

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

FELIPE ALAN MENDES CHAVES

**ARTICUL(A)ÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E AS
ESCOLAS: PISTAS PARA CONSTRUIR UM TRABALHO
INTERSETORIAL**

VITÓRIA

2016

FELIPE ALAN MENDES CHAVES

ARTICUL(A)ÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL E AS
ESCOLAS: PISTAS PARA CONSTRUIR UM TRABALHO
INTERSETORIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de subjetividade e Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman

VITÓRIA

2016

Felipe Alan Mendes Chaves

Articul(A)ções entre saúde mental e as escolas: pistas para construir um trabalho intersetorial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 29 de Agosto de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Ana Lucia Coelho Heckert
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra. Rosimeri de Oliveira Dias
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Agradecimentos

Agradecer é, antes de tudo, afirmar que uma vida não acontece sozinha. Agradecer aqui é tomar as palavras como registro dos movimentos dos diversos atores que tornaram possível a construção deste trabalho. Amigos, colegas, professores, aos que encontrei nas andanças da pesquisa e nos caminhos das viagens. Como seria minha vida sem vocês? Sou muito grato pela preciosa presença e interferências de todos vocês em minha vida.

Agradeço, antes de tudo, à Luisa Fernanda Delgado Martinez. Uma amiga-irmã, uma colombiana tão brasileira que tive a maior felicidade de encontrar no final da graduação/início de mestrado e que levarei pela vida inteira, não importa quantos milhares de quilômetros se faça uma América Latina. Agradeço à professora Beth Barros que, dirigindo a locomotiva dos bons encontros, levou uma determinada turma de PEPA ao Rio de Janeiro e, nos trajetos até os museus cariocas, pude tecer essa amizade tão bela. Agradeço à simpática Beatriz Cysne, monitora da disciplina de PEPA, tão importante para aquecer essas amizades latinas. Ao meu querido colombiano Andrés Camilo.

À minha tia Solange, profunda gratidão à importância dada aos meus sonhos, meus desejos e as preocupações. Obrigado por tudo.

Aos meus pais e minhas irmãs. Ao meu primo Ita.

Agradeço a minha orientadora Luciana Vieira Caliman que, como já tive oportunidade de dizer em outro momento, apenas repito: iniciar essa parceria com você no mestrado foi um belo encontro do destino. Assim foi com todos do grupo de pesquisa, mas com você consegui criar mais consistência e confiança nas questões acadêmicas assim como nos outros pontos que atravessam a vida. Obrigado.

Agradeço ao Grupo Fractal de Pesquisa que, ao longo de dois anos, vivi momentos tão importantes da minha vida. Assim, agradeço a Pedro Pirovani, Luanna Covre, Lygia Cabanas, Luana Gaigher, Pedro Henrique (Enos), Barbara Paiva, Victória Bragato, Merielli Campi, Janaina Mariano, Mirela Scopel, Nathalia Domitrovic, Renata Pozzatto, Karin Cazelli e Alana Correia.

À Adrielly Selvatici (querida Drica) pela sensibilidade das análises e amizade. Ao Getulio Pinto e Daniele Stange, queridos!

À minha mais que querida Joyce Paula.

À todos do Grupo GAM, principalmente à Karla, Maristela, Gleydiomar e Jussara.

Aos profissionais do CAPSi de Vitória, principalmente à Tercia Maria, Renata Tavares, Cristiane, Elana e Silvia.

Às crianças e adolescentes do CAPSi de Vitória.

Aos meus amigos que me ouviram inúmeras vezes falar dessa dissertação e que repetiram inúmeras vezes “defende logo!” - “já defendeu?”. Não posso deixar de agradecer à Ozilene Pereira (Lenny), Kevilin Coutinho, Adriana Costa, Renato, Vinícius, Meyryelly Correia, Laís Ávila, Alice Andrade, Fabiane Oliveira e Sônia Costa.

Aos profissionais que compõem a Rede de Articul(A)ção PsicoEducativaSocial (RAAPES) de Jesus de Nazareth em Vitória/ES.

Às professoras Ana Heckert, Adriana Marcondes e Cristina Ventura Couto, também meus agradecimentos, por contribuírem com este trabalho.

À professora Rosimeri de Oliveira Dias por aceitar o convite pra banca de defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI-UFES). Silva, Soninha e Fábio, obrigado por tudo.

À FAPES – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo por conceder a bolsa para essa pesquisa.

*À Valentina e Maria Victória,
Lindas do tio.*

“Entender, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. Para ele não há nada em cima – céus de transcendência -, nem embaixo – brumas de essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão”.

Suely Rolnik, 2007.

RESUMO

Considerando o aumento das demandas escolares para acompanhamento de crianças e adolescentes com os ditos problemas de aprendizagem, este trabalho apresenta algumas análises das práticas produzidas no entrecruzamento da Saúde Mental e escola. Ao tratarmos das práticas de cuidado no campo da Saúde Mental com crianças e adolescentes, percebemos a importância de construir um trabalho em rede. A intersectorialidade vem cada vez mais se fortalecendo como princípio norteador para efetivar uma atenção à população infanto-juvenil. Quando nos referimos a um trabalho junto com crianças e adolescentes, a escola é um dos setores que exige cada vez mais um cuidado com a articulação. Para tanto, neste trabalho, trazemos nossa experiência de campo, alguns percursos de uma pesquisa-intervenção e os encontros que dela se desdobraram: habitamos, no Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência de Vitória (CAPSi), um grupo com pesquisadores, trabalhadores desse serviço, familiares de crianças em tratamento com psicotrópicos, utilizando o Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR), para pensarmos os atravessamentos escolares atrelados a uma demanda à saúde mental. Trazemos também nossa experiência numa rede intersectorial de Jesus de Nazareth (Vitória/ES) que tem as questões educacionais do território como foco de trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental Infanto-juvenil; Escola; Intersectorialidade; Gestão Autônoma da Medicação (GAM); Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

ABSTRACT

On the subject of care practices in child and adolescent mental health, we realize the importance of building a network. Intersectoriality is becoming a key principle in actualizing an attention to the youth, especially given that education constantly plays a very important role and requires careful articulation. Considering the increase in school demands for support in the matter of children and adolescents with so-called learning issues, this work presents an analysis of the practices generated in the crossing of mental health and education. In order to realize this, we consider our experiences in the field, a few paths of an intervention-research and the encounters that came out of it: in Vitória's Center for Childhood and Adolescence Psychosocial Attention (CAPSi), we were part of a group which involved researchers, workers of the service and parents of children who underwent treatment with psychotropic drugs, using the Brazilian Guide for autonomous management of medication (GGAM-BR) in order to think the crossing of educational and mental health demands. We also consider our experience in an intersectorial network in Jesus de Nazareth (Vitória/ES), which focuses on educational matters in the territory.

Keywords: Child and adolescent mental health; school; intersectoriality; autonomous management of medication (GAM); Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Case (ADHD).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAJUN – Caminhando Juntos (Projeto)

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CEMEI – Centro Educacional Municipal de Ensino Infantil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECRIAD – Estatuto da Criança e do Adolescente

EEF – Escola de Ensino Fundamental

ES – Estado do Espírito Santo

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GGAM-BR – Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação

RAAPES – Rede de Articulação Psico-Educativa-Social

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SASVV - Serviço de Atendimento à Vitima em situação de Violência de Vitória

SMCA – Saúde Mental de Criança e Adolescentes

SEME – Secretaria Municipal de Educação de Vitória

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD – Transtorno Desafiador Opositor

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: PRINCÍPIOS E DESAFIOS.....	15
2. AS POLÍTICAS ENTORNO DAS QUESTÕES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL.....	22
2.1. A criança de Direitos: novos caminhos para as políticas para criança e adolescente no Brasil.....	26
3. PSIQUIATRIZAÇÃO DA VIDA E AS PRÁTICAS E SABERES “PSIS”	30
3.1. A psiquiatria da infância e emergência da “criança anormal”	32
3.2. A escola e as práticas/saberes psis	36
3.3. A família medicalizada	41
4. O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE E AS REDES INTERSETORIAIS	44
5. A ESTRATÉGIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM): O ECO DAS ESCOLAS NUM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL	51
5.1. O rótulo dói: a vivência escolar atravessada por diagnósticos e medicamentos	59
5.2. (Com)fiar o cuidado (com) a escola	63
6. PESQUISAR COM: TECITURAS COM A REDE DE ARTICUL(A)ÇÃO PSICO-EDUCATIVA-SOCIAL (RAAPES) EM JESUS DE NAZARETH – VITÓRIA/ES.....	68
6.1. O pesquisador-cartógrafo chega à escola: a tecitura de um corpo comum.....	68
6.2. “Distância é botar as mãos na frente”: dos perigos de construir redes de relações.....	78
6.3. Ação Comunitária: ação que não se faz sobre o outro, mas com o outro.....	86
6.4. O último encontro na RAAPES: interseções com uma narrativa GAM e algumas colocações sobre o fazer pesquisa.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS: PISTAS PARA NOVOS ENCONTROS.....	97
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	100
ANEXO 1 (CARTA À RAAPES)	106
ANEXO 2 (NARRATIVA ESCOLA)	108

APRESENTAÇÃO

Ao tratarmos das práticas de cuidado com crianças e adolescentes é quase impossível não nos depararmos com as questões escolares que envolvem as mesmas. Quando se trata de uma atenção em saúde mental infanto-juvenil, os chamados “problemas de aprendizagem” e de conduta ou os ditos “casos leves” constituem parte relevante das demandas que chegam aos serviços. Em relação ao panorama nacional, Luciano Elia (2013), ex-consultor do Ministério da Saúde para Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, estima que cerca de 50% dos casos atualmente atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) são relacionados ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cuja principal origem são encaminhamentos por parte das escolas.

É no entorno dessa problemática, das relações entre escola e saúde mental, que esta dissertação se desenvolve. Aqui, narramos os caminhos e descaminhos de um pesquisador cujo objetivo é multiplicar os sentidos das questões que emergem desde sua experiência com crianças e adolescentes num projeto de extensão universitária no Ambulatório de Saúde Mental infanto-juvenil do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM/UFES).

Em meados de 2013, no ambulatório, deparamo-nos com muitos casos encaminhados pelas escolas. Sendo que, na maioria das vezes, os atendimentos com as crianças aconteciam sem um diálogo mais direto e continuado com aquelas que mais demandavam nossos trabalhos. Tendo um atendimento mais centralizado na criança e no seu núcleo familiar, os pais quase sempre eram os intermediários entre a saúde mental e a escola. Já naquela época, começamos a nos inquietar com a seguinte problemática: Como, nesses espaços de práticas de cuidado com crianças, dialogar com as escolas para além do contato ‘mediado’ pelos familiares? Quais linhas de forças forjavam tais demandas à saúde mental? Pensando com Latour (2007), tais experiências universitárias provocavam em mim e em alguns colegas a necessidade de criar um corpo de trabalho mais articulado, que buscasse tecer um cuidado junto a outras instituições e setores que fazem parte da vida daquelas crianças.

Com a entrada no mestrado, começamos a percorrer novos caminhos. Nossas perguntas se alteravam, ficando mais evidente a complexidade das relações entre saúde mental e

escola. Com o Grupo de pesquisa Fractal¹ comecei a frequentar novos espaços, entre eles, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Vitória (CAPSi). Lá, em maio de 2014, comecei a participar do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o Grupo GAM, composto por trabalhadores daquele serviço, familiares de crianças que eram acompanhadas pelo CAPSi e que faziam uso de psicotrópicos e pesquisadores para, juntos, pensarmos a experiência infantil e familiar no processo de gestão de medicamentos, sobretudo da Ritalina. Como desdobramentos da ida ao CAPSi e dos Grupos GAM, começamos a participar dos trabalhos de uma rede intersetorial de Jesus de Nazareth – bairro de Vitória - que tem as questões educacionais do território como foco de trabalho.

Nos primeiros capítulos desta dissertação realizamos uma investigação mais histórica acerca das políticas entorno da infância e adolescência no Brasil. No primeiro capítulo trouxemos alguns pontos sobre a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) e os desafios que tal política impõe ao propor o CAPSi e a intersetorialidade como estratégias primordiais para a construção de uma atenção à Saúde Mental infanto-juvenil no país.

No segundo capítulo trouxemos algumas práticas que marcaram o trato à infância e adolescência brasileira desde o início da república até o surgimento da criança de direitos na década de 80 do século passado que culminou com políticas que afirmassem um cuidado integral à criança e adolescente.

No terceiro capítulo, intitulado “Psiquiatrização da Vida e as práticas e saberes “psis”, realizamos uma análise dos processos de medicalização e psiquiatrização da vida que tiveram no governo da infância um meio de expandir, para todos os outros espaços da vida, um controle mais minucioso dos corpos e movimentos cotidianos. Com Michel Foucault (2010) e Lilia Lobo (2008) abordamos que a emergência da “criança anormal” no século XVIII e XIX marca um arranjo de práticas escolares, médicas e psicológicas que ainda alimentam visões individualistas e reducionistas de questões entorno da infância.

¹ Grupo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPI-UFES), coordenado pela professora Luciana Vieira Caliman, composto por estudantes mestrando e graduando desta universidade. Tem se dedicado aos estudos dos processos de medicalização e medicamentação da vida, no âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental.

Com o quarto capítulo, debruçamo-nos um pouco mais nas noções de rede e intersectorialidade e suas relações com a atenção a infância e adolescência.

No quinto e sexto capítulos, respectivamente, trouxemos nossas experiências de campo. A princípio no Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência de Vitória (CAPSi), num grupo em que discutimos a experiência infantil no uso de psicotrópicos, sobretudo a Ritalina, com outros pesquisadores, trabalhadores daquele serviço e familiares de crianças que são acompanhados pelo mesmo. O grupo, que utiliza como dispositivo o Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR), é espaço para, nessa dissertação, pensarmos os atravessamentos escolares atrelados a uma demanda por atendimentos e encaminhamentos de crianças à saúde mental. Com o sexto capítulo trazemos nossa experiência na Rede de Articulação Psico-Educativa Social (RAAPES), rede intersectorial de Jesus de Nazareth (Vitória/ES) que tem as questões educacionais do território como foco de trabalho. Habitar essa rede foi importante para pensarmos, entre outras coisas, nas relações tecidas no pesquisar.

Por fim, nas considerações finais, demonstramos como o percurso relatado nessa dissertação aponta para a produção de novos problemas, no entrecruzamento entre Saúde Mental e Educação.

1. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: PRINCÍPIOS E DESAFIOS

Couto, Duarte e Delgado (2008) argumentam que a implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) constitui-se uma ação urgente e necessária visto que existe em várias nações ao redor do mundo, independente do seu nível de desenvolvimento, uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental infanto-juvenil e a presença de uma rede de serviços capaz de responder por tal demanda. Historicamente o sofrimento mental de crianças e adolescentes era visto principalmente como fruto da pobreza e do abandono que tinham como respostas práticas pedagógicas e corretivas em nome de certa “proteção” e “cuidado”. As ações de saúde mental eram delegadas a setores da educação e assistência social, sobretudo aos abrigos direcionados para crianças deficientes, tendo suas práticas às margens das proposições de saúde mental. Tais práticas eram situadas e desarticuladas. Couto e Delgado (2015) nos atentam ao fato de que a inserção das questões referentes à saúde mental de crianças e adolescentes na agenda da saúde mental brasileira foi um processo lento e tardio, tornando a construção de ações para uma política em saúde mental para essa população um grande desafio.

Dois pontos importantes contribuíram para a morosidade de tal processo: o primeiro deles se reflete na dificuldade de sustentar o complexo debate entre infância e loucura e de considerarmos a criança sujeito passível de sofrimento mental. Lobo (2008) aponta que por muito tempo, sobretudo por quase todo o século XIX, não se buscava na infância um lugar para a loucura. A criança não era passível de ser louca. A loucura estava associada “as paixões”, isto é, aos afetos gerados pelos conflitos da natureza dos adultos e minimamente dos adolescentes com certas exigências da civilização. Como veremos mais detalhado no capítulo três, para a psiquiatria da época, sobretudo para Esquirol e posteriormente para Edward Séguin, as crianças eram consideradas seres que não experimentavam as paixões da civilização e estavam restritas as paixões primárias, provenientes dos seus instintos. Imune à loucura, os transtornos e quaisquer anomalias presentes na infância eram vistas como etapas do desenvolvimento e tinha na categoria de idiotia as particularidades dessa etapa da vida humana (LOBO, 2008, p. 372).

Essa maneira de compreender a loucura contribuiu ao longo do século XX com a consolidação de determinadas práticas entorno das crianças e adolescentes com

problemas mentais. Diferentemente dos adultos, o transtorno mental infantil não se concentrava em hospícios e hospitais psiquiátricos, mas estava dispersos em várias instituições disciplinares como abrigos, orfanatos e educandários. Lobo (2008) nos lembra de que as terapias envolvidas não se dissociavam de certa educabilidade das crianças e de uma normalização moral do comportamento das mesmas. Todavia, esse trato com as crianças portadoras de algum sofrimento mental, sobretudo aquelas com transtorno mental grave, não deixou de ser menos nefasto do que o com os adultos nos hospitais psiquiátricos, pois além de produzir uma legião de crianças institucionalizadas, submetem as mesmas à excessiva medicalização com cosequências devastadoras para sua existência (COUTO, 2004, p. 02).

O segundo ponto que contribuiu para a morosidade do processo de implementação de uma Política em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes se deve a especificidade do trabalho, não sendo possível replicar as práticas de cuidado direcionadas a população adulta aos cuidados com o público infanto-juvenil. Couto e Delgado (2015) ressaltam que as questões que envolvem a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes possuem particularidades que as diferenciam de outras ações em saúde mental. Assim, para a construção de uma PSMCA no contexto do Brasil, é importante atentar-se ao histórico de ações isoladas em torno da infância e juventude, visto que este marcou as práticas dos diversos setores envolvidos no cuidado - sendo um desafio à construção de uma política tecida pelo trabalho psicossocial.

Muitos autores sinalizam que o trabalho propriamente clínico com crianças envolve, quase sempre, prioritariamente a presença de outros atores no processo de cuidado. Esse envolvimento inclui, minimamente, a família e a escola, com a constituição de uma “clínica ampliada” e, conseqüentemente, o fortalecimento de uma política que direcione a construção de uma “rede ampliada de cuidado”. Com isso, torna-se cada vez mais necessária a construção de novos dispositivos e estratégias para que se possa delinear esse traçado mais específico que a SMCA coloca. Como veremos, no percurso de pesquisa, desde os trabalhos como extensionista no ambulatório e, posteriormente no CAPSi de Vitória, essa necessidade mínima de tecer uma relação entre saúde mental, escola e família era perceptível.

Couto et al (2008) apontam que duas ações principais na efetivação de uma política em saúde mental infanto-juvenil estão em curso: a primeira é a implantação de serviços de saúde mental específicos para crianças e adolescentes integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)²; a segunda é a construção de estratégias intersetoriais com vista a integralidade do cuidado em saúde mental. Como veremos essas duas ações constituem os princípios norteadores para a constituição de uma política de saúde mental infanto-juvenil. Todavia, vale ressaltar alguns movimentos externos à saúde mental que foram importantes para a construção de uma política de saúde mental infanto-juvenil, e que contribuíram para o embasamento normativo-jurídico das diretrizes e propostas nos últimos 20 anos.

No bojo dos movimentos de inclusão da criança como um cidadão e sujeito de plenos direitos e no deslocamento da concepção de infância em nossa sociedade tivemos a construção de novos rumos para a saúde mental de crianças e adolescentes brasileiras. Em 1989, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU) afirmou um novo território de atuação para a infância, com novos contornos e princípios, e, em 1990, tivemos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que, além de sujeitos de direitos, reconheceu esse público como sujeitos psíquicos, alterando uma condição jurídica anterior de “menores”³ e promovendo à proteção integral à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

No contexto da saúde mental, em 2001, tivemos alguns movimentos que impulsionaram as ideias e experiências da Reforma Psiquiátrica e possibilitaram um novo momento da saúde mental brasileira. Em abril daquele ano, entrou em vigência a lei 10.216 que torna as diretrizes da reforma um imperativo legal (TENÓRIO, 2007) e, em dezembro, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que fortaleceu a afirmativa de organizar os serviços em saúde mental fora da lógica do modelo asilar e manicomial. Diferentemente das conferências anteriores, a III CNSM destacou a temática da saúde mental infanto-juvenil, promovendo um debate social a respeito do tema e encontros no formato de seminários com os diferentes setores públicos (saúde mental, educação, justiça, assistência social, promotoria e saúde). O

² Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Vale ressaltar que a PSMCA orienta os “dispositivos de saúde mental não dirigidos especificamente para crianças e adolescentes para, nos locais onde não existem outros recursos da saúde mental, responder pela cobertura a esta população quando necessitada de tratamento” (COUTO, M et al. 2008, p. 392)

³ No capítulo dois falaremos um pouco mais dessa condição jurídica de menor.

objetivo de estabelecer “diretrizes para dar início ao processo de construção da política pública brasileira de SMCA” (COUTO, 2012, p.27). Desses encontros afirmaram concepções fundamentais como a de um cuidado que se efetive num trabalho em rede, com marco territorial e a intersetorialidade⁴ como direção para as ações de cuidado.

As diretrizes aprovadas na III CNSM direcionaram a SMCA a se orientar pelos princípios do ECIAD, da lei 10.216 e dos marcos éticos da atenção psicossocial. Afirmaram a intersetorialidade como marco estruturante da construção de uma rede em SMCA e direcionam que a lógica do CAPS deveria ser estendida para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais. Outro ponto interessante é que a III CNSM aponta que as ações de cuidado devem se “prevenir contra a medicalização, institucionalização e contra a simples finalidade de ajustamento de condutas no trato de crianças e adolescentes” (COUTO, 2012, p. 31). A IV CNSM, em 2010, foi a primeira com uma organização intersetorial e teve um valor de avaliação dos 9 anos que se seguiram desde a última Conferência.

A dimensão e a diversidade do território brasileiro colocam desafios quanto a uma política que se propõe ser de abrangência nacional (COUTO, 2012, p. 96). Como norteadores da PSMCA, temos como marca constitutiva e estruturante o princípio da intersetorialidade, a montagem de redes intersetoriais de cuidado e a oferta de CAPSi, ambos de base territorial, como possibilidade de construir uma assistência em saúde mental mais próxima aos diferentes contextos do país. Diferente da atenção em saúde mental direcionada para adultos, nas ações direcionadas para crianças e adolescentes, a intersetorialidade torna-se o princípio norteador do cuidado e não efeitos de ações anteriores.

No caso da política de saúde mental infantil brasileira, o princípio intersetorial se impôs desde o início como a única condição de possibilidade para construção no país de um serviço capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento de crianças e jovens (COUTO; DELGADO, 2010, p. 272).

⁴ As noções de rede e intersetorialidade serão mais discutidas no capítulo 4.

A intersectorialidade é determinante na organização da rede em SMCA. Isso se dá pelas especificidades do cuidado em saúde mental à infância e adolescência que, historicamente, envolveu setores independentes e autônomos à saúde mental e pelo caráter da clínica com crianças e adolescentes que envolvem diferentes atores e setores no processo de cuidado (COUTO, 2012, p. 97). O princípio da intersectorialidade inscreve na corresponsabilização e colaboração do cuidado, como forma de direcionar uma atenção que se efetive na lógica psicossocial. A PSMCA direciona que, mesmo que os setores envolvidos nesse cuidado tenham características específicas que os diferenciem, é preciso a construção de um plano comum de trabalho que seja sensível à complexidade do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes (COUTO, 2012, p. 96). Com o princípio da intersectorialidade, a construção de redes intersectoriais torna-se uma orientação norteadora como forma de reduzir a dispersão assistencial histórica e como maneira de desenvolver um trabalho que envolva os serviços disponíveis no território e que tenha as características do mesmo.

A rede em SMCA é o arranjo estrutural da PSMCA e possui uma dinâmica de funcionamento e operação. Além da dimensão material, Couto (2012) aponta para o caráter processual da rede, dando visibilidade a uma dinâmica que considera as particularidades de cada caso e a construção de redes de apoio. Tal rede não cessa, está aberta aos processos de inventividade que os casos e as situações exigem. Os serviços e instituições formais e informais funcionam como uma ancoragem da rede, mas não podem ser um “nó” que a restringe ou finaliza. São serviços de suporte que devem conduzir a expansão das mesmas. A autora aponta que as orientações normativas e os protocolos não garantem por si uma direcionalidade na construção das redes. Para a construção da rede em SMCA é fundamental, cultivar certa qualidade de “presença viva”⁵ encarnada nos serviços e/ou em profissionais da saúde mental. Pois só assim esses funcionaram como ponto de apoio dentre outros da rede.

Além da intersectorialidade, outra ação estratégica para a implementação da PSMCA, como mencionamos, foi a oferta de CAPSi como agenciador da demanda de SMCA em um território delimitado (BRASIL, 2002). Um CAPS como dispositivo estratégico para o trabalho em saúde mental de crianças e adolescentes foi incorporado pela portaria 336/2002 publicada pelo Ministério da Saúde. Tal portaria, como aponta

⁵ Certa atenção a suscitar experiências coletivas, visto como uma tomada de protagonismo, num primeiro momento para que se construa e opere redes (COUTO, 2012).

Couto (2012), constituiu a primeira ação concreta do Estado brasileiro frente às questões da SMCA – uma nova posição que direciona os casos de maior gravidade e complexidade em SMCA para um cuidado que se dê na atenção psicossocial.

O CAPSi foi instituído como dispositivo estratégico, de base territorial, composto por uma equipe multiprofissional, calcado na lógica da atenção diária, intensividade do cuidado e do trabalho em rede, dirigido prioritariamente para os casos de maior gravidade e complexidade (BRASIL, 2002). Tal dispositivo possui como desafio maior a construção de redes locais, necessidade de tecer uma rede de cuidado com outros setores clínicos e não clínicos de determinado território. Esta é uma das condições para que o cuidado se efetive. Como aponta Elia (2005), o CAPS constitui a encarnação de diretrizes da política de saúde mental e representa uma lógica de cuidado e de intervenção. Tido como ordenador da rede, procura “encarnar” essa política e possibilitar que o território ao qual pertence se construa em uma nova lógica de atenção. É importante ressaltar que ter esse dispositivo como estratégico não o torna requisito para que o cuidado em SMCA se efetive. Couto (2012) aponta que a orientação da política é a criação de redes locais de cuidado e, nas cidades onde houver CAPSi, este é indicado para construir essas redes de atenção em SMCA. Todavia, onde não houver CAPSi, o princípio do trabalho intersetorial deverá prevalecer e guiar a construção das redes. Dessa forma, o CAPSi deve ser pensado como dispositivo estratégico na construção de redes, tornando-se atento para não vir a ser um fim fechado numa lógica assistencial. (COUTO, 2012, p. 99).

