PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COLEÇÃO PESQUISA UFES

VOLUME 43

LUCIANA CALIMAN
JANAÍNA MARIANO CÉSAR
(orgs.)

A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Experimentação com crianças, familiares e trabalhadoras(es)

EDUFES

Esta obra foi selecionada para integrar a “Coleção Pesquisa Ufes”, a partir de Chamada Pública feita pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) aos programas de pós-graduação da universidade.

A seleção teve por base pareceres que consideraram critérios de inovação, relevância e impacto.

O financiamento da Coleção foi viabilizado por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e de recursos do Tesouro Nacional.

Universidade Federal
do Espírito Santo

Reitor
Paulo Sergio de Paula Vargas

Vice-reitor
Roney Pignaton da Silva

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Valdemar Lacerda Júnior

Chefe de Gabinete
Cláudia Patrocinio Pedroza Canal

EDUFES
EDITORA

Editora Universitária – Edufes

Filiada à Associação Brasileira
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514
Campus de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852
edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Diretor da Edufes
Wilberth Salgueiro

Conselho Editorial
Ananias Francisco Dias Junior, Eliana Zandonade, Eneida Maria Souza Mendonça, Fabricia Benda de Oliveira, Fátima Maria Silva, Gleice Pereira, Graziela Baptista Vidaurre, José André Lourenço, Marcelo Eduardo Vieira Segatto, Margarete Sacht Góes, Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi Tokumaru, Sandra Soares Della Fonte

Secretaria do Conselho Editorial
Douglas Salomão

Administrativo
Josias Bravim
Washington Romão dos Santos

Seção de Edição e Revisão de Textos
Fernanda Scopel, George Vianna, Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

Seção de Design
Ana Elisa Poubel, Juliana Braga, Samira Bolonha Gomes, Willi Piske Jr.

Seção de Livraria e Comercialização
Adriani Raimondi, Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão, Maria Augusta Postinghel, Maria de Lourdes Zampier

Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Diretor da Graúna Digital
Thiago Moulin

Supervisão
Laura Bombonato

Seção de edição e revisão de textos
Carla Mello | Natália Mendes
Manuella Marquetti | José Ramos | Stephanie Lima

Seção de design
Carla Mello | Bruno Ferreira Nascimento

Projeto gráfico
Edufes

Diagramação e capa
Bruno Ferreira Nascimento

Revisão de texto
Natália Mendes

Imagem da capa por
Samyra Lobino.

Esta obra foi composta com
a família tipográfica Crimson Text.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

E79 A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) [recurso eletrônico] : Experimentação com crianças, familiares e trabalhadoras(es) / Luciana Caliman, Janaína Mariano César (organizadoras). - Dados eletrônicos. - Vitória, ES : Edufes, 2023.
384 p. : il. ; 21 cm. - (Coleção Pesquisa Ufes ; 43)

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-7772-530-4
Modo de acesso: https://repositorio.ufes.br/handle/10/774

1. Saúde mental. 2. Infância. 3. Participação do paciente. I. Caliman, Luciana. II. César, Janaína Mariano. III. Série.

CDU: 159.9

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

LUCIANA CALIMAN
JANAÍNA MARIANO CÉSAR
(ORGS.)

A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Experimentação com crianças, familiares e trabalhadoras(es)

EDUFES

Vitória, 2023

Às crianças artistas/artesãs/arteiras do fazer criançável,
Às mães-avós-mulheres, às(aos) trabalhadoras(es) da saúde mental,
às(aos) estudantes da Universidade...
A todos que compuseram, ponto a ponto, a tessitura deste
percurso de trabalho: nossa mais profunda gratidão.

Prefácio

Este livro reúne as artes do fazer *criançáveis*[1] *oriundas do percurso consistente e inventivo, desde 2013, de docentes, estudantes e pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) com* crianças, suas famílias e equipes dos serviços de saúde mental num campo da experiência conhecido como "medicalização da infância"[2] – que implica a redução da potência vital de crianças na forma de processos de patologização. Mas este não é apenas um livro sobre práticas criançáveis; é também um livro criançável, porque nos convida à experiência radical de inventar e performar com crianças práticas de produção de autonomia e de participação. Práticas *criançáveis* são aquelas que sustentam, na relação com as crianças, a abertura a situações e problemáticas que não estão dadas *a priori*, mas que são produzidas nas relações e que requerem o cultivo de territórios de

---

1 Sobre o agir criançável, ver: Vicentin, M. C. G. V. (2016). Criançar o descriançável. Em: *Cadernos de debate do NAAPA*. Questões do cotidiano escolar. São Paulo, Sec. Municipal de Educação. http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/27154.pdf e Vicentin, M. C. G., & Gramkow, G. (2018). Pistas para um agir criançável nas experiências de conflito. *ETD - Educação Temática Digital*, *20*(2), 368-390. https://doi.org/10.20396/etd.v20i2.8650659.

2 Entre aspas, sempre referências diretas a noções encontradas no livro ou mesmo frases daí retiradas, de forma literal, ou com pequenas adaptações, mantido o sentido.

convivência, a experimentação do pensamento e a intervenção contextualizada e coletivizada.

Como bem apontam os autores, se a prescrição de medicamentos, ou a medicamentação, se faz como prática hierarquizada, não participativa, apartada de outras práticas de cuidado, ou ainda como objetivo e fim único da tarefa de cuidar, estamos no campo da medicalização. De fato, "o medicamento, quando visto como a única saída, pode isolar, desconectar e desarticular uma vida que se faz em relações". Tais formas medicalizantes são modos de agir descriançáveis, porque privilegiam respostas individualizantes, normativas, quando não punitivas, que fragilizam ou impedem o exercício coletivo e compartilhado da acolhida, da variabilidade e da singularidade dos modos de vidas das crianças.

Tal situação, como nos mostram também os autores, torna-se mais complexa no campo da saúde mental infantojuvenil, pois pesa sobre a criança que recebe um diagnóstico de transtorno mental e que faz uso de psicotrópicos uma "dupla desqualificação" – "ser criança e ser doente/deficiente/difícil" – e, por consequência, uma extremada geração de tutela, visível no fato de que é comum que essas crianças não participem das decisões em relação a seus processos de tratamento, muito menos possam conhecer e pensar sua relação com o uso de medicamentos.

> Como, então, incluir o saber do usuário que é criança? Como torná-la mais atuante e participativa nas decisões sobre o tratamento, nas relações tecidas com os familiares, profissionais de saúde, professores? Como seria pôr em diálogo os usuários, os profissionais de saúde e os familiares? Como entrelaçar os fios da saúde mental infantojuvenil, as famílias e as escolas para produzir conversas outras que escapam dos processos medicalizantes e individualizantes? Como estar *com* crianças em uma oficina, transformando a prerrogativa histórica de que elas têm pouco a dizer? Como estar *com* crianças quando se diz que são impossíveis, incapazes de estar em grupo, de fazer amigos, de prestar atenção nas

> atividades, de estar presente, de *participar* de forma 'apropriada'? Como participa a criança cujas formas de expressão encontram-se por vezes obstaculizadas ou fragilizadas? Como seria se a experiência dos usuários de psicofármacos fosse considerada em seu tratamento? O que mudaria se a experiência assumisse primeiro plano em relação às normas e às prescrições sociais?

São essas questões ético-políticas e estéticas que animam as experiências aqui narradas e analisadas. Todo este campo de indagação se produziu em torno das experiências de cogestão do uso do medicamento e da terapêutica do usuário criança nos serviços públicos de saúde mental (CAPSi) de Vitória/ES, por meio do dispositivo grupal e da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) – desenvolvida no Canadá nos anos 1990 e em intensa e extensa experimentação no Brasil desde 2010.

Diversos grupos e coletivos já têm se dedicado à problematização da medicalização no campo da infância, na forma do incentivo ao debate e ao fomento de práticas que despatologizem (como sugere, por exemplo, o movimento Despatologiza e o Fórum de Enfrentamento à Medicalização). Mas são mais raras as experiências que se instalam no centro da prática prescritiva e de seus efeitos com crianças, famílias e equipes, que produzam exercícios de participação-partilha e sustentem a ideia-força de produção de autonomia por crianças e adolescentes em estreita conexão com os modos singulares de expressão das crianças, como se deu nesta experiência do Espírito Santo (ES).

A estratégia GAM, que se propõe a incidir sobre esse ponto nevrálgico da reforma em saúde mental – a prescrição medicamentosa na forma de dispositivos cogestionários de cuidado já conta, no Brasil, com um vasto campo de experiências reunidas numa rede internacional de compartilhamento de práticas GAM –, tem sido, via de regra, mais experimentada com adultos. A UFES é a universidade dessa rede que mais tem se dedicado a pensar/propor esse agir criançável – com crianças, suas famílias e equipes de saúde – desde a

estratégia GAM, de forma continuada e processual, resultando numa complexificação da experiência, que resultou nesta densa e singular caixa de ferramentas que aqui se apresenta.

A reunião desse percurso na forma de livro nos traz uma dupla alegria: a primeira, a de contar com uma caixa de ferramentas para incidir sobre processos de medicalização, especialmente por meio de diferentes dispositivos no âmbito dos serviços (Grupo GAM com familiares, supervisão coletiva da equipe, Oficina da Palavra) e sobre ações intersetoriais, principalmente com as escolas; a segunda, a de nos convidar a praticar com as crianças sua potência de ação e de intervenção, na qual se efetua também o agir político desses indivíduos.

É certo que muito já foi trilhado em nosso país na construção da nossa utopia ativa de descolonizar a infância e democratizar as relações de crianças e adolescentes. De fato, uma nova sensibilidade e uma nova atitude em relação às crianças começou a se expandir no país, mais especialmente desde os movimentos sociais que resultaram na formulação jurídico-política de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (incorporando a Doutrina da Proteção Integral na formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990), pautando o direito à autodeterminação de crianças e adolescentes e deslocando-se de uma visão fundada nas necessidades das crianças para outra visão baseada em seus interesses e direitos.

Entretanto, o reconhecimento da capacidade de ação por parte de crianças e adolescentes está limitado por uma estruturação histórica da concepção de autonomia e de direitos fundada em referenciais adultocêntricos e racionais de que crianças e adolescentes não seriam detentores de direito por completo. Essa identificação está limitada também por um conjunto de saberes que legitimam uma posição de subordinação das infâncias nas sociedades contemporâneas. Sabemos que um obstáculo central à participação jurídico-política de crianças e adolescentes é a pressuposição da sua falta de desenvolvimento cognitivo para a participação, argumentação e deliberação; em síntese, sua falta de capacidade e, por conseguinte, de capacidade de contratualidade política.

Assim, sob a égide da imaturidade dos mais novos, segue-se invisibilizando e legitimando as formas de dominação adulta. Do mesmo modo, pouca atenção se dá à contradição e ao conflito na relação adultos-crianças. "Uma criança ou se conforma, ou é tida como desviante" como já sinalizavam Rosemberg e Mariano (2010, p. 694). Não é inusual, então, que a resistência de crianças e adolescentes em relação à sua esperada posição tutelada e submissa seja interpretada como mostra de desvio ou anormalidade; e que muito raramente possa ser acolhida como experimentação de si, da vida e do mundo, como resistência a modos de sujeição e como invenção de outras formas de viver.

Ao assumir o potencial da estratégia GAM – de "produzir aberturas onde as saídas parecem estar obstruídas", mas também de "ser reinventada a cada experiência situada" –, a experiência GAM no Espírito Santo nos lembra de que a utopia ativa das crianças como sujeito de direitos não se faz exclusivamente no campo do reconhecimento formal, mas principalmente nos momentos instituintes criados pelas situações que podem reconfigurar os vínculos entre crianças e adultos. Afinal, os direitos só podem ser operativos se forem constituintes de uma estratégia de transformação social, articulados com sentidos comuns e com práticas sociais (Freeman, 1997).

Ao adotar o direito à participação de crianças em diálogo com a perspectiva de agência da criança e da criança como ator social (inflexão decisiva propiciada pelos Estudos Sociais da Infância, especialmente dos anos 1980 para cá), a experiência GAM no Espírito Santo entende que o exercício da participação não quer dizer apenas "permitir que as crianças falem", mas que a fala tenha "sentido para o sujeito" e "implicações para o grupo" e para as situações por elas vividas. Entende também que a construção do direito à participação exige não só "o envolvimento formal dos sujeitos que participam, mas a participação em um plano comum de afetos".

Tal exercício de participação se fez na experiência aqui apresentada pela "criação de dispositivos brincantes, sensíveis, abertos

à experimentação" e aos "modos de cultivo da atenção e da participação", que colocam em jogo "expressões mais sutis": o exercício da atenção como a "capacidade de cultivar a pessoa com suas próprias possibilidades e experiências e em situações sempre únicas"; "o cultivo da atenção conjunta – da atenção aos outros, a nós e ao que se passa entre nós"; "o acolhimento do imprevisível"; "a escuta do outro em seus interesses e vontades"; "a conexão pela via dos afetos"; "a abertura para o pluralismo das formas de relação e vida que são atenciosamente acompanhadas"; enfim, "o acolhimento não apenas dos sujeitos em suas diferenças, mas da diferença produzida no encontro".

Desse modo, a experiência GAM no ES se efetiva como estratégia que possibilita "coletivizar as questões", incluindo cada vez mais atores no processo de cuidado, no "fortalecimento de um trabalho em rede e de linhas de comunicação entre os diversos atores envolvidos, dentre estes a escola". Nesse fazer enredante, a universidade, na forma de pesquisa-apoio e pesquisa-intervenção, se compõe com a "efetivação das políticas públicas", ampliando as possibilidades de cuidado, disparando processos de coletivização, autonomia e democratização nos serviços de saúde, realizando assim sua função pública.

Finalmente, cabe destacar que nessa trajetória de construção de cidadania de crianças e adolescentes, o amplo campo da saúde mental de crianças e adolescentes também formulou caminhos com base no trabalho territorial e de base comunitária, intersetorial e em rede, no sentido da afirmação dos direitos humanos de crianças, sob a orientação de sua liberdade e autonomia, afirmando seu agir criançável (Brasil, 2005).

O percurso criançável da experiência GAM (ES) e das experiências de saúde mental infantojuvenil não sugere também, dada a potência enredante e conectiva dessas experiências, que é a clínica da criança que está em condições de oferecer uma função de abertura para o conjunto da clínica em saúde mental e para os modelos ainda marcados pelas racionalidades biomédicas (Bercherie