros modos de subjetivação.

Os grupos foram coordenados pela pesquisadora, contando ainda com uma auxiliar de pesquisa. Através desse dispositivo, buscamos compreender que concepções de infâncias atravessam as práticas de cuidado dos profissionais desse serviço de saúde mental. Realizamos o convite para todos os integrantes da equipe, em torno de vinte pessoas, onde foram esclarecidos os objetivos dos grupos, combinadas as datas, o horário e a duração, sendo a participação voluntária. A construção do roteiro dos grupos foi subsidiada pelas observações ocorridas nos primeiros meses de inserção da pesquisa. Os encontros foram gravados e transcritos, produzindo cenas para a análise da pesquisa.

Nessa dissertação, não realizaremos uma análise dos grupos, pois nos interessa apresentar os discursos sobre infância, considerando o que foi falado nos grupos e nas observações. As análises são compostas pela produção dos grupos, pela observação dos espaços já citados anteriormente. As linhas de análise desenvolvidas não compreendem o todo, não esgotam a riqueza e a intensidade do que foi vivido e observado no campo, mesmo porque há sempre a existência de linhas que nos escapam, onde o olhar não alcança.

Apresentaremos três linhas de análise: de Menino a Monstro, que problematizará o atravessamento da patologização na produção da infância no CAPSi; a segunda linha, Recortar Morcegos e Pintar Abóboras que aborda os processos de institucionalização e disciplinarização da infância no CAPSi. A terceira e última linha, Sapatilha – infância: assim desfez-se o salto, apresenta os processos de invenção e criação possíveis em um CAPSi.

O diário de campo constituiu-se como ferramenta importante para registrar as informações e os dados do pesquisador. Ele acaba tendo a função de manter um registro detalhado de cada visita ao campo, mesmo sendo utilizadas outras técnicas de pesquisa. As informações produzidas pelo diário nos dão subsídios para analisar os dados de outra maneira. As anotações registradas no diário produzem dados de uma pesquisa e transformam as observações e frases apreendidas no campo em conhecimento e modos de fazer (BARROS; KASTRUP, 2009 b). Nele são mantidos os registros da experiência no campo, o que se passa nos encontros entre o pesquisador e o campo, entre o pesquisador e as pessoas que habitam esse lugar,

além de problematizações e reflexões realizadas a partir das atividades acompanhadas.

Na perspectiva cartográfica, ao acompanhar processos, não lançamos antecipadamente quais os procedimentos metodológicos serão utilizados, mergulhamos nos efeitos de pesquisar. Assim, buscamos outros elementos que nos auxiliaram a compor com o plano da experiência da pesquisa e da produção de infância.

### **8.3 Trajetórias cartográficas**

O modo de organização do processo de trabalho, o modo como as crianças chegavam até o serviço, o que as crianças diziam nos atendimentos foram desacomodando e acabaram convocando a pensar que lugar era aquele, e se tinha alguma relação com a produção de um certo tipo de infância. Já no final do primeiro ano de mestrado, retorno ao serviço e falo da proposta inicial do projeto de dissertação que tem aquele equipamento como referência para a pesquisa se desenvolver. Após a qualificação do projeto, e aprovação do Comitê de Ética da UFRGS, retorno ao serviço para iniciar a pesquisa.

Ao chegar no CAPS e esperar na sala de recepção, fui tomada por uma sensação estranha, pois sempre tivera liberdade de circulação. Fui orientada a esperar, naquela fria recepção, naquele duro banco, com aquela profissional me vigiando. Qualquer movimento era seguido pelo seu olhar, mas meu olhar também se deslocava, como que buscando pistas, buscando algo ali, mas o quê? As paredes já não pareciam as mesmas, os armários onde o produto das oficinas são expostos tinham uma outra proporção, e disputavam lugar com os frios e duros bancos enfileirados em direção ao olhar atento da profissional, protegida pelo seu balcão. Nenhum grito corta o silêncio, nenhuma criança interrompe essa cena. Alguns



minutos se passavam e percebia uma movimentação em torno do telefone, um sobe e desce, até ser convidada a esperar no andar de cima, no alto do prédio. Fui recebida por um técnico que me conduziu à sala da coordenação e pediu que esperasse o momento de entrar na reunião de equipe, pois anunciaria seu término.

Ao entrar na sala da equipe, todos estavam sentados como em um círculo, acompanhando a distribuição das paredes. No centro encontrava-se uma mesa redonda, com o café da manhã. Em um dos bancos, ao lado da psiquiatra, estavam empilhados diversos prontuários. Logo veio uma observação sobre minha chegada, *“o que a M. vai pensar do nosso acolhimento? A J<sup>22</sup>. deixou ela esperando lá embaixo, não mandou subir, precisamos conversar com ela!”* E foi o que realmente pensei! Todas as pessoas são acolhidas dessa maneira? Senti um desconforto ao esperar, mas não pela espera, mas sim por me sentir um estrangeiro, sendo observado, lançado no desconhecido. Por mais que houvesse tido uma passagem pelo local, estava ali em outra condição, em outro momento, com objetivos diferentes daqueles em 2007.

Iniciamos as apresentações e falo do percurso do projeto e dos conceitos que norteiam esse modo de pesquisar. Estavam presentes profissionais considerados técnicos, por possuírem título de nível superior; monitores; técnicos de enfermagem e de nutrição; auxiliares administrativos; residentes e estagiários. Ao terminar a apresentação, começaram a questionar como se daria a minha participação, apontaram o tema como sendo de relevância para o trabalho deles, sugeriram autores e trabalhos que poderia buscar para seguir minha interlocução teórica.

Nesse momento, senti-me lançada ao mar, iniciava a materialização da pesquisa. Será? Durante toda a pesquisa fui questionando o lugar do pesquisador, que figura é essa? Como opera com os conceitos? Como percorre os lugares? Como deixar-se conduzir? O que fazer com os afetos que circulavam? Como se constitui o olhar do pesquisador? Seria possível um pesquisador-militante? O que o atravessamento “militância” produziria no pesquisador?

---

<sup>22</sup> A inicial do nome também é fictícia, visando a não identificação do sujeito.

Essas questões foram importantes para compreender que lugar era aquele que estava percorrendo e que produzia outras inscrições no meu corpo e na forma como eu vivia aqueles encontros. Alguns conceitos começam a fazer sentido a partir desse momento.

Quando escolhemos por um percurso metodológico, estamos fazendo apostas e nos filiando a um determinado modo de pensar, a uma ética, a uma produção de conhecimento que fala de um modo de compreender o sujeito, de um modo de entender as relações de poder existentes, das verdades constituídas entre esse jogo de forças do poder. Falamos de um *ethos* da pesquisa, em um lugar de existência de sujeitos e linhas que se cruzam, se encontram, se distanciam produzindo com a pesquisa uma existência nômade. Ao nos movermos nesses trajetos somos tomados por acontecimentos que causam fissura no nosso olhar. Essas fissuras podem nos remeter a uma parada, com o intuito de lançar-nos novamente ao movimento. De modo rizomático vamos compondo uma cartografia móvel engendrando a variedade de direções das linhas que a compõem.

Como transformar uma implicância militante em uma linha da cartografia? Ou a implicância militante já está na cartografia?

O que diferencia a intervenção do pesquisador da intervenção do profissional num grupo de acolhimento? Ao perceber as potencialidades presentes naqueles espaços, sentia-me convocada a dar uma outra escuta, a aliviar a ansiedade daquelas crianças e pais. Mas logo me dou conta da importância do vazio, e que a ausência da ação remete a ver o que se produz no lugar da não intervenção, porque mesmo sem uma ação direta, algo se passa entre aqueles sujeitos e as instituições presentes. A não ação pode produzir um deslocamento do olhar do pesquisador. Difícil para o olhar do militante que tão logo quer evitar que um ciclo se reproduza. Mas, para o pesquisador-militante, o vazio não é menos importante e significativo que a intervenção, pois dele emergem condições de possibilidade para pensar o modo como o cuidado vem sendo operado e engendrado com a história de vida daqueles sujeitos.

Por tudo isso que vem sendo discutido, destacamos nosso pesquisar como uma forma de cuidado, concordando com as contribuições de Alvarez e Passos

(2009) sobre cartografar, pois buscamos nos posicionar ao lado da experiência, reconhecendo com ela as singularidades de cada evento. Assim, desenvolvemos, na seqüência do texto, as cenas e ritmos acompanhados nesse território existencial de encontro da pesquisa, as tramas cartográficas que se produziram nesses encontros.

## 9 TRAMAS CARTOGRÁFICAS

Esse capítulo anuncia a segunda etapa dessa escrita, onde gostaria de direcionar o leitor para uma leitura crianceira, onde o universo da fantasia e da vida se misturam.

### 9.1 De Menino a Monstro

Dia qualquer para o CAPS. Apenas mais uma quinta-feira no cotidiano de fazeres de um serviço de Saúde Mental localizado no estado do RS. Apenas mais um dia para os trabalhadores, minha primeira participação como pesquisadora no grupo de acolhimento, e o primeiro contato de cinco crianças e seus cuidadores. Então não era apenas mais um dia. Era “o dia” para muitos de nós. O medo, a dúvida, a incerteza, o desconhecimento, a ansiedade, a fantasia compunham esse cenário estrangeiro. E lá fomos nós, cada um assumindo o seu papel, em diversas direções. Alguns profissionais receberam os pais em uma sala; outros, as crianças, em salas separadas, e a pesquisadora precisou escolher onde ficar. Assim, compôs o grupo dos cuidadores.

Todos relatam suas dificuldades, o sofrimento dos filhos e o percurso até chegarem ali, no CAPS. São histórias de abandono, violência institucional, negligência do Estado, vulnerabilidade, mas entre elas uma ecoou dentro de mim de maneira desconcertante. Assim passo a contar a história do *Menino* no encontro com esse serviço de saúde mental – o CAPSi.

O *Menino* chega ao CAPS acompanhado de sua mãe, permanecem sentados na recepção até o momento em que são convidados a entrar em salas separadas. Sem entender muito, ambos se dirigem às salas, seguindo as orientações dos profissionais. A mãe expõe a necessidade de receita médica para retirada de medicamento, motivo que os fizeram chegar ali. Durante a entrevista, em grupo, conta que o *Menino* há muito tempo fala algumas esquisitices, conversa com o cachorro que já morreu, bate na parede, dá socos na parede. Fazia uso de medicação há muito tempo. Na escola às vezes ficava agressivo. Sempre tivera a receita do medicamento renovada. Mas o médico que o acompanhava se afastou e foi necessária uma nova avaliação, com um novo profissional para obter a receita. Foram encaminhados à emergência psiquiátrica referência do município, lá ela relata que precisa somente da renovação da receita para o seu filho. Relata as características e os “motivos” que acredita justificar o uso de medicamento. Com esse relato tem indicação de internação. Surpreende-se e questiona, pois não fora buscar internação para o seu filho, e sim, o acesso ao medicamento. Ao receber a notícia da internação, fica desesperada e fala que fará qualquer coisa pelo seu filho, mas internação ela não queria.

Com essa informação fica muito assustada, pois até então não observara nada de “tão grave” no seu filho. Afirma e assume os cuidados do filho fora da internação. De posse do documento de referência chega ao CAPSi para o acolhimento, previamente agendado. O pedido direcionado ao local é de renovação de receitas e a busca por entender o que o filho tem. Conectado a esse pedido, havia o medo de que ali também fosse o lugar da internação. Após alguns esclarecimentos, e contextualizações, foi sendo possível acomodar o que seria o CAPSi.