Como apontamos, na atenção à SMCA há o fato histórico da presença de setores não relacionados diretamente a saúde mental que precisam tecer um trabalho em comum na construção de uma rede de cuidados pelo marco ético psicossocial. Dos setores que já mencionamos que sempre estiveram envolvidos na assistência à infância, acreditamos que a conversa entre saúde mental e educação, sobretudo com a escola, historicamente se destacam. Figueira (2012) aponta que a escola é por muito tempo um espaço privilegiado de aproximação de diversos saberes, sobretudo o saber médico, para ações dirigidas a saúde da população infantil. Tais aproximações se atualizam em um dos desafios que a PSMCA se depara: um contingente cada vez maior de crianças e adolescentes chegam aos serviços de saúde mental com diagnósticos de “distúrbios de aprendizagem” e outros distúrbios relacionados ao espaço escolar, e muitas vezes encaminhados por este. Para Elia (2005), lidar com essas demandas que resultam dos

processos de medicalização e criminalização das condutas infantis escolares é também um desafio que os CAPSis precisam enfrentar. Isso se torna visível durante o percurso da pesquisa ao habitar o CAPSi de Vitória e na realização do Grupo GAM.

Torna-se interessante notar que a intersectorialidade nos convoca, como profissionais de saúde mental, para uma atenção a qualidade de um fazer com outros setores e atores do processo de cuidado com crianças e adolescentes. Heckert e Rocha (2012) nos provocam a olhar para os funcionamentos das redes, para aquilo que elas produzem, destacando uma face regulamentadora que as práticas em rede podem ter. Se não nos atentarmos para o “se fazendo” no cotidiano dos serviços, das relações e das práticas, tencionando-os, colocando-os em análise, corremos o risco de fortalecer especialismos e esquadramento dos sujeitos. Assim, uma atenção às práticas cotidianas poderá colocar em evidência aquilo que provoca fissuras nos funcionamentos instituídos, nos discursos hegemônicos, no que produz estranhamento e novos afetos.

No próximo capítulo nos debruçaremos um pouco mais em algumas práticas direcionadas a população infanto-juvenil no Brasil, com a participação de vários setores, afirmando essa atenção a intersectorialidade no trabalho com crianças e adolescentes. Tais articulações intersectoriais foram importantes com a construção de políticas que afirmassem um cuidado integral à infância e adolescência.

2. AS POLÍTICAS ENTORNO DAS QUESTÕES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL

Os anos 80 e 90 do século passado propiciaram importantes mudanças nas políticas públicas brasileira. Os movimentos sociais que resistiram à ditadura militar e que se reorganizaram entorno das lutas pela redemocratização incluíram em suas bandeiras a maneira como são construídos os direitos sociais no país. Tais movimentos buscaram forjar novos paradigmas teórico-conceituais que reverberassem em melhorias concretas das condições de vida da população. É neste contexto, na conjugação com tantas outras lutas, que novos olhares foram alterando radicalmente a posição do Estado frente às questões que envolvem a criança e o adolescente.

Alguns autores apontam que os anos que antecederam a década de 80 foram marcados por práticas dispersas e diversas de cunho assistencialista frente às questões sociais, sobretudo no âmbito da infância e adolescência.

Historicamente a Assistência Social Brasileira compreendia ações paternalistas e clientelistas do poder público, favores concedidos aos usuários, o que pressupunha que o atendido era um favorecido e não um cidadão usuário de um serviço ao qual tinha direito. A Assistência confundia-se com a ajuda aos pobres e necessitados; era mais uma prática do que uma política. A partir de 1988, a Assistência passou a ser uma política pública, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade visando assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. (ZANIRATO, 2001, p.04)

Em relação à criança e o adolescente, do início da República (1889) até 1930 as ações do Estado tinham como foco a infância pobre, vista como empecilho para o desenvolvimento do país. A pobreza que se misturava à infância recebia várias intervenções disciplinares e reeducativas. As crianças desamparadas que perambulavam pelas ruas das principais cidades brasileiras eram recolhidas e internadas em instituições de correção como os educandários, a maioria deles distante dos grandes centros urbanos.

Couto (2012) ressalta que as práticas entorno da criança e do adolescente tiveram desde os primeiros anos da República até o período democrático, nos anos 80, uma valorização da categoria de *menor* em contraponto a noção de criança. Esta, resguardada pela família e pela escola, estava protegida dos riscos e caminhava para um futuro promissor. Os menores, todavia, eram tidos como problema de Estado e recebiam as intervenções deste. Ditos em riscos e marcados pelo abandono material e moral, os menores estavam numa *situação irregular* – ideia regulamentada pela lei dos menores de 1927 - e precisavam de intervenções corretivas, educativas e de contenção. A situação irregular dos menores era tida como um grave problema social pelo Estado, sobretudo em meados dos anos 30, quando a economia de várias cidades brasileiras fora afetada pela crise internacional.

Lembro-me que, recentemente, no começo do mestrado, numa viagem à Belém/PA para apresentar um trabalho⁶ da universidade, conheci as ruínas do Educandário Nogueira de Faria. Localizado numa ilha chamada Cotijuba a 40 minutos de barco da capital paraense, as antigas pilastras que apontavam na entrada da ilha não deixavam esquecer esse trato com os menores nas quatro primeiras décadas da República. A história local relata que com a crise da borracha a pobreza aumentou significativamente nas cidades. Em Belém, tornou-se mais comum encontrar *menores* nas ruas, em “situação de risco”, sem o cuidado da proteção familiar e escolar. O educandário serviu como instrumento de intervenção dando corpo a práticas corretivas e de controle do Estado, que retirava das ruas e de muitos familiares o menor em perigo e, principalmente, o menor perigoso que era descrito como cruel e que cometia crimes pela cidade (*menores infratores*). Instituições como essa eram descritas como espaços de recuperação e formação que tinham como proposta transformar esses menores em sujeitos mais adaptados para viver em sociedade. Até sua desativação no final da década de 70, o educandário foi transformado em presídio, coexistindo por algum tempo menores e presos adultos num sistema penal arbitrário e violento (*Site história de Cotijuba*).

Couto (2012) também relata que o papel do Estado nas primeiras décadas da República tinha uma função tutelar e suas ações ocorriam indiretamente, relegadas muitas vezes às instituições privadas e filantrópicas. Nesse contexto, além do aparato

⁶ 6º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (UFPA). Trabalho de extensão: HumanizaSUS e Apoio Institucional às Políticas Públicas de Saúde do Município de Cuiabá-MT, 2014

jurídico que tinha sua força no Código de Menores, fortalecia-se no Brasil um movimento médico e higienista que validou por muito tempo as intervenções assistenciais e ações do Estado à criança e ao adolescente. Werner (2000) aponta que o movimento higienista tinha a escola e a família como espaço privilegiado para suas ações, ressaltando que a pobreza e a má condição de vida da população eram tidas como propulsoras de fracassos e problemas sociais. Como veremos, da conjugação das práticas jurídicas, médicas e pedagógicas emerge, como sinaliza Foucault (2006), a “criança anormal”, marcando, a partir do século XIX, o governo das crianças.

No Brasil, dos anos 30 até os anos 80 do século passado, tivemos algumas mudanças, sobretudo no que se refere à participação do Estado nas ações voltadas para a infância. Um pouco diferente dos anos antecessores, a partir da Era Vargas (1930), o Estado começou a delinear alguns programas de governo com o intuito de intervir nos problemas sociais, sem delegá-los a terceiros. Assim, esse período foi caracterizado por uma posição mais enérgica e intervencionista do Estado brasileiro. Todavia, no que condiz ao trato com a criança, não houve mudanças substanciais nas intervenções e na concepção de infância, mantendo-se a mesma posição jurídica e social dos anos anteriores. Segundo Santos (1994), a criança começava a ser vista como um pré-cidadão e o objetivo governamental era prepará-la, por meio da educação, para o futuro, mas vendo sua inserção no mercado de trabalho também como uma necessidade. Os anos do governo Vargas marcaram uma tentativa de universalização da educação como meio de reduzir a pobreza e os problemas sociais. Couto (2012) ressalta que a importância dada à escolarização intensificou a parceria do Estado com a medicina, sobretudo com a psicologia, na expectativa de racionalizar e mapear a aptidão das crianças para o ensino. Com efeito, houve uma intensa produção da exclusão dos inaptos e aumento de encaminhamentos de crianças para instituições de reeducação e correção, validando a lógica dos anos anteriores de institucionalização e individualização dos problemas sociais.

Até os anos 80 permaneceram fortemente no país a lógica jurídica de situação irregular e as práticas de internação de menores em instituições específicas para recuperação e coerção. No entanto, outras forças já eram presentes tencionando a posição inflexível do governo e lutando por mudanças no cuidado à criança e ao adolescente. Com o pós-guerra, tivemos uma nova reorganização do regime capitalista que direcionou os países, sobretudo os latino-americanos, a novos olhares para as ditas

“questões sociais” com a criação de políticas que garantissem o “bem-estar social” dos seus cidadãos e a democracia como princípio de governo. Vários direcionamentos políticos começaram a ser tomados com base nessa nova lógica capitalista que precisava, para sua expansão, de territórios cada vez mais flexíveis, vendo os governos ditatoriais como obstáculos a serem ultrapassados. Assim tivemos, no bojo das necessidades por espaços mais democráticos e descentralizados, a produção de direitos sociais e a emergência de uma noção de infância como um ser frágil, que para ser cuidada precisava de novos aparatos e dispositivos de controle. Em 1959, a Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou a Declaração dos Direitos da Criança⁷ (ONU, 1959) que materializa essa lógica e responsabiliza os Estados também pelo bem-estar social das crianças. Seguindo a Declaração de Genebra de 1924, foram definidas várias direções para que os países formassem suas políticas para a infância. Na lei, a criança tornava-se um sujeito de direito que deveria ser resguardado pela família, Estado e comunidade. Estes precisavam comprometer-se com o desenvolvimento das crianças, oferecendo acesso à saúde, à cultura e à educação. No Brasil, os princípios de tal Declaração ganharam mais força no final dos anos 70 e posteriormente serviram de base para construção de novas políticas para a infância.

Nos anos que antecedem a década de 80, presenciamos uma expansão das instituições de abrigo no país e a coexistência de práticas mais duras e outras mais flexíveis no que tange às questões da criança e adolescente. Com a Ditadura Militar intensificou-se o internamento de menores e a criminalização da pobreza. Como marco desse período, em 1964 teve a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) que pretendeu unificar o direcionamento de uma política para os menores no país (COUTO, 2012, p. 22). Para o trato direto com os menores, foram criadas em nível estadual as FEBEMs que foram uma atualização da lógica das instituições de reclusão já existentes e que se mantiveram paralelamente com outras políticas de governo. Posteriormente, tais instituições foram remodeladas com bases no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Assim como para as questões sociais, a Ditadura Militar representou a face mais cruel e desumana no que tange aos problemas da criança e adolescente. Em meados dos anos 70, as lutas por um país menos desigual e por ampliação dos direitos sociais mudaram radicalmente as políticas do país. Tais lutas,

⁷ Vale ressaltar que a Declaração de Genebra de 1924 começou a desenhar um novo olhar para a construção de políticas públicas para a Infância e que seus direcionamentos e princípios foram continuados com a Declaração dos Direitos da Criança em 1959.

além de mudarem a forma como a infância era compreendida, também modularam as intervenções sobre ela. Com o ECRID a individualização dos problemas sociais presente no Código de Menores é descolada para a concepção de “risco social”. O discurso mudou das características intrínsecas a determinados sujeitos e do ambiente que vivem para qualificar a priori uma condição de risco que as crianças e adolescentes vivenciariam configurando novos exercícios de controle que previamente determina as ações preventivas e protetivas. As condições de risco trouxeram a ideia de vitimização e virtualização da infância que necessita de estratégias de cuidado para serem resguardadas de futuros perigos e danos (MARAFFON, 2014, p. 84).

2.1. A criança de Direitos: novos caminhos para as políticas para criança e adolescente no Brasil.

A aprovação da Carta Constitucional Democrática em 1988, apelidada de cidadã, alterou e ampliou, de maneira inédita, a concepção de direitos sociais com destaque para o direito à saúde, à educação e à infância (BRASIL, 1988). Marques (2010) aponta que a Constituição expressou a responsabilidade do Estado com seus cidadãos e a institucionalização dos direitos conquistados, assim como foi uma divisor de águas no que tange à assistência no Brasil, transformando em política de Estado aquilo que por muito tempo era tido como práticas dispersas e filantropia.

A Constituição emergiu na convergência de vários movimentos heterogêneos que em determinadas circunstâncias históricas lutaram em prol de uma sociedade mais justa e igualitária, afirmaram a política enquanto construção coletiva sendo sua tecitura fruto de encontros, debates e participação popular, contrapondo-se ao autoritarismo, centralização e verticalização do poder ditatorial. Todavia, podemos considerar que os marcos legais não resolvem ou finalizam as lutas por direitos. Estas seguem insistindo cotidianamente, nos mais diferentes campos e setores de atuação. Lutas que dizem de processos relacionais, não reducionistas e que precisam da produção de dispositivos legais ou não que nos convoquem ao exercício cotidiano do cuidado coletivo. Não diferente, quando se trata da Infância e Adolescência no Brasil, temos uma história de lutas coletivas e diversas, que visaram e ainda visam a construção de direitos e de uma política efetiva de atenção. Lutas no plural, porque apesar de apontarem em uma mesma direção, também se singularizam e, por vezes se segmentam, na medida em que estão localizadas em campos e políticas específicas, que nem sempre se conectam. Como já

apontamos anteriormente, tais lutas remontam algumas décadas, sendo que ganharam força com os movimentos de redemocratização do país. Assim,

O movimento social especificamente voltado para a infância originou-se na primeira metade da década de 80, intensificando-se a partir de 1985. Essas organizações sociais já se opunham a desumanização, bárbara e violenta que se encontrava submetida à infância pobre no Brasil; a omissão e ineficácia das políticas sociais e das leis existentes em fornecer respostas satisfatórias em face de complexidade e gravidade da chamada questão do menor. É nesse contexto que elas colocam para si o debate nacional em curso: o papel do Direito e a Lei na mudança social. Debate necessário, haja visto que a discriminação na produção e na aplicação das leis e uma certa “cultura da impunidade”, resultavam da descrença ou indiferença de setores do movimento no papel das leis em assegurar os direitos da cidadania. (SANTOS, 1998, p. 143)

Nos anos auge da redemocratização (1986-1990) houve uma intensa mobilização nacional para assegurar a inclusão dos direitos infantis e dos adolescentes na nova Constituição Nacional. Foram vários os espaços de debate e discussões com o intuito de sensibilizar a sociedade para as questões e necessidades das crianças brasileiras. Jornais importantes da época, como o Correio Braziliense em Brasília e o Jornal do Brasil no Rio de Janeiro, registravam esses movimentos e endossavam as discussões, destacando o quanto as questões da infância e adolescência eram sensíveis e os riscos que corriam de serem esquecidas e não contempladas pela Constituição (JORNAL DO BRASIL, 06 de agosto de 1987, p. 23). Em Brasília, ganharam destaque os eventos da Comissão Nacional Criança e Constituinte que levavam centenas de crianças de Ceilândia, periferia do Distrito Federal, para o Senado e Congresso para participarem da construção das emendas e unirem forças para aprovação das mesmas. As crianças conversavam com os parlamentares, contavam suas histórias e entregavam cartas para os mesmos com o intuito de os sensibilizarem com as questões que vivenciavam (CORREIO BRAZILIENSE, 27 de março de 1987, p.19).

Outro movimento de destaque foi a proliferação de ONGs que, num contexto neoliberal, dava visibilidade a violação, a violência física, psicológica e social de crianças e adolescentes, sobretudo em situação de rua e na periferia das cidades,

afirmando a necessidade de ampliação dos direitos e proteção à criança e adolescente. Multiplicaram-se também campanhas como a “criança constituinte” (1986), apoiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), direcionada para que a população escolhesse candidatos políticos comprometidos com as causas da infância no país e a campanha “criança prioridade-nacional” (1987), mobilização para aprovação de emenda popular que levava o mesmo nome. As articulações se capilarizavam em novos espaços como fóruns, conselhos populares e escolas num movimento incessante de produção de ideias e debates. Cruz e Domingues (sem data) ressaltam que essas duas campanhas foram de fundamental importância na constituição das políticas públicas para a infância. Elas foram traduzidas nos artigos 227 e 228 da Constituição Federal e depois inclusos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD):

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Depois de aprovada a Constituição, teve o processo de regulamentação dos artigos mencionados e a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente. Vale ressaltar que, assim como o movimento anterior de criar as emendas constitucionais sobre a infância, o ECRIAD, como apontam os autores Cruz e Domingues, foi “forjado por milhares de mãos”. Os fóruns, encontros, a participação das crianças e os movimentos nacionais e internacionais teciam esse momento encarnando a ideia que direitos e política se fazem com participação e envolvimento.

O estatuto da Criança e do Adolescente promulgado pela Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990) foi uma grande conquista na luta por uma política de cuidados às crianças e adolescentes e tornou-se “reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais dedicados à garantia de direitos da população infanto-juvenil” (DIGIÁCOMO, 2010, p.01). Para muitos autores, o estatuto rompe com a lógica anterior que tinha na doutrina jurídica do *menor* e na situação irregular os

direcionamentos para as práticas entorno da infância e adolescência. Em substituição, o ECRAD trouxe um novo paradigma para embasar as políticas públicas infanto-juvenis: a doutrina da proteção integral. Cruz e Domingues (sem data) apontam que essa nova terminologia foi inspirada na Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989), compondo artigos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e Adolescente, reconhecendo na criança e adolescentes cidadãos de direitos civis e políticos. Couto (2012) também sinaliza que a doutrina da proteção integral reestruturou o Estado com novos elementos que, além de reconhecer a participação das crianças nas políticas públicas, direcionou sua função de tutela para de proteção e bem-estar social (p.26).

Com esse novo direcionamento, inicia-se uma reorganização nas intervenções direcionadas à criança e ao adolescente. As ações de institucionalização e reclusão, muito comum nos anos anteriores, foram perdendo força e sendo substituídas por ações psicossociais com base comunitária e territorial. Todavia, os esforços nessa direção não aconteceram sem emperramentos, movimentos de retrocessos e dificuldades. Colocava-se como desafio organizar os serviços que antes estavam dispersos e tinham um cunho mais assistencialista a se integrarem com outros saberes e setores com o intuito de sustentar o princípio da integralidade previsto na Constituição. Assim sendo, desde o final dos anos 80 e, sobretudo, depois da promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente, diversas ações e políticas são formuladas tendo a intersetorialidade como direcionamento para intervir nas questões relacionadas à infância e à adolescência.

Como ressalta Marafon (2014), todavia, o Estatuto da Criança e Adolescente criou também uma clivagem em relação à infância. A criança abandonada e negligenciada emerge ora como criança vitimada ora como delinquente. O contexto na qual ela está inserida é tido como patológico e a condição de risco social marca um novo conjunto de práticas pensadas, analisadas e julgadas por diversos profissionais dando corpo a todo um aparato de controle das virtualidades (FOUCAULT, 2005). Como veremos nos próximos capítulos desta dissertação, as políticas, assim como as práticas que tecem as mesmas, devem nos levar ao trabalho cotidiano de problematizar as ações que tomam a infância como condição de risco, buscando colocar coletivamente em análise a delicada linha que separa e aproxima as práticas de cuidado, proteção e controle das infâncias.

3. PSQUIATRIZAÇÃO DA VIDA E AS PRÁTICAS E SABERES “PSIS”

A presença do saber médico como explicação e intervenção mais pertinente para lidar com os problemas cotidianos não é algo novo, mas ao mesmo tempo, tem se intensificado nos dias atuais. O processo de medicalização da vida ao menos desde os séculos XVIII e XIX vem interferindo na constituição de subjetividades, mas nas últimas décadas, mais expressivamente nas sociedades ocidentais, vem tendo maior notoriedade, sendo assunto das mais importantes revistas científicas, jornais e mídias populares.

O processo de medicalização tem se estendido a praticamente todos ou quase todos os domínios da vida e está intimamente relacionado ao fortalecimento da racionalidade biomédica e a expansão da cultura somática. É no corpo, mais recentemente no cérebro e nas suas conexões sinápticas, que as causas e origens de comportamentos, condutas e trajetos de vidas são buscadas. Embora o processo de biologização da vida não seja algo muito recente, Caliman (2006) aponta que nas últimas décadas houve um aumento considerável de investimentos em pesquisas que investigam o funcionamento cerebral, estreitando cada vez mais a relação entre corpo e psíquico. Figueira (2012, p. 15) ressalta que tais pesquisas revelam supostas relações entre as atividades cerebrais e as funções mentais e que as mesmas tem ampliado significativamente o conhecimento científico das interações entre o físico e o psicológico bem como vem servindo de base para a produção de dispositivos que sustentam a cultura somática.

Para Caponi (2009), a biologização reducionista da vida tem fortalecido a busca pela definição de quase todas as condutas e sofrimentos em termos médicos. O processo de medicalização da vida estabelece uma relação direta com um discurso de normalização da existência que, no seu incisivo investimento na gestão biopolítica dos corpos e das populações (FOUCAULT, 2010), define incessantemente a fronteira do que vem a ser o normal e o patológico. Assim, as classificações e a proliferação de diagnósticos, sobretudo psiquiátricos, advindos desse processo de medicalização, voltam-se prioritariamente aos comportamentos socialmente indesejados, desviantes, tidos como anormais como os sentimentos de tristeza, as tensões e conflitos do viver, as experiências escolares distoantes ou a infância problemática (que hoje recebe inúmeros

diagnósticos com destaque para o TDAH e o TOD – Transtorno do Déficit de Atenção e Transtorno Desafiador Opositivo).

Ressaltemos que a medicalização não se restringe ao saber psiquiátrico, mas, como aponta Foucault (2010), esse saber em sua história de expansão como especialidade médica atuou de maneira muito precisa nos nossos comportamentos, nos modos como agimos e nos relacionamos, capturando qualquer desvio do funcionamento ideal e tornando-o passível de uma intervenção psiquiátrica.

É preciso lembrar que a expansão das práticas psiquiátricas que ocorrem desde o século XIX (FOUCAULT, 2006; 2010) acontecem no entrelaçar com outros processos, com saberes e práticas psis, cerebrais, mentais, médicas e psicofarmacológicas que contribuem para o fortalecimento da medicalização como um mecanismo de controle social, sobretudo dos comportamentos tidos como socialmente indesejáveis.

É na interface com esses saberes e práticas que o processo de gestão e medicalização da vida tem na família e na escola seus principais campos de intervenção. Como veremos, antes da psiquiatria ser uma especialidade médica, ela se configurou como um ramo especializado da higiene pública que se ocupava da proteção social, doenças e quaisquer comportamentos que poderiam colocar a sociedade em risco. Segundo Foucault (2006), a psiquiatria configurava-se como a “medicina do não-patológico”, das práticas não curativas, mas preventivas onde a virtualização do perigo estava disseminado no corpo social. Assim, a família, sobretudo a família pobre, foi um dos primeiros investimentos da psiquiatria e do Estado.

Nesse mesmo direcionamento em construir uma sociedade forte e longe dos perigos da anormalidade, os diagnósticos médicos, sobretudo os psiquiátricos, tornaram-se um dispositivo importante de explicação e intervenção nos processos de escolarização tidos como problemáticos. Como apontam Heckert e Rocha (2012, p. 89), as experiências no espaço escolar com “as inquietações, os conflitos e as tensões experimentadas no processo de aprender” são, muitas vezes, compreendidas e transformadas em questões médicas e psicológicas. Assim, para muitos comportamentos de crianças e adolescentes com os quais a escola não sabe lidar, tem-se demandado laudos psicológicos e psiquiátricos, diagnósticos que indiquem qual o caminho a ser seguido pelas intervenções pedagógicas, como complemento da intervenção médica e, quase sempre medicamentosa.

A aproximação dos saberes psis (médicos, psicológicos, psiquiátricos, psicanalíticos e psicofarmacológicos) com as famílias e as escolas não é recente. Muitas vezes, em nossos discursos e análises tais aproximações parecem receber uma força e homogeneidade que nem sempre coincidem com as práticas existentes. Elas têm uma tecitura contínua e emergem nas tramas cotidianas e relacionais que são histórica e localmente situadas. Há diferenças, endurecimentos, brechas, resistências. Os processos de medicalização, embora tenham se intensificado nos dias atuais, são diferentemente apropriados pelos médicos, pedagogos, familiares, professores, psicólogos e demais profissionais da saúde.

Para entender esse processo em sua história e emergência, fizemos uma investigação que não é inédita, mas importante para nossa discussão. Werner (2000), Foucault (2006; 2010), Lobo (2008), Donzelot (1986), Caponi (2007; 2009), Machado (2004), De Oliveira (2001), entre outros autores, trazem importantes contribuições para pensarmos o entrelaçar das práticas entre saberes psis, escolas e família.

Abordaremos um pouco mais com os estudos de Foucault (2006; 2010) e Lobo (2008) a constituição da psiquiatria como um saber do “não patológico”. Mostraremos a importância da infância para a expansão e fortalecimento dos saberes e práticas de normalização de todas as outras etapas e dimensões da vida social e individual (LOBO, 2008, p. 374). Na história, a articulação entre saberes e práticas psis e pedagógicas teve como efeito o fortalecimento de determinadas relações entre saúde, escola e família, e, sobretudo, a produção da criança instável e anormal.

3.1. A psiquiatrização da infância e emergência da “criança anormal”

Como já mencionamos, antes da psiquiatria ser uma especialidade médica, ela se institucionalizou como um ramo da higiene pública que se ocupava dos desvios e comportamentos anormais que poderiam colocar a sociedade em risco. Caponi (2009) aponta que na segunda metade do século XIX, a psiquiatria transformou-se num domínio de saber e de intervenção tanto intra como extra-asilar, na medida em que suas práticas ampliaram e passaram a se referir tanto ao campo da alienação mental quanto aos comportamentos cotidianos.

A reconfiguração do saber psiquiátrico fortaleceu-se pela expansão de outros saberes como a teoria da degeneração proposta por Morel (CAPONI, 2007; LOBO,

2008), que possibilitou um novo modo de pensar as doenças mentais pela via do desvio patológico da normalidade. Morel ressaltou o caráter evolutivo e hereditário de algumas patologias como aspecto importante para compreensão da doença mental. Até então, com os trabalhos de Esquirol e Edward Séguin, a compreensão de loucura estava restrita ao universo adulto. Para esses autores, as vicissitudes da loucura eram justificadas pelo acirramento dos conflitos entre os instintos humanos e as exigências da civilização. Esquirol apontava que a civilização impedia a satisfação imediata dos desejos da natureza humana, produzindo uma privação que levaria a loucura. A infância era vista como um período onde os humanos não experimentavam as paixões e os desejos da civilização, estando a salvo dos conflitos com os instintos. Não se buscava na infância a loucura, esta era um desvio da normalidade no adulto (LOBO, 2008, p. 367).

A teoria da degeneração foi um catalisador importante para o surgimento de novas classificações de doenças e a expansão de novas patologias. O caráter evolutivo e hereditário das patologias possibilitou certa reconfiguração do saber psiquiátrico com maior interesse clínico nos pacientes, na observação dos seus sintomas, das origens e sinais patológicos. Foucault (2010) e Lobo (2008) sinalizam o quanto o histórico patológico familiar tornou-se indispensável para as práticas psiquiátricas e, sobretudo, abriu um horizonte de intervenção que percebia nos instintos infantis a natureza da alienação do adulto.

Mais próxima da origem, por isso sujeita à desordenação dos instintos, a apreensão de certas características regulares do seu desenvolvimento deu-se por meio daqueles que apresentavam variações negativas dessas mesmas características (...) A transparência das normas da infância ofereceu consistência necessária aos saberes e práticas de normalização de todas as outras etapas da vida – e ainda, a todas as dimensões da vida social e individual. (LOBO, 2008, p. 374)

Foucault (2006) aponta que a atuação da psiquiatria no território da infância precisa ser compreendida não como um campo novo que fora anexado. Antes, a infância foi uma das condições de generalização do saber e poder psiquiátricos, objeto importante contra os supostos perigos decorrentes dos comportamentos socialmente indesejados e como forma de dar consistência às práticas de normalização do corpo social.

A infância como fase histórica do desenvolvimento, como forma geral de comportamento, se torna o instrumento maior da psiquiatrização. E direi que é pela infância que a psiquiatria veio se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos. (FOUCAULT, 2010, p. 266)

A psiquiatrização da infância situa-se num arranjo de práticas e difusão de saberes psicológicos, médicos e pedagógicos culminando na emergência da ideia de “criança anormal” (FIGUEIRA, 2012). Todavia, o apoio para a generalização do poder psiquiátrico se deu na criança não-louca. Nos trinta primeiros anos do século XIX, a psiquiatria, a princípio com Esquirol e posteriormente com Séguin⁸, direcionava esforços para tirar do campo da loucura as categorias de criança retardada, imbecil e idiota. Foucault (2006) aponta que a criança louca fora aparecer tardiamente no campo da psiquiatria e, por efeito secundário da psiquiatrização da infância e diferentemente do adulto louco, não esteve confinada aos asilos e manicômios. Lobo (2008) também afirma que foi pela figura do idiota que originou a psiquiatrização da infância e que a idiotia era considerada como uma fase do desenvolvimento humano, passível de educabilidade.

Ao universalizar o desenvolvimento, Séguin universalizou a idiotia como etapa do desenvolvimento humano, que todas as crianças normais rapidamente ultrapassam, enquanto as idiotas, um pouco mais, um pouco menos, permanecem afundadas nessa etapa da infância normal. Logo, a idiotia não é uma doença, mas uma variação do processo de desenvolvimento, um estado que pertence à infância (LOBO, 2008, p. 372).

A reelaboração do conceito de idiotia na primeira metade do século XIX assimilou o idiota ao louco pela noção de instinto, facilitando a expansão de estratégias disciplinares da psiquiatria para além dos limites asilar, invadindo as famílias, as escolas. Da luta para evitar a alienação dos adultos e os perigos que os instintos colocariam à sociedade, cresceu a defesa de um tratamento moral e de prevenção dos desvios na infância (LOBO, 2008). Um saber médico-pedagógico de caráter preventivo

⁸ Diferente de Esquirol, para Séguin era cada vez mais nítida a distância da relação entre idiotia e doença.

constituía-se como forma de orientar moral e intelectualmente as famílias e as escolas para intervir nos desvios e evitar o surgimento de sujeitos socialmente monstruosos: os delinquentes, mentirosos, pederastas, assassinos... (FOUCAULT, 2010).

A importância da idiotia no processo de psiquiatrização da infância se dá pelas práticas que se rearranjam entorno dela. Ressaltemos que para a escola a criança idiota não chegou a ser um grande problema. Ao contrário, Lobo afirma que

excluído da escola já estava, mesmo antes de entrar. Nunca foi preciso grande sutileza dos diagnósticos para deixá-los de fora ou torná-los um candidato ao asilo. A questão eram os outros. Aqueles que num primeiro momento poderiam passar despercebidos pelos mestres; perigosa invisibilidade desses seres intermediários que, misturados nas escolas regulares, espalhavam a desordem e a indisciplina e impossibilitavam qualquer trabalho pedagógico (LOBO, 2008, p. 381)

Desde então, começa a ser apontada uma preocupação com os alunos inquietos e indisciplinados, expandindo a noção de anormalidade para as condutas indesejadas no ambiente pedagógico.

Por força dos critérios de escolarização, tornavam-se indiscerníveis os chamados falsos e verdadeiros anormais e entre estes, os anormais de inteligência e morais. Estes últimos pertenciam a uma categoria difusa, semelhante aos que hoje transitam em fronteiras que facilmente se interpenetram: os problemas de aprendizagem e os de conduta, mais recentemente o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e, de caráter ainda mais atual, algo como um transtorno de obediência (LOBO, 2008, p. 383).

Na medida em que o Estado não podia intervir nas famílias sem invadir e atingir suas intimidades e liberdades individuais, a medicina higienista tornou-se um dispositivo importante na reorganização da dinâmica familiar. O movimento higienista na sua aproximação com a psiquiatria fundamentou e legitimou cientificamente várias ações do Estado e práticas médico-jurídicas que asseguravam a assistência de crianças e adolescentes, além de possibilitar que outras ganhassem corpo no interior das escolas.

Couto (2012) aponta que as políticas públicas brasileiras para uma assistência à infância foram por muito tempo baseadas em ações de natureza pedagógico-corretiva, vendo a pobreza e a má condição de vida da população como propulsoras de mazelas

sociais. No Brasil, juntamente com as intervenções higienistas, sobretudo do “Movimento de Higiene Mental”, que teve como marco os trabalhos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), tivemos as primeiras ações da psiquiatria infantil. Esse movimento atuou de forma preventiva, voltado para as escolas, famílias e também teve influência na institucionalização de crianças e adolescentes.

Foi marcante para o país a atuação do Movimento de Higiene Mental cujos idealizadores, entre o final do século XIX e o início do século XX, empenharam-se na realização de campanhas e de projetos que visavam a solucionar os seus problemas sociais, preparando o futuro homem e, em consequência, uma nova pátria por meio de ações direcionadas à higiene física e mental da população, em especial do público infantil. (BELTRAME; BOARINI, 2013, p. 338)

“A combinação entre higienismo, psiquiatria, psicologia e pedagogia permitiu a construção da atual relação entre problemas de aprendizagem e saúde”, assinala Figueira (2012, p. 24). Como veremos, entorno da figura do anormal, nas práticas de intervenção que desde então vêm marcando a infância desviante, fortaleceram-se os critérios científicos e morais que justificam os comportamentos escolares assim como o fracasso escolar como transtorno a serem tratados ou ao menos monitorados.

3.2. A escola e as práticas/saberes psis

Como vimos, ao longo do século XIX, emerge um novo tipo de medicina que, aos poucos, transforma suas formas de conhecimento, metodologias, objetos e modos de intervenção. Para Machado (1978), uma característica de destaque dessa transformação foi a medicina ter se tornado social. As práticas médicas, sobretudo as psiquiabras, deixam de restringirem-se às doenças para ocuparem-se da saúde. Da doença para saúde, as práticas de prevenção sobressaem às curativas. A medicina começa a situar as causas das patologias não só no sujeito doente, mas, principalmente, naquilo que o cerca, no meio ambiente. Assim, as cidades, as fábricas, as famílias, a prisão, os hospitais e tudo que está no entorno dos sujeitos constitui campo de intervenção da medicina social.

A escola tornou-se um campo privilegiado dessas ações. A criança, principalmente aquela em período escolar, torna-se cada vez mais objeto de intervenções médicas e do Estado. Intervir nos modos da infância, além de prevenir contra as loucuras, anomalias e degenerações na idade adulta, vinha para contribuir com o progresso social. Caponi (2009) lembra-nos, apoiada nas leituras de Giorgio Agamben, Hannah Arendt e Foucault, que a partir do século XVIII, na construção das sociedades modernas, configurou-se um governo referente à vida. O poder de morte do período monárquico estará subordinado aos mecanismos de gestão explicitamente calculada da vida que, como aponta Foucault (1978, p. 165), “procura administrá-la, aumentá-la, exercer sobre ela controles precisos e regulações gerais”.

Werner (2000) e De Oliveira (2001) explicam que a Medicina Higienista, que a princípio era um ramo da Saúde Pública, foi a grande parceira nessa nova organização econômica, social e subjetiva. A escola se deparava com a necessidade de gerir melhor as crianças, de exercer um controle positivo da vida das mesmas para que se efetivasse uma educação moralizante. Machado (1978) ressalta que o investimento da medicina social no Brasil era tornar a escola um estabelecimento perfeitamente medicalizado. A atenção deveria voltar-se para o funcionamento das escolas, a organização dos espaços internos, das salas de aula, dos refeitórios, assim como a disposição geográfica da mesma, a sua localização na cidade, era importante para essa nova gerência social. A organização do espaço interno tinha como intenção garantir melhor saúde física, conseqüentemente moral, mas também permitia maior controle, conhecimento e intervenção sobre os indivíduos. Machado também aponta que tais ações estavam para além do nível material. Há uma preocupação marcante ao nível relacional, relação entre os mestres e os alunos inclusive das crianças com o próprio corpo. Estabelece-se então um rígido programa de funcionamento escolar, “controle e construção do corpo e da moral dos estudantes” (MACHADO, 1978, 303). A desobediência e a masturbação no interior das escolas, orfanatos e educandários tornam-se objetos de maior vigilância, pois além de marcarem a saúde dos indivíduos, causam desordem e quebram o regime de regras.

A atuação dos higienistas no espaço escolar já desde a normalização das construções e do mobiliário escolares até a natureza dos exercícios físicos e o tipo de relação entre professores e alunos, tendo como objetivo a obtenção de

uma juventude hígida e instruída, considerada necessária à construção do que se entendia por um Brasil saudável (WERNER, 2000, p. 37).

Embora, sem dúvidas, o objeto privilegiado das intervenções dos higienistas fosse o estudante, nesse primeiro momento, o saber médico ao atravessar a porta da escola tornava-se uma instância superior de decisão da organização do espaço e da totalidade da vida daqueles que ali circulavam. É pelo discurso médico que a escola é material e dinamicamente fundada. Segundo Machado (1978), trata-se, portanto, da constituição de uma nova escola. Milimetricamente calculada e salubre, faz da vida dos estudantes objeto de conhecimento e controle. Escola que exige determinados atributos para os professores e funcionários, marcando inclusive a forma de participação dos familiares na vida escolar do filho.

Para Werner (2000), as ações dos higienistas ressaltavam os mecanismos biológicos e determinada noção de saúde ideal como condição necessária para o processo de aprendizagem. A medicina higienista criou bases para justificar o fracasso escolar como efeito de patologias e deficiências (FIGUEIRA, 2012).

O fracasso escolar e os conflitos enfrentados nas escolas tornaram-se cada vez mais ponto de encontro entre os saberes e práticas psi e pedagógicas. Como já nos referimos, de acordo com De Oliveira (2001), a denominação “práticas psi” reporta às produções das psiquiatrias, psicologias e das psicanálises. A autora faz uma ressalva que o plural realçado dessas práticas marca uma regularidade que aponta para diversas abordagens psi, embora antagônicas com metodologias e objetos diferentes, estão em sua maioria, submetidos ao campo representativo.

De Oliveira (2001) aponta que as Psicologias, nos movimentos de constituição como saber, aproximaram-se de determinados modelos que foram lhes dando contornos. A aproximação com as ciências da natureza associada ao positivismo deu suporte para a associação de um modelo orgânico ao domínio psicológico. Procura-se no homem, nas análises e decomposição dos seus elementos constitutivos, a compreensão das leis gerais dos fenômenos naturais. Assim, desde o final do século XIX, apoiada nos estudos das características individuais e atreladas a um pensamento linear onde as causas são sempre buscadas no indivíduo, ganha terreno uma certa Psicologia que outorga cada vez mais para si o poder de dizer e intervir nos modos de agir e viver. De Oliveira (2001)

sinaliza que, até meados da década de 1950, a Psicologia vai se constituindo como o fundamento racional/científico da educação, da organização dos grupos, do espaço de trabalho, etc.

O entrelaçamento das práticas psicológicas com os processos de medicalização e psiquiatrização tornaram-se cada vez mais vinculados aos processos escolares. A Psicologia, através de seus instrumentos científicos, com a propagação de uma visão de mundo individualizante e fortalecida na década de 70 com os testes psicológicos, acentua um processo normalizador, entrando, em boa parte das vezes, na escola para triar os “bons” os “normais” dos “anormais” (De Oliveira, 2001).

Para De Souza (2004) essa visão de mundo que faz um recorte sobre o indivíduo, enfatizando a importância dos aspectos emocionais, psicológicos, da constituição do seu mundo interno pelos mecanismos de introjeção e projeção, determinadas pela relação familiar, marcam as práticas dos psicólogos frente à queixa escolar. Os acontecimentos vividos pelas crianças na escola são interpretados como um sintoma, explicados a partir de estruturas psíquicas e nega as influências das relações institucionais, sociais sobre o psiquismo assim como do processo de escolarização. Patto (2002) ressalta que não se trata de negar a influência dos conflitos psíquicos vivenciados pelas crianças, mas de tomar a queixa do fracasso escolar em sua complexidade, considerando a característica performativa das relações escolares em quaisquer que sejam esses conflitos.

Mesmo no caso de uma identificação de uma psicodinâmica familiar dificultadora do bom rendimento escolar não se pode entender o comportamento escolar de uma criança sem levar em conta a maneira como a escola se relaciona com sua subjetividade. Não basta dizer que a criança vem para a escola presa de angustias predominantemente esquizo-paranóides ou depressivas decorrentes das relações familiares que se estabelecem na pobreza. Mesmo nos casos em que isso for demonstrável, é preciso levar em conta a natureza da experiência escolar e suas relações com os temores com os quais a criança pode ter chegado à escola; estas experiências certamente consolidam e aumentam tais temores ou colaboram para sua elaboração e superação (PATTO, 2002, p. 296)

Caliman (artigo no prelo), no entanto, sinaliza que desde a década de 80 do século passado, vem se fortalecendo uma percepção somática, cada vez mais

neurobiológica, do dito fracasso escolar. Tal percepção, no processo de medicalização e psiquiatrização, alimenta também o processo de medicamentalização da vida, a prescrição do medicamento enquanto norma e foco das ações de cuidado (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016). Da explicação psicológica à explicação biológica, fortalece-se a concepção individualizante apontada por De Souza (2004) que, quando atrelado ao uso de medicamentos, dá novos contornos nas relações entre práticas psi e escolas, acentuando a simplificação e a captura dos processos inventivos do viver.

Assim, no que tange a infância medicalizada, é cada vez mais comum crianças que problematizam a ordem escolar, perturbam seu funcionamento, os planejamentos das aulas com seu comportamento inabitual serem encaminhadas para unidades de saúde, especialistas psis, especialmente neurologistas e psiquiatras que priorizem intervenções psicofarmacológicas (CALIMAN, artigo no prelo). Seria preciso também dizer daquelas crianças que sempre estiveram excluídas do sistema de ensino regular que, pelas políticas ditas inclusivas e de educação especial, para garantirem o direito e o dever de estar na escola, precisam, na maioria das vezes, estarem medicadas.

Como nos lembram Patto (2002), De Souza (2004) e De Oliveira (2001) os saberes psis ao se legitimarem como capazes de explicar, intervir e conduzir a vida do outro podem, em suas práticas, “selar destinos”. O encaminhamento de crianças com os ditos problemas de aprendizagem para atendimentos com profissionais psi, assim como a produção de laudos isolados de estratégias que acompanhe seus efeitos, podem produzir verdades, constituir definitivamente modos de ser que não fortalecem o aprendizado, mas reforçam estigmas e culpabilização.

Não diferente, tomar medicamentos para estar na escola produzem efeitos somáticos, performativos e simbólicos (CALIMAN, artigo no prelo). Efeitos esses diversos, onde os discursos escolares e médicos da necessidade do uso de medicamentos são vividos de maneira ambígua tanto pelos familiares como pelas próprias crianças. A convivência diária dos familiares com seus filhos e netos sustentam controvérsias, no mínimo, os contrastes do potencial das crianças em casa e, por outro, a autoridade, os discursos e saberes legítimos da escola e dos professores apontando o contrário (DE SOUZA, 2004).

A relação entre problemas de aprendizagem e problemas de saúde reforça um processo de “cuidado” que se dá cada vez mais no isolamento. O medicamento visto

como a única saída, isola, desconecta, desarticula uma vida que como aponta Maturana e Varela (2001) é relação de coengendramento. Torna-se necessário efetivar uma lógica de cuidado que na contramão da lógica individualizante, sustente a coletividade em analisar os encaminhamentos, os efeitos, criando fissuras nas respostas rápidas, unas.

3.3. A família medicalizada

Diante das dificuldades que os primeiros estudos neurológicos tiveram em localizar nas lesões cerebrais os desvios e as condutas consideradas socialmente indesejadas, a psiquiatria no movimento de “expansão sem fronteiras”, como aponta Machado (1978), construiu um grande corpo ampliado, tendo investido nas famílias grande parte de suas ações. O novo corpo familiar que Donzelot (1986) ressalta se constituir no final do século XVIII fora uma das importantes estratégias que a psiquiatria teve para se apropriar melhor da infância e conduzir o que Foucault (2010) considerou como normalização de todas as outras etapas da vida.

Caponi (2007) aponta que a emergência da *família afetada por patologias*, ou a *família medicalizada*, como assinalou Foucault (2010) se dá quando os estudos dos caracteres hereditários e orgânicos dos desvios tornaram-se uma forma de dar corpo às patologias que não tinham uma localização precisa. A crença na hereditariedade aumentava, segundo os autores, a preocupação da psiquiatria com o histórico patológico familiar. Todavia, a imprecisão que marca o determinismo biológico no século XIX contribui para que se invista nessa família, em nome de uma doença e ao mesmo tempo em nome de uma saúde do corpo social, “uma racionalidade que liga a uma tecnologia, a um poder e um saber médicos externos” (FOUCAULT, 2010, p 218). O que se exige é uma nova organização, uma nova física do espaço familiar. Institui-se um isolamento, um ambiente completamente asséptico que se torna vantajoso à vigilância contínua da criança.

Restringindo assim a família, dando-lhe uma aparência tão compacta e estreita, faz-se que ela fique efetivamente penetrável por certo tipo de poder; faz-se que ela fique penetrável por toda uma técnica de poder, de que a medicina e os médicos são transmissores junto às famílias (FOUCAULT, 2010, p. 222).

Machado (1976) e Donzelot (1986) apontam que essa nova família que se constituía no século XIX estava vinculada principalmente às péssimas condições de vida das famílias burguesas quanto das populares. Observava-se na verdade que os

costumes que norteavam as famílias eram responsáveis pelos números de mortes das crianças que tinham os cuidados da alimentação sempre direcionada a terceiros. Como aponta Figueira (2012) era comum tanto nas famílias burguesas como nas populares a prática de aleitamento pelas amas-de-leite. Não era pouco também o número de crianças abandonadas tanto por famílias pobres e de filhos bastardos de famílias burguesas que, conseqüentemente, aumentava de maneira significativa os gastos do Estado com assistência a tais crianças (FIGUEIRA, 2012).

Tais problemas e a precariedade que as famílias tanto burguesa como populares se encontravam fizeram que a intervenção da medicina fosse uma maneira de melhoria das condições de vida da população. De Oliveira (2001) ressalta que a medicina não poderia dizer se o poder que o pai e a mãe exercem sobre os filhos era legal ou não, mas poderia apontar a família como incapaz ou hábil para lidar com as normas higiênicas desejadas.

Foucault (2010) se refere à constituição da família-célula como um núcleo restrito, saturado pelas relações diretas pais-filhos. A formação desse novo arranjo familiar teve como elementos constituintes a sexualidade vigiada, perseguida e proibida da criança, sobretudo da masturbação.

O espaço da família deve ser um espaço de vigilância contínua. Na hora do banho, de deitar, de acordar, durante o sono, as crianças devem ser vigiadas. Em torno das crianças, em suas roupas, em seu corpo, os pais devem estar à espreita. O corpo da criança deve ser objeto da sua atenção permanente. É a primeira preocupação do adulto (FOUCAULT, 2010, p. 213-214).

A família, enquanto instância medicalizada, aproximou o saber-médico da sexualidade e funcionou como um princípio de normalização da infância e da ordem sexual. Os pais, à espreita, tornam-se o agente transmissor do saber médico. Eles, tão próximo do corpo das crianças, precisam prolongar a relação médico-doente e agirem como terapeutas, agentes de saúde e serem capazes de diagnosticar doenças nos filhos e estarem atentos aos primeiros sinais de anormalidade. Segundo Foucault (2010, p. 221) “a família é que vai ser o princípio de determinação, de discriminação da sexualidade, e também o princípio de correção do anormal”.

Figueira (2012) aponta que a sexualidade foi um dos dispositivos que possibilitou deslocar a criança do meio de sua família para o espaço institucionalizado da educação. A família-célula enquanto um espaço limitado, intenso e de constante vigilância, torna-se a encarregada de cuidar do corpo da criança, de fazê-la viver e não deixa-la morrer. Os pais devem cuidar, vigiar, estar atentos ao corpo dos filhos, educá-los, mas com uma educação milimetricamente pensada num corpo de regras que garantisse o desenvolvimento normalizado dos mesmos. Foucault (2010) ressalta que essa sexualidade investida e constituída no interior das famílias desde o século XVIII pela medicina é retomada no século seguinte para constituir e fazer parte do grande domínio das anomalias (FOUCAULT, 2010, p. 225).

Ao mesmo tempo em que as famílias se encarregaram do corpo das crianças, que garantissem a vida e a sobrevivência dos seus filhos, também foi onde pediu para que elas abrissem mão do poder que exerciam sobre eles. O que Foucault (2010) aponta é uma troca: a família tem posse do corpo sexual dos seus filhos, mantenham eles sadios, doces e aptos para que depois eles passassem pelo sistema de educação, instrução, formação e normalização do Estado. As famílias possuem uma suposta posse do corpo dos seus filhos, mas que depois lhes escapará. “Mas, graças a essa tomada de posse do corpo sexual, os pais entregarão esse outro corpo da criança, que é seu corpo de desempenho ou de aptidão”, sinaliza Foucault (2010, p. 224).

Assim, a gestão do corpo familiar, com sua organização precisa, possibilitou uma melhor apropriação da infância e conseqüentemente a expansão do que conhecemos como psiquiatrização da vida.

4. O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE E AS REDES INTERSETORIAIS

Meu percurso pelo Ambulatório de Saúde Mental colocava em evidência a ausência, na maioria das vezes, de uma articulação entre vários setores, saberes e práticas no cotidiano dos serviços que trabalham com crianças e adolescentes. Sabemos que há a proposição de uma direção conectiva para que os trabalhos em saúde mental infanto-juvenil se deem pelo princípio da intersectorialidade, na construção de redes locais e intersectoriais. Tais vivências, mais aquelas trilhadas pelo caminho do mestrado, apontavam-nos para algo que emperra nas práticas dos serviços e dos desafios de se operar no cotidiano dos mesmos essa direção de envolvimento, de articulação. Entretanto, embora a dificuldade que por vezes produz/reproduz trabalhos individualizados, é muito comum em serviços que prestam algum tipo de assistência à infância e adolescência a referência a termos como “rede” e “intersectorialidade” como estratégia para que se possa delinear um cuidado ou alguma forma de intervenção.

Para este trabalho, achamos importante atentarmo-nos às noções de rede e de trabalhos intersectoriais, comumente compreendidas como ferramentas ou estratégias resolutivas, para as diferenciarmos das afirmadas pelo campo da saúde mental. Como aponta Junqueira (2004) a intersectorialidade pode ser apreendida como uma articulação que se dá entre diversos saberes, serviços e experiências na tentativa de superar a univocidade de um olhar que não nos dá clareza para compreendermos a complexidade de dada realidade. Sendo assim, apresenta-se como uma estratégia que transcende um único setor ou política social e incorpora a visão integrada dos problemas sociais, na afirmativa de que a multiplicidade dos olhares sobre um objeto possibilita a melhor compreensão do mesmo.

Para Benevides e Passos (2003), a noção de *complexo* é normalmente sustentada nos pressupostos da ciência moderna, que a toma como sinônimo de complicado, de difícil, como um impedimento para o conhecimento que precisa ter sua verdade desvelada, simplificada. Entretanto, os autores sinalizam que para a ciência contemporânea a complexidade não é a busca pela simplificação do real, mas, pelo contrário, complexa é a qualidade de certos fenômenos que nos exigem esforços para evitarmos significações reducionistas. Dessa forma, compõem com uma forma de investigar e operar com as práticas em saúde mental, nas quais a *intersectorialidade* e o conceito de *rede* sinalizam para uma atenção àquilo que se produz nos atravessamentos,

nas fronteiras. A partir disso, entendemos que a tecitura de redes e as articulações que se dão entre setores acontecem na complexidade das práticas que produzem tanto os serviços como o cuidado que se efetua neles e/ou através deles.

Para a saúde mental de crianças e adolescentes, o conceito de rede orienta a operação de cuidado e está articulado ao princípio da intersetorialidade que fundamenta a PSMCA. Couto (2012) aponta que a SMCA incorporou muitos princípios da atenção psicossocial e o de rede é um deles.

A emergência da noção de rede em saúde mental remete-nos as experiências do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciadas no país no final da década de 70 do século XX, da necessidade de criar uma rede de serviços substitutivos à lógica manicomial. Tal rede precisava abarcar as características do território e considerar o paciente mental como sujeito ativo no processo de construção de sua história e dos serviços dos quais participa (COUTO, 2012, p. 107). Foi com as experiências do Programa de Saúde Mental de Santos (SP) e o CAPS Luis Cerqueira em São Paulo (SP) que o cuidado em rede foi se consolidando e posteriormente viria a incorporar a base normativa em saúde mental nos SUS. A primeira foi um programa público que questionava os pressupostos do modelo asilar, ofertando serviços territoriais que funcionavam articulados em rede para atender as necessidades em saúde mental daquela cidade. A segunda ampliou o mandato clínico consagrando uma atenção psicossocial como forma de cuidado.

Em 2001 tanto as orientações normativas como a III Conferência Nacional de Saúde Mental disseminou o cuidado em rede e um modelo comunitário de atenção como modos de atuação e sustentação da política de saúde mental no país. Assim, os dispositivos estratégicos como os CAPS teriam como marca constitutiva o agenciamento de redes em saúde mental no seu território (BRASIL, 2002), sem perder a rede como princípio norteador do cuidado. Para a saúde mental, o trabalho em rede é o desafio de produzir um cuidado que se distancie do enclausuramento do outro e que se de num constante processo de tecitura e expansão da vida, evitando a centralidade do cuidado tão comum nas práticas manicomiais.

A noção de rede ou de trabalho em rede, embora frequente no vocabulário de vários campos do saber, ganha significados diferentes no cotidiano dos profissionais e usuários. Muitas vezes, este termo é usado para dizer de uma forma de funcionamento

na qual estão presentes os diversos equipamentos públicos disponíveis em determinado território. Não tomamos, todavia, a ideia de rede como algo dado a priori, constituído apenas por um conjunto de “nós” representados pelas instituições públicas – ou seja, os nós não são exclusivamente os serviços, tais como os CAPS, não estão somente em nível macro; os nós se fazem na e fazem a costura do cotidiano: nas salas de espera, nas visitas domiciliares, entre usuários, etc.. Deste modo, podemos afirmar que no processo de constituição das redes há movimento, acolhimento da abertura e articulação de diversos personagens na tecitura de algo comum.

Oliveira (2007) ressalta que, na SMCA, tal noção traz um caráter intersetorial e processual, o que nos indica o desafio de um trabalho com uma rede heterogênea e em constante construção. Então, neste campo, a *rede* também precisa ser entendida como uma forma de trabalho coletivo, uma maneira de trabalhar que se opera na “responsabilidade compartilhada”, articulações de serviços e ações, em sintonia com as particularidades de cada caso. Couto (2012) aponta que o princípio de *intersectorialidade*, norteador da composição das redes em SMCA, tem como característica a colaboração dos setores autônomos em relação à saúde mental que historicamente exerciam alguma intervenção sobre criança e adolescente. A intersectorialidade, tomada como princípio da PSMCA, tem como função reorientar a oferta de serviços e o cuidado em saúde mental, sendo importante na diminuição da dispersão e fragmentação das ações em torno da criança e dos adolescentes.

As redes em SMCA são intersetoriais, articulam recursos formais e informais do território onde atuam, e possuem como característica e desafio a capilaridade de ações, buscando construir, tendo em vista as particularidades dos casos, redes de apoio singulares. Assim, estas redes intersetoriais são processuais; guiam-se pelo território e pela especificidade de cada caso; têm nos serviços pontos de ancoragem, porém a garantia de sua efetuação se faz através de um trabalho contínuo de cuidado: um cuidado que se faz em rede e também um cuidado com a rede. (COUTO, 2012).

É interessante destacar que os modos de funcionamento das redes intersetoriais fazem funcionar planos de produção e de subjetivação, modos de experimentar e interpretar a realidade, no processo de criação de si e do mundo. Assim, a prática de rede comporta tanto uma esperança quanto um perigo, isto é, efeitos de expansão, potencialização da vida e uma face que a constrange, a controla e a regulamenta.

Segundo Benevides e Passos (2004) as redes podem ter um funcionamento quente ou um funcionamento frio. Esse último supõe uma rede que vai se fazendo de forma centralizada e de cima para baixo, onde historicamente os processos de produção estão associados às modulações do capitalismo e aos efeitos de serialização e homogeneização da realidade e dos sujeitos.

As redes quentes, entretanto, possuem um funcionamento cuja dinâmica compõe elementos heteróclitos que sinalizam a experiência coletiva na produção de novas realidades que resistem aos processos de equalização e regulamentação da vida. De acordo com Passos (2000) tais redes são autopoieticas, tomadas na proliferação das forças e são produtoras de diferença. São quentes, pois, conforme nos apontou Canguilhem (1990), não subjugam às hierarquizações, ao controle e as estratégias de poder que coagem as forças criadoras que constituem o vivo.

Nesse sentido, poderíamos perguntar: Quais as conexões, quais as montagens, que dão as redes intersetoriais como estratégia privilegiada para a assistência e cuidado de crianças e adolescentes? Quais processos são aí conectados? Como os fatos, os sujeitos, os objetos e os vínculos são fabricados? Tais proposições são pistas para análise das práticas/políticas que colocamos em funcionamento nos espaços que ajudamos a construir, na forma como evidenciamos os objetos e encaramos a realidade.

Ressaltamos que por práticas, entendemos como nos propõe Foucault (2003), aquilo que as pessoas fazem. As práticas possuem uma maneira de funcionar que lhes são próprias, não sendo apenas orientadas pelas instituições ou ditadas pela ideologia e circunstância. Para o autor, quando o ponto de partida é a análise das mesmas, torna-se possível desvelar as linearidades dos processos e enxergar as múltiplas conexões que as compõem. O caminho que coloca em análise o “regime de práticas” rompe com a lógica transcendente de dar estatuto de ser às coisas e causalidade aos objetos. Analisar esse arranjo é ampliar o olhar sobre a complexidade das questões, de sua realidade histórica e indagar as relações constituídas para que possibilite mudanças e condições outras de agir. Torna-se necessário olhar para as relações e fazer um desvio no que é evidente; colocar em análise nossas demandas e aquilo que produzimos precisa ser um trabalho cotidiano.

“Os objetos parecem determinar nossa conduta, mas, primeiramente, nossa prática determina esses objetos. Portanto, partamos, antes, dessa própria prática, de tal modo que o objeto ao qual ela se aplique só seja o que é relativamente a ela. A relação determina o objeto, e só existe o que é determinado. (...) O objeto não é senão o correlato da prática; não existe, antes dela, um governado eterno que se visaria mais ou menos bem e com relação ao qual se modificaria a pontaria para melhorar o tiro. O príncipe que trata seu povo como criança nem sequer imagina que se poderia fazer diferentemente: faz o que lhe parece evidente, sendo as coisas o que são.” (VEYNE, 1982, p. 243).

Quando do objeto se dirige às práticas corre-se alguns perigos, como universalizar acontecimentos e maneiras de existir. Como aponta Veyne (1982) os objetos são aquilo que são devido sua correlação com as práticas. Perceber a realidade como algo complexo, como aquilo que não é simples, precisando ser explicado, separado e reduzido, pode criar demandas por especialismos que sustentem um caráter desvelador do “real”. Se partirmos, dessa forma, de objetos que tem uma realidade em si complexa como as “crianças hiperativas” e “familiares irresponsáveis” sem olharmos para as práticas que os situam em determinados momentos históricos, podemos produzir e fortalecer os processos de medicalização dos corpos, de judicialização das famílias omissas, bem como a proliferação de diagnósticos e uma psicologização e psiquiatrização da vida. A objetivação das práticas marcam lugares e determinam relações.

O que fazemos então quando em nossas práticas lidamos com realidades que são heterogêneas, múltiplas, rizomáticas? Como intervir sem simplificar, reduzir a complexidade ou evitá-la? Torna-se necessário tomarmos aquilo que nos apresenta como complexo enquanto potência do vivo e que carece de ferramentas que acompanhe os processos e descreva a maneira que evolui para uma complexidade crescente (BENEVIDES E PASSOS, 2003, p. 03).

Vale ressaltar que as metodologias de pesquisa que as ciências tanto humanas como naturais utilizam não se distanciam do modo de operar que toma as práticas como aquelas que definem os seus objetos e estes como “entidades” que legitimam determinadas práticas. Law (2005) nos ajuda quando aproxima nossas práticas dos métodos pelos quais buscamos conhecer os objetos. Para o autor, as metodologias, em

grande parte, estão embasadas por um certo realismo, que ele denominou de “realismo euro-americano”. Nesse, a realidade é anterior a nós e precede qualquer tentativa de conhecê-lo. O real é preciso e delimitado. Embora seja único, é possível ser compreendido de várias maneiras. Para o realismo euro-americano o conhecimento pleno é possível quando se dá por uma ação depurativa da ciência na qual aquilo que aparece como complexo precisa ser alterizado, tornado claro, definitivo e independente. O sujeito do conhecimento precisa ser um sujeito asséptico, capaz de abordar o real sem nele se misturar, garantindo precisão ao conhecer (MORAES; KASTRUP, 2010, p.21).

Law (2004) salienta que quando o conhecimento fica centrado nos limites do realismo euro-americano não conseguimos perceber a característica performativa das práticas. O que o autor destaca é o caráter produtivo das nossas práticas, subvertendo a ideia da ciência moderna de acordo com a qual a realidade está dada, de antemão, a qualquer intervenção. De forma parecida, Mol e Stengers argumentam que nada está pronto, as realidades são construídas, são feitas, performadas nas relações. Podemos dizer que Law, Mol, Stengers e Foucault (2006) sinalizam uma ciência do “se fazendo”, a afirmação de uma micropolítica da fronteira que se tece na parceria, com o outro. Assim, como veremos melhor nos próximos capítulos, podemos ter como pista que um trabalho em rede transborda e equivoca a assepsia da ciência realista. Na construção de uma rede quente, apesar de haver diferenciações e distancias necessária, não podemos perder a dimensão do afeto, da tecitura coletiva.

Para a PSMCA a ampliação dos serviços e a estruturação de uma rede de atenção se fazem com o aprofundamento do conhecimento das instituições e setores que historicamente assistem a criança e adolescente. Tal norteador ético nos convoca a colocar constantemente em análise as qualidades das articulações (LATOUR, 2007) e os funcionamentos que elas geram em diversos cenários.

Assim como aponta ser o desafio para a política em saúde mental infanto-juvenil, nosso intuito é provocar a construção de redes intersetoriais de atenção a fim que suas articulações façam delas “redes quentes” e potentes. Torna-se importante acompanhar os efeitos que se tem quando ela esquenta, mas também das articulações que as redes põem para funcionar quando endurecem e interrompem as controvérsias e tensões presentes nas relações.

Nos dois próximos capítulos, buscamos colocar em evidência as controvérsias e as articulações presentes quando habitamos as fronteiras entre saúde mental, escola e família. Tomamos como análise os trabalhos tecidos em dois espaços: o primeiro deles é um grupo que discute a experiência infantil que fazem uso de psicotrópicos no CAPSi de Vitória. O outro espaço é uma rede intersetorial que acontece numa escola municipal também de Vitória.

5. A ESTRATÉGIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM): O ECO DAS ESCOLAS NUM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

Durante minha experiência como extensionista do Ambulatório de Saúde Mental (HUCAM/UFES), a ausência de conversa com as escolas que encaminhavam as crianças para atendimento médico e psiquiátrico produziu em mim a necessidade de andar, de criar redes, a partir das quais fosse possível cuidar não só das crianças que ali chegavam, mas dessa demanda que batia à porta da Saúde Mental. Entrar no mestrado foi “ganhar a rua”, na tentativa de produzir encontros que multiplicassem as versões existentes da tão delicada relação entre escola, saúde mental e saberes psi. Será que realmente a escola só quer laudo? Quais as práticas performadas pelos profissionais de saúde mental ao se depararem com esses tipos de encaminhamento da escola?

Com a entrada no mestrado, vários encontros se desdobraram ao habitar o Grupo de Pesquisa Fractal que já vinha de uma trajetória de estudos das práticas farmacológicas⁹ entorno do metilfenidato¹⁰ e sua relação com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). No início de 2014, este grupo de pesquisa estava iniciando *rodas de conversa* com o intuito de criar uma *rede de conversações* para pensar os efeitos das práticas de acompanhamento, uso e prescrição do metilfenidato, incluindo outros atores nessa conversa. Tais rodas tiveram como metodologia o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR)¹¹ que carrega os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013) e tiveram como espaço para cuidar dessa problemática o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Vitória (CAPSi).

O GGAM foi adaptado (CAMPOS, 2012) a partir de uma experiência canadense que objetivava maior protagonismo dos usuários de saúde mental em relação aos seus projetos terapêuticos, visando à diminuição e até redução do uso de psicotrópicos. Aqui no Brasil, anteriormente à nossa experiência, o GGAM foi utilizado como dispositivo

⁹ Por práticas farmacológicas compreendemos a prescrição, a dispensa e o consumo de medicamentos. Para saber mais ler Domitrovic (2014).

¹⁰ “O metilfenidato é um derivado da anfetamina, indicado principalmente para o tratamento de TDAH e da Narcolepsia. É o principal ativo do medicamento *Ritalina*, produzido e comercializado mundialmente pelo laboratório Novartis Biociência” (DOMITROVIC, 2014, p. 23).

¹¹ O Guia GAM-BR ele é dividido em duas partes contendo seis passos. Na pesquisa no CAPSi, além do guia, tivemos como estratégia o uso de memórias intensivas feita pelos pesquisadores como forma de registro dos encontros e, posteriormente, uma narrativa coletiva. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/arquivo/ggamBr.pdf>

de intervenção em usuários de medicamentos psicotrópicos, seus familiares e profissionais de saúde objetivando não a retirada dos medicamentos, mas a cogestão dos mesmos. Para Caliman (artigo no prelo) um dos desafios da GAM é “a desconstrução do caráter privatista e individualizado das práticas em torno do medicamento, seja quando falamos da automedicação, na qual o usuário ou o familiar decide sozinho os rumos do tratamento, seja quando o médico sozinho e de forma hierárquica decide o quê e como prescrever”. Vale ressaltar que o formato como o GGAM que vem sendo efetivado no Brasil está direcionado principalmente para o público adulto, sendo usado em dois tipos de grupo: grupo com usuários e grupo de familiares. A nossa experiência no CAPSi de Vitória propôs uma nova utilização da estratégia GAM no cenário brasileiro, na medida em que acompanha a experiência do público infanto-juvenil e do seus familiares com o uso de psicotrópicos (CALIMAN, artigo no prelo).

Como sinaliza Domitrovic (2014), essas rodas de conversa no CAPSi que nomeamos como Grupo GAM, constituem-se em cada encontro, como um nó na rede, possibilitando linhas de comunicação entre os profissionais de saúde, pesquisadores, prescritores, familiares das crianças usuárias do serviço e as próprias crianças. Isto se pensamos num âmbito direto, já que essas linhas de comunicação tangiam também elementos, pessoas, e instituições ‘exteriores’ ao grupo: dentre elas a escola. Tais grupos criam um plano coletivo de experiência, sustentando a polifonia e as controvérsias que atravessam as questões envolvidas no acompanhamento, uso e prescrição dos medicamentos psiquiátricos, sobretudo da Ritalina. Os pesquisadores presentes no grupo ficavam responsáveis pelo manejo¹² do mesmo e pelos registros dos acontecimentos, tentando descrever as nuances em diversos momentos do grupo. Cada encontro era gravado em áudio. Tais gravações foram utilizadas, junto com os registros dos pesquisadores, para produzir um diário de campo (memória intensiva), conforme ocorre em outros grupos que utilizam a estratégia GAM. Cada memória busca tornar a

¹² Manejo é a estratégia adotada pelo manejador (um dos pesquisadores) para criar condições dentro do próprio grupo para que os componentes possam deslocar seus pontos de vistas procurando afiná-los com a experiência infantil. Para tanto, o manejador incentiva familiares e profissionais a responderem as questões do guia pensando no ponto de vista das crianças e até mesmo incitando-os a perguntarem-as como elas responderiam as questões, criando espaços de diálogo e discussão com os próprios usuários do metilfenidato e dando voz às crianças, de modo que elas também sejam incluídas como participantes ativos no processo de produção de saúde. Entretanto, uma especificidade do manejo da estratégia GAM é que este se propõe co-gestivo. O que lança como desafio as pessoas que ocupam o lugar de manejo, inicialmente, de ir lançando este papel para os demais componentes do grupo e para os analisadores que surgem, que não necessariamente se confundem com a figura de uma pessoa. Este se constrói a partir de acolhimento e aposta da recalcitrância dos demais participantes do grupo.

experiência do grupo acessível, relatando o que ocorreu de intensivo em cada encontro, incluindo as vozes dos diferentes participantes e articulando as falas às temáticas lidas no guia GAM-BR.

A Ritalina e o TDAH eram assuntos recorrentes nos Grupos e, durante o período em que estivemos circulando pelo CAPSi, os profissionais ressaltaram que o medicamento e diagnóstico impunham alguns desafios para a equipe do serviço. De fato, quando fizemos um levantamento dos prontuários do CAPSi, para contatar os familiares para participar do Grupo, era evidente referências ao TDAH, a hiperatividade e a desatenção, assim como relatos de dificuldades escolares, problemas de aprendizagem e aos comportamentos que provocam desordem em sala de aula. Era nítida aproximação desses diagnósticos e o uso de psicotrópicos, sobretudo do metilfenidato, como forma de tratar crianças com os ditos problemas de comportamentos associados ao contexto escolar. As crianças, na maioria das vezes, já chegavam ao CAPSi com algum diagnóstico relacionado a um problema escolar, seja de aprendizagem ou indisciplina, e, não raro, com expectativas em relação ao medicamento Ritalina. Assim, como sinaliza Domitrovic (2014), a articulação com a educação, desde os nossos primeiros momentos ali, foi apontada como um grande desafio pela equipe do CAPSi.

Tais desafios também falam de duas importantes questões: a intensificação de uma racionalidade biomédica dos comportamentos infantis e o tratamento medicamentoso que, cada vez mais, deixa de ser um auxílio às psicoterapias para tornar-se a centralidade, muitas vezes, a única tecnologia de cuidado. Esse processo que chamamos de medicamentização (CALIMAN, PASSOS, MACHADO, 2016) é visto como a solução mais rápida para conquistar certo ponto de normalização e está muito associado ao sistema educacional, sobretudo no contexto das crianças que de alguma forma problematizam a ordem escolar. No CAPSi, havia na equipe um posicionamento forte frente a essas demandas escolares e uma necessidade constante de problematizar o que muitas vezes é tido como banalização do diagnóstico de TDAH e o aumento da procura pelo metilfenidato. Não poucas vezes era dito: “Não damos laudos aqui, não prescrevemos Ritalina!”. Fala que performava certa relação com a escola: “a escola só quer laudo e Ritalina” e a relação com os familiares: “só querem laudos, só querem medicamentos!”.

Visto isso, com o Grupo GAM, a universidade reforçou ao CAPSi o convite para habitarmos as fronteiras entre saúde mental e educação, ao propor mais diálogo em relação a um medicamento que o serviço não prescreve e um diagnóstico que o mesmo considera controverso. Pensando com Moraes (2010), podemos dizer que, com o Grupo, deu-se o mal entendido promissor (MEP): criou-se novas versões para as práticas farmacológicas com o metilfenidato que atravessavam o CAPSi de um canto a outro, mesmo quando deslegitimadas. Nessas novas versões, que bifurcava as versões anteriores, o CAPSi e o grupo foram experimentando esse MEP e toda a variação, instabilidade, desorganização que ele produzia. Habitar a controvérsia que os MEPs engendram, produz a redistribuição das capacidades de agir, logo, é tornar o outro participante ativo do processo de intervenção (MORAES, 2010).

Assim, o mal entendido promissor, longe de ser um parasita no dispositivo de intervenção, é aquilo mesmo que o move, é aquilo que nos coloca diante do fato de que a experiência de interrogar o outro envolve um processo de transformação que não se passa apenas para o interrogado, senão também para aquele que interroga (MORAES, 2010, p. 17).

A discussão sobre a Ritalina muitas vezes aquecia nossas tardes e, ao longo dos encontros, fomos percebendo que, ao buscarmos sustentar algumas indagações e suspender verdades, era possível explicitar as controvérsias e complexificar as questões entorno desse medicamento. Não era fácil manejar o Grupo, pois as experiências que atravessavam o uso do medicamento eram inúmeras. A centralidade do medicamento como melhor maneira de tratar era, na maioria dos encontros, um discurso forte entre os familiares. A postura do CAPSi em não prescrever Ritalina produzia estranhamento em algumas mães. Todavia, para o serviço, acesso e excesso do medicamento pareciam estar automaticamente vinculados (CALIMAN, artigo no prelo).

(...) e aí você entra na sala do médico e, depois você volta na sala do médico (referindo-se ao psiquiatra do CAPSi): Dr., por que disso? Por que não a Ritalina? E ele responde: "Eu não passo Ritalina. Volta na doutora que te passou." [...] "Eles falam que ficamos atrás de medicamento, mas só a gente que é pai e mãe sabe o que realmente está acontecendo dentro da nossa casa. A gente sofre e a criança sofre. E a gente quer um alívio não só pra gente, mas pra eles também". E P. continua narrando suas vivências: "Dr, qual é o remédio, realmente, para

IMPERATIVIDADE, existe?”- trecho da memória do Grupo GAM

Lembremos com Couto (2012), em sua análise sobre a Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), que uma das funções do CAPSi é promover ações de cuidado que devem se precaver contra a medicalização e as práticas que contribuem para o ajustamento de condutas no trato com crianças e adolescentes. Todavia, para isso, torna-se necessário colocar em análise tal demanda, acolhendo-a sem de imediato tomá-la como equivocada. P., ao questionar o Dr. “Por que não a Ritalina?”, fala de um sentimento muito comum nos familiares em não perceberem suas demandas legitimadas. É importante frisar que considerar uma demanda legítima é diferente de acatá-la. Não se trata de atender a todos os pedidos feitos pelos pacientes e seus familiares, mas de compreender que o que eles trazem com suas perguntas ou histórias está relacionado às experiências, muitas vezes de sofrimento, que estão vivendo.

A experiência dos familiares fala de um isolamento, de uma vida onde o cuidado não é compartilhado, muitas vezes nem com os companheiros em casa. O narrar dessas experiências complexifica um discurso presente em muitos serviços de saúde mental, que afirmam que a escola e o familiar querem laudos e medicamentos para desresponsabilizarem-se do cuidado com as crianças. No grupo, diferentemente, ouvimos histórias nas quais os familiares precisam frequentar mais de um serviço na busca de respostas, de um cuidado que amenizem tanto o sofrimento dos filhos quanto daqueles que os acompanham. Há também histórias de avós que frequentavam diariamente as escolas regulares dos seus filhos para garantir aos mesmos o direito a educação. Assim como P., outros familiares falam do sofrimento de serem constantemente responsabilizados e culpabilizados pelo suposto fracasso escolar dos filhos, pelas faltas e pela dificuldade de adaptação a certas normas (CALIMAN, artigo no prelo).

É duro demais ouvir que você não sabe educar, que a culpa é sua, quando já tentei de tudo. É duro. A gente sofre demais. Até o médico já disse isso, que o meu filho não tem nada. Como assim não tem nada? Na escola eles dizem que meu filho tem um problema e que EU preciso cuidar disso, é minha responsabilidade levar pro médico, mas o médico diz que ele não tem um problema de saúde e que a escola é que tem que resolver.

E a gente vai de lá pra cá, que nem barata tonta, fica assim, sem saber o que fazer e a criança sofrendo... é um equilíbrio desequilibrado. - trecho da memória do Grupo GAM.

É nesse “*equilíbrio desequilibrado*”, onde se produz uma demanda sem lugar (DOMITROVIC, 2012), que o fortalecimento do medicamento como a maneira mais legítima de cuidar ganha contornos mais precisos. Mas, como já falamos, o maior problema é quando temos uma terapia medicamentosa como central no cuidado. Entretanto, entre os familiares, a necessidade do medicamento não era unânime. O discurso de algumas mães fala da importância da Ritalina na vida dos seus filhos. Uma delas, por exemplo, conta de como, do ponto de vista da escola, o filho se tornou aluno exemplar¹³. Havia, muitas vezes, a descrição de uma criança antes e depois da Ritalina, com os efeitos da mesma como “termômetro” da qualidade na escola. “*Com a medicação ele melhorou 100%*”¹⁴, uma mãe afirma convicta de que as mudanças se deram por conta da Ritalina.

Eu acho que sem a Ritalina, Deus me livre! Você não consegue nem conversar com ele”, diz B. [...] “E o que ele acha do remédio?”, pergunto. “Ele me perguntava por que ele toma remédio. Ele fala que toma remédio descontrolado e, que toma remédio pra não ter crise de nervoso e não ficar agressivo - trecho da memória do Grupo GAM.

No grupo, outras mães compartilharam experiências distintas com relação à Ritalina. Houve um dia que L. levou seu filho ao neurologista, devido dores de cabeça. Na consulta, o médico perguntou ao menino como ele era na escola que, orgulhosamente, respondeu ao médico que fazia bagunça em todas as matérias, e o médico prescreveu Ritalina para ele. Ela chegou a ir à farmácia, mas não comprou o medicamento, pois um conhecido lhe disse que era um medicamento muito forte. L., intrigada, levou o medicamento até o CAPSi para tirar a dúvida, e descobre que o medicamento era Ritalina, optou por não medicar.

Eu pensei assim: mas ele não é menino de Ritalina! Porque ele é assim, ele é bagunceiro, mas é uma bagunça normal para uma criança de onze anos. Ele presta atenção, ele tira nota boa, ele nunca tirou nota baixa, nunca reprovou, ele tá na quinta-série. Ele é até prestativo! Ele

¹³ Trecho da memória GGAM do dia 25/09/2014.

¹⁴ Trecho da memória GGAM do dia 18/09/2014.

é muito curioso, futuca tudo (...) não consegue ver uma coisa sem mexer. C. conserta os aparelhos eletrônicos da casa. Às vezes ele “estraga” as coisas para concertar depois - trecho da memória do Grupo GAM.

Já A. outra mãe do grupo GAM, num certo momento, decide parar de dar o remédio. Para ela, a Ritalina não estava fazendo efeito e ela associava a melhora de D., sua filha, ao acompanhamento psicológico no CAPSi e não por causa da Ritalina. Mas o médico insistiu que ela continuasse com o medicamento.

Aí ele falou não, mas nos dias de escola eu quero que você dê. Pelo menos uma vez por dia. (...) no mês que vem você vai dar sábado e domingo também”. [...] “O médico disse que era para estimular o cérebro do menino. Ele não tinha atenção de nada, agora ele já tem”, diz outra mãe do grupo, interrompendo. “Por isso que eu acho que Ritalina não faz efeito para D. Ela sempre foi inteligente. Ela é a primeira a terminar as atividades na escola”, comenta A. - trecho da memória do Grupo GAM

As histórias narradas pelos familiares trazem quase sempre, ao mencionar a Ritalina, a experiência escolar. Não poucas vezes o uso do remédio está relacionado à ida da criança à escola. Algumas mães tem o costume de dar a Ritalina para seus filhos apenas no período letivo, não medicando aos finais de semana e nas férias escolares. Tais hábitos, de certa forma, corroboram a opinião de Caliman (artigo no prelo) de que a prescrição e o consumo da Ritalina para crianças e adolescentes denunciam um certo modelo de escola e educação, assim como uma forma de pensar a aprendizagem que silencia e aprisiona as infâncias desviantes. Histórias que sinalizam um processo de subjetivação em voga altamente individualista cujas relações são cada vez mais mediadas pelos medicamentos.

Não precisaria medicar, dar Ritalina se vivêssemos só eu e ele, se ele estivesse só em casa, porque em casa a gente entende o jeito dele ser. Se estivesse em uma ilha deserta, não precisaria de medicamentos (...), mas para estar na escola e aprender, ele precisa. Às vezes, ele não quer tomar o medicamento, mas explico que ele precisa para fazer amigos e ficar na escola. Então ele toma. - trecho da memória do Grupo GAM.

Com o Grupo GAM ficava mais evidente a necessidade da saúde mental tecer “redes quentes” com a escola. As histórias contadas pelos familiares nos sinalizavam que ao pensarmos uma atenção à saúde mental de crianças e adolescentes necessariamente teremos os atravessamentos das experiências e questões escolares. Com o Guia GAM, ao propormos acessar a experiência infantil no uso de psicotrópicos, percebíamos que muito da vida da criança é a escola. Ela e seus familiares possuem uma relação direta com a mesma e a escola se faz presente na maneira como as crianças se apresentam, dos gostos delas, nas amizades que tecem e nas profissões de quando forem adultos. A escola, tanto para os familiares como para as crianças, é espaço de alegria e tristezas; amizades e desavenças; confiança e desconfiança.

Meu nome é R. tenho 13 anos, estou na oitava série, e... é, cada dia é uma coisa, né? Vou ser policial, tem dia que ele é presidente, outro dia deputado (...) fui bem na escola... (...) não fui bem na escola (...), diz B. - trecho da memória do Grupo GAM..

N.: “F. tem dia que quer ir pra escola. Tem dia que não quer. Ela pergunta ‘Por que eu tenho que estudar? Todo dia, todo dia, escola mãe? Mãe, por que a senhora não vai pra escola também?’” - trecho da memória do Grupo GAM.

S.: “Mãe, quando você era pequena você ia pra escola?”

P.: “Sim, meu filho.”

S.: “E você gostava?”

P.: “Sim, meu filho.”

S.: “Mas você gostava muito muito muito?”

- trecho da memória do Grupo GAM.

Como veremos, com as narrativas dos familiares, fomos percebendo que, não poucas vezes, problematizamos os processos de medicalização das demandas escolares, mas que nossa dificuldade maior está em produzir estratégias para lidar e cuidar das situações escolares geradoras de sofrimentos. Veremos mais acerca dessa problemática no ponto que se segue.

5.1. O rótulo dói¹⁵: a vivência escolar atravessada por diagnósticos e medicamentos

Para muitas mães, estar no CAPSi parece não ser suficiente. Não poucas vezes as mães escutam de algum profissional da educação que, para estarem na escola, seus filhos precisam de tratamento. Ir semanalmente, algumas vezes mais de uma vez na semana ao CAPSi e em outras instituições, não reduz as cobranças e indagações da escola sobre as causas das dificuldades dos filhos em sala de aula. Tratar, na maioria das vezes, é sinônimo de diagnóstico e uso de medicação. Apenas quando um dos dois entra em cena é que parece ser possível alguma coisa acontecer.

(...) a escola, segundo P., só considera legítimo o discurso da mãe quando é respaldado num laudo ou numa medicação: “Aí vem os planejamentos que já eram pra ter sido feitos antes. Mas que só fazem depois que tem aquele lindo diagnóstico. É muito complicado tanto pra nós, quanto pra eles (as crianças). - trecho da memória do Grupo GAM.

P. certa vez disse que mesmo com as idas do CAPSi à escola, o laudo ainda é demandado como condição para que se crie de estratégias de cuidado, que ajudem as crianças na aprendizagem. A demanda por laudo e um diagnóstico que afirme “o que a criança tem” é produtor de sofrimento não só para as crianças, mas para aqueles que as acompanham nas atividades escolares. Como lembra De Barros (2015), a afirmação do diagnóstico, ou a necessidade do mesmo, também se sustenta a partir da não-acreditação da capacidade do outro. Por seu caráter discriminatório, ele não deixa nenhuma possibilidade de abertura à conversa: “a operação de diagnóstico individualiza, reforçando o isolamento e a impotência do usuário de medicamentos” (p.191).

Levar ele para a escola era uma tortura mais para mim do que para ele, pois só sabiam reclamar, a escola não tinha estrutura para lidar com ele, e não acreditavam no diagnóstico dele, diziam que ele era assim porque era mimado, e a escola só foi acreditar quando chegou o laudo - trecho da memória do Grupo GAM.

¹⁵ Fala de uma mãe no Grupo GAM de 12/02/2015

As histórias dos familiares falam de uma dificuldade de acesso ao cuidado na rede pública de saúde, saúde mental e educação. Dificuldade que produz uma forma de cuidar na qual cada vez mais se cuida só. “*Atendimentos que acontecem aqui e ali*”, diz uma mãe. “*Atendimentos que não são conectados, não sendo possível funcionar uma rede sem conexão*”. O cuidado, quando não exercitado de forma coletiva (MOL, 2008), individualiza os problemas e reforça o medicamento como requisito para ser assistido.

A escola do filho “acolhe”, mas é um ambiente que acredita muito na medicação. Não aceita facilmente a decisão da mãe em não dar o medicamento ou relutar, pressiona para que seja medicado. Produz-se um constrangimento: a escola acolhe, mas na medida em que a prescrição medicamentosa é aceita. Seria isso um acolhimento? [...] “É desse jeito”, concorda P... A escola cobra o laudo e se não der a medicação o filho não terá atendimento. Como se o medicamento fosse também a condição de acesso a outros tratamentos. Se ele não estiver medicado as outras redes não querem atender e outros profissionais também não. Só o CAPSi acolhe que, no entanto, não tem estrutura para lidar com a criança o dia todo. P. diz que quer ter o filho “normal”, alegre, conversando, mas se ele não estiver medicado não é acolhido nos outros lugares, esse é o grande entrave - trecho da memória do Grupo GAM.

Para V. não é diferente, a ausência da medicação e do laudo/diagnóstico impossibilita a inserção em outras atividades que poderiam ser importantes no desenvolvimento do neto, dificultando as relações dele com amigos e comunidade.

Sim, é claro que eu também acho que é bom pra ele praticar esporte, fazer outros tratamentos, mas na escolinha de futebol e na APAE só aceitam se ele estiver medicado. E em muitos casos, pouca coisa se tenta na escola antes que a gente tenha um laudo, antes que ele esteja medicado - trecho da memória do Grupo GAM.

Basaglia (1985) interroga-se acerca do valor técnico ou científico que o diagnóstico clínico pode ter. Estaríamos falando de um diagnóstico científico com objetivos clínicos? Ou diria se tratar de uma simples etiqueta que esconde

profundamente seu real significado, a discriminação? Ressaltemos que, no Grupo GAM, ao abrirmos espaço para o questionamento do diagnóstico – incluindo a encomendas da escola, a procura por respostas, a prescrição indiscriminada – não é para recusá-lo ou afrontá-lo, nem para aceitá-lo inteiramente. No grupo o trabalho é de composição: cabe analisar a demanda, ligando-a a outras experiências e multiplicando os sentidos (DE BARROS, 2015). Com o Grupo, aos poucos fomos percebemos que, independente do real significado do diagnóstico, ele produz realidades. “*O rótulo dói*”, como afirmou uma mãe. Para as mães do grupo, o diagnóstico possui uma função social muito importante, pois é o diagnóstico que retira a família do lugar da “não educação”, do “menino malcriado” da “falta de limites”. Isso não quer dizer que elas “desejam” os diagnósticos para se desresponsabilizarem dos cuidados dos filhos, mas que, na luta diária de tecer uma rede que cuide, os mesmos produzem alívio numa vida cansada.

Quando não medicamos, parece que não estamos cuidando. Somos ameaçados até pelo conselho tutelar. E também na escola, se qualquer coisa acontece responsabilizam a gente porque não medicamos - trecho da memória do Grupo GAM.

Então, comenta P: “eu me sentia obrigada a falar... lógico que ninguém quer falar que seu filho tem alguma coisa, mas no meu caso (...) ele tava num CEMEI (...) batia, mordida... todo mundo já olhava para ele com aquela cara horrível (...) para mim era preferível que eles soubessem que ele tinha alguma coisa do que continuar tratando como elas estavam tratando (...). Acho que a pior coisa é você ver seu filho sendo mal tratado, com apelido (...) para mim [o diagnóstico] era melhor do que o apelido, já que a doutora tinha passado o papel falado: ‘olha ele é uma criança normal, ele só é hiperativo e isso tem tratamento’ (...). Aí quando os pais vinham falar alguma coisa, eu falava que ele é uma criança hiperativa, que ele está em tratamento (...) e que ele é igual do dela, xinga, bate e fala palavrão (...) - trecho da memória do Grupo GAM.

O diagnóstico produz alívio, mas também um incomodo tanto nos pais como nas crianças. B. relata da dificuldade de mudar R., seu filho, de escola pelo “*histórico ruim*”. Diz ainda que ele é sempre mal visto pelos colegas, se sente muito só e que uma vez ele pagou cem reais a um garoto para ser amigo dele. “*Ele se sente muito só*”, comenta B.

P. fala que seu filho S. com frequência afirmava, muitas vezes aos gritos: *“eu não tenho problema não mãe, eu sou uma pessoa normal”*. Uma outra criança, a sorridente D., filha de A., certo dia chegou ao pai, depois que saiu de um consultório médico e exclamou: *“pai, o neurologista falou que vou parar de tomar remédio! Eu não sou doente não!”*.

Um dos pontos que o Guia GAM toca é na noção de anormalidade/normalidade atrelado à doença. Tal questão reverbera com certa intensidade no Grupo, pois os efeitos do diagnóstico, atrelados ao contexto escolar, marcam a experiência infantil. O direito de aprender, o direito da criança e a obrigação dos pais em mantê-las na escola, fala muito dessa relação das crianças com o diagnóstico e o medicamento. Muitas mães trazem a educação especial como essa possibilidade de garantir que as crianças com determinadas necessidades especiais possam ter acesso à educação, uma certa educação, que às vezes é uma sala com recursos, uma profissional da educação especial ou um estagiário. Todavia, quando se trata de crianças com problemas de aprendizagem diagnosticadas com TDAH, os familiares relatam não ser fácil garantir um estagiário ou outra forma de cuidado que auxiliem os professores em sala de aula.

O CAPSi, embora tenha uma postura diferenciada com relação a prescrição de alguns medicamentos e resistência a determinados diagnósticos, é considerado como um apoio importante para os familiares no trato com a escola. *“É Deus no céu e o CAPSi na terra. Muita coisa mudou depois que o CAPSi entrou na conversa, eles agora entendem melhor que o meu filho tem”*, relata certa vez uma mãe. Ainda que o serviço tenha dificuldades no diálogo com a escola, é um espaço de cuidado em que os familiares e as crianças podem contar. Quando o CAPSi questiona a demanda por diagnósticos, ele também está pondo em análise suas práticas e, no grupo GAM, foi possível trazer essa conversa e ampliar as versões a respeito do uso de medicamentos e do diagnóstico.

(...) P. continua e fala que percebeu que o CAPSi também mudou com o GAM. “Porque passamos a falar algumas coisas que vemos e sentimos no GAM. A nossa possibilidade foi o GAM. Quando eu ia ter possibilidade de falar como o Dr. R. que eu não concordava com o que ele falava? Foi no GAM!”. Z. fala que também é uma oportunidade de conhecermos melhor como o CAPSi trabalha. P. concorda e continua: “Lá no comecinho quando agente lutava muito pelo diagnóstico, pelo diagnóstico

[risos] e o CAPSi 'ficava não, não é assim, não podemos por um rótulo...' [V. fala junto com P. a frase] mas porque meu filho está vindo aqui então? Ele não tem nada? Vamos ficar em casa?! Então mudou um pouco isso, percebemos que até no conversar isso mudou" - trecho da memória do Grupo GAM.

Para finalizar esse tópico, deixemos como questão as indagações de algumas mães quando, ao irem aos médicos, os mesmos dizem que seus filhos não têm nada e que não precisam de remédio - “*Mas, então, o que fazer quando as coisas não vão bem? Não é o remédio, mas é o quê? Como lidar?*”. Como construir saídas junto com a escola, num diálogo nascente que não se dê apenas pela existência de um laudo/diagnóstico/medicamento?

5.2. (Com)fiar o cuidado (com) a escola

Segundo De Oliveira (2007, p. 41), “A intersectorialidade nos cuidados em saúde mental é necessária porque a população infantil e juvenil faz fronteira com vários campos de atuação”. Quando pensamos na tessitura de uma rede de apoio intersectorial em saúde mental infanto-juvenil, a escola também é convidada a fiar.

A escola é um campo de articulação direta, pois muito do cuidado recebido pela criança acontece ou deveria acontecer na escola. É na escola que a criança passa grande parte do seu tempo, logo a criança e sua família estão, na grande maioria das vezes, em relação com a escola. A escola cuidando da criança e a criança cuidando da escola. Até então uma relação trivial.

“Esse é um ponto. Temos uma preocupação. Na escola, sem o apoio da rede, como ele vai se cuidar? Já é uma dificuldade pra ele estar ali, naquele espaço com aquelas pessoas... Às vezes ele está lá e eu fico tranquila, mas aí um dia ele chega e diz ‘Mãe, hoje não tinha ninguém pra me ensinar, a tia precisou sair. E eu não consigo sozinho’. Aí eu encorajo dizendo que ele consegue, mas reconhecendo que é difícil. Na escola tem outras redes: sala de aula, educação física, recreio. Ele precisa se reconhecer nas etapas e aprender a lidar. Mas se não tiver quem o oriente... E tem toda uma coordenação, mas que não funciona dentro da escola. Ele chega em casa batido de tapa, soco. E aí eu paro e penso ‘que cuidado ele está tendo dentro da escola?’ Como ele

vai se cuidar dentro da escola se tem pessoas maiores que ele? Isso não é só aqui no CAPSi.[...] Ali tem cuidadores, mas o cuidado não acontece dentro da escola. A gente deixa porque é obrigada a levar. E eles tem direito como todas crianças de ocupar este espaço”, diz P. - - trecho da memória do Grupo GAM.

Um novo componente é colocado pelas mães como mediador da relação com a escola: a desconfiança neste espaço de produção de cuidado. É uma postura bem radical de denúncia, apontando as fragilidades do sistema educacional. Mas será que só existem práticas de exclusão e violência na escola? Que práticas resistem, micropoliticamente, no contexto escolar? Quando é possível inventar uma escola que incentiva e promove o cuidado?

Nessa relação, muitas vezes, ocupa-se o lugar do ponto de vista proprietário. No grupo era muito comum as falas dos familiares apontando as fragilidades da escola, como por exemplo, o “despreparo” dos profissionais, a discriminação e/ou a questão da violência – seja por parte de outras crianças ou, até mesmo, dos próprios educadores:

“E. apanha na escola e ninguém me comunica. A gente ensina nossos filhos, mas chega lá na escola, eles virão saco de pancada. Quando batem nos nossos filhos ninguém fala nada, ninguém liga, não avisam. Fico sabendo pela boca de vizinho”, diz L. [...] Ele estava ruim na escola e a escola reclamava que ele estava indo mal e L. disse à pedagoga: “Mas você gostaria de vir pra escola, ser espancado e ainda ter que tirar nota boa?” - trecho da memória do Grupo GAM.

V. demorou dois anos para conseguir mudar I. de escola. Essa era uma vontade antiga, mas o processo foi difícil. A avó só conseguiu quando uma funcionária bateu nele com uma sandália. Ela tirou foto e prestou queixa na delegacia. Tirou o menino da escola e no mesmo dia a Secretaria de Educação arranhou vaga para ele em uma outra escola. - trecho da memória do Grupo GAM.

“Acontece, também, que eles [a escola] vão dando jeitinho, tapa aqui e ali e não cobram lá de cima da SEME. Se eles dissessem

*assim: Não damos conta e acabou, mas não. Eles tentam tirar de um lado pra tapar o outro. Ficam esperando e empurrando [...] Eles se sentem sozinhos e muitos chegam a falar, junto com os pais dos alunos ditos normais: Tinha que ter uma escola só pra esses meninos. **Retrocedem**, voltam pra aquela conversa de separar. Os pais falam: esses meninos não tinham que estar misturados com nossos filhos, esse menino é doido. Falam desse jeito”, diz V. - trecho da memória do Grupo GAM.*

Tendo como base a importância da intersetorialidade no cuidado de crianças e adolescentes em saúde mental e, sendo esta uma condição para que uma rede de cuidados seja tecida (COUTO, 2012), mantínhamos no grupo o desejo de que alguém da escola pudesse estar conosco no grupo GAM. Mas muitas questões se colocavam: Quem seria? Qual escola? Como viabilizar essa possibilidade? Fazer um grupo GAM na escola? Trazer a educação especial? Visto a importância dessa tecitura, em junho de 2014, compartilhamos com os outros profissionais na reunião de equipe do CAPSi esse desejo de nos aproximarmos mais das escolas. Fomos juntos pensar estratégias para essa aproximação. Seria realmente possível ter alguém da educação conosco? Visto a dificuldade dessa participação, resolvemos ir até algumas escolas com o intuito de habitar um pouco alguns encontros que aconteciam com o CAPSi. Como veremos no próximo capítulo, essa necessidade que sentíamos de conversar com a escola nos levou a uma rede intersetorial de base territorial que tem a escola como foco de trabalho.

O importante para nós não era ‘apenas’ trazer alguém da escola para o grupo GAM no CAPSi, mas de fazer fugir de nós esse referencial de escola ‘desinteressada’. Desconstruir um modo de pensamento que acaba por virar um jogo de “pingue-pongue”, onde se devolve pra escola as mesmas questões que a escola lança: “você que não dão conta, você que não estão preparados”, etc. Um jogo onde sempre vão existir heróis e fracassados, alguém sempre estará em débito.

“É que, se a gente não faz essa pergunta, corremos o risco de fazer igual fazem com a gente: Você que não sabem educar, você que não sabem colocar limites”, diz uma pesquisador. - trecho da memória do Grupo GAM.

Ao longo do Grupo GAM percebemos também que é com a escola que essas mães estão contando. Muito embora se sinta essa ‘ausência de cuidado’ por parte da escola, as mães não deixam de levar seus filhos, ou seja, nessa entrega existe uma aposta no cuidado. De certa forma, confiamos nesse cuidado.

Bom seria poder conversar com a escola – com a educação –, poder se expor, construir um diálogo sobre o que se passa na relação com as crianças, na relação com quem cuida da criança. O que diríamos? Quais intervenções e mudanças necessárias para que a criança seja vista de forma diferente, seja observada? Como é fazer a pergunta para a escola: O que vocês precisam? Qual apoio? Vocês podem contar com quem? Como será que a escola responderia? Como conversar com a escola de uma forma que não é também só colocando-a na parede? Como fazer junto com a escola?

Pela importância da escola nas nossas discussões produzimos uma narrativa (ANEXO 2) que, diferente das outras que já produzimos, tinha como objetivo evidenciar as experiências do Grupo com a educação. No Grupo GAM, a narrativa tornou-se um dispositivo interessante para podermos compor com outras paisagens, com outros atores nas discussões entre saúde mental e escola. Era muito comum os familiares levarem cópias das narrativas para as escolas, entregarem para pedagogos, professores e diretores. Muitos entregavam para vizinhos, parentes.

A narrativa era espaço para as angústias, as tensões, mas para as surpresas que tínhamos ao deparar com experiências divergentes. A escola que ora encaminhava as crianças para algum serviço, muitas vezes também estava disposta a tentar cuidar dos problemas. Uma mãe que teve uma experiência péssima com determinada escola escuta de outra mãe uma experiência completamente diferente da mesma escola. Assim, com a construção da narrativa, emergia uma pista preciosa: os processos que muitas vezes tomamos como gerais, ou globais, são diferentemente apropriados pelas mães, pelas crianças, pelos profissionais da saúde, pelos professores, etc. Tal pista nos convoca ao cultivo de uma atenção: muitas vezes é possível que sejamos tomados por afirmações prévias sobre o outro. Corremos o risco de levarmos para o grupo uma resposta pronta sobre o outro. No desenrolar da grupalidade e ao trazer a experiência infantil, nossos pontos de vista vão sendo recalitrados, equivocados, deslocados. “Nada está dado de antemão. Pensar como o outro implica pensar com o outro. Portanto, compreender a

experiência do outro é, também, cuidar de uma experiência comum” (RENAULT, 2015, p.227).

No Capítulo seguinte traremos uma experiência que se iniciou como desdobramentos dos encontros do Grupo GAM. Como já mencionamos, a necessidade que sentíamos em compartilhar com as escolas nossas questões, levou-nos ao encontro com uma rede intersetorial de atenção à crianças e o adolescente que atua no território de Jesus de Nazareth em Vitória/ES, que tem como foco principal de trabalho as crianças que estudam nas escolas dessa região. Ao habitar mais esse espaço, buscamos contribuir com pistas para pensarmos maneiras de produzir redes quentes que potencializam um cuidado que seja coletivo (MOL, 2008b). Assumimos também com Maturana e Varela (2001) uma atenção à qualidade das relações tecidas para garantirmos a criação e invenção características do viver.

6. PESQUISAR COM: TECITURAS COM A REDE DE ARTICUL(A)ÇÃO PSICO-EDUCATIVA-SOCIAL (RAAPES) EM JESUS DE NAZARETH – VITÓRIA/ES

*Do que viu e ouviu,
o escritor regressa com os olhos vermelhos,
com os tímpanos perfurados.
(Deleuze, 2011, p. 14)*

6.1. O pesquisador-cartógrafo chega à escola: a tecitura de um corpo comum

Podemos dizer, a partir de Pozzana (2014), que não é possível conhecer de antemão os afetos, muito menos os encontros porvir. Embora tenhamos a expectativa de encontrar o que se espera, trata-se, antes, de uma questão de experimentação. Em nosso método de pesquisa – trajeto, percurso – procuramos assumir radicalmente a proposição cartográfica de que pesquisar é compor com o mundo. Trata-se de criar meios para fazer durar a experiência, de acentuar a importância de práticas que tornam possível o cultivo de uma atenção que cuida, de produzir saber com o outro, com aquilo que nos faz viver. Das pistas de Pozzana (2014) e Latour (2007), podemos afirmar que pesquisar é antes de tudo aprender a nos tornar sensíveis àquilo de que o mundo é feito. Pesquisar é afetar-se.

Na rua em que se caminha até chegar à escola Municipal de Ensino Fundamental Edna Mattos, no bairro de Jesus de Nazareth em Vitória/ES, há um vendedor de frutas que, ao longo de um ano e meio de pesquisa, articula-se ao meu corpo de pesquisador-cartógrafo. As bacias de plástico com poucas frutas crescem próximas ao meio fio, transformam-se em caixas de madeira e posteriormente em uma pequena barraca de frutas, verduras e legumes. O vendedor deixa de ser um, agora são dois, três. A paisagem transforma-se, embora, como nos aponta Pozzana (2014), não seja possível dizer quando começou a transformação. O que importa quando trago esses fragmentos de cena do percurso que me articulava à RAAPES é dizer que hoje sinto que meu corpo/pesquisador cresceu com eles, constituindo-se com a paisagem que habitou.

O bairro de Jesus de Nazareth localiza-se ao sul da capital capixaba. Margeado pela baía, faz limites com os bairros Praia do Suá, Enseada do Suá e Bento Ferreira. Sua ocupação é recente com as primeiras casas construídas na área baixa do morro por volta da década de 1950, tendo a intensificação dos assentamentos a partir da década de 1970. Diferentemente dos bairros do entorno, é composto por uma população com menor poder econômico que ainda encontra dificuldades de acesso a serviços básicos de cidadania. O mar está intrinsecamente ligado à história do bairro e a vida dos moradores. Além de ser um espaço de diversão, o mar movimenta a economia local com a pesca e a atividade de manutenção e construção de embarcações. Silva (2013) destaca a importância da familiaridade e das relações de parentesco como características marcantes da constituição do bairro de Jesus de Nazareth. O autor, que também é morador do bairro, relata que não é difícil encontrar becos e escadarias, que são ocupados, em sua maioria, por parentes. Assim como as subdivisões do bairro - “vila dos Baianos”, “Pedrão”, “Beco da baiana”, “Castanheira” - são encharcados de relações pessoais, marcando afetos e desafetos diretos. Silva (2013) ressalta a característica de pertencimento que os moradores dos bairros mais populares de Vitória possuem com o território e de como a constituição dos mesmos com as vielas, becos, escadarias e pequenas ruas quase que obrigam o convívio.

O bairro Jesus de Nazareth, pela sua formação “irregular”, proporciona o encontro. As residências estão próximas umas das outras, quando não misturadas. Os espaços público e privado não estão muito bem determinados. Os quintais são caminhos, e os caminhos são quintais (SILVA, 2013, p. 17).

Latour (2007) nos ajuda a pensar na constituição de um corpo, que não é só de um pesquisador, mas corpo de um sujeito que está no mundo, em relação com pessoas e coisas. Para o autor, corpo é definido pelos afetos, pelas relações humanas e não humanas, podendo ser articulado ou inarticulado. “Um pesquisador inarticulado é aquele que vai a campo para confirmar o que já sabia, para coletar o que procurava, para aplicar uma teoria” (POZZANA, 2014, p. 58). Um profissional, seja ele da saúde, da assistência ou da educação é inarticulado quando perde a capacidade de ressoar com o outro ou quando sente, age ou diz sempre as mesmas coisas (LATOIR, 2007). Articular-se, então, é mover-se com o campo, num processo mútuo de aprendizagem. Aprender torna-se possível quando desprendemo-nos de práticas responsivas que

consideram o mundo dado e já formulado, desconectando-nos da experiência, da vida e da conexão com o outro.

(...) aprender é então, também e paradoxalmente, aprender a desaprender (...). Trata-se de aprender viver em um mundo que não fornece um fundamento preestabelecido, num mundo que inventamos ao viver, lidando com a diferença que nos atinge (KASTRUP, 1997, p. 256).

O que eu aprenderia e desaprenderia com o meu percurso em Jesus de Nazareth e na RAAPES? Quais abalos seriam produzidos nas minhas/nossas experiências de conversa entre escola e saúde mental? Uma pesquisa se faz por um regime de afetabilidade e o caminho percorrido pelo pesquisador narra uma história que não é linear, nem fechada. Como diz Mia Couto, tratam-se de “pedaços de história, pedaços rasgados como as nossas vidas. Juntamos os bocados, mas nunca completa” (2013, p. 135).

Chegamos à escola Edna Mattos pelos múltiplos vetores que compõem esta pesquisa. Inicialmente, havia no pesquisador uma vontade de cartografar¹⁶ como as práticas biomédicas interferem nas práticas de aprendizagem escolar. Ressalteemos que vontade não se refere a uma categoria sentimental ou intimista, mas parte dos encontros entre o pesquisador com as práticas em saúde mental num ambulatório que atendia crianças e adolescentes. Já no mestrado, ao habitar o CAPSi de Vitória, essa vontade enquanto problema de pesquisa fez força com o Grupo GAM, uma pesquisa intervenção participativa que estava se iniciando naquela instituição (DOMITROVIC, 2014). A experiência de acompanhar esse grupo e de estar no CAPSi provocou deslocamentos importantes no meu problema de pesquisa, possibilitou criar novas formas de estar no campo, sobretudo ao problematizar de maneira mais incisiva a aproximação entre medicamentação infantil (CALIMAN; PASSOS; MACHADO, 2016) e os processos de escolarização. Como dissemos no capítulo anterior, a escola surgia no grupo de forma central. Esse percurso direcionou a pesquisa em acompanhar a articulação do CAPSi com as escolas municipais de Vitória. A RAAPES emerge nesse objetivo de cartografar as práticas tecidas entre saúde mental e escola. Visto isso, em junho de 2014, levamos à reunião de equipe do CAPSi nosso desejo como grupo de se aproximar

¹⁶ A cartografia tem suas referências em Gilles Deleuze e Felix Guattari (2011) tendo a experimentação do real como caminho do pesquisador. Tal método não se define como um conjunto de regras previamente estabelecidas, mas possuem pistas para praticá-lo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

mais das escolas, na tentativa de juntos tecermos uma conversa. À princípio, o propósito era de convidar os profissionais vinculadas à escola a participarem das reuniões do grupo GAM no CAPSi. Há muito surgia à necessidade de inclusão da escola na conversa sobre a gestão autônoma da medicação e sentíamos que aquele poderia ser um espaço potente na tecitura de uma rede quente entre a universidade, o CAPSi, escola, família e criança.

A necessidade de tecer uma rede quente (BENEVIDES; PASSOS, 2004) entre escola e saúde mental era mais perceptível na medida em que aumentava nossas conversas com o Grupo GAM e com os profissionais do CAPSi. Como já sinalizamos no capítulo anterior, desde quando chegamos ao CAPSi uma atmosfera de tensão entre escola e saúde mental tornava evidente a fragilidade dessas conversas que, na maioria das vezes, reforçava um cuidado que se cuida só, cheio de suspeitas e desconfianças (DOMITROVIC, 2014). Alguns trabalhos (AVELLAR; RONCHI, 2010; IMPERIAL, 2013) já apontavam a necessidade de uma atenção às relações entre as escolas de Vitória e o CAPSi, direcionando um cuidado maior às ações intersetoriais tecidas. As conversas aconteciam de várias formas, muitas delas com a ida dos profissionais do CAPSi até a escola com o objetivo de intervir em determinado caso. Seria possível acompanharmos toda a tecitura dessa rede com a escola? Claro que não! Resolvemos em meados de junho/2014 acompanhar dois percursos. Um deles foi uma conversa entre o CAPSi e uma escola do bairro da Consolação. Outro foi nossa ida à RAAPES, uma rede intersetorial que tem as questões escolares como foco de trabalho. Podemos dizer que conhecemos a RAAPES ao mesmo tempo em que começávamos a desconhecê-la. Tornava-se necessário sensibilizar nossos corpos para uma experiência que parecia apontar como evidente: escolas que só querem laudos, escolas que só querem medicamentos. Transformar-se com a paisagem que emergia para não continuarmos inarticuladamente os mesmos (POZZANA, 2014).

Foi, então, devido ao interesse inicial de incluir a escola na GAM que surgiu, para nós, a RAAPES, uma rede local que articula as instituições assistenciais (CRAS, CREAS), educacionais (CEMEI, EEF) e de saúde (UBS, CAPSi) que oferecem serviços ao bairro de Jesus de Nazareth para juntos criarem estratégias de ação relacionadas às crianças que vivem nesse território. Tal rede iniciou-se em 2009 quando a escola Edna Mattos e a unidade de saúde do bairro sentiram a necessidade de mais parcerias para agir diante dos frequentes encaminhamentos de crianças dessa escola para serem

atendidas pela psicóloga da UBS. Como disse uma pedagoga, a proposta da RAAPES *passa pela escola buscar parcerias além dos seus muros no sentido de promover espaços de diálogos, de discussão e reflexão sobre os conflitos e as consequências que afetam seu cotidiano de forma direta e indireta*. Os encontros dessa rede acontecem mensalmente, sempre na última quinta-feira, alternando entre turno matutino e vespertino. Nos encontros, discutem-se os casos “quentes” da rede e, a partir deles, encaminhamentos são feitos e novas articulações são tecidas. Ressaltemos que tais encaminhamentos são acompanhados por essa rede e retornam frequentemente nas reuniões seguintes. Além disso, A RAAPES organiza uma vez por ano o evento que eles denominam de “Ação” que, além de divulgar informações sobre as funções dos serviços que compõem a rede, oferece à comunidade algumas atividades recreativas, culturais e de cidadania.

Ao fim do mesmo mês de junho de 2014 fomos, a convite de uma profissional do CAPSi, ao encontro dessa rede que acontece dentro da escola Edna Mattos. RAAPES ecoava estranho aos nossos ouvidos, nas falas dos profissionais do CAPSi e dos pesquisadores, a sigla se misturava a outra mais presente no campo da saúde mental: RAPS¹⁷. O que era um pouco mais claro era a característica territorial daquela rede para pensar, dentre outras coisas, as questões que interferem no processo de ensino-aprendizagem dos meninos e meninas que ali estudam. Ressaltemos que essa parceria entre escola e saúde não era estranha, pois, como sinaliza De Oliveira (2001), não é recente a aproximação entre saúde e educação na tentativa de compreender e explicar a “vida escolar”. Todavia, tornava-se importante cartografar o cotidiano dessa relação e como uma parceria histórica da escola com outros saberes é localmente situada, apropriada e atualizada pelos profissionais que compõem essa rede (CALIMAN, artigo no prelo). Assim, aceitamos o convite e chegamos à Jesus de Nazareth.

Nas estreitas casinhas do final dessa rua havia uma criança na janela. Outras estavam ali na frente brincando. Elas se misturavam aos alunos que saíam da escola. Crianças! O lugar

¹⁷ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um modelo de atenção aberto e de base comunitária que tem como proposta garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para essas pessoas, incluindo aquelas que fazem uso nocivo de crack, álcool e outras drogas. Entre outros equipamentos de saúde, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um ponto de atenção importante dessa rede (BRASIL, 2011).

de brincar é na rua, na calçada e nas dezenas de degraus das escadarias que sobem o morro. Brincar se faz também nos becos entre as casas e na avenida principal que espreme a comunidade na baía de Vitória. A Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes também é pátio e brincadeira, por mais cegos que quisermos ser. Os semáforos tornam-se brincadeira e trabalho, assim como as vagas de carro ao entorno da Praça do Papa. Na rua Afonso Sarlo há vendedor de frutas, há crianças e há o morro. Assim como há escolas e unidade de saúde. Eles coexistem. O que é habitar Jesus de Nazareth? Resgato a frase de Hélio Oiticica citada por Pozzana (2014) que diz: “habitar um recinto é mais do que estar nele, é crescer com ele, é dar significação à casca-ovo”, pergunto-me: como pensar em práticas que consolidem a política de saúde mental de crianças e adolescentes e que coexistam com os modos de viver e sofrer de determinado território? (COUTO, 2010). (Diário de campo)

Com o Guia GAM em mãos, eu e mais uma amiga do grupo de pesquisa Fractal chegamos à escola Edna Mattos com o objetivo de divulgar um grupo onde a escola se faz tão presente. A princípio, tínhamos como intenção de levar funcionários da escola para o Grupo GAM. Muitas vezes, inclusive, no grupo, pensávamos em qual escola iríamos, se seria em qualquer escola da rede ou em alguma específica das crianças cujo familiares participam do Grupo GAM. Todavia, o que estava mais claro para nós pesquisadores e familiares que compõem o grupo GAM que uma conversa com a escola precisava ser tecida. Ou melhor, tornava-se cada vez mais claro para nós que uma [nova] conversa entre saúde mental e escola precisava ser construída.

Depois de um breve momento na entrada da escola junto à recepção, um corpo-pesquisador se misturava à nova paisagem: crianças e pais próximos ao portão; o guarda patrimonial com as chaves na mão; os passos rápidos dos moradores pelas ruas e escadarias da comunidade; os profissionais que chegavam à reunião; a baía de Vitória que ia ao encontro do fim da rua. É a experiência, podemos dizer com Gagnebin, a partir de Benjamin (1993), como coemergência de eu e mundos, na vertiginosa inseparabilidade entre o vivido e o que se vive.

Já na biblioteca, enquanto distribuímos alguns panfletos sobre o Grupo GAM, começamos uma tímida conversa com os profissionais que iam chegando a respeito do uso de Ritalina por crianças escolares. Mudamos para o auditório da escola, pois a biblioteca iria ser usada por um grupo de leitura. Lá, enquanto continuávamos a conversa, percebemos que estávamos sós, sem alguém de referência do CAPSi que nos ajudasse a “mediar” um encontro. Depois da nossa apresentação, iniciou-se a discussão de casos da qual participamos de forma muito presente, problematizando-os e sinalizando um interesse pelas narrativas da rede. Casos que nos envolviam e afetavam-nos de tal forma que fomos ficando, caso após caso. Falamos e permanecemos. Continuamos na reunião até seu fim. Envolvemo-nos tanto com aquelas vidas narradas que ao final da reunião fomos convidados pela diretora e por uma pedagoga para retornarmos um dia à escola, estar com algumas crianças e até participar de algum grupo com os pedagogos e professores.

Sentimos já no primeiro dia que aqueles encontros da RAAPES que acontecem no “calor” da escola, com as intervenções dos alunos – sejam com os gritos, as risadas, as batidas na porta, as entradas na reunião – com a participação do “corpo escolar” (pedagogas, professoras da educação especial, diretora, área técnica da SEME), com a participação de profissionais da saúde, assistência social, justiça (Conselho tutelar), pareciam ser interessantes para pensarmos as relações tecidas entre escola e saúde mental. Algo ali pulsava. E a escola, que trazíamos no corpo por ouvir falar nas conversas do grupo GAM e do CAPSi, como estabelecimento que só demanda constantemente laudos para que alunos permaneçam estudando, tornava-se, ali, uma articuladora de redes. Seria este um primeiro desaprendizado? Mas de qual articulação e redes se tratava? Assim, pedimos para ficar mais um pouco e guardamos no bolso essa primeira pista de desaprendizagem. Até ali tudo bem.

Semanas depois, ligo para a escola para saber quando seria a próxima reunião. Pelo telefone recebi várias indagações sobre a participação da “Universidade¹⁸” na rede, falas que pareciam encaminhar para um fechamento, que poria em risco nossa presença naquele espaço.

“Eeepa! O que [eles] querem?” - Lembro-me das indagações pelo telefone.

¹⁸ “Universidade” com “U” maiúsculo, termo generalista repetido inúmera vezes ao longo da pesquisa para se referir não só a uma instituição de ensino, mas as práticas de pesquisas que ignoram os processos em curso e tomam o outro como objeto de estudo não participativo.

O que *eles* [nós] da “Universidade” queremos? O que queremos ali, na escola, nos serviços... O que a “Universidade” mais uma vez quer?? Interessante. Desde nossa primeira ida à RAAPES, senti que junto com o acolhimento recebido (afinal, fomos até convidados a voltar e acompanhar algumas crianças!), nossa presença disparava questionamentos que pareciam também sinalizar o cuidado com as relações. Este não se restringia somente às relações tecidas entre escola e a saúde mental, mas a qualquer ponto da rede ali em constituição. O pesquisador surgia como figura que poderia representar um saber-poder que muitas vezes inibe, desarticula e despotencializa os movimentos em curso. Interroga-se, portanto, qual a relação que eu, pesquisador articulado com um saber universitário, queria tecer com eles.

O que nós da “Universidade” queremos? Frase que ressoa, ganha corpo e força, nas falas de Heckert e Passos (2009) a respeito de um modo de conceber e fazer pesquisa que tem permeado os profissionais das ciências humanas e ciências da saúde. Tal método científico é aquele no qual cabe ao pesquisador comprovar suas hipóteses, explicar um fenômeno, encontrar a solução e confirmar a veracidade ou falsidade dos fatos. Traços, conforme aponta Stengers (1993), que sinalizam a “paixão” dos cientistas modernos em representar objetos e criar uma diferença hierarquizante entre aquele que pesquisa e aquilo que “se pretende conhecer”.

A RAAPES indagava: O que *eles* [nós] da “Universidade” queremos? Essa fala performava uma resistência, uma recalcitrância da RAAPES, como nos alerta Latour (2007), que se mostrava não complacente frente a uma forma de fazer pesquisa científica. O autor ressalta que na produção de conhecimento científico deveríamos “buscar pela recalcitrância em humanos e não humanos” (ARENDT, 2007, p.01), pois ao não evitá-la, mas buscá-la, torna-se possível observar o movimento de objeção do pesquisado e a irrupção do novo, da transformação do fazer. Considero essa resistência um indicador de singularização frente à minha condição de pesquisador que, ao adentrar a escola, parecia sinalizar ou dizer para eles de um inarticulado corpo, desejante em dizer mais *sobre* o outro do que *com* o outro. Mais uma desaprendizagem. Tornava-se importante interrogar: o que em mim, em nosso habitar a RAAPES, estaria ajudando a produzir este olhar? Essa recalcitrância inicial nos convocava a cuidar da nossa relação de pesquisa com aquela rede.

Na iminência de um fechamento frente às fragilidades que uma conversa pelo telefone nos coloca, sugerimos um novo encontro para conversarmos em grupo, com todos que compõem a rede. Voltamos à escola na reunião seguinte com a proposta de conversarmos mais sobre o “fazer pesquisa” e as questões que nos faziam querer estar ali. Para isso, criamos um dispositivo-carta (anexo 1) para tentar, ao mesmo tempo, materializar uma proposta de pesquisa e iniciar a criação de um vínculo no qual a experiência não passasse pela suspeita ou controle, mas pela confiança: *com fiar – fiar com, tecer com, criação com outro/outrem* (SADE; FERRAZ, ROCHA, 2014, p. 69). Afinal, era essa a qualidade da construção de uma rede quente que queríamos fortalecer e da qual, percebíamos, já fazíamos parte.

Em roda, li a carta em voz alta. A suspeita em torno do pesquisar era presente, sobretudo naqueles profissionais que estavam ali desde o começo da RAAPES. Desconfianças que também falam de um cuidado, da necessidade de proteger um espaço que foi de luta contra uma lógica de trabalho desarticuladora e individualizante. A “Universidade”, nos seus modos de fazer pesquisa, tornava-se uma ameaça, uma tentativa de recorte de um processo, da processualidade de um trabalho.

“A universidade vem aqui, aponta e vai embora!”

“Pesquisadores que querem aplicar uma teoria...”

“A universidade virá mesmo pra somar? Ela vem, observa, aponta e não faz nenhuma intervenção. Entendeu?”

Após eu ler a carta de intenções para poder frequentar aquele espaço, um silêncio, cheio de movimentações, expandia-se pelo auditório. Alguns profissionais se entreolharam, outros abaixaram os olhos. Alguém corta o ar e diz: “você começa ou eu começo a falar?”. Alguém da escola começou a narrar, mas outros profissionais foram costurando palavras, pontos e exclamações. Uma voz intensa fazia coro e começava a nos dizer que esse espaço que hoje é a RAAPES foi, “com muito trabalho, sendo reconhecido como um espaço válido para discutir os casos” e as questões pertinentes à escola. “Trabalho”, palavra que indica um movimento de embate frente às forças extremamente violentas

que produzem imobilidade e individualizam os problemas. A constituição da RAAPES, nesse primeiro momento, parecia para mim, uma força por algo novo. (Diário de Campo)

Os movimentos no auditório sinalizavam as tensões e as suspeitas em relação ao pesquisador que se autoconvida a ficar naquele espaço. As vozes intensas que cortam o ar exprimem um cuidado por um espaço que se constitui, desde 2009, como luta de muitos profissionais no sentido de tornar os espaços escolares também locais nos quais a vida se expande.

“Você começa ou eu começo a falar?”. Frase nada animadora, pois sinalizava um porvir que, independente da carta, parecia já ter meu destino traçado. Era o fim de uma caminhada que a pouco se iniciava? Em roda, parecia que as naturalizações que criamos em rede podiam também ali ser repensadas, rearticuladas. Um porvir que sinalizava homogeneizante, com uma resposta pronta, foi, antes de se concretizar, desfazendo-se. Um por um começaram a falar e na variação das falas criou-se uma aproximação, uma possibilidade de caminharmos juntos. (Diário de campo)

Neste encontro, a leitura e discussão da carta e seus efeitos transformava-se em um convite da RAAPES a nós pesquisadores: vamos começar pelo meio? (DE BARROS; KASTRUP, 2012). Convite este a uma direção de trabalho que almejava construir algo junto. Todavia, como nos apontava uma das falas, a que “soma” e “juntos” éramos convocados? Somar era aderir ao que já se existia, adaptando-se ao instituído, sem interferir nos processos em curso? Uma profissional ressalta que “estar junto” não era o mesmo que (o pesquisador como estrangeiro) apenas compreender ou assimilar o funcionamento da RAAPES.

Eu quero falar da sua presença (...). Eu estou dentro da escola. Eu estou falando da escola. Estou falando também da sua presença. Estou também falando de mim. A escola é um lugar extremamente fechado (...). Então, aquilo que vem para apontar para uma forma diferente, coloca-nos em risco, nem sempre sendo

bem vindo (...) Mas o que eu mais queria é que você nos apontasse um olhar que viesse de fora, para gente se abrir. Para gente se entregar. (fala de uma profissional)

Estaria a RAAPES dizendo que estar junto é, então, ressoar e produzir fissuras que possibilitem um “olhar para si” e para os processos que constituíam a rede? Soma que não busca a homogeneização dos processos, mas que sustenta a heterogeneidade que os constituem? Somar é criar articulações que “comunam” (PASSOS; KASTRUP, 2014), que evocam uma composição com o outro, produzindo diferenciação e, consequentemente, pertencimento. Uma pesquisa que se faça com um coletivo, como tecitura de um plano de experiência comum, tornava-se um encaminhamento que o encontro com a RAAPES exige, convoca. Esta era também nossa aposta metodológica (ESCOSSIA; KASTRUP; PASSOS, 2012): caminhar com o outro, produzir com ele saber. A RAAPES convocava o pesquisador a uma atenção aos processos em campo, às forças que constituíam o cotidiano dessa rede. Convocava-se o pesquisador como facilitador na análise coletiva dos processos de trabalho, não aquele que fala sobre esses processos, mas como ator num coletivo capaz de ajudar na sustentação das controvérsias de um trabalho que se tece *com*.

É no caminhar do pesquisador e na sua *com*-posição com o mundo que vamos percebendo pistas para uma conversa mais “quente” e articulada entre saúde mental, escola e os outros serviços que trabalham com crianças e adolescentes. O experimentar, como observa Latour (2007), coloca-nos em “risco” ao aceitarmos aprender a afetar e ser afetado pelas proposições que articulam o mundo. “Risco” de aventurar-se na experiência para reduzir a distância que nos impede de estar com o outro.

6.2. “Distância é botar as mãos na frente”¹⁹: dos perigos de construir redes de relações

(...) depois de conversarmos sobre vários casos, uns tão delicados que pareciam gritar por mais tempo, a diretora e a pedagoga, com um brilho tão forte no olhar, fizeram-me um convite: para um dia eu ir à escola, conhecer um dos meninos narrados – o

¹⁹ Frase do menino colombiano Weimar Román, 7 anos (NARANJO, 2013)

menino que desenha ao invés de escrever – ver seus desenhos, participar de um grupo de leitura. Convite que emergia do claro interesse daquele encontro. Todavia, tal convite desnuda as contradições das engrenagens que fazem a roda de relações entre escola e saberes psis (e outros) girar. Um profissional da saúde mental chega até mim, delicadamente, coloca as mãos na minha frente, sobre a mesa, e me adverte que tal convite era “perigoso”, pois era “coisas” que a escola de alguma forma precisava dar conta (sozinha?). Pôr as mãos na frente, uma forma sutil e ao mesmo tempo tão violenta de nos distanciarmos do outro. (Diário de campo)

Viver tem os seus perigos²⁰. Nas idas à escola Edna Mattos percebemos que um trabalho em rede implica contato, porosidade, construção de margens. Isso não é tão obvio, pois aproximar-se do “objeto pesquisado” encontra impasses numa formação científica que nos constitui. No tópico anterior, discutimos com Latour (2007) que a relação com o mundo requer de nós uma disposição para aprender a “ser afetado” pelas diferenças do mundo e pelos desequilíbrios que elas nos causam. Aprender requer também um preparo do corpo, aprender não ser afetado apenas por si, mas afetar-se pelo outro. Entendemos que aprender, aqui, é uma prática, um cultivo.

Afetar-se implica expor-se a riscos que provocam vertigens e até mal-estar levando-nos, por vezes, a nos afastar do outro. O desafio, como Latour (2007) já sinalizou, é o de não tomamos o fora (o outro) como razão do nosso mal-estar, mas, ao abortarmos as causalidades, perceber que a vertigem se dá quando habitamos as relações, que podem proporcionar boas ou más articulações.

Para Machado (2013), olhar para as relações é atentarmos para o que fazemos no dia-a-dia, para aquilo que é da ordem da micropolítica. Os maiores perigos estão aqui, pois na micropolítica produz silenciamentos que alimentam totalizações, restringindo o que Canguilhem (2011) considera ser o mais nobre da vida: a capacidade de criação e diferenciação do vivo. Assim, cartografar é acompanhar a produção de mundos e potencializar as relações que tecemos para o novo poder advir.

²⁰ “Viver é perigoso...” As explanações, sem igual, de Riobaldo (ROSA, 2001) aconchega-se aos percursos de um pesquisador e as práticas dos saberes psi no encontro com a escola. Travessia perigosa, mas que é a da vida, convoca-nos a um olhar atento ao que “fazemos viver” em nossas relações.

Para Weimar Roman, menino colombiano de 7 anos de idade, distância é botar as mãos na frente. O profissional da saúde mental coloca as mãos na frente, dizendo que a distância protege/evita o perigo/risco da aproximação. A postura do profissional provocava, somada à definição de Weimar provocava em mim vertigem. O caminhar do pesquisador-psicólogo pela escola e pela RAAPES parecia provocar as relações estabelecidas entre saberes psi e escola. “Perigoso” reflete o sentimento e “distância” a postura de alerta que muitos profissionais de Saúde Mental vêm incorporando, nos serviços, frente às demandas escolares e aos encaminhamentos de crianças com problemas de aprendizagem para atendimento.

Foucault (2003) ajuda-nos a pensar tal postura como um arranjo de práticas, saberes e relações que apontam a produção desses lugares e discursos que nos distanciam dos acontecimentos escolares. Perigos que, como práticas, produzem efeitos de verdade. Discursos imperiosos, pregações que lançam grandes cruzadas²¹ na tentativa de equivocar o outro, fazer daquilo que julgamos faltar nada ter haver conosco. Lembro-me que na graduação e nos espaços de Saúde Mental nos quais andei, eram muito comuns as palavras de ordem: “a escola está ultrapassada, ela precisa adaptar-se ao nosso tempo”, “a escola só quer laudo, remédio e Ritalina!”, “a criança com problemas de aprendizagem é culpa da escola”. Incorporamos, de certo modo, a neutralidade científica que totaliza, binariza e individualiza processos diversos e históricos como se fossem apenas o mesmo. Distância é colocar as mãos na frente. Alvarez e Passos (2012) ao dizer que cartografar é habitar um território existencial também nos diz que quando olhamos de longe vemos apenas generalização e polarizações. Diferentemente, ao nos aproximar do concreto da vida e com ele compor, vemos emergir um rizoma complexo.

No fim daquele primeiro encontro, lembro-me que não aceitei nem recusei o convite feito pela diretora nem tomei como dado o alerta de perigo feito pela minha companheira de Saúde Mental. Tratava-se de um convite à psicologização e individualização dos casos narrados? Estava em voga naquele convite a busca por uma resposta do especialista psicológico? Dizia do “passar a bola adiante”, desimplicando-se do cuidado com aquela criança? Todas estas falas eram evocadas naquele encontro, mas sentia que era preciso suspendê-las, esperar, aguardar/guardar enquanto ia habitando.

²¹ Cruzadas eram expedições militares, de influência cristã, que se fazia na Idade Média contra hereges ou infiéis (FERREIRA, 2000).

O momento acima narrado durou em mim e com ele fui criando pistas para construir estratégias outras que ampliassem a abertura à alteridade nas relações de saber/poder entre escola e saberes psi. Como sinaliza Machado (2013, p. 199), construir novas estratégias é “agir na relação que algo se produziu, agir nas relações em que habitamos”. Agir nessas relações é rachar as posturas duras, cristalizadas ou inarticuladas. Assim, Passos e Barros (2000) afirmam:

Quando desestabilizamos uma realidade que se apresenta como um campo de forças em aparente estabilidade, como o próprio campo da clínica, por exemplo, o que vemos emergir são processos de produção. Ao revelarmos a dimensão de produção no campo, desnaturalizamos sua realidade e suas dicotomias constitutivas. O plano aí revelado é, então, sempre “processo de produção”. Seja o plano de constituição das práticas psi, seja o plano de criação do esquizofrênico, seja o plano de emergência do político, o plano é sempre uma processualidade, isto é, um se fazendo (PASSOS; BARROS, 2000, p. 06).

Na saída daquele primeiro encontro, o convite para estar mais próximo da escola e a alerta de perigo dessa aproximação ressoavam em uma das perguntas que fazíamos no CAPSi, antes de chegarmos à RAAPES: Será que as demandas que inundam os serviços de Saúde Mental com pedidos de laudos e atendimentos médicos e psicológicos não resultam da maneira pela qual, historicamente, construímos uma conversa com a escola? Sentíamos que ao negar tais demandas, sem nem mesmo analisá-las, impossibilitava o acesso ao seu plano de produção. Corria-se, com isso, o risco de impedir a criação de qualquer outra relação entre escola e saúde mental. Além disso, era preciso interrogar sobre como participamos da produção das demandas médicas e psicológicas e, sobretudo, do “fracasso escolar”.

No mês seguinte, no segundo encontro, foi ficando mais claro para mim que a RAAPES emergia como um espaço que antecedia o encaminhamento. Espaço de conversa, de diálogo com setores que poderiam contribuir com formas de pensar os acontecimentos daquela escola e daquelas crianças do território de Jesus de Nazareth.

As idas às reuniões da RAAPES tornava-se uma maneira de embaralhar as práticas e buscar produzir uma atuação muito diferente da que é tradicionalmente esperada pelos profissionais psi nos ambientes escolares. O pesquisador-psicólogo habitava a escola assumindo os “riscos” de se portar de forma tão excêntrica, fazendo,

muitas vezes, gaguejar um discurso circular (repetição) que, de forma pleonástica, dá um sentido inquestionável (até científico) as relações vividas com os atores que compõe a rede. Assim, habitar é afirmar uma direção clínico-política que, como profissionais psi, podemos pensar e agir nos acontecimentos escolares não como “especialista” capaz de dizer sobre o outro, mas como aquele que compõe na construção de novas territorialidades (DELEUZE E GUATARRI, 2011).

Outro “perigo” que nos deparamos quando nos aproximamos demais do outro é o risco eminente de “misturar-se” e se perder da vida prescrita que estamos acostumados. Como profissionais das ciências humanas e da saúde, somos “herdeiros” de determinadas teorias e métodos que fazemos ali morada de nossas práticas, terra firme e segura para desenvolver nossos trabalhos. Segurança que também nos abarrota de verdades e fundamenta maneiras de estabelecer com o outro, aqui, com a escola, determinadas relações reforçadoras de desigualdades.

Viver é muito perigoso... Querer o bem com demais força, de incerto jeito, pode já estar sendo se querendo o mal, por principiar. Esses homens! Todos puxavam o mundo para si, para o concertar consertado. Mas cada um só vê e entende as coisas dum seu modo (ROSA, 2001, p. 32-33).

Construir redes requer estarmos um pouco à deriva para poder tecer algo em comum (COUTO, 2012). Sinalizamos que isso não implica em desfazermos dos mandatos dos quais constituem nossas profissões, mas de permitir certa abertura para que se possa dar passagem ao devir e aos processos de diferenciação da vida. Como profissionais detentores de verdades, corremos o risco de criar redes que, ao invés de potencializar à vida, captura o outro, impedindo-o de variar.

Referenciar o processo de institucionalização de um novo espaço atenta-nos as relações de produção que concebem seus produtos. Possibilita, nessa conversa, aprendemos a ver determinados produtos como “a criança com problema de aprendizagem”, “a família irresponsável” ou “o aluno irrequeto” que aparentam certa estabilidade ao ser tornarem formas instituídas, como, efeitos de um processo de produção (MACHADO, 2013). Lourau (2004) ressalta as contradições que compõem as instituições. Coexistência do instituído e instituinte, forças intensas, contrárias, que trazem tais efeitos como modos de fazer, das práticas, para um plano de análise coletiva.

O pesquisador caminha na fronteira dessas forças, afastando, assim, os julgamentos de valor que associe aquele espaço como “bom” ou “mal”.

Deleuze e Guattari (2011), em sua definição de desejo, ajudam-nos a pensar que o caminhar do pesquisador é marcado pela necessidade de criar conexões. Na fronteira, cria-se uma atenção, uma sensibilidade aos pequenos gestos que conecta diferentes espaços, ideias e sensações na busca por uma expansão da vida. O pesquisador, ao criar esse corpo sensível, é também, muitas vezes, convocado a esse lugar que facilitaria uma atenção aos processos que impede a vida de expandir, restringe-a (CANGUILHEM, 2011).

Em um encontro ocorrido na biblioteca da escola, de caso a caso, as contradições que Lourau (2004) nos sinalizou existirem nas instituições ficam mais evidentes. Emerge a discussão da necessidade de assistentes sociais e psicólogos nas escolas. “Ah... como seria bom (...)”. No sentido oposto da necessidade de especialistas mais cotidianamente nos espaços escolares, uma voz, ainda que baixa, faz gaguejar falas unívocas. “Oi?”, num questionamento clínico/político, convoco essa voz minoritária a tomar a palavra (GUATTARI, 1987). Para ela, o saber psi emerge com maior importância quando “*vem fazer análise institucional dentro da escola*”. Fala que, além de equivocar um papel tradicional do psi na escola, ressoa no “se fazendo” das nossas práticas, apontando um fazer produtor de realidades. O outro como facilitador para análise das práticas se fortalece nos encontros dessa rede. O que produzimos e as qualidades das nossas articulações nos espaços que habitamos, tornam-se questões-pistas, não só para um pesquisador, mas para todos os profissionais da rede.

Nada é bom ou ruim, mas tudo é perigoso, lembra-nos Foucault (1978). Se tudo é perigoso, como o autor nos alerta, então temos sempre algo a se fazer, né?

A articulação em rede é uma estratégia de cuidado que “anda na corda bamba”. Se considerarmos apenas a palavra rede teremos os diversos sentidos nos quais ela nos remete. Rede de descanso, rede de conexão, rede de pesca são algumas delas. Visto isso, Heckert e Rocha (2012) atenta-nos para a delicadeza do trabalho em rede, pois, ao mesmo tempo em que possui uma capacidade conectiva de expansão do vivo, tal trabalho carrega o perigo de fortalecer especialismos e os esquadrinhamentos dos sujeitos. Caminhos incertos, as redes intersetoriais podem contribuir com a capacidade criadora e normativa da vida [criar normas] (CANGUILHEM, 2011) ou funcionar como

mantenedora da ordem. As autoras concordam com Machado (2013) ao direcionarmos uma atenção ao “se fazendo” como maneira de análise daquilo que produzimos nas relações escolares.

A atenção à micropolítica do cotidiano é fundamental nesse percurso de análises, tensionando os sentidos e usos do tempo-espço nas relações do trabalho escolar e facultando a problematização das transformações pelas quais passa a sociedade nas misturas de disciplinamento e controle. E esta análise micropolítica requer atenção aos processos instituídos, às formas arraigadas que enclausuram a escola em seu mandato social historicamente construído, mas também àquelas práticas que produzem fissuras nos discursos hegemônicos e fazem variar os sentidos atribuídos a essa instituição (HECKERT; ROCHA, 2012, p. 86).

Olhar para “as práticas concretas no cotidiano” (BENEVIDES E PASSOS, 2005) é para vislumbrar a coexistência de diferentes modos de agir nos trabalhos que realizamos: diferentes práticas, de luta, de ruptura – dimensão produtiva das mesmas, com fragilidades, fortalecimentos, dúvidas, recuos, tensionamentos, endurecimentos de posições e de maneiras de relacionar-se.

O sinal do recreio toca. Corpos menos rígidos e mais dançantes invadem os corredores da escola, provocam fissuras em modos de se fazer, evocam-nos para a beleza do viver: “o mais importante e bonito, do mundo, é isto! Que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam” (ROSA, 2001, p. 39).

Não raramente, os encontros provocam em mim certa familiaridade. Parece que estou perambulando pelo Ambulatório de Saúde Mental do HUCAM, andando pela Ufes ou no CAPSi, seja nas reuniões de equipe ou com as mães no Grupo GAM. Há sempre no ar e nos corpos aquela tensão, aquela desconfiança no outro. Parece um grande campeonato pela busca dos responsáveis pelo “fracasso escolar”, mas, na intensa procura o que encontramos são culpabilizações. No Grupo GAM, um corpo em déficit químico é o culpado pelos tormentos escolares daquelas crianças. Na RAAPES, os problemas escolares não

passam tão perto das “ritalinas”, mas parece ter no corpo socialmente vulnerável, nas infâncias dos morros, nas famílias desajeitadas, um local onde as práticas educacionais, psicológicas e assistenciais ganham força. Perambulamos por espaços que são atravessados por falas comuns da expansão de certa visão de mundo. (Diários de campo)

Àquele “concertar consertado” (ROSA, 2001, p.33), tomar vidas como inadequadas. Fazê-las variar quando antes aprisionamos seus movimentos. Imune disso ninguém está – é o aprender vivendo.

Em agosto de 2014, saio do encontro da RAAPES e tomo o ônibus. Minutos depois, próximo à Praça do Papa, ainda na Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, um menino com o uniforme escolar da Prefeitura Municipal de Vitória entra pela porta do meio daquele coletivo. Era fim de tarde, o menino estava com uma mochila e mais uma bolsa com guloseimas, tudo me indicava que ele era “mais um daqueles meninos que ficam vendendo balas nos ônibus”. Com uma habilidade incrível, em pouco tempo, ele ganhou os sorrisos dos passageiros que, encantados com as brincadeiras, compravam suas balas e davam trocados pela desenvoltura do menino. “Criança não trabalha...” meus pensamentos caminhavam pelos “perigosos da vida” em controlar a expressão que não se dá a entender. “Esses homens!” (ROSA, 2001, p. 32), dando significado para todos os movimentos! As coisas vão sempre mudando... Machado (2013, p. 195) lembra-nos que “a realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que temos dela e a totalidade que temos dela é sempre um momento, uma passagem”. Viver não é um negócio muito perigoso?

Em nossas travessias não se recusa os afetos. Um “trabalhar com”, impõe-nos riscos.

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (ROSA, 2001, p. 219).

Persistimos!

6.3. Ação Comunitária: ação que não se faz sobre o outro, mas com o outro

Como já mencionamos, anualmente, a RAAPES organiza na escola Edna Mattos um evento denominado **Ação** cujo objetivo é divulgar à comunidade de Jesus de Nazareth sua presença no cotidiano daquela escola e de tornar mais claro os trabalhos desenvolvidos pelos serviços que atendem aquele território. Além do caráter informativo, os serviços também se organizam com o intuito de tornar esse encontro um espaço recreativo onde à escola ganhe extensões de parceira na vida dos alunos, dos familiares e de toda a comunidade. No percurso da pesquisa participei de duas Ações que me atentaram para uma característica tão importante dos trabalhos em rede: que ela nunca cessa. As redes não param de produzir conexões e de se expandirem. Cada caso discutido necessita de novas articulações, novos laços. A Ação, desde sua construção nas reuniões mensais até sua efetivação enquanto evento em um sábado pela manhã, reafirma essa característica movente das redes e nos dão pistas de um trabalho cujas ações se façam *com o outro*.

Desde os primeiros encontros para a construção da primeira Ação, “pôr-se em movimento” pareceu ser um dos efeitos nos quais pensar um trabalho mais voltado à comunidade produzia em nós. Tal movimento se dava em várias dimensões. Em uma delas estava a necessidade de construir um trabalho em comum, cujo mandato de apenas um serviço parecia não ser suficiente para pensar a Ação. Tornava-se importante um trabalho transdisciplinar, plenamente coletivo, onde as experiências dos profissionais de diversos serviços fossem capazes de produzir um saber-fazer outro, singular aos trabalhos da RAAPES e ao território de Jesus de Nazareth. Isso inquietava os especialismos, provocando-nos a estar e intervir de outras maneiras nos acontecimentos escolares.

Movimento que produzia conversa, articulações, ‘andanças’ por serviços e pela comunidade de Jesus de Nazareth. A construção das Ações nos davam pistas para pensarmos quais relações cotidianamente estamos, enquanto serviços e profissionais na RAAPES, estabelecendo com aqueles alunos, com os familiares e com a comunidade. Lembro-me de uma profissional que ia pouco as reuniões da RAAPES, mas quando presente, suas falas não permitiam nos perdermos no romantismo dos trabalhos em rede. Ela era clara: as redes produzem muitas coisas, boas e ruins. Há um perigo do trabalho em rede que precisamos estar atento. Buscamos garantia de direitos, permanência

escolar, aumento da qualidade de vida, cidadania e acesso ao lazer e trabalho, mas muitas vezes produzimos silenciamentos e, não menos, violência. “A escola, a RAAPES não está fora da comunidade, ela é a comunidade”, lembrava essa profissional. Pertencer a Jesus de Nazareth, estarmos atentos as frágeis questões desse território e como nos articulamos com as nossas intervenções foram ganhando mais visibilidade ao logo dos trabalhos na RAAPES.

As ações foram espaços importantes onde a sensação de pertencimento ao grupo foi mais evidente. Como pesquisador e mestrando de uma universidade pública fui convocado a estar nas ações de maneira mais participativa, presente tanto na sua construção como na efetivação junto à comunidade.

Na primeira Ação, meados de 2015, cada serviço estava responsável em levar uma atividade, além de buscar uma estratégia para divulgar os trabalhos de cada instituição. Num primeiro momento, eu tentei me articular ao CAPSi para desenvolver alguma atividade. Todavia, como o mesmo acabou por não apresentar uma atividade para o dia, resolvi juntamente com o Grupo de Pesquisa Fractal do qual participo, construir uma oficina de leitura com as crianças presentes no dia da Ação, uma vez que já desenvolvíamos um trabalho de intervenção participativa em uma oficina com crianças que fazem acompanhamentos no CAPSi de Vitória. Pelo formato da Ação com tempo irregular e um grande movimento pela escola, resolvemos tentar outras possibilidades mais eficazes de participação. Visto isso, convidei uma amiga da minha turma da pós-graduação a levar à escola Edna Mattos um pouco do seu projeto de pesquisa do mestrado e a desenvolver a oficina Cabelação, rodas de conversas cuja discussão é as experiências entorno dos cabelos crespo, ondulados que muitas vezes estão à margem do cabelo ideal. A Escola gostou muito da temática e a oficina foi bem interessante e movimentada, tendo a participação de crianças, adolescentes, familiares, professores e pedagogas. As reuniões mensais, principalmente aquelas mais voltadas a organizar as Ações, atualizava uma postura em fazer pesquisa que considera o habitar o campo e criar com ele. O pesquisador enquanto conector de espaços, experiências e atento a produção de novas realidades.

Em novembro de 2015 ocorreu a segunda Ação. Esta teve o caráter mais interventivo e surgiu da necessidade que a RAAPES percebeu de discutir a violência, sobretudo a violência sexual, com a comunidade escolar. Desde o final de 2014

percebemos um aumento considerável de violação de direitos à infância e adolescente no território de Jesus de Nazareth e a questão da violência sexual era recorrente. Visto isso organizamos uma Ação que desde o princípio se diferenciou por completo da primeira relatada. Em julho de 2015 nos reunimos e percebemos que o método de trabalho deveria ser diferente e nos ocupamos um pouco mais dos conceitos de “ação” e “intervenção”. Uma profissional do CRAS nos atentou aos cuidados que deveríamos ter ao propormos uma Ação restritamente informativa que não propicie uma participação e construção coletiva com aqueles que acreditamos ser o “público-alvo” da nossa intervenção. Levaríamos um saber especializado aos professores e alunos sobre a temática da violência sexual? Percebemos aquilo que parece ser o empecilho para o “sucesso” dos nossos trabalhos, como as intervenções que fazemos e parece não surtir efeitos, sinaliza um modo de relacionarmos com o outro. Tomaríamos ali uma postura na qual os alunos e professores não teriam nada a acrescentar e contribuir com essa temática?

O projeto de intervenção sofreu algumas modulações, deixou de ser mais informativo, focado em palestras, para ter características mais moventes. A temática da violência sexual seria uma entre várias temáticas e ações abordadas no período de uma semana (07 a 13 de novembro/2015) nos três turnos escolares (matutino, vespertino e noturno). Num primeiro momento, os serviços que compõe mais regularmente a RAAPES (escolas, CRAS, CREAS, CAPSI e UBS) organizaram-se em “frentes de trabalhos” que estavam responsáveis em desenvolver grupo/rodas de conversas com professores e alunos dos três turnos. Desde os alunos pequenos até os alunos do EJA (Educação de Jovens e Adultos) participariam da Ação. Essas rodas de conversas aconteceram antes da semana da Ação, muitas vezes eram consideradas como parte da organização da semana e não como a intervenção em si. Essa ideia de intervenção como pontual em alguns dias de novembro fora se desfazendo ao longo das nossas reuniões mensais e ganhando clareza que a intervenção, o trabalho já estava acontecendo. Destaco que a intervenção já surtia seus efeitos. Nos repasses das rodas de conversas, não era poucos os profissionais que relatavam a surpresa de alguns professores ao serem convidados a participarem dessa atividade, a contribuírem para a organização da mesma. Também ficávamos surpresos com a participação e opiniões dos alunos e com a qualidade da discussão que as rodas de conversa movimentavam.

Essa Ação fazia a rede crescer. Além de incluir os alunos e professores nesse processo de cuidado, encontramos nesse caminho novas parcerias que contribuíram para ampliar nossa concepção de violência, pobreza, vulnerabilidade, intervenção social, saúde e infância. Tivemos nesse momento a participação do Serviço de Atendimento à Vitima em situação de Violência de Vitória (SASVV) que nos ajudou na temática da violência e o abuso sexual infantojuvenil; o projeto Caminhando Juntos (CAJUN) que atende o território e a participação da ONG Avalanche²², grupo capixaba de intervenção urbana.

Em novembro, na semana da Ação, tivemos vários encontros pela escola Edna Mattos e os profissionais que compõem a RAAPES ficaram encarregados de realizar várias atividades. Eu fui convidado a realizar uma apresentação juntamente com a médica ginecologista da Unidade de Saúde do bairro de Jesus de Nazareth sobre a temática do gênero e sexualidade. Fora um desafio, tanto pela temática como por trabalhar com vários adolescentes da escola. Tal participação me deslocava para um lugar completamente outro na RAAPES, o pesquisador muitas vezes se misturava com um integrante daquela rede, com alguém que eles poderiam contar com seus trabalhos.

A organização dessa Ação desenvolvida por uma rede, sobretudo pela escola, provocou nos profissionais que compõem a RAAPES outras análises da temática da violência e sua relação com a escola. Em encontros posteriores ao evento em novembro, uma pedagoga ressalta que em uma das conversas feitas com professores e pedagogos ela indagou se iríamos abordar apenas a violência produzida pela sociedade/comunidade ou falaríamos da violência que a escola produz.

“A escola é um dos lugares que mais produz violência pra uma criança. A família produz, mas a escola produz muito! Estou falando como alguém da escola, de mim. São lugares que a situação de violência é muito produzida. Só que a gente coloca que a violência fosse maior a familiar (...)”. (Fala da profissional)

Uma Ação produz efeitos e tais feitos precisam ressoar nas nossas práticas e na maneira que compreendemos o mundo. Essa profissional nos atenta para as realidades que são performadas em nossas práticas. Uma psicóloga ressalta que nas escolas

²² Mais sobre a ONG. em <http://avalanchemissoes.org/>

coexistem dois lados opostos: *“A escola produz violência, mas também é espaço de proteção”*. As Ações desenvolvidas pela RAAPES apresentam como momentos importantes para pensarmos as práticas no entorno do cuidado à infância e adolescência e as relações que são tecidas no trabalho em rede. No próximo tópico trarei um pouco mais dessa relação com a escola.

6.4. O último encontro na RAAPES: interseções com uma narrativa GAM e algumas colocações sobre o fazer pesquisa.

Naquela quinta-feira de manhã, 26 de novembro de 2015, seria a última reunião do ano da RAAPES e também meu último encontro com a rede. Estava ansioso pra compartilharmos as experiências, contando aos presentes como foi estar ali com eles e ouvindo as colocações dos mesmos sobre a realização dessa pesquisa. Preocupava-me se o tempo da reunião, que não poucas vezes ficava espremido com a quantidade de casos, naquele dia conseguiria ainda fazer os repasses, as amarrações para o ano que entraria e realizar o fechamento da pesquisa. Reconhecemos que era necessário algum tempo para realizarmos a avaliação do processo de pesquisa, considerando os efeitos que derivam do ato de pesquisar (PASSOS; KASTRUP, 2014) tanto no pesquisador como nos profissionais que compõe a RAAPES.

Durante a reunião tive a ideia de usar a “Narrativa GAM – Experiência com a escola” (Anexo 2) como forma de trazer as experiências dos familiares que participam do Grupo GAM no CAPSi com as escolas dos seus filhos. Como na RAAPES a experiência do familiar quase não aparece, a Narrativa GAM pareceu ser um dispositivo interessante para ressaltar o familiar como sujeito importante na rede de cuidados que se tece com a escola. Como já mencionado no capítulo anterior, ressaltemos ainda que muitas vezes discutimos no Grupo GAM a necessidade que sentíamos em nossos encontros no CAPSi de uma conversa com a escola; todavia, como ter um profissional das escolas presente era praticamente impossível, as narrativas muitas vezes tinha a potência de levar as experiências do Grupo GAM para outros espaços.

Com as pistas de Couto (2012), iniciamos esse último encontro na RAAPES reafirmando a importância do trabalho intersetorial na atenção à Saúde Mental infanto-juvenil e de como certa qualidade nas conversas com a escola é necessária nessa relação

e na vida dos familiares e crianças que são atendidos pelos serviços. A narrativa foi impressa e posteriormente distribuída para cada um. Diferentemente dos outros encontros, este último foi gravado, para melhor registro das conversas e da análise do processo de pesquisa.

Por volta das 11 horas daquela manhã começamos a conversar sobre o processo de pesquisa. Como a última reunião do ano terminava com a presença de alguns profissionais novos, resolvi fazer uma breve fala de como cheguei à escola Edna Mattos e os porquês de querer frequentar as reuniões da RAAPES. Depois, antes de apresentar à narrativa, indaguei aos profissionais de como foi pra eles essa pesquisa. De como foi ao longo de vários meses terem um pesquisador juntos com eles no processo de trabalho, circulando pela escola com o objetivo de escrever sobre essa experiência.

Ressaltei que, ao frequentar a RAAPES, uma das coisas que me marcou foi a “questão metodológica”. Como se faz uma pesquisa? Como estarei ali? O que quero? Eram indagações que o campo me fazia e eu tentava sustentar. Ser pesquisador, psicólogo e estar numa escola não é uma tarefa fácil; muitas vezes a relação que já está estabelecida entre saúde, sobretudo saúde mental e escola é de atrito, de desconfiança. Como criar confiança nas relações entre saúde mental e escola?! Essa foi uma grande questão para mim ao longo de todo processo de pesquisa. (Trecho do Diário de Campo)

E a questão não era só minha. A última reunião fora marcada pelo desconforto que a escola tem com as maneiras que a universidade se relaciona com o intuito de produzir conhecimento. Esse assunto não era para nós um ponto novo, mas atualizava²³ uma relação, emergia uma experiência nova que dava novos contornos ao fazer pesquisa.

“Toda vez que uma pessoa nova chega aqui, num primeiro momento o olhar é muito assim ‘esse povo não tá vendo que tem que fazer isso?!’, ‘Tem que mudar aqui?!’, ‘Tem que ativar aqui?!’ Então (...) eu lembro muito da sua chegada. No primeiro dia você

²³ Pôr em ato.

ficou muito quietinho, observou tudo, no segundo encontro já fez umas pontuações desse gênero! (...) No início você estava assim, mas depois parece que você falou ‘não, pera aí! Como essas pessoas realmente estão se relacionando desde 2009?’. Aí você mudou! Então desde 2009 alguma coisa está sendo construída, está sendo tecida na verdade ao longo desse tempo. Eu sinto que você, isso sobre meu ponto de vista, que você traz uma contribuição muito positiva quando você se desarmou, entendeu?E isso foi muito interessante! Aí você começa a trazer contribuições para nós sobre um outro olhar (...) um olhar de fora, de um estudante, de um acadêmico (...)’. [fala de uma profissional]

“Desarmar...” parece uma das pistas de certa qualidade em se fazer pesquisa na qual implica na dissolução do ponto de vista do pesquisador e, inevitavelmente, da liberdade de considerar a experiência sem a imposição de regras interpretativas (PASSOS; EIRADO, 2012). Assim, podemos considerar também um incomodo do pesquisador, um movimento de resistência à captura pelos “especialismos”²⁴. Todavia, nesse processo, não foi só o pesquisador que “desarmou”. A escola como nos apontou outra profissional é, como instituição, um espaço muito fechado, às vezes irreduzível à presença de novas ideias e mudanças.

“(...) A sua entrada na rede eu acho interessante que seja alguém de fora, não para adaptar o seu olhar à rede, mas para que nós possamos abrir o nosso olhar e entender. Você teve que entender o nosso funcionamento, mas a escola também teve que abrir um pouco o seu funcionamento. A gente fala assim: ‘essa mãe não conhece o filho que tem!’. Ela não conhece o filho, porque ela conhece o filho como ele é em casa. Eu não conheço o aluno em casa, conheço o menino como ele é na escola. Às vezes a gente fala de um lugar como se tivéssemos um poder, um saber mais avançado em tudo!

(...) Eu digo isso, pois a escola precisa urgentemente se abrir para os olhares de fora. Aí falam assim, ‘aí você veio, depois você entendeu e mudou o seu olhar’. Não, nós também mudamos com seu olhar”. [Fala de uma profissional]

²⁴Aqui nos referíamos ao especialista em nós que nos autoriza a dizer, apontar, a saber o que pode ser melhor para o outro, qual a verdade que emerge nos acontecimentos, invalidando um saber-fazer dos profissionais da RAAPES.

Embora houvesse um convite ao pesquisador em vivenciar aquele espaço, havia uma expectativa que o desenvolvimento de uma pesquisa na RAAPES facilitasse o cultivo de uma atenção às práticas e relações que ali são tecidas. O pesquisador ao se afastar daquele que *“aponta e vai embora”*, mas enquanto *“olhar de fora”* e compartilhando de uma experiência comum, parecia ser um parceiro importante nas análises de sobretrabalho do cotidiano dos trabalhos intersetoriais.

“(...) acho legal de ter alguém da academia para poder escrever... Eu acabo admirando um pouco isso... pois a gente acaba tendo um contexto tão corrido do trabalho, tem hora que você produz tanta coisa legal, mas você não dá conta de escrever sobre isso”.

“Também é aquela questão né. Quando você irá muito à ponta, na pratica você fica muito colado naquilo que está fazendo e acaba esquecendo a teoria que estudou”.

“Acho que sua presença na rede seja importante para repensarmos também a escola. De repensarmos a gente. Talvez eu preferisse que você tivesse entendido menos a gente”.

Não estávamos distantes das conversas no Grupo GAM: como criar estratégias para cuidarmos daqueles que oferecem cuidado? Qual o cuidado que colocamos em prática ao afirmarmos que estamos cuidando?

Outros delineamentos se traçam, as conversas transitavam naquilo que a escola produz.

“A sua entrada, o seu olhar, olhar acadêmico, é para nos fazer crescer, pensar e não para nos acomodar e adaptar. Entendeu? Lembro quando foram lá falar da Ação eu perguntei: os professores irão ouvir da violência produzida na escola? Por que professor, pedagogo precisa ouvir sobre a violência produzida na escola! Eu não preciso mais ouvir da violência produzida na família. Se não tiver esse viés, acho que não vale a pena. Vamos discutir a violência em seus diversos... Como se nós não produzimos violência! (...) um dos lugares que mais produz violência na sociedade é a escola”. [Fala de uma profissional]

A escola tem um lugar de importância na vida das crianças. Sem desconsiderar a força das políticas de permanência do aluno na escola, não poucas vezes presenciamos nas reuniões da RAAPES relatos onde o espaço escolar possui uma dimensão afetiva e de proteção para diversas crianças daquele território. Ao afirmar que pode sim produzir violência nos atenta mais uma vez a que realidades criamos no cotidiano de nossas práticas.

(...) Muitas vezes o Oasis da criança é escola. Mas acho que se vamos discutir violência, temos que discutir violência na sociedade, na família e na escola. A escola também produz violência. Muitas vezes quando a mãe deixa a criança de um ano na escola e depois vira as costas e vai embora, nós produzimos espaços de aconchego, mas também de violência. Nós estamos com uma criança indefesa e podemos produzir tudo de bom ou tudo de ruim. [Fala de uma profissional]

“Muitas vezes a gente coloca assim: a família é desestruturada. Às vezes o professor tem três horários de trabalho ou dois horários e fala que a mãe não dá atenção ao filho. A gente também corre... Nós somos alguém dessa família, dessa comunidade. Nós precisamos alguém de fora para nos mostrar isso. Eu brinco com as mães lá fora que pedagoga eu sei ser, mas mãe..! (risos) Eu sou mãe (...) Eu não me acho que eu seja tão boa mãe como eu seja pedagoga, vou falar a verdade (...)”.

O trabalho intersetorial produz intervenções no funcionamento das escolas e na maneira como os serviços se consideravam. Produções essas que ora parecem produzir algo diferente do que antes estava em curso e muitas vezes reforçam posturas duras. Como uma profissional da escola comenta:

“Eu lembro que no início alguns pessoas tinham um outro olhar sobre a escola que ao longo do tempo esse olhar mudou completamente nas relações, nos atendimentos aos meninos, no encaminhamento dos casos (...) E todo mundo que vai chegando... todo muito começa a perceber... ‘É a escola? Que mundo é esse realmente?’ Então isso é muito legal. E nós para com eles também (...) Muitas vezes a psicóloga falava para gente ‘... mas para de mandar menino!! Você quer que eu resolva tudo’. Aí eu comecei a perceber que muitas vezes precisa de outros espaços serem acionados, outras coisas

podem ser feitas (...) E o meu olhar também mudou, claro! Pois no começo eu estava desesperada achando que a Unidade [UBS] tinha que resolver. Aí eu fui aprendendo (...). Então assim, eu sinto, eu cresci muito aqui, é fundamental isso pra mim como profissional. Está sendo um aprendizado”.

O tempo já era pouco e iniciamos a leitura da Narrativa GAM. Comentei um pouco sobre como a mesma e o Grupo GAM funciona no CAPSi. Disponibilizei o Guia GAM na roda para quem quisesse manuseá-lo e aproximar mais do trabalho da GAM. Falei também um pouco do Guia de como trabalhamos com ele pensando a experiência infantil. Ressaltei que essa narrativa surge da percepção que tivemos enquanto grupo da inseparabilidade entre escola e atenção à infância e adolescência. Ressaltei ainda que para nós era difícil não pensar nas relações com a escola quando estamos acompanhando crianças e adolescentes nos serviços, sobretudo em Saúde Mental, como no CAPSi.

Naturalmente a leitura da narrativa seguiu os passos (e costumes) do Grupo GAM. Era interessante ver esse movimento oposto daquele que queríamos ao chegar à escola Edna Matos acontecer. A escola não foi ao GAM, mas a narrativa como dispositivo construído coletivamente por aquele grupo de pesquisadores, profissionais de Saúde Mental e familiares se encontraram à escola naquele último dia de reunião. Lemos a narrativa pausadamente. Cada pessoa lia um parágrafo, assim como fazíamos no Grupo no CAPSi. A leitura era polifônica e a sensação era de um grande grupo acontecendo ali na escola conectando os espaços e a presença dos familiares, profissionais do CAPSi, os outros pesquisadores.

A leitura não foi demorada, pois éramos em muitos. Enquanto eu terminava a leitura do último parágrafo alguém comenta: “isso vai ser bom levar para os professores!”. Alguém fica surpresa com o conceito de autonomia tendo base nas relações coletivas (referência). Muitas dúvidas apareceram: “*Dê quem é autoria da narrativa?*” – Do Grupo GAM, respondo. “*Esse Guia está disponível para todos? Ou só a Universidade pode usar?*” A narrativa produzia novos espaços.

As experiências dos familiares tocavam, deslocavam os profissionais a novas experiências.

Algumas pessoas comentam:

“Ser mãe é também errar... nós achamos que temos a razão por ser adultos, mas que muitas vezes, não”.

“(...) é um aprendizado do tempo inteiro”.

Uma profissional comenta que a narrativa a fez pensar na relação que mantém com seu filho e que muitas vezes o mesmo sinaliza para ela o que quer, o que pensa sobre determinado assunto, sinalizando poder opinar sobre o que acontece. Mas ela, muitas vezes no papel de “ter que fazer ao modelo dela” não dá muita importância a experiência infantil. A profissional coloca a experiência de ser mãe, de ter um filho e de compartilhar dos sentimentos e experiências das mães da narrativa.

Embora não havíamos tempo hábil para discutimos um pouco mais a narrativa, percebi que as experiências dos familiares que frequentam o GAM provocou nos profissionais da RAAPES um deslocamento do olhar para as experiências de pais e mães em relação a escola. Alguns profissionais perguntaram se podiam levar a narrativa para outros lugares... outros quiseram o Guia GAM. Terminamos aquele dia com um encontro do Grupo GAM com a escola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PISTAS PARA NOVOS ENCONTROS

Para terminar essa dissertação, convido você, leitor, a revistar uma cena tão comum nos serviços de saúde mental e nos encontros de redes intersetoriais: com profissionais lado a lado, uma roda se forma. Num tempo espremido entre tantos afazeres, um novelo de casos, emaranhados e enredados, é desenrolado, muitas vezes tão rápido que nem conseguimos tecer algo com as linhas que dali surge. Tal cena, vivenciamos em vários espaços que percorremos ao longo dessa pesquisa. Destaco um caso que me pegou de jeito e me acompanhou de várias maneiras ao longo desse trabalho.

O menino, na sala de aula, não escreve. Ele não quer aprender porque só desenha. Ou só desenha por que não consegue aprender? Não sabemos. O que se sabe é que ele fica a aula inteira desenhando... Desenhando. Nas aulas de artes, ele não desenha. Intrigante, não?! Por que o menino não estuda? “Ele precisa copiar e estudar, pois na série em que está, reprova!”. Assim era dito. Mas o que o menino desenha? Ele desenha casas. O menino passa a aula inteira desenhando casas. Mas não se pode ficar desenhando casas, não copiar a matéria do quadro e deixar de ler o livro, certo?! O adulto pergunta: por que você só desenha casas? O menino responde: pois quero a minha casa! Aquele adulto parece não entender e lhe diz que, para ele ter uma casa, era necessário calcular e ler. Realmente não há entendimento. O menino diz que só escreve quando tiver sua casa. O desenho não era tão relevante, pois naquela reunião o desenhar apontava como empecilho para aprendizagem e o menino que “desenha tão bem como mãos de arquiteto”, segundo uma psicóloga, parecia ter um problema ao desrespeitar as normas e não fazer as atividades propostas. Intrigado, pergunto: mas por que ele desenha casas? A resposta era óbvia, mas esclarecedora: Ele não tinha uma casa. Por questões “da vida” ele perdeu a casa e ficou morando com a mãe na casa de parentes. Ele queria a casa dele. O menino não era muito de faltar às aulas e quase nada das relações com os outros alunos foi comentado. Certo dia, o menino chega à escola e, apontando para as mãos, questiona uma professora: “por que até o João-de-barro pode ter uma casa e eu não?”.

Outro dia, em sala, uma professora escreveu laranjas no quadro e pediu para as crianças copiarem. Ele desenhou. (diário de campo)

Essa história é importante, pois, seja na pesquisa ou na clínica, é sempre com narrativas que trabalhamos, tecemos nossas análises e intervenções. Embora possa parecer óbvio para alguns, um caso é feito de várias narrativas de uma vida, ou melhor, de várias vidas que se entrecruzam e se complexificam em cada palavra narrada. Na verdade, engano nosso achar isso óbvio; pois a ação sobre o caso, sua forma de narrar, as maneiras que ele é encaminhado e assumido pelos vários atores da rede, falam de uma aposta, de um método, de uma tomada de posição numa certa política da narratividade (BARROS; PASSOS, 2009, p. 150). Como narramos os casos que nos chegam? O que produzimos ao narrá-los?

Percebemos nesta posição narrativa, tão comum nas nossas rodas de trabalho, certa desarticulação com outras políticas – como as políticas da subjetividade e políticas cognitivas – importantes na produção de conhecimento. Isso nos traz uma pista para analisarmos algumas práticas em saúde mental: ao narrar, não poucas vezes, produzimos isolamento. Isola-se a criança, os pais, a escola, os vizinhos e não menos os profissionais que narram. No contexto da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), podemos afirmar que, tal pista, é um desafio que se coloca frente à efetivação de uma política de atenção Infanto-Juvenil. Couto (2012) sinaliza que, como direcionamento, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 2001, propôs, visando à integralidade da atenção, a importância de produzirmos ações de cuidado que devem se precaver contra a redução dos problemas relacionados à infância e adolescência.

Mol (2008), numa outra forma de caminhar, dir-nos-ia que o cuidado, antes de tudo, precisa ser uma prática coletiva. Cuidar, então, envolve-nos a uma escuta atenta e sensível que, não poucas vezes, compete com as urgências que movimenta nossas rodas de trabalho. No percurso da pesquisa fomos aos poucos percebendo a necessidade de desacelerar nossos passos na busca daquilo que dá contorno preciso a uma narrativa própria, individual. Com o Grupo GAM, por exemplo, habitar as forças que emergiam do entrecruzamento das relações entre profissionais do CAPSi, crianças, familiares e

escola possibilitava desmontar certas previsibilidades, discursos de verdades, multiplicando versões e produzindo novas narrativas.

Ao narramos uma experiência, um caso, o que nos importa é estarmos atentos aos *acazos* que ele produz. É, pensando com Guattari (2004), transversalizar as relações, produzir movimentos de abertura comunicacional que afirme o protagonismo daqueles que falam e a performatividade das práticas narrativas (BARROS; PASSOS, 2009). Nesse sentido, o caso transforma-se, multiplica-se em muitos. Deixa de ser de uma pessoa, uma família para ser de uma experiência coletiva.

Com a pesquisa, buscamos construir juntos, entre saúde mental, familiares e escola, um cuidado que cuida. Acompanha. Sustenta as controvérsias das práticas. Escuta. Cultivamos um cuidado que se faz na tecitura de um coletivo.

A dissertação recebe aqui um ponto final, em seguida, algumas reticências. Se é pelo meio que damos início a uma pesquisa (DE BARROS; KASTRUP, 2009), não será com um fim que ela terminará. Que essas experiências aqui narradas consigam produzir novos e bons encontros em vocês.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVAREZ, J; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia**. Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149

ARENDT, R. Considerações sobre os conceitos de recalcitrância e de plasma e sua relação com o conceito de não domínio na obra de Bruno Latour. 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, n. 19-20, p. 159-171, Jan-jun, Rio de Janeiro, 2004.

BARROS, R. B. DE; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 17, n. 9, 389-394, 2005.

BARROS, R. B. DE; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 071-079. Brasília, 2000.

BARROS, R.B; PASSOS, E. Diário de bordo de uma pesquisa intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia**. Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BASAGLIA, F. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Gral, 1985.

BELTRAME, M. M; BOARINI, L. M. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda de um CAPSi. **Psicologia: Ciência e profissão**, v.2. n.33, p. 336-349, 2013.

BENJAMIM, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Lei federal n. 8.069 de 13 de julho de 1990. **Ecriad**. Dispõe sobre o estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências.

BRASIL. **Convenção dos Direitos da Criança**, 1990.

CALIMAN, L. V.; PASSOS, E. H. P.; MACHADO, A. M. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In KASTRUP, V. MACHADO, A. M. (Orgs.) **Movimentos micropolíticos em saúde formação e reabilitação**. Curitiba: Editora CRV, 2016, p. 19-40.

CALIMAN, L. **A biologização Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento**. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, L. Infância medicalizada (artigo no prelo).

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface*, Botucatu, vol.16, n.43, p. 967-980, 2012.

CAPONI, S. Da Herança biológica à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 19(2), 529-549, 2009.

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

COUTO, M. **Vozes anoitecidas**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2013.

DE BARROS, L; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia**. Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

DE BARROS, L.R. **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da gestão autônoma da medicação**. Dissertação de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense: Niterói, 2015.

DE OLIVEIRA, R. C. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M.C.V; MARTINEZ, R.G (org.) **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007, p. 29-54.

DE OLIVEIRA, S. P. **Micropolítica do fracasso escolar: uma tentativa de aliança com o invisível**. Dissertação de Mestrado (não publicada). Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória, 2001.

DE SOUZA, M. A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo. In: MACHADO, A.M; DE SOUZA, M (orgs). **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 2011.

DELEUZE, G; GUATTARI, **Mil platôs volume 1: Capitalismo e Esquizofrenia 2**. Rio de Janeiro: Ed 34, 2011. Trad. Ana Lucia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa.

DOMITROVIC, N. **As práticas farmacológicas com o metilfenidato: habitando a fronteira entre o acesso e o excesso**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1986.

FERREIRA, A. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIGUEIRA, P. L. **“É tudo problema de cabeça?”: sobre os movimentos de psiquiatrização da vida escolar no CRAPNNE em Vila Velha-ES**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2012.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: **Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2003. p. 335-351.

- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo, editora Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, M **O poder psiquiátrico**. São Paulo. Editora Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M **História da sexualidade 1**. Editora Rio de Janeiro: São Paulo, 2015.
- FOUCAULT, M **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de apoio a moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>
- GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; erotildes Leal; Analice Palombini; Octavio Serpa et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/arquivos/ggamBr.pdf>
- GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo: brasiliense, 1987.
- HECKERT, A. L; ROCHA, M. L. A Maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, (n.spe), p. 85-93, 2012
- HECKERT, A. L; PASSOS, E. Pesquisa-Intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S; BARROS, E; FERIGATO, S (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 373-390.
- KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papirus, 1997.
- LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J; ROQUE, R (Orgs.). **Objetos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2007.
- LOBO, L. **Os infames da história: pobres, escravos, e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008.

LOURAU, R. **Analista Institucional em tempo integral**. ALTOÉ, S (Orgs.). São Paulo, Hucitec, 2004

MACHADO, A. M. Uma nova criança exige uma nova escola: a criação do novo na luta micropolítica. In: COLLARES, C; MOYSÉS, M; RIBEIRO, M (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP; Mercado de Letras, 2013. p. 191-202.

MACHADO, R et al. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Pala Athenas, 2001.

MOL, A. Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, J; ROQUE, R. **Objetos Impuros. Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

MOL, A. The Logic of Care – Health and the Problem of Patient Choice. London and New York: Routledge, 2008.

MORAES, M. **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

NARANJO, J. **A casa das estrelas: o universo contado pelas crianças**. Rio de Janeiro: Foz, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n.43, p. 967-980, 2012.

PASSOS, E. Os dispositivos clínicos-políticos e as redes no contemporâneo. Entre linhas do Conselho Regional de Psicologia CRP-07. Porto Alegre, 2000.

PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia**. Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E; KASTRUP, V. Cartografar é traçar um plano comum. . In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**. a experiência da pesquisa e o plano do comum. Porto Alegre: sulina, 2014. p. 15-41.

PATTO, M. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo, casa do psicólogo, 2002.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum**. Porto Alegre: sulina, 2014. p. 42-65

ROLNIK, S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROSA, J. G. (1908-1967) **Grande Sertão: Veredas** 19. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SADE, C; FERRAZ, G, ROCHA, J. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum**. Porto Alegre: sulina, 2014. p. 66-95.

SILVA, D. **GeoHistória do bairro de Jesus de Nazareth**. Dissertação de conclusão de curso. Departamento de Geografia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2013.

STENGERS, I. **L'invention des Sciences modernes**. Paris: La Decouverte, 1993.

TRISTÃO, V. **(Com)Viver e (Com)fiar uma rede quente na experiência sensível de vinculação afetiva: uma análise das práticas de acolhimento infanto-juvenil no município de Vitória/ES**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015.

WERNER, J. **Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2000.

ANEXO 1 (CARTA À RAAPES)

Vitória, 31 de julho de 2014

À Rede de Apoio Psicossocial (RAAPS) que atua no território de Jesus de Nazaré

Na última reunião da RAAPES que ocorreu no dia 26 de junho de 2014, na escola Municipal de Vitória Edna Mattos, apresentamos aos presentes à proposta do Grupo GAM (Grupo de Gestão Autônoma da Medicação). O grupo acontece no Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Vitória (CAPSi) juntamente com pesquisadores da UFES, profissionais do CAPSi e familiares cujas crianças estão em acompanhamento nesse serviço. Foi numa reunião de equipe, no dia 02 de junho de 2014, depois de lermos uma narrativa produzida pelo Grupo GAM e compartilharmos a necessidade de abrir a conversa com outros atores, sobretudo a escola, que chegamos até a RAAPES.

Neste encontro com a RAAPES, pelo formato que este dispositivo tem de articular profissionais de vários serviços de saúde juntamente com escolas e atuar nos territórios discutindo casos que dali emergem, percebemos o quanto ele é potencializador. Pois a intersectorialidade não é instantânea, precisa ser produzida. Rede é construída, nas sensibilidades dos encontros, na articulação com os diferentes setores. Foi pensando nessas questões e nos casos que discutimos naquele 26 de junho, que, ao final da reunião, perguntei aos presentes se poderíamos continuar frequentando os encontros mensais da RAAPES.

A estratégia GAM busca, dentre outras coisas, apoiar a construção da rede de apoio dos usuários e familiares da saúde mental. Mas como? Nos grupos realizados nos CAPSi nos perguntamos por quais vias incluir outros atores (além dos familiares e profissionais de saúde) nas discussões sobre a cogestão da medicação. Convidar as escolas, por exemplo, para estar conosco nos grupos ou ir até as escolas criando algum dispositivo de conversa nesses espaços? Chegamos até a RAAPES com estas questões para dividi-las com vocês. Mas o principal motivo que me faz querer continuar frequentando os encontros da RAAPES é que, paralelamente ao GAM, desenvolvo uma pesquisa no mestrado da Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI-UFES) orientado pela professora Luciana Viera Caliman (que assina abaixo essa carta) cuja

proposta é acompanhar os pedidos de ajuda das escolas que na maioria das vezes buscaram ser solucionados pela equipe pedagógica, professores, internamente pela escola, mas que devido à complexidade surgem como demanda para outros serviços, sobretudo os serviços de saúde mental. Demanda que gosto de pensar como “necessidade de conversa”, de pensar junto como resolver determinadas questões. Assim, vi nesse encontro com a RAAPES um meio potente para acompanhar, pensar e conversar sobre essas coisas e também uma maneira da universidade estar mais articulada com a rede, pensando junto e criando novas entradas e saídas.

Atenciosamente,

Felipe Mendes,

Luciana Vieira Caliman

ANEXO 2 (NARRATIVA ESCOLA)

NARRATIVA GAM – EXPERIÊNCIA COM A ESCOLA

Nos nossos encontros conversamos sobre muitas coisas, mas um elemento que sempre esteve presente e guiou nossas conversas foi a escola. Percebemos que quando se trata de falar das experiências das nossas crianças, sejam elas sobre o medicamento ou não, muito da vida delas é a escola. Mas não só para elas. A necessidade de conversa com a escola também se faz presente na saúde, na assistência e na justiça. Quase sempre a ida para algum serviço, como o CAPSi, acontece por um encaminhamento da escola. Às vezes as questões aparecem bem cedo, quando elas ainda estão na creche ou na educação infantil. Dizem que elas são muito agitadas, ou choram muito, não conseguem ficar na sala, mordem os amigos, ou ainda que são muito quietas e silenciosas. E tem horas que ficamos com a sensação de que a escola não consegue lidar muito bem com isso, com o que é sentido como “demais” e “muito”, com o que é visto como “pouco” ou “insuficiente”. Mas seria importante perguntar: muito ou pouco com relação a quê ou a quem?

No GAM, ficava claro que a escola, quase sempre, demanda algum tipo de intervenção sobre as crianças. Demanda-se o laudo do médico, o encaminhamento para o psicólogo, a medicação. Parece que apenas quando esses aparecem delineiam-se intervenções e planejamentos, como a presença de um estagiário da educação especial. Em alguns casos, é exigido que a criança esteja medicada para ficar na escola. E isso é complicado, porque medicar se torna uma obrigação. Mas com quais perdas e ganhos? É preciso conversar sobre isso com a escola. Quais os efeitos do medicamento na vida da criança? Por outro lado, é preciso também perguntar o que está atrapalhando ela a aprender e ficar na escola. Tem haver somente com ela? O que se passa na escola e na vida dessa criança?

Muitas vezes a medicação tem efeitos importantes e parece auxiliar o desenvolvimento da criança na escola. Mas de qual desenvolvimento estamos falando? Percebemos que há uma mudança quando nossas crianças tomam a medicação. Elas conseguem realizar as tarefas de sala, mudam algumas relações conflituosas com outras crianças e professores. Até diminuem as reclamações da escola sobre elas. Mas medicar nossas crianças para estarem na escola nos preocupa. Elas ficam menos espontâneas, reclamam que não conseguem brincar como gostariam. Como se deixassem de ser elas mesmas. E

a gente sente que isso não é bom. Será que mesmo para a aprendizagem isso não é importante? Ser espontâneo e livre não é importante para a vida delas?

Muitas vezes as experiências que temos em casa com nossas crianças ensinando elas a ler e escrever nos dão pistas se poderíamos criar estratégias outras de aprendizado sem a medicação. Por que muitas vezes elas aprendem a escrever o nome em casa e na escola não conseguem? Como será para os professores lidar com tantas crianças numa turma e ensiná-las todas igualmente a ler e escrever? As crianças não aprendem todas da mesma forma e no mesmo tempo. Como considerar isso na escola e respeitar o tempo de cada criança?

Quando se fala em cuidado de crianças e adolescentes necessariamente acabamos falando da escola. E por essa razão temos dado a ela um lugar de importância nas nossas discussões. A escola está sempre presente no GAM! É inegável que cuidar do que se passa na escola é também cuidar das crianças.

A escola aparece nas nossas conversas como um espaço de muitos contrastes. Um lugar de muitos acontecimentos. Lá se aprende, se brinca, tem contato com pessoas que não são da família, possibilita novas amizades. Vão construir um conhecimento que é para vida inteira. Mas estar na escola muitas vezes é difícil. Elas reclamam de não conseguirem acompanhar a turma e realizar as tarefas. Algumas vezes nem desejam ir.

A escola que encaminha as crianças para algum serviço e demanda soluções também precisa se implicar na tentativa de cuidar dos problemas. Há relato das intervenções, junto às escolas, realizadas pelos profissionais do CAPSi que foram importantes para as crianças. Ajudaram a escola a acolhê-las melhor e lidar com algumas dificuldades que apareciam. No GAM percebemos que a ajuda do CAPSi e muitas vezes da coordenação municipal de educação especial é essencial. Desenha uma rede onde o cuidado com a escola se faz presente. Todavia, muitas vezes, é difícil até com essas parcerias e a solução é mudar de escola na expectativa que mude o cuidado, o olhar e as ações com as nossas crianças. Que elas ficarão mais felizes, seguras e confiantes num novo espaço. Muitas vezes isso acontece e é muito bom. Mas também percebemos que mudar de escola não garante um novo cuidado. Vimos que algumas mudanças importantes ocorreram na própria escola. Mudanças pequenas, cotidianas, que fizeram uma grande diferença na vida das crianças. Por exemplo, com aquele professor que se responsabilizou em ter um de nossos filhos na sala regular ao invés de encaminhá-lo

para a sala de educação especial. E também a amizade e o vínculo criado com alguns estagiários, além das crianças da escola que se tornam amigas e parceiras. Isso nos leva a pensar sobre como estar junto com a escola no cuidado das crianças. Como ajudar a escola a cuidar? Como a escola pode nos ajudar a cuidar?

O GAM também foi importante para percebermos que numa escola ou serviço de saúde, como o CAPSi, podem existir ao mesmo tempo diferentes experiências com os mesmos professores, pedagogos, médicos e psicólogos. Uma escola, um profissional, um método que foi “horrível” para uma criança é visto como “ótimo” para outra. Estar em contato com outro olhar, com uma experiência diferente daquela que tivemos, nos tira o chão. Como assim?! Ficamos surpreendidos, por exemplo, quando não acreditamos que o CAPSi esteja ajudando e nossas crianças nos afirmam que gostam de estar aqui. Ou quando dizem que a escola pode ensinar e cuidar e a gente acha que lá nada está dando certo. Mas...

Os passos do Guia nos ajudaram a estar mais próximo das nossas crianças, a conhecê-las melhor e perceber que elas tem algo a dizer sobre seu tratamento e as experiências que adquirem no dia-a-dia nos espaços por onde passam (CAPSi, Escola, Apae...). As crianças muitas vezes parecem nos dar pistas de como cuidar, sobretudo, de como *confiar*. Elas nos colocam em outro tempo, nos desaceleram possibilitando sentir as mesmas coisas de maneira diferente. Dizem-nos que correr pela rua também pode ser uma maneira que elas tem de cuidar de si, para não brigar e gritar, por exemplo. Deixar correr, às vezes é difícil, mas quando a gente entende que aquilo é importante para ela, proibir é também complicado. Nada fácil isso, mas é bom perceber que o cuidado também pode partir delas, entre elas e que muitas vezes elas também cuidam da gente.

Muitas vezes acreditamos que nossos filhos só estarão prontos pra vida quando conseguirem ficar sozinhos na escola. Ao mesmo tempo, é difícil para nós pensar que eles conseguem fazer algo sem a gente do lado, que podem ficar sozinhos na escola e que, talvez, haja um dia em que eles não estejam diariamente conosco. Mas a gente acredita que eles poderão seguir a vida deles um dia? A gente acredita nisso? E quando eles forem? O que fica? O que permanece? Será que não estar junto o tempo todo significa que não estamos presentes na vida deles e eles nas nossas?

Nossas crianças nos apontam que é possível confiar, que eles também são capazes de criar redes de apoio. Nas escolas percebemos que eles tem amigos, alguns professores

parceiros e que muitas vezes a vontade de ir para a escola está nesses vínculos que elas criam. Parece que estamos falando o tempo todo da criação de uma autonomia que só é possível quando todo mundo ajuda a cuidar, quando confiamos que a própria criança pode cuidar dela e do outro.