Enquanto isso, na outra sala, as crianças relatavam, na medida do possível, o motivo que as conduziu até esse serviço. Muito risonho ou, segundo os relatos, risos descontrolados, involuntários, caracterizavam o *Menino*. Expõe seus desejos e projetos, que mais tarde tornam-se objeto de comentário por parte dos profissionais. A partir da avaliação desses profissionais entendeu-se que ele era “caso para CAPS”, mas precisavam seguir avaliando. Ganha passagem para o CAD, centro de atenção diária, lugar onde as crianças e adolescentes com sofrimento mais grave

permanecem, em avaliação. Mãe e filho aguardam ansiosos na recepção, pelo resultado daquela conversa. Curiosos, porque nem um nem o outro sabem o que se passou dentro de cada sala. Pelas escadas, descem alguns profissionais de posse da carteirinha, o passaporte para o CAPS. Na carteira, são agendados os dias e as atividades das quais participará. O *Menino* deverá participar uma vez por semana do espaço do CAD.

Já no CAD, sentado ao redor da mesa, desenha, desenha, segue desenhando... Toda a sua construção delirante presente ali naquelas linhas, naquelas formas, naquelas cores, naquele modo de compor com esse lugar. Permanece sob os olhos atentos do profissional, que de vez em quando manda desenhar e usar outras cores de lápis, já que os escolhidos por ele não estavam adequados. A pesquisadora passa, interrompe aquela cena, estremece o silêncio. E o delírio do sujeito se apresenta, o “bem e o mal” compõem a existência delirante desse menino. Assustado, o profissional afirma para ele a existência do bem, e novamente o silêncio. A pesquisadora se retira, e ele continua desenho, pintura, cinza, folhas, bem, mal, animais, desenho, pintura, cinza, folhas, bem, mal, silêncio... Silêncio... Guardar tudo... Hora do lanche.

Assim o *Menino* segue de posse do seu passaporte, percorrendo e descobrindo as várias portas existentes dentro do CAPS. Segue abrindo algumas, na companhia do desconhecido, e vai encontrando caminhos. Porta-psiquiatria, abre e se depara com a avaliação. Sai dali com outra marca no seu corpo-existência. Outro nome, outra característica, o que será? Dessa porta ele sai com a receita, e com outro registro no seu passaporte, o acesso a um medicamento e a um diagnóstico. De *Menino* a *Monstro*.

Porta-reunião de equipe, a essa ele não tem acesso, por ela ele não passa, pelo menos materialmente. Pois ele se faz presente pelos relatos dos profissionais. E se fez presente. Será? Talvez ele nunca estivera presente. Ele aparece como sinônimo de besta, um caso de bestialismo. O que isso quer dizer? Pendurado ao bestialismo veio o potencial para conduta grave. Nossa, coisa mais complicada! Confusão. Dúvida. Perigo para a sociedade. Já não sei de quem eles falam. Perdida. Impaciente. Incomodada. Corpo estremeado. Já nem cabia no contorno do corpo

tanta desacomodação. Mais água, mais café. O que é bestialismo? Para isso indica-se participação em outra oficina.

Porta-oficina de teatro, sim, ele queria ser ator e sinalizara isso desde seu primeiro dia no CAPS. O teatro ocupava o lugar do sonho em vida. Companheiros, trocas, coletivo. Encontra um grupo de crianças que brincam e criam. Diversão. Tensão. Conflitos. Negociação. Cria o seu personagem. Assume um papel de líder do grupo. Conduz os outros personagens. Criação. Invenção. Deixa a máscara de besta para trás. Joga-a fora. Talvez nunca a tivesse usado. Realiza um sonho. Felicidade da mãe. Alegria da platéia. Comoção dos profissionais. Lágrimas. Não ao besta.

*De Monstro a Lenhador.*

*Ali o Menino é o Ator.*

O nosso personagem, o *Menino*, protagoniza a história de passagens pelo CAPSi como um caso-acontecimento. Segundo o dicionário Aurélio, caso significa acontecimento, fato, ocorrência, acaso, casualidade, entre outros sinônimos.

No cotidiano dos serviços de saúde e entre os seus trabalhadores, encontramos, diversas vezes, a expressão Caso, ao se referir aos usuários dos serviços, aos pacientes, ou, para nós, aos sujeitos. O processo de trabalho em saúde tem incluído um espaço que se destina à discussão de Casos. São inúmeras as histórias e vidas que passam pelos serviços, mas uma em especial nos convocou e aparece aqui como acontecimento. O caso ilustra a história de uma criança e seu percurso dentro do CAPSi, e não foi escolhido, aconteceu.

O acontecimento se dá nesse caso, agenciado por diferentes linhas, por uma teia de relações onde se faz passagem, algo para além desses sujeitos. O acontecimento está na ordem do inesperado, algo que se impõe sobre as outras formas e transforma os modos de subjetivação e apreensão dos objetos-mundo. Para o acontecimento não há necessidade de explicação e esclarecimentos, ele fala por ele mesmo, e rompe com as formas instituídas e suas verdades. Assim, acaba rompendo com a linearidade do tempo, presente, passado e futuro passam a coexistir, inventando outras rotas (MAIRESSE, 2003).

A noção de acontecimento utilizada aqui refere-se às idéias trabalhadas por Deleuze. Acontecimento como algo que ocorre no encontro entre corpos, na composição de singularidades, em movimento. O caso como acontecimento relaciona-se com as diferentes relações possíveis e existentes entre sujeitos, instituições, objetos. Não é o diagnóstico, nem o tratamento, nem o serviço, nem os profissionais que cuidam; é a composição, a multiplicidade existente nesses diversos encontros.

Diante disso, ele funciona para pensar os processos de patologização existentes dentro desse estabelecimento. Já na entrada do serviço ele denuncia um modelo de cuidado presente nas redes de atenção, ainda centrado na internação. Observa-se ainda, nos dias atuais, a permanência da concepção de internamento como a principal forma de cuidado às pessoas com grave sofrimento mental. Mesmo com a aprovação de legislações, pactuação de fluxos, apostas em modelos de atenção centrados no território e formação de trabalhadores, ainda não se conseguiu romper com a concepção de internação em hospitais. Essa situação mostra a permanência de uma concepção de cuidado pautado na internação.

O primeiro movimento realizado como resposta à solicitação da mãe do *Menino* referente à renovação do medicamento foi a internação. O relato dos sintomas contribui para corroborar a indicação. A mãe não fala apenas dos sintomas do filho, contextualiza todos eles na vida dessa criança, mas a escuta de alguns profissionais, como uma espécie de filtro, registra apenas os aspectos relacionados à patologia. A escuta dos profissionais é atravessada por saberes e poderes que sintetizam as informações em um determinado modelo de cuidado. Esses modelos representam as práticas discursivas que ora remetem à patologia com sua hierarquização de sintomas, padronizando os sujeitos, ora tentam desprender-se e buscam outros modelos que valorizam a singularização e o desejo dos sujeitos. Não banalizamos a internação, pois esta é necessária em muitos momentos de crise, o que chamamos a atenção é para a manutenção da internação como única possibilidade, ou estabelecida como sendo a primeira opção. Essa cena-passagem retrata a internação como sendo uma das portas de entrada para o cuidado em saúde mental.



A atitude da mãe em recusar a internação colocou-a em contato com o CAPSi, o pedido permanecia o mesmo, agora um pouco mais assustada, pois, após o apontamento da internação, a relação com filho gerou-lhe mais preocupação, e o comportamento dele passou a ser vigiado mais de perto por ela. O temor da internação é projetado no estabelecimento CAPS, pois nada sabia sobre seu funcionamento. Após o acolhimento, que funciona como uma espécie de avaliação para ingresso no CAPS, recebem a notícia sobre sua permanência ou não em acompanhamento ali naquele local. Utiliza-se outra nomenclatura, mas vimos a atualização de práticas classificatórias baseadas em empirismos, já conhecidas no final do século XIX, e perpetuadas ao longo dos séculos XX e XXI. Continua-se avaliando pelas características do comportamento, por situações surgidas na superfície, o que está em avaliação não é o grau de sofrimento do sujeito, mas qual tecnologia disponibilizada, a criança responderia mais rapidamente. As tecnologias utilizadas podem ser oficinas, grupos, atendimentos individuais, atendimentos com especialidades específicas, entre outras modalidades oferecidas pelos serviços. Novamente a atualização de um saber-poder que exerce dominação sobre as práticas. Uma avaliação realizada em um encontro com poucos minutos dificulta o estabelecimento de vínculo, necessário para uma relação terapêutica se estabelecer, e reforça a noção de traços do comportamento como condição diagnóstica.

A construção de momentos de avaliação é fundamental para a construção do projeto terapêutico singular. O importante é diferenciar, na organização de um serviço, o que se define como acolhimento e os espaços destinados para avaliação. Concordamos quando os profissionais incluem as crianças no CAD para seguir a avaliação, desde que esse objetivo esteja claro para toda a equipe, e principalmente para o técnico de referência da criança. Quando o *Menino* ingressa no CAD, evidencia a cristalização das ações terapêuticas e a repetição de atos corroborando com o lugar dos mais graves. Como se quem estivesse em crise não conseguisse realizar e se responsabilizar por ações mais elaboradas. Novamente a homogeneização dos sujeitos, a relação estabelecida entre o técnico e a criança era do lugar de um suposto saber para o de objeto. Como objeto, essa criança tinha muito pouco a fazer, a saída era pintar, pintar, pintar e esperar o tempo passar.

Outro aspecto importante é atribuição de um diagnóstico. No caso-acontecimento, o Menino se transforma em Monstro após alguns dias dentro do CAPSi. O diagnóstico psiquiátrico reforça o lugar da crise e aprisiona as potencialidades dessa criança.

“um profissional traz retorno na consulta, bestialismo, potencial para conduta grave. Outra profissional diz que é um perigo para a sociedade. Decidem incluir em outra oficina” (Discussão na reunião de equipe – fragmentos do Diário de Campo)

A partir daquele momento ele é reconhecido por alguns profissionais como mau prognóstico. Através dessa cena, percebe-se a produção de outra criança, que já não era a mesma que chegou na emergência, já não era a mesma que chegou no CAPSi. As práticas vão deixando marcas nos corpos infantis. Já não é possível ser Menino! O centro do cuidado está colocado na classificação patológica e não na vida dos pequenos sujeitos.

Os efeitos dessas práticas nas crianças são sentidos desde o momento que chegam. Eles carregam as marcas por todos os lugares que circulam e, no decorrer, outras vão se agregando. Num dos acolhimentos em grupo com crianças, chamou-me a atenção o que essas práticas representavam na vida de cada um, e como são sentidas de maneiras diferentes.

Ao serem questionados se sabia o motivo do encaminhamento para o CAPS:

- Minha mãe acha que eu sou *louquinho*<sup>23</sup>, me trata feito um. Só de estar aqui é a confissão assinada de que sou *um mentais severos e persistentes*. Não tenho nem severo nem não severo, não tenho problema nenhum. – M, 14 anos.

---

<sup>23</sup> Grifos nossos.

- Para ajudar as pessoas para ficar bem, acho que não é para louquinho, porque *louco é no hospício*. B, 12 anos.

- Não precisa ser imbecil para estar aqui. Mi, 10 anos.

- Se tu não falar vai demorar para ir embora, se falar vai melhorar. B, 12 anos.

- É a minha *reputação* que está em jogo, me chamar de *louquinho*. M, 14 anos. (Acolhimento em grupo com crianças, fragmentos do Diário de Campo).

A legislação que regulamenta os CAPS preconiza o atendimento de pessoas com transtornos graves, severos e persistentes. Opera como agenciador de entradas, mas chama a atenção que ao mesmo tempo em que orienta a construção de um modelo pautado no modo psicossocial ampliando o acesso a essa população, produz outros acoplamentos, pois o discurso da psiquiatrização atravessa as novas práticas. A nomenclatura utilizada é outra, toma emprestado outra roupagem, mentais severos e persistentes, mas continua sendo vivenciada pelos sujeitos como sinônimo de loucura e estigmatização. Denuncia que aquele local recebe pessoas diferentes.

Eis um grande paradoxo desses estabelecimentos, pois nascem dentro de outra configuração política e social, criam-se normatizações na tentativa de assegurar um modo de cuidado pautado da singularidade e na produção de sujeitos livres, mas correm o risco, desde sua inauguração, a funcionar sob os mesmos pilares. O que faz circular dentro deles parte da ação de pessoas, são elas que imprimem movimentos, é pelo coletivo que a máquina CAPSi opera, com linhas de forças que resistem e outras que forçam a manutenção do mesmo. A existência desses equipamentos são fundamentais para a garantia de um modo de cuidar, mas não exclui a atenção e análises constantes sobre seu funcionamento.

O adolescente sabe que aqueles que chegam até o CAPSi possuem algumas características em comum, sabe que algo o une aos demais que ali estão. O significado de mentais severos e persistentes é vivido por ele com o mesmo peso da loucura, pois é essa experiência que o faz ter a história marcada por internações. Ele reconhece as características necessárias para ter acesso ao serviço, bem como aquelas que costumavam vir associadas aos ditos loucos. Mas, ao mesmo tempo em que esse adolescente tem essa experiência, para as outras meninas do grupo, o CAPSi tem como finalidade ajudar aqueles que precisam. O discurso da patologização ainda não se dobrou sobre essas crianças, essa experiência pode configurar-se como passagem, o que significa que elas não reconhecem a patologização em outras crianças. Para elas, o lugar do louco continua sendo no hospício, explicitando que a necessidade da existência de espaços para loucos ainda é presente na nossa sociedade. São crianças que foram subjetivadas num outro contexto político, mas o desejo de manicômio ainda se faz muito presente entre todos.

Através do relato das meninas, observamos que nenhuma tivera internação em hospitais por problemas no seu comportamento. O fator internação diferenciava o adolescente das demais, o que acabou nos colocando algumas questões. A experiência da internação estaria produzindo ou reforçando uma fábrica de loucos? Será possível o CAPSi fugir de um lugar que produza estigmatização? Os CAPSi conseguiriam produzir experiências de passagem?

Dessa forma, ele não se reconhece como um sujeito, está colado no diagnóstico, mas desafia o profissional a auxiliá-lo num resgate de si. Chega anunciando que a mãe dele acha que ele é louquinho, e que até teria um nome que reforçaria a percepção da mãe, como uma confissão, mas ao final afirma que ele não é isso. Quantos pedidos já havia direcionado aos profissionais que o cuidaram até aquele momento? E como seria recebido nesse serviço?

Até o momento, exploramos algumas questões que explicitam como os movimentos de patologização se atualizam em diferentes práticas e na vida das crianças. Iniciamos falando do caso-acontecimento, e da história do *Menino*, ele poderia ser o fio condutor dessa escrita, mas podemos afirmar que ele agrega várias cenas trazidas aqui. O nosso caso-acontecimento não pode ser compreendido como

mais um caso, ele não pode ser encerrado dentro dessa categoria. Durante as reuniões de equipe são discutidos os “casos”, em média vinte por reunião, acompanhei reuniões onde foram discutidos trinta e dois casos. Comecei a estranhar, pois a criança desaparecia nos relatos dos profissionais. O que era relatado falava das evoluções diagnósticas, das mudanças de medicação, das alterações nos projetos terapêuticos, mas pouco ou quase nunca vi crianças presentes naqueles relatos.

Durante as reuniões de equipe, busquei registrar como os casos apareciam, o que se falava sobre eles, de que forma o discurso sobre a patologia atravessava as crianças, quantas vezes as crianças tornaram-se os casos da semana. Os motivos para se tornar um caso não variavam muito, circulavam entre mudança no plano terapêutico, alteração da medicação, elaboração de laudos, comunicação de altas, envolvimento com a Justiça, ou com outros órgãos externos à área da saúde. Em algumas situações, a mudança no plano terapêutico devia-se ao não rendimento, ou à não produtividade da criança nas oficinas ou grupos.

Chama atenção a presença das classificações diagnósticas como centralidade na história dessas crianças. A avaliação tem priorizado o fechamento de um diagnóstico, e todo o seu percurso pelo CAPSi está marcado pela manutenção da doença, através da afirmação de um conjunto de sintomas.

Primeiro diagnóstico TDAH, oposição e desafio – risco para desenvolver transtorno de conduta. Pensam em alguma coisa mais direcionada à transtorno de conduta – oficinas e tal. Pertence ao bonde. Esse vai pra a FASE daqui a pouco. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

Uma estrutura que privilegia a produção da doença acaba utilizando estratégias pautadas nessas concepções, sendo a cura o objetivo final. Alguns fragmentos do diário de campo denotam discursos presentes nas práticas, entre eles o discurso de salvação da alma das crianças, presentes desde o século XVIII, o discurso da criança como um futuro cidadão, e os discursos da medicalização e psiquiatrização na infância.

Portador da loucura da família; que exige muito dele; caso que escapa da mão; caso que não temos em nossas mãos. Mau prognóstico. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

Não vi nenhum transtorno muito claro, só alguns impulsos, avaliar nos espaços do CAPS. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

A partir disso nos perguntamos: quando o caso é uma criança ou quando a criança não é um caso? Pois a criança transborda para fora do caso, o caso é uma forma assumida em um momento da vida, ele assume determinada configuração para auxiliar quem cuida da criança a compreendê-la melhor, uma vez que reúne alguns elementos e informações que fazem parte da singularidade da criança. Reduzir a criança ao caso é aprisioná-la numa única direção dos processos de subjetivação. Nesse processo, a manutenção da doença se fará presente, restringindo a criança à exploração do mundo por tomar como verdade que doentes têm limitações. Assim qualquer ação da criança será tomada como sintoma, e a partir disso nada escapará aos olhos atentos e vigilantes dos profissionais da saúde e da família.

Passa uma coisa muito ruim, pequeno horrorosinho; Mau prognóstico. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

O fragmento acima traz outra questão importante no movimento de patologização da infância. O que querem dizer os profissionais quando afirmam que a criança tem um bom ou mau prognóstico? Como podemos afirmar que uma criança não encontrará outras formas de viver seu sofrimento? Esse posicionamento traduz um movimento da contemporaneidade que é a individualização do sofrimento e a culpabilização por possuir um diagnóstico. Ao entender a criança como um mau prognóstico, encerra-se nela todas as possibilidades de inventar outras estratégias de experimentar seu sofrimento, além de excluir outros elementos importantes na

sua constituição. A família passa a ser algo periférico, o modo como a criança vive, se alimenta, o local onde estuda, a relação com os grupos sociais, entre outros, não são considerados como co-produtores de adoecimento, fortalecendo o processo de subjetivação individualizante.

A busca pela remissão dos sintomas presentes nas crianças e o retorno à norma acaba gerando frustração nos profissionais, pois possuem expectativas de alcançar uma infância sem problemas, recolocando as crianças como o futuro cidadão. Através dos grupos, percebemos que os trabalhadores sofrem quando as crianças não respondem aos planos pensados por eles. Esse sofrimento acaba limitando a abertura para qualquer movimento diferente que a criança realize, pois se espera um determinado modo de agir; o que foge do esperado acaba não sendo reconhecido. A não resposta da criança gera no profissional uma certa desistência, pois o investimento direcionado a elas é tomado como fracasso e perda de tempo, uma vez que respostas não virão. O tempo de resposta das crianças considera toda a sua problemática, e pode estar relacionado às maiores dificuldades delas e ao que poderia ser vivenciado de maneiras diferentes. É “tem casos que a gente não tem o que fazer” (Grupos, fragmento do diário de campo), o que se espera fazer? Talvez o que a criança esteja demandando não esteja sendo escutado pelas equipes, seja pelos atravessamentos de uma concepção de infância ou da concepção do que é função desse serviço.

Um número muito grande de crianças não conseguem aproveitar/ ficar aqui e tem algumas crianças aqui no CAPS, que as vezes a gente comenta que fica sem esperança, isso é muito ruim. (Grupos, fragmentos do diário de campo).

Tem um caso que sempre investi muito que sempre dizia essa criança apesar de tudo que passou, do abuso, da negligência, da violência que foi exposto, esse menino tem alma, daí passou seis meses, (...), eu não vejo mais a alma dele. (Grupos, fragmentos do diário de campo).

Porque tem momentos que é difícil quando a gente percebe a criança que a gente não conseguiu tocar, tem algumas situações, mas a gente não sabe o

número, não é muito comum, mas tem algumas crianças que a gente não toca. (Grupos, fragmentos do diário de campo).

A não existência da alma na criança rompe um dos discursos que atravessam as práticas, salvar a alma das crianças, corroborando com ideia de que mais nada é possível, uma vez que a função de resgate não foi possível. Essa concepção encerra as possibilidades de investimento para o fora, marcando os atos de cuidado como sendo da ordem da restituição da norma.

A pulverização das classificações diagnósticas<sup>24</sup> influencia a distribuição e organização dos grupos e oficinas terapêuticas nos CAPS. Os tipos de oficinas e grupos criados nos serviços buscam contemplar e desenvolver com as crianças e adolescentes a sua reinserção social, trabalham as suas dificuldades e potencialidades, configuram-se como espaço de ludicidade. Assim, o atravessamento das classificações delinea a forma das oficinas, muitas vezes distanciando da produção de vida. As atividades acabam sendo terapêuticas, mas demarcam o lugar da patologia. Observamos que muitas vezes as crianças desconhecem o motivo de estar participando de determinadas atividades, mas o encontro com outras crianças no espaço organizado e com determinadas tarefas faz com que se produzam deslocamentos. Ao mesmo tempo em que a escolha por determinados espaços coletivos se dá através da discussão e decisão dos profissionais, considerando a classificação diagnóstica; para as crianças, essa determinação nem sempre se faz presente, permitindo a ela outra circulação pelos espaços.

Na distribuição atual das atividades nesse CAPSi, há o espaço para os mais graves e outros para aqueles com menor sofrimento, uma divisão entre graves e não-graves, imprimindo uma hierarquia nas patologias. Após a avaliação da criança, essa é considerada grave ou não, quando grave é indicada a participação no CAD.

---

<sup>24</sup> A ideia de pulverização é desenvolvida por SERPA JUNIOR( 2003), ao analisar o que as novas edições dos principais sistemas classificatórios têm produzido na discussão do anormal e patológico, criando uma explosão de diagnósticos a partir do movimento de patologização do normal.



O CAD é considerado o lugar para quem está em tratamento intensivo. As crianças podem ser inseridas no CAPS de diferentes maneiras, conforme a frequência na participação das atividades, relacionada ao momento e sofrimento de cada criança. O que se preconiza para a oferta de cuidados nos CAPS é o atendimento para pessoas em crise; para atender a essa demanda os serviços se organizam de diferentes maneiras: através de grupos, oficinas, acompanhamento terapêutico, atendimentos individuais. O risco é transformar esses espaços em máquinas de produção patológicas, onde o critério para participação é o CID e não com o que aqueles espaços podem contribuir para diminuição e ressignificação do lugar do sofrimento.

A lógica da divisão entre graves e não graves nos remete àquelas divisões realizadas nos manicômios, entre os pavilhões-asilo e pavilhões-escola, sendo o critério de entrada ser recuperável ou irrecuperável. Com isso, observamos como vamos produzindo os anormais e como o poder psiquiátrico atravessa as práticas atuais.

Essa guria é aquela psicótica? Podre de psicótica! Essa paciente é crônica, regressão, com ela o movimento é ao contrário, sai da Oficina e vai para o CAD. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

Ela está estagnada, é uma menina retardada, na oficina de brinquedo as coisas vêm se repetindo. Ir para o CAD? Trabalhar com a mãe? Em time que se tá ganhando não se mexe. Ela permanece nessa oficina. “Essa menina vai fazer 18 anos na oficina de brinquedo. (Reunião de Equipe, fragmentos do diário de Campo).

A mudança no plano terapêutico e a circulação das crianças pelos espaços terapêuticos está marcada pela patologia. Através dos relatos acima, percebemos que a entrada em uma oficina significa estar fora da crise, enquanto o CAD ocupa o lugar de acolhimento de todos na crise. Entendemos que o CAD possui a função de permitir a livre circulação das crianças, onde possam ser acolhidas em atividades diversificadas. Parece-nos que o CAD vem sendo engessado e vem tornando-se um lugar. Para que o CAD ocupe o lugar de livre circulação e expressão, os contratos

nos grupos e oficinas precisam ser esclarecidos e revistos a todo momento, incluindo sempre a criança na sua construção. O modo como a criança percebe sua participação nas oficinas e grupos varia muito: para o olhar do profissional a criança pode não estar evoluindo por não produzir ou corresponder às tarefas estabelecidas para determinado espaço; mas enquanto isso a criança pode estar feliz por realizar justamente aqueles atos e produzir aqueles objetos. O contrário também é válido, pois não significa que, ao produzir e cumprir com os objetivos do grupo, a criança esteja mais feliz e tenha seu sofrimento atenuado. Não buscamos a cura no sentido do paradigma tradicional, o de doença-cura, e sim, acompanhar e produzir desvios nos processos de subjetivação dessas crianças, proporcionando outras experimentações. Conforme Rotelli (1990), a transformação nos modos como as pessoas são tratadas não buscam mais a solução-cura, e sim, a transformação do seu sofrimento, percorrendo a complexidade dos modos de cuidado. Para Rotelli “a ênfase não é mais colocada no processo de *cura*, mas no projeto de *invenção de saúde e de reprodução social do paciente*” (ROTELLI, 1990, p. 30).

Ao acompanhar as reuniões de equipe, sempre tivera um desconforto e, numa dessas manhãs, lembrei-me do capítulo o Chá de Loucos, presente no livro Alice no País das Maravilhas. Os momentos de informes e discussão de casos remetiam à história e àquele lugar embaixo de uma árvore e com uma mesa enorme, onde o Chapeleiro, a Lebre de Março e o Dormidongo gritavam para Alice, ao vê-la se aproximar, que não havia mais espaço. Era assim que me sentia, sabendo que há espaço, mas ouvindo o tempo todo que não há. Havia uma repetição das discussões, pareciam estar todos presos ao tempo, tal qual os personagens do mundo de Alice. Parecíamos estar sempre no chá das seis. O máximo que acontecia era a mudança de lugares em torno da mesa, assim também são as reuniões de equipe. Mudam-se os casos, mas os encaminhamentos pareciam ser os mesmos. Os dias não interessam; as crianças, quem são mesmo? Estávamos presos ao tempo, um tempo que parece não causar fissura no olhar e na escuta, pouco importava a história da criança, assim como as questões da Alice, “o tempo não suporta ser marcado”<sup>25</sup>, pois, ao final, o plano terapêutico mudaria, as crianças seriam avisadas, e continuaríamos circulando ao redor da mesa com prontuários. As questões continuariam sendo colocadas, o estrangeiro continuaria

---

<sup>25</sup>

Alice no País das Maravilhas. Lewis Carroll. 2ª edição revista (2000, p. 91).

sem lugar na mesa, e as repostas continuariam sendo dadas mantendo a alienação ao tempo, pois, afinal, é sempre discussão de casos e reunião de equipe. São sempre seis horas, hora do chá!

## 9.2 Recortar morcegos e Pintar abóboras

Na seção anterior, abordamos as questões relacionadas ao movimento de patologização da infância. Aqui, abordaremos como as práticas de cuidado contribuem para a institucionalização e disciplinarização da infância. O título dessa seção surgiu em um dos grupos realizados pela pesquisadora, onde se discutiu como o CAPSi contribui para a produção da infância. A cena correspondia aos fatos ocorridos na preparação e durante a festa comemorativa ao dia das crianças. Durante todo aquele mês, nos dias que antecederam a festa, as crianças e adolescentes envolveram-se com a preparação da mesma. As oficinas e grupos direcionam suas ações para a produção de objetos, enfeites, manifestações artísticas que serão compartilhadas por todos no dia marcado. A festa acontece há alguns anos em comemoração ao dia das crianças e tem como tema o halloween, dia das bruxas na cultura anglo-saxônica<sup>26</sup>.

Nas oficinas, as crianças pintavam abóboras, morcegos, recortavam máscaras que seriam usadas na decoração da festa. Os profissionais também se envolviam com a confecção de fantasias, objetos, músicas, entre outros. Como ficam aqueles que não desejam pintar abóboras e recortar morcegos? Acabam tendo que cumprir a atividade? No início é pura diversão, mas logo se transforma numa linha de montagem, onde a tarefa é construir adereços para a decoração da festa. Em um

---

<sup>26</sup> Halloween é um evento tradicional e cultural, que ocorre nos países anglo-saxônicos, com especial relevância nos Estados Unidos, Canadá, Irlanda e Reino Unido, tendo como base e origem as celebrações dos antigos povos (não existem referências de onde surgiram essas celebrações)

dos grupos realizados, foi trazido o incômodo com o relato de algumas crianças e adolescentes, pois diziam estar cansadas de fazer aquilo. Outros expressavam o desejo de manter a festa no dia das crianças, e também existiam aqueles que percebiam que o tema não tinha relação com a nossa cultura.

O processo de disciplinarização atravessa as atividades dos CAPSi e se expressa através das normas instituídas em cada um desses espaços. Se a regra era recortar morcegos, assim deveria ser, todos precisavam entrar na atividade com ritmo e tempo determinados. Essa cena deflagra outros questionamentos presentes em alguns momentos dos grupos, onde se observa o controle e regramentos de todos os espaços dentro do CAPS. O vazio não pode existir, busca-se estruturar todas as atividades, com início, meio e fim, fazendo cumprir o objetivo. “Se o momento é oficina de cinema ou filme, as crianças não podem se envolver com outra coisa, não podem ficar mais agitadas, precisam permanecer sentadas e concentradas no filme, pois caso contrário, não saberão fazer o debate ao final”.<sup>27</sup> Esse relato apareceu como uma preocupação com a modelagem das crianças, onde em determinados momentos as crianças não vão conseguir ficar sentadas assistindo ao filme, muita coisa se passa na vida delas de um dia para o outro. Abrir fissuras nas regras pode permitir o protagonismo de cada uma das crianças naquele espaço.

As regras são construídas para auxiliar na organização e convivência dos sujeitos nos espaços, mas podem e devem ser revistas sempre que deixam de funcionar para aumentar o grau de potência dos mesmos. Mas as regras também podem servir como instrumento de dominação e controle, por isso a importância de colocar em análise o processo de trabalho e olhar para o cuidado que vem sendo produzido junto a essas crianças. Existem muitas possibilidades de contemplar o desenvolvimento de ações voltadas ao tema da festa e ao interesse das crianças e dos profissionais, por exemplo, criando uma oficina temática, estendendo o convite para todos aqueles que possuem interesse. Dessa forma, o desejo das crianças, dos adolescentes e dos profissionais pode ser contemplado, mantendo a permanência dos outros grupos e oficinas.

---

<sup>27</sup> Fragmento do diário de Campo - Grupos

Em muitos momentos ouvi dos profissionais que “as crianças chegavam ao CAPS sem saber brincar, elas não sabem brincar” ou “elas aprendem a brincar aqui no CAPS”<sup>28</sup>. As crianças não sabem brincar ou não brincam conforme a expectativa dos profissionais?

O brincar costuma ser utilizado como um recurso lúdico de acesso à linguagem infantil. Foi se estabelecendo como recurso terapêutico no tratamento de crianças. O brincar foi sendo apropriado e transformado em dispositivo de desenvolvimento infantil, assim como produtor de crianças normalizadas e controladas. Podemos considerar o brincar como um dispositivo de governo das populações, que, segundo Foucault (1997; 2001), faz parte de um conjunto de tecnologias que produzem um certo modo de subjetivação dos sujeitos. Interessa à gestão e conservação das crianças.

A utilização do brincar como prescrição e os seus diferentes usos emergem com a invenção da infância na modernidade. Logo, com o desenvolvimento da sociedade industrial, os adultos foram afastados das atividades lúdicas, permanecendo a brincadeira como uma prática da infância. Assim, o brincar foi sendo ordenado no tempo e no espaço, organizado e direcionado para fins específicos: inserir as crianças na lógica capitalista. Também foi inserido em uma temporalidade produtiva, onde a existência das brincadeiras deveria seguir o raciocínio de utilidade, mantendo as práticas normativas que garantiriam a formação e desenvolvimento desse pequeno ser (LEMOS, 2007).

Quando os profissionais dividem as atividades dentro das oficinas e asseguram o momento do brincar, reforçam a noção de que não se pode brincar a qualquer momento: mesmo garantindo um discurso de liberdade de expressão e respeito ao tempo de cada criança, aprisionam o brincar no horário definido. Pouca diferença será observada, pois, de qualquer maneira, o brincar já foi capturado, e o questionamento sobre a falta ou o excesso dele já será suficiente para colocar em risco o projeto criado por eles para o desenvolvimento saudável e esperado dessas crianças.

---

<sup>28</sup> Grupos- Fragmentos do diário de campo

Observamos um refinamento na tecnologia de adestramento das crianças, que precocemente já são incluídas no sistema de subjetivação capitalística. Qualquer afastamento na direção do brincar “normal” para cada fase do desenvolvimento dispara os olhares para o processo de patologização. Ao regularmos o brincar, estamos exercendo um movimento de captura e acionando regimes de verdade, que colocam a funcionar os especialismos. Logo, surge a necessidade de atendimento do médico, do pedagogo, do psicólogo, e de todos os profissionais que podem contribuir para a normalização da situação.

Porém, observam-se propostas de utilização do lúdico e do brincar como práticas subversivas às demandas capitalistas. Todo o brincar que, na medida do possível, possibilita a experimentação pode ser considerado um dispositivo de resistência à dominação social, podendo ser responsável pela produção de si (LEMONS, 2007). No seu estudo, Almeida (2006) chama a atenção para a utilização do brinquedo como a materialização do brincar, sendo este uma invenção do século XVIII, com a revolução industrial. Segundo a autora, Benjamin contesta o significado atribuído ao brinquedo, pois considera que a criança inclui o brinquedo no momento da brincadeira.

As crianças brincam em diferentes momentos no CAPSi e interessa-nos para a produção de infância, segundo Damião (2008), observar e reconhecer os sinais que resultam na retirada da criança de seu mundo mágico, conduzindo-a ao processo de criação de conteúdos. A autora sintetiza algumas idéias trabalhadas por Benjamin, sugerindo que qualquer conteúdo apresentado à criança não represente a simulação de algo já vivido pelo adulto, ou a expressão de valores morais e ideológicos.

As brincadeiras de faz de conta e o jogo com diversos papéis sociais desnaturalizam a vida cotidiana e modificam a estrutura perceptiva. No brinquedo a criança pode imaginar comportamentos, atuar experiências vividas e investir competências mais avançadas do que as que consegue agir cotidianamente. (CECCIM, 2001, p.100)

O modo como o brincar é tomado pode expressar um movimento de institucionalização, onde, ao se identificar um problema, busca-se a solução para ele através da ferramenta brincadeira. Quando o brincar é colocado como o caminho para a resolução do problema, nos afastamos dos processos de desinstitucionalização das práticas de cuidado ainda presentes nos dias atuais. O enfrentamento necessário visa remontar os processos institucionais pelos quais a doença mental foi tomando essa forma de existência e expressão. Reconstruir o percurso de cada sujeito no seu sofrimento deslocando a solução do problema para a afirmação da ação terapêutica como ação de transformação institucional. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

O brincar tomado como ferramenta terapêutica transforma os modos nos quais as crianças são tratadas, para assim transformar o seu sofrimento, onde o ato terapêutico busca incluir elementos e estratégias do cotidiano como os modos de ser desses sujeitos. O desvio contempla também um projeto onde se cuida, que contemple a invenção de saúde, produção de vida e de sociabilidade.

Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33)

Para pensar o ato de brincar, Ceccim (2001) o aproxima ao artista, quando refere que em ambos a produção acontece ao entrar em zonas de indiscernibilidade entre o racional e o sensível, tornando visíveis as sensações que eles mesmos vivenciaram. As crianças se aproximam pelas simulações e experiências de conexão por afetos.

Alguns profissionais do CAPSi percebem quando há a sobreposição e adaptação da criança aos padrões estabelecidos, quando relatam certo incômodo:

Lembro de uma criança que estava pintando e estavam decidindo a cor que a criança tinha que pintar “essa cor não é certa”, “pinta na linha”. Às vezes de não suportar, que qualquer criança que está aprendendo a recortar, a lidar com material gráfico, não vai ficar tão bonito, não vai ficar aquela perfeição, é de uma dureza no experimentar da criança: no lambuzar, no sujar [...]. (Grupos - Fragmentos diário de campo).

Ou ainda, quando percebem que “há uma super-exigência, e a produção de um sujeito muito controlado, pois qualquer coisa que desviar da norma eles vão precisar de tratamento de novo, tem que estar atento às pequenas mudanças. As vezes parece uma escola, uma super-exigência do comportamento, uma coisa de manual e não consegue ver as pequenas mudanças que alguns de nós vimos e que nos deixam felizes. Bom, ele conseguiu fazer “tal coisa”, escreve no prontuário: amarrou o tênis, não está mais dormindo nas oficinas (...).”<sup>29</sup> Esses relatos criam um regime de visibilidade onde nem sempre a disciplina opera nas práticas dos profissionais. Existem aqueles que sentem estranhamento nesses atos, e buscam ressignificar a ação, mas coexistem nesses serviços práticas que emancipam e práticas que institucionalizam. Olhar para essas cenas auxilia o movimento de colocar-se em análise e inclinar-se sobre o desejo do sujeito, reposicionando a clínica.

No caso apresentado no início desse capítulo existe uma cena onde os ritmos cadenciados formam o mapa do encontro entre criança, disciplina e práticas.

Próxima semana, já no CAD, sentado ao redor da mesa, desenha, desenha, segue desenhando... Toda a sua construção delirante presente ali naquelas linhas, naquelas formas, naquelas cores, naquele modo de compor com esse lugar. Permanece sob os olhos atentos do profissional, que de vez em quando manda desenhar e usar outras cores de lápis, já que os escolhidos por ele não estavam adequados. A pesquisadora passa, interrompe aquela cena, estremece o silêncio. E o delírio do sujeito se apresenta, o “bem e o mal” compõem a existência delirante desse menino. Assustada, o profissional afirma para ele a existência do bem, e novamente o silêncio. A pesquisadora se retira, e ele continua desenho, pintura, cinza, folhas, bem, mal, animais, desenho, pintura, cinza, folhas, bem, mal, silêncio... Silêncio... Guardar tudo... Hora do lanche. (Fragmentos de *o Menino – de Monstro a Lenhador- Diário de Campo*)

---

<sup>29</sup> Fragmento do diário de campo – Grupos.



As práticas de cuidado em saúde ainda sofrem um atravessamento da pedagogização, tão bem trabalhada por Foucault (2001) no curso Os Anormais, onde os médicos passam a prescrever às famílias modelos de comportamentos e de vigilância em relação às crianças. O objetivo era evitar que se desenvolvessem os anormais. A escola surge dentro do projeto de adestramento dos corpos infantis e juvenis, mergulhada no modelo disciplinar. Esses efeitos são sentidos até hoje, e observamos sua presença na organização dos bancos na recepção dos serviços, no modo como são conduzidas as oficinas, como as crianças são orientadas, e como os profissionais interpretam o bom funcionamento de um grupo.

A gente percebe a evolução das crianças quando elas já sabem que ao chegar têm que ficar esperando sentadas ao redor da mesa. (Fragmentos do Diário de Campo).

A ação pedagógica, acolhendo as contribuições de Larrosa (1998), depende dos saberes e das práticas onde os saberes determinam o possível e as práticas produzem o real. Dessa forma, quando alguns profissionais afirmam que “as crianças não tem alma”, ou que “nada podem fazer por elas” colocam-se na ordem do impossível, o outro do nosso saber-poder, não garantido pela ação técnica, o que não está determinado pelo conhecimento e pelo poder. Muitas vezes as respostas positivas das crianças são vistas pelos profissionais quase como um milagre, da ordem do impossível, pois o que se esperava estava mais próximo da ordem da loucura, algo pré-determinado, provável.

Outros profissionais sentem-se desconfortáveis quando chegam e se deparam com todas as crianças e seus cuidadores sentados, um ao lado do outro, esperando o atendimento. Eles chegam e aguardam na recepção de costas para a porta de entrada e de frente para a recepcionista. Manifestam a rigidez do plano terapêutico quanto aos horários de funcionamento das atividades, pois, se não está na hora da oficina, precisa ficar aguardando na recepção. Chegam a comparar com antigas escolas tradicionais, afirmando que o CAPSi algumas vezes funciona como um dispositivo pedagógico, reforçado pela intolerância de alguns profissionais em suportar aquilo que escapa da estruturação construída para o funcionamento das

atividades. Muitas vezes as crianças não conseguem suportar atividades tão estruturadas, negando-se a realizar determinadas tarefas como as outras crianças, mas a permanência dela na sala sem um fazer não é permitida. Assim, a criança se retira de um espaço garantido pelo seu projeto terapêutico. As diferenças continuam com dificuldades de serem acolhidas nos serviços de saúde.

A burocratização e a falta de informação também são uma característica da institucionalização observada em várias formas de organizar a oferta de cuidados às pessoas que necessitam de cuidado. Desconsidera-se o saber do outro, criando relações de desassujeitamento e enfraquecendo o poder de contratualidade dessa criança que busca atendimento. Em uma das minhas andanças pelo serviço, sentei na recepção junto àqueles que aguardavam o atendimento e fui surpreendida pelo diálogo:

- “O que será acolhimento?” O que ela quis dizer?” A criança pergunta para a mãe na sala de espera logo após ter sido chamada por um profissional para a entrega de alguns documentos.

- “Acolhimento vem de acolher, mas acolher o quê?” A mãe responde para a filha.

- “Não é de ficar aqui?” a filha pergunta à mãe.

- “Deve ser de atender”, responde a mãe.

Nosso último ponto de análise desse item problematiza a infância como uma instituição que também pode sofrer processos de institucionalização. Os modelos de criança e infância presentes nos projetos terapêuticos dos serviços expressam paradigmas constituintes das práticas. Assim como encontramos profissionais realizados com os avanços das crianças quando estas atingem o “grau de normalidade”, existem aqueles que percebem que a criança continua no “desvio da norma” mas reconhecem nelas conquistas diárias produzindo também realização.

O desenvolvimento de uma criança pode ser pensado, segundo Ceccim (2001), não às exigências do futuro, mas às experimentações em que pode exercer as suas potências, compondo-se com outras pessoas, como pais, irmãos, por exemplo. Considera o inconsciente como aberto, onde as forças que compõem encontros e acasos se conectam. As práticas contagiadas por entendimentos como esse se abrem para a diferença e possibilitam a produção de infâncias diferentes. A noção desenvolvimentista da criança cria um acoplamento às características esperadas conforme a faixa etária em que se encontram. Mas elas não existem somente nesse movimento, “ser criança é aceitar a aventura de se compor com as aprendizagens, deixar seu corpo descobrir experiências, explorar ambientes, percursos e emoções” (CECCIM, 2001, p. 98).

Ser criança não dá a ela um estatuto de não saber, de habitar uma realidade não existente, antes realiza experiências não em busca de um equilíbrio, mas pela vivência da experimentação. Ela se liga nas chances de trajeto e segue traçando cartografias, explorando outros territórios, construindo outros mapas no próprio percurso. Segue a produção de si movendo-se pelo produto de encontros e acasos. A produção de infância pode seguir as linhas cronológicas, onde a criança vai aceitando os agenciamentos construídos pela sociedade, pelos pais, pelas inúmeras instituições presentes no corpo social, materializando as expectativas desses adultos que gerenciam essas forças. Ao abordarmos essa noção pretendemos mostrar que existem muitas formas de ser criança, e que a escolha por uma delas não determina a existência ou não de sofrimento, pois uma criança pode se realizar seguindo esses fluxos.

Outra linha dessa produção relaciona-se a um modo de ser criança que resiste a esses agenciamentos, ultrapassando o adulto em suas alegrias, curiosidade, e novos encontros. Constitui-se na diferença, em um tempo que não é o mesmo do adulto, em um devir-criança que não está no sujeito, mas na possibilidade do que pode ser experimentado e vivido (CECCIM, 2001).

[...] a verdade da infância não está no que dizemos dela, mas no que ela nos diz no próprio acontecimento de sua aparição entre nós como algo novo. E isso tendo em conta ademais que, embora a infância nos mostre uma face visível, conserva também um tesouro oculto no sentido que faz com que jamais possamos esgotá-la (LARROSA, 1998, p. 83).

Assim como crescer para a criança não se dá em um único sentido, as formas de cuidado também não podem operar na direção da cura. Ao percorrer com as crianças algumas terapêuticas, torna-se necessário a invenção de direções e sentidos buscando potências de vida e existências.

A infância se produz em encontros-experiência, na medida em que determinado conhecimento, considerado como um dado constituído dentro de um regime de verdades, não é mais atribuído ao sujeito, e sim esse passa a se constituir no próprio dado. O sujeito passa pelo dado, como numa ultrapassagem, fazendo das crenças e invenções sínteses e sistemas (BARROS; PASSOS, 2001, p.147). As crianças seguem tecendo seus sistemas e sínteses, como num emaranhado de fios, onde lhes são oferecidos conjuntos de dados referentes a sua própria infância, à loucura, às normas sociais. Nada garante que a ação de atribuir-lhes informações-dados, produza certos tipos de infância, e até mesmo a cura; pois a experiência no próprio dado é singular e produtora de subjetividade. Os autores abordam Deleuze para falar da experiência, pois para ele a “experiência é uma sucessão movimentada de percepções distintas.” (BARROS; PASSOS, 2001, p.148)

A subjetividade se forma entre a espera e o hábito, entendido aqui como a síntese do presente, passado buscando o futuro. Ao referirmos o sujeito, tomamos os acordos, as regras, aquilo que se acredita estar instituído ou contratado. Nessas regras incluem-se aquelas relacionadas às propriedades e às instituições presentes nos modos de gerir a vida. As Instituições elaboram meios de satisfação, que transformam a tendência introduzindo-a em um meio novo, o institucional. A lei pode ser compreendida como força negativa, limitadoras das ações, onde o social está próximo ao negativo, sendo uma limitação contratual. Embora a instituição carregue a criação, inclusive de meios, não está ligada à satisfação de necessidades, pois podemos criar instituições diferentes para as mesmas necessidades. Através dessas colocações percebemos que a mesma instituição pode satisfazer, criar ou constranger, sabotar. Esse paradoxo presente na

instituição, onde em alguns momentos criamos e nos satisfazemos e em outros somos capturados pela nossa própria criação. (BARROS;PASSOS, 2001)

Assim, podemos pensar esses novos equipamentos de cuidado em saúde mental, os CAPS, como um paradoxo da Reforma Psiquiátrica, invenção fundamental para a construção de outras formas de cuidado, mas com o risco de congregar variadas instituições que juntas podem forçar movimentos em busca de um fora, ou reproduzir a lógica manicomial ainda presente nas práticas de cuidado. Esse paradoxo se faz presente em toda sociedade, a mesma força que cria meios de satisfação pode impedi-los (BARROS; PASSOS, 2001, p. 151).

O risco de toda instituição é nos fazer acreditar que elas não se modificam e que dependemos dela para nos reconhecermos como sujeitos. Há a possibilidade de flexibilizar essas instituições através dos contratos, pois ao comprometermo-nos com eles estamos aceitando hábitos, modelando instituições que são sempre artificiais e atentas às necessidades atuais. Assim, passaríamos a considerar a ação do contrato no tempo, sempre de criação, do que no presente tem sentido e direção (BARROS; PASSOS, 2001, p. 151).

As crianças, mesmo atravessadas por instituições como infância, loucura, família, Reforma Psiquiátrica, não devem estar assujeitadas a movimentos de cristalização e personificação estereotipada de indivíduo “ideal”. A infância não é totalmente capturada e institucionalizada, existem linhas que tencionam para um fora, para o movimento de invenção de outros modos de viver.

Na próxima seção trabalharemos alguns caminhos por onde a infância encontrou desvios ao movimento de captura dentro desse estabelecimento.

### 9.3 Sapatilha – infância: assim desfez-se o salto

Aqui abordaremos algumas histórias que apontam as linhas de invenção no encontro das crianças com algumas práticas de cuidado. Partimos da compreensão que nem toda a infância é capturada e nem toda infância é invenção. Essas duas formas de expressão das linhas de forças estão presentes na infância num movimento de territorialização e desterritorialização.

A história do *Menino* vai apresentando as trajetórias percorridas e os mapas construídos nesse percurso dentro do estabelecimento CAPSi. Foi entrando, abrindo portas, que se produziram outros mapas, de *Menino* a *Monstro*, de *Monstro* a *Lenhador*, ele foi o *Ator!* Na sua chegada ao CAPSi foi construído o mapa da criança que é caso para o CAPS: esse ato aprisiona-o a um conjunto de características que homogeneiza todos os que ali chegam: o que se reconhece é a problemática. Mas, a cada nova porta aberta, outros mapas são construídos, superpondo-se aos anteriores. Eles operam um remanejamento, onde nos interessa observar os deslocamentos realizados entre esses vários mapas (DELEUZE, 1997).

Desde o primeiro dia no CAPS, o *Menino* explicitara seu desejo em ser ator, mas no seu plano terapêutico constava a participação no CAD, para que os profissionais seguissem a sua avaliação. Após algumas semanas nesse espaço, onde ele realizava as atividades ali prescritas, sendo possível a expressão de seu delírio, a equipe avaliou que ele não estava se beneficiando, pois continua fazendo e dizendo as mesmas coisas. Assim, ele ganha passagem para a oficina de teatro, contemplando uma vontade sinalizada desde sua entrada no CAPS. Ele começa a participar dos encontros, não como o *Monstro*, mas sim como o *Menino*, é ele quem tem lugar naquele espaço.

Durante os encontros que acompanhamos, anteriores à festa de *Hallowenn*, as crianças possuíam a tarefa de encontrar um personagem para compor uma cena teatral. Participariam dessa atividade aqueles que quisessem: eles podiam escolher o personagem somente para brincar com o grupo, podiam auxiliar o colega com o personagem dele, podiam ajudar na organização do espaço para a apresentação, ou

mesmo ficar fora dessa brincadeira. Havia liberdade para decidirem o que gostariam de fazer, desde que combinado com o grupo todo. O *Menino* logo encontrou o seu personagem e foi dando vida a ele. O *Lenhador*, personagem escolhido por ele, ganhou forma, cor, voz e logo foi conduzindo os outros personagens. Mesmo com todos os critérios e treinamento que uma cena em uma peça de teatro exige, havia liberdade e criação, pois o teatro tinha a função de transportá-los ao encontro de si. O teatro não ocupava o lugar de terapêutica prescrita, mas sim a experimentação de si. Deleuze (1997) aborda a arte como constituída de trajetos e devires. Podemos transpor essa ideia para o teatro, onde ele também seria composto de trajetos e devires, havendo sempre a existência de uma trajetória e os meios sendo definidos pelos trajetos. As coordenadoras da oficina orientavam a atividade, mas eram as crianças que davam o ritmo e intensidade para aquelas falas, aqueles personagens e aquelas tardes em que acompanhávamos a oficina de teatro.

Durante a oficina de teatro, o *Menino* não é nem o ator, nem a criança Louca, ou a criança Monstro: naquele espaço ele é ao mesmo tempo as duas coisas. Na relação entre o teatro e a criança, entre os profissionais e a criança, inventam-se novas formas de agir, emergindo um lugar diferenciado. Não é mais o caso do fulano, que é recoberto por um diagnóstico, que age conforme o que está prescrito, mas como “fulano” que se esforça para viver uma outra coisa nesse lugar, quando ele chega não significa que aprendeu a brincar, ele viveu outra experiência que proporcionou criar outros modos mas em muitos momentos o olhar do profissional capta o que está normatizado, e não a produção do singular.

O *Menino* foi encontrando possibilidades nesse espaço, lidando com suas dificuldades, descobrindo trajetos, construindo mapas de intensidades. O “devir faz do trajeto ou de uma imobilidade no mesmo lugar, uma viagem; e é o trajeto que faz do imaginário um devir.” (DELEUZE, 1997; p. 77). O devir é um mapa intensivo, uma lista de afectos. Assim, essa potência própria do devir o torna singular. Durante esse período o *Menino* encontrou o devir-ator.

Outra história é a da sapatilha que desfaz o salto. Essa história surge a partir do sapato de salto alto usado por uma das profissionais. Todos os dias de oficina, quando ela entrava na sala, uma das crianças falava: “Ah, tu tá de salto hoje!”, e essa observação se repetiu por muitos encontros. Mas, certo dia, fomos

surpreendidos por esta profissional quando ela diz que vai se retirar da sala por alguns instantes. As crianças ficam ansiosas com a sua saída, mas continuam a brincadeira. Ela retorna após alguns minutos. Abre a porta e logo a mesma criança fala: “Ah, tu tá de sapatilha, tirou o salto!”, e corre na sua direção para abraçá-la. Quando vi, todas as crianças se dirigiram até ela para seguir o abraço. Após alguns segundos todas as crianças e as profissionais brincavam pela sala.

A sinalização do salto alto pode ter relação ao acesso das crianças aos profissionais, como um objeto que impedia uma maior aproximação, ou ainda, como um distanciamento ao que aquelas crianças sentiam. O salto alto colocava-as em planos diferentes, demarcava o lugar do adulto, talvez o do profissional. Para que a criança olhasse para o profissional, era necessário levantar o olhar, pois este estaria no plano acima. Da mesma maneira, o olhar do profissional demarcava uma certa hierarquia. Mas havia o pedido para que se aproximasse, para que abandonasse o salto. O uso da sapatilha, além de permitir habitar o mesmo plano, representa a fantasia da bailarina, aquela que tem leveza nos gestos, nos movimentos, que sai dançando pelos palcos. A sapatilha carrega na memória a infância, como lembram Buarque e Lobo, na Ciranda da Bailarina (1982), “procurando bem, todo mundo tem.”

O ato da profissional proporcionou o deslocamento dos olhares, das crianças e das coordenadoras. Desconhecemos o que a levou mudar de sapatos, mas o efeito proporcionado foi de potência e invenção. Ao final de cada encontro, elas sentiam-se muito preocupadas com o andamento das atividades, pois não conseguiam manter o “controle da situação”, procuravam entender o que estava se passando com cada um, questionando o funcionamento e as técnicas utilizadas durante os encontros. Uma diferença importante nessa oficina é o espaço para o protagonismo infantil. As “regras” existentes nos grupo foram construídas por todos, apontando o que eles achavam importante para o funcionamento da atividade. Quando percebiam algum entrave, ou quando sentiam que algo no fluxo não dava passagem, sentavam e recontratavam o funcionamento da atividade. Ao final de cada encontro, realizavam uma avaliação do dia, nesse momento algumas crianças conseguiam perceber a sua contribuição para o grupo.



O movimento realizado na coordenação dessa atividade suportava o caos, sem intervir, o que produzia uma dramatização e brincadeiras com altos níveis de criatividade. O caos é produtor de novas ordens e sentidos. Pavlovsky (1995, p. 53) defende que a “atividade lúdica tenha dois níveis com as crianças: o da brincadeira como intenção de elaborar situações traumáticas e a brincadeira como expressão da potência criadora das crianças.” Dessa forma, era permitido ao grupo um espaço de invenção onde a brincadeira era terapêutica em si: aos coordenadores cabia o papel de acompanhar, e suportar o caos para que o processo e a brincadeira não fossem interrompidos. Assim como o autor, ao defender suas idéias sobre a criatividade nos grupos terapêuticos, também acreditamos que a dramatização naquele espaço funcionou como um “fenômeno terapêutico em si mesmo” (PAVLOVSKY, 1995, p. 55).

Chamamos a atenção para o ato de cuidar, onde a disponibilidade do profissional para o outro proporciona diferentes graus de potência. Ao permitir que o outro explore os ambientes, descubra uma forma de comunicar seu sofrimento sem lançarmos mãos da técnica pela técnica, contribuímos para que as virtualidades se atualizem. O profissional que cuida de crianças precisa se reinventar e se afetar com o outro, aumentando a potência de ação, as alegrias, trabalhando no encontro com o outro o respeito a esse outro e o aumento dessa potência. Olhar para além dos diagnósticos, reconhecer e resgatar o que está bem, a vida que pulsa ali, trabalhar com o que a criança pode oferecer no momento, e através da interação conectar vidas ao mundo.

Há sempre linhas de forças que buscam o fora (linhas que criam), sempre estão presentes nas práticas, disputando espaço com aquelas linhas que buscam a manutenção do mesmo.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### TEMPO

Eu não amava que botassem data na minha existência.

A gente usava mais era encher o tempo. Nossa data maior era o quando. O quando mandava em nós. A gente era o que quisesse ser só usando esse advérbio.

Assim, por exemplo: tem hora que eu sou quando uma árvore e podia apreciar melhor os passarinhos. Ou: tem hora que eu sou quando uma pedra. E sendo uma pedra eu posso conviver com os lagartos e os musgos. Assim: tem hora que eu sou quando um rio. E as garças me beijam e me abençoam. Essa era uma teoria que a gente inventava nas tardes. Hoje eu sou quando infante. Eu resolvi voltas quando infante por um gosto de voltar. Como quem aprecia de ir às origens de uma coisa ou de um ser. Então agira eu estou quando infante. (...) Quem é quando criança a natureza nos mistura com suas árvores, com suas águas, com o olho azul do céu. Por tudo isso que eu não gostasse de botar data na existência. Porque o tempo não anda pra trás. Ele só andasse pra trás botando a palavra quando de suporte.

(Manoel de Barros. Memórias Inventadas – a Segunda Infância, 2006)

Procurei percorrer o caminho do campo e da escrita desse estudo como fazem os poetas, através das imagens. As imagens e as metáforas nos transportam para outro lugar, funcionam como “meios de transporte”<sup>30</sup>, e assim fui percorrendo os textos, os encontros, os grupos, as observações, e a escrita. Muitos foram os impasses, as dúvidas, os vários momentos de tela em branco no computador, os raios de sol invadindo a sala, e o desejo de compartilhar a intensidade da pesquisa. Começava a dúvida de como, através da escrita, transportar o leitor para as cenas-imagens sem deixar de cumprir com as regras acadêmicas.

Na composição desse estudo, carreguei duas caixas: a caixa de ferramentas e a caixa de brinquedos. Na caixa de ferramentas, que funcionou como um meio para que a pesquisa e a escrita acontecessem, estão os operadores conceituais, a produção de infância, o CAPSi, a Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde, o

<sup>30</sup> Expressão utilizada por Luis Antonio Baptista em apresentação no Congresso Internacional de Reabilitação Psicossocial, ocorrido em POA/RS, 2009.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os autores utilizados. Também se encontram nessa caixa as problematizações, as minhas andanças pelos fóruns de saúde mental, pelos espaços de gestão, atenção, militância e academia; falando, ouvindo, lutando e construindo. Foram inúmeros mapas formados que exercitaram a arte de pensar.

A caixa de brinquedos comporta as coisas que são usadas para serem vividas, que carregam intensidade, memória, história, que nos transportam para diversos lugares. Nela estão as músicas ouvidas, os filmes assistidos, as histórias contadas, as lágrimas, as brincadeiras, os sorrisos, os encontros, a felicidade. Foram João e Maria, Ciranda da bailarina, Alegria, Manoel de Barros, Rubem Alves, Cecília Meireles, Saltimbancos, Crianças Invisíveis, entre outros meios de se fazer chegar. As ferramentas não nos fazem viver, elas só abrem as caixas de brinquedos, para que através das brincadeiras o corpo encontre a potência da vida (ALVES, 2005).

O trabalho dos profissionais e a forma como a sociedade vê a criança está baseada em alguns paradigmas: nessa pesquisa se expressam através da patologização e psiquiatrização, da institucionalização e disciplinarização, e ora escapa a esses modelos. Buscamos compreender os modos como a infância vai sendo produzida nesse encontro com o CAPS. E a partir desse encontro como a criança vai sendo afetada e como afeta outrem. O encontro resulta na singularidade, na criança como acontecimento. “É quando uma questão de dinâmica (de atividade) entra em jogo que o acontecimento tem lugar, porque ele (o acontecimento) é “sempre produzido por corpos que se entrecrocaram, se cortam ou se penetram, a carne e a espada” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.78). Com o encontro as forças se manifestam e o acontecimento tem lugar, de modo que aquilo que resulta de um encontro é invariavelmente singular.

O que surge a partir do encontro com conceitos, formas, equipamentos, quando elementos heterogêneos da criança conjugam-se com outros elementos heterogêneos ou, talvez, quando a zona de vizinhança entre a criança e o anômalo (ou a criança mesma anômala) é traçada, ficamos cada vez mais distantes de noções de desenvolvimento, de idéias de representação, pois nunca sabemos o que resulta de um encontro, ele é da ordem do imprevisível (MARCELLO, 2009). Não

importa tomar os conceitos como prontos, mas mostrar como eles são engendrados e operados nas análises dessa pesquisa.

Nosso desafio encontra-se na aposta da conjugação das forças ativas e imprevisíveis da criança, deixando uma vontade de tomá-la como a infância. As questões trazidas por Marcello (2009) exprimem algumas inquietações que acompanham a tessitura dessa pesquisa: como, no decorrer da mesma, não cair na armadilha disciplinadora dos corpos? Como o CAPS pode produzir desvios e não produzir somente os “mentais severos e persistentes”? Como ressignificar com as crianças o lugar de quem tem algum sofrimento? Como deslocar o olhar daquilo que as caracteriza como problema?

Através da pesquisa, não encontramos somente práticas, descobrimos crianças e infâncias. A criança existe em si mesma, para Marcello (2009, p. 614) “(...) trataremos da vontade de imanência da criança como algo que existe em si mesmo, que não está nem mesmo localizado na criança, que não depende ou não pertence a ela, mas que a própria criança, como pura potência de vida, existe na imanência”.

Torna-se importante tensionar e fugir da noção de uma identidade infantil, de uma “entidade criança” como um ser único, fixo e universal, onde se apresenta um conjunto de comportamentos e características e deles se espera a mesma resposta. A criança deixa de ser um pólo aglutinador e passa a ser “um campo de forças, de intensidades, de relações diferenciais, de elementos indiferenciados”, o que interessa são as forças que agem e reagem e como elas fazem. Cabe ressaltar que por atravessar um campo com forças distintas, o que acontece se passa ali, naquele momento e em nenhum outro mais, pois ali estão dispostos alguns elementos e combinações, criando condições de possibilidade para a expressão de uma ou outra infância. Assim podemos pensar que existem várias instituições atravessando essa criança, que são possíveis pela existência e tensionamentos com um equipamento criado para cuidar e acolher o sofrimento de crianças que outrora estavam institucionalizadas, ou não recebiam nenhum tipo de assistência, ficando a margem das políticas públicas. A interação entre os saberes e as práticas são forças que produzem uma determinada criança e uma determinada infância.

Costumamos nos referir à criança como aquela que brinca de casinha, que finge ter profissões, mas, ao entendermos a criança como uma multiplicidade, nos interessa o entre-lugar que ela habita, ela é e ao mesmo tempo não é a dona de casa, “pois do entre-lugar partem as possibilidades, únicas e irrepetíveis, da criação e o modo pelo qual as crianças se tornam irreduzíveis umas às outras.”<sup>31</sup> Mas nem toda a criança se faz criança-acontecimento, uma vez que a criança, ou as crianças, estão no caminho entre uma coisa e outra, no caminho entre a determinação e a indeterminação, entre o que é da ordem do estado de coisa e do acontecimento.

As crianças nesses diversos encontros com os profissionais, com os residentes, com os funcionários, com as outras crianças, podem tornar-se várias coisas, considerando as condições de possibilidade de cada momento, de cada contexto e situação, podem tornar-se muitas outras crianças, podem ser criança-resistência, criança-defesa, criança-experimento, criança-rejeição, criança-potência, criança-invenção. Fazer do encontro o poder de afetar, criar, inventar formas de agir. Da criança corpo para a criança-acontecimento. Para Marcello (2009), é em função do encontro e da multiplicidade e da composição ou, melhor dizendo, do choque entre multiplicidades que o campo aberto de possibilidades ganha existência.

Esse encontro pode produzir uma “existência lagarta”- exemplo do salto alto, da repetição, do mesmo, da norma, da homogeneização; ou uma “existência borboleta” – a sapatilha, da diferença, do novo, da criação, de ser uma outra coisa, de experimentar um outro. Assim, a criança pode ocupar várias formas, a criança-louca, a criança-ator, a criança-artista, a criança-terrível, a criança sem alma, a mesma criança que brinca é aquela que briga, é aquela que é violenta, é aquela sem limites. A mesma característica pode produzir sentidos diferentes, dependendo de como, onde e com quem o encontro-experiência se dá, podendo significar outra coisa, criar outros modos de ser no mundo, no CAPS, na rede, em casa.

O CAPS pode estar no lugar de agenciador de novos encontros para que desvios aconteçam, para que outras experiências sejam possíveis. O CAPS como o lugar de encontro, e onde diversas instituições se cruzam, permitindo que o encontro

---

<sup>31</sup> Marcello (2009).

das crianças se dê com cada uma dessas instituições que atravessam as práticas e dão um contorno ao serviço.

Dentro desta perspectiva, não se quer dizer que não haja sofrimento na loucura, mas sim que isso não invalida o sujeito. Na verdade, é impossível pensar a sociedade sem sofrimento, principalmente, levando-se em conta todos os imperativos de felicidade ditados pelo capitalismo, fazendo com que o sujeito viva num constante estado de angústia.

O lugar da saúde mental neste contexto é sempre equilibrista, daí a necessidade de estarmos sempre colocando nossa prática em análise – *o que eu faço; como faço; para que faço?* – numa tentativa de resistir à cristalização de práticas adaptativas e assujeitadoras.

Assim, o CAPS assume um lugar de passagem, de travessia. Onde a experiência de cada criança ou adolescente é singular, o modo como vivenciam essa passagem pode ser da ordem da invenção, pois a infância assume a marca de uma intensidade, intensidade de duração, tornando-se muito mais do que uma etapa da vida, uma potência, uma força vital. Os doces e travessuras além de expressarem esse equipamento, carregam a polifonia dos termos. Entre movimentos afetuosos e leves, as travessuras caracterizam o movimento de ruptura à dureza de algumas instituições presentes no ato de cuidar, imprimindo o caráter de desvio do cuidado prescritivo, muitas vezes presentes nesses serviços de saúde mental.

Não pretendemos esgotar o debate acerca da produção da infância em relação ao CAPSi; muito menos, afirmar a verdade sobre a produção de infância nos CAPS. Esse estudo apontou algumas discussões, limitadas ao olhar do pesquisador. Outros estudos podem dar continuidade ao tema enfocando outros aspectos importantes na arte do cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Danielle B. L. **Sobre Brinquedos e Infância**: aspectos da experiência e da cultura do brincar. Revista Educação Sociedade. Campinas, vol. 27, n. 95, p. 541-551, maio/ago 2006.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: **Pistas do Método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ALVES, R. **Educação dos Sentidos e mais**. Campinas, São Paulo: Verus editora, 2005.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: **Fim de Século: ainda manicômios?** Fernandes, M. I. A. (org). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1999.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. RJ: LTC, 1978.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B. **Psiquiatria Infantil Brasileira**: um esboço. São Paulo: Lemos editorial, 1995.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, R. B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas em tempos neoliberais**. In.: Loucura, ética e política: escritos militantes. Conselho Federal de Psicologia (Org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BARROS, R.; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do Método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009a.

BARROS, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: **Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009b.

BARROS, R.; KASTRUP, V. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: **Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009c.

BARROS, Regina B.; PASSOS, Eduardo. Subjetividade e Instituição. In: **Texturas da Psicologia: Subjetividade e Política no Contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

BARROS, Manoel de. **Memórias Inventadas: a segunda infância**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.

BARROS, Manoel de. **Memórias Inventadas: a terceira infância**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2008.

BOARINI, M. L., BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, 1998, 3(1), 83-108. Consulta em 20/10/2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31355](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355), consulta em fevereiro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde e Fórum de Saúde Mental. **Curso de capacitação para novos gestores de saúde mental**. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.



BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>>.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 336** - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>>.

BULCÃO, Irene. A produção de Infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos “criança” e “menor”. In: **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Maria Lívia do Nascimento (org). Niterói: Intertexto; RJ: Oficina do Autor, 2002.

CECCIN, Ricardo B. Pediatria, puericultura, pedagogia...: imagens da criança e o devir-criança. **Bol. da Saúde**, v.15, n. 1, 2001, p. 87-103.

CHEIBUB, Melissa; MOREIRA, Priscilla. Os caminhos de novas institucionalidades. In: **Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas**. Niterói: EdUFF, 2008.

COUTINHO, P.;FREITAS, B.; OLIVEIRA, R. Institucionalização prolongada de crianças e adolescentes: uma questão para a saúde mental. In: **Desinstitucionalização e Psicose: experiências clínicas**. Niterói: EdUFF, 2008.

DAMIÃO, Carla Milani. Benjamin e Pedagogia. In: Benjamin pensa a educação. **Revista Educação, Biblioteca do professor**.v.7, março 2008, Editora Segmento. (pg 87 a 89)

DELEUZE, Gilles. **Conversações**, 1972-1990. São Paulo: 34, 1992.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. Trad. Peter Pal Pélbart. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DELEUZE, G.¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de wanderson flor do nascimento.

FONSECA, M. A. Entre monstros, onanistas e incorrigíveis: as noções de “normal” e “anormal” nos cursos de Michel Foucault no Collège de France. In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Margareth Rago, Luiz B. L. Orlandi, Alfredo Veiga-Neto (Orgs). RJ: DP&A, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. RJ: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault. **Uma trajetória Filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. RJ: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. Estratégia, poder-saber. **Coleção Ditos & Escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**: nascimento das prisões. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GOMES, Adriana M.; NASCIMENTO, Maria Livia do. Infância, adolescência e proteção: produção histórica e crítica do presente. In: **Clio-Psyché paradigmas**; historiografia, psicologia, subjetividades. Rio de Janeiro: relume Dumará, FAPERJ, 2003.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico**: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007

HASSEN, Maria de N. A. KNAUTH, D. R. VÍCTORA, C. G. **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

HILLESHEIM, B., Guareschi, N. M. F. De que infância nos fala a Psicologia do Desenvolvimento. In.: **Implicações da Psicologia no Contemporâneo.** POA: EDIPUCRS, 2007. p.83-102.

JOBIM e SOUZA, Solange. Walter Benjamin e a infância da linguagem. In: Benjamin pensa a educação. **Revista Educação, Biblioteca do professor.v.7,** março 2008, Editora Segmento. (pg 36 a 47)

KASTRUP, Virginia. **O método da cartografia** e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. (no prelo) 2007.

KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001.

KIRST, Patrícia G.; GIACOMEL, A. E.; RIBEIRO, C J. S. e tal. Conhecimento e Cartografia: tempestade de possíveis. In: **Cartografia e Devires: a construção do presente.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2003.

KOHAN, Walter O. **Apontamentos filosóficos para uma (nova) política e uma (também nova) educação da infância.** 2004. In: [http://www.anped.org.br/reunioes/27/diversos/te\\_walter\\_kohan.pdf](http://www.anped.org.br/reunioes/27/diversos/te_walter_kohan.pdf). Consultado em 10/01/2009.

KRAMER, Sonia. Educação a contrapelo. In: Benjamin pensa a educação. **Revista Educação, Biblioteca do professor.v.7,** março 2008, Editora Segmento. (pag 16 a 25)

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade; reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,** São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, março 2009

LAVRADOR, Maria Cristina C.; MACHADO, Leila D. Loucura e Subjetividade. In: **Texturas da Psicologia;** Subjetividade e Política no Contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LARROSA, Jorge. O enigma da infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. In: LARROSA, J.; LARA, Nuria P. (Org.) **Imagens do Outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. pag. 67-86.

LEMOS, Flavia C. S. A apropriação do brincar como instrumento de disciplina e controle das crianças. **Revista Estudos em psicologia**, UERJ, RJ, ano 7, n.1, 2007.

LOBO, Lilia. Higienismo e normalização da infância no Brasil. In: **Clio-Psyché paradigmas**; historiografia, psicologia, subjetividades. Rio de Janeiro: relume Dumará, FAPERJ, 2003.

LOURAU, R. implicação-transdução. In: S. Altoé (org) **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2006.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: **Cartografia e devires**: a construção do presente. Tânia M. G. Fonseca e Patrícia G. Kirst. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MARCELLO, Fabiana de A. **Sobre crianças e encontros**: singularidades em jogo na estética cinematográfica. Educ. Soc., Campinas, vol. 30, n. 107, p. 611-630, maio/ago, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MOURA, A. H. **O equipamento de Saúde Mental, suas instituições e o clube dos saberes**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. São Paulo, 2002.

PAVLOVSKY, Eduardo. Criatividade nos grupos terapêuticos. In: VOLNOVICH, J.; HUGUET, C. **Grupos, infância e subjetividade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1995.

PEREIRA, N. N. **Novas Políticas na área de Saúde Mental da Infância e Adolescência: práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

RIBEIRO, P. R. M. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006

RIO GRANDE DO SUL, Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS**, 1997. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1998.

RIZZINI, Irene. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e editora, 1995.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulinas; Editora da UFRGS, 2006.

ROTELLI, Franco. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. ; MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via. In: ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANDERSON, Christiane. **Abuso Sexual em Crianças**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda, 2005.

SCISLESKI, A.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):342-352, fev, 2008.

SELIGMANN-SILVA, Marcio. Walter Benjamin: para uma nova ética da memória. In: Benjamin pensa a educação. **Revista Educação, Biblioteca do professor**.v.7, março 2008, Editora Segmento. (pg 48 a 59)

SERPA JUNIOR, D.O. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "O normal e o patológico" de Georges Canguilhem. **Rev. Psicol. Clín.**, v.15, n.1, p.121-35, 2003.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**

**Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.** Psicologia em Revista, v.14, n. 1, junho de 2008.

ZAVASCHI, Maria Lucrecia S. et. al. (Org.) **Crianças e Adolescentes Vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

ZUQUIM, Judith. Pequenos Psicopatas: infância, criminalidade e loucura na primeira republica. In: **Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da Historia Brasileira.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

## **ANEXO A - Composição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil**

Terão assento permanente as seguintes instâncias, conforme determina a Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004:

- I – Área Técnica de Saúde Mental – Dape/SAS, que o coordenará;
- II – Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas – Dape/SAS;
- III – Área Técnica de Saúde da Criança – Dape/SAS;
- IV – Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem – Dape/SAS;
- V – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – Dape/SAS;
- VI – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS;
- VII – Departamento de Atenção Básica – SAS;
- VIII – Programa Nacional de DST/Aids/SVS;
- IX – Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira;
- X – Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;
- XI – Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira;
- XII – Conselho Nacional de Saúde;
- XIII – Ministério da Justiça e Secretaria Nacional da Segurança Pública;
- XIV – Ministério da Educação;
- XV – Ministério da Cultura;
- XVI – Ministério dos Esportes;
- XVII – Conselho Nacional de Procuradores – Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público;

- XVIII – Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude;
- XIX – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- XX – Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) – PR;
- XXI – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) – SEDH/PR;
- XXII – Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde) – SEDH/PR;
- XXIII – Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (Febiex);
- XXIV – Federação Nacional das Apaes;
- XXV – Federação Nacional das Instituições Pestalozzi;
- XXVI – Associação Brasileira de Autismo;
- XXVII – Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- XXVIII – Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados;
- XXIX – Associação Juízes para a Democracia (AJD);
- XXX – Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares;
- XXXI – Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (Abenepi);
- XXXII – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua; e
- XXXIII – Movimento de Adolescentes Brasileiros.



**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da Pesquisa: “A Produção de Infância no Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência – CAPS i”****Prezado(a) Participante:**

Esta é uma pesquisa sobre a produção da infância e o CAPS i, realizada como parte da Dissertação de Mestrado que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo busca entender de que maneira a infância vem sendo construída a partir da instituição CAPS i.

A sua participação consistirá em autorizar que o pesquisador acompanhe as atividades que desenvolve no serviço, sendo que somente os pesquisadores terão acesso ao conteúdo do material colhido. A participação neste estudo é voluntária, portanto não envolve custos aos pesquisados. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Mas espera-se que este estudo possa contribuir para a análise das políticas públicas para esse público alvo, disparando processos de criação/invenção de intervenções para a saúde mental infanto-juvenil. Caso você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Os arquivos de áudio gravados e as transcrições dos grupos focais serão arquivados na sala do pesquisador responsável, nas dependências da UFRGS e destruídos após o período de 5 anos.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia/UFRGS, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 em Porto Alegre, telefone 33085066 e e-mail: [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br). Os procedimentos previstos obedecem aos Critérios de Ética a Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos a sua dignidade. Os resultados deste estudo poderão ser, eventualmente, publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido sigilo de informações que possam identificá-lo.

Caso houver dúvidas em relação a esta pesquisa, entre em contato com os pesquisadores, através dos telefones: (51)93132436 ou (51)33085465, ou ainda pelos e-mails: [michycervo@yahoo.com.br](mailto:michycervo@yahoo.com.br) e [rosane.neves@ufrgs.br](mailto:rosane.neves@ufrgs.br).

Solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, em duas vias, uma para o pesquisado e uma para o pesquisador.

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_, (Nome do Participante da Pesquisa) de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Michele da Rocha Cervo

\_\_\_\_\_  
Orientador: Rosane A. Neves da Silva

## **ANEXO C - Roteiro de Discussão para os Grupos Focais**

1. O que é infância pra vocês?
2. Como é a infância que vocês encontram aqui no CAPSi?
3. Conforme as práticas cotidianas, quais são as limitações e desafios enfrentados nas práticas de cuidado destinados à infância?
4. Na sua avaliação a maneira como a infância de expressa, ou se apresenta tem relação com o funcionamento do CAPSi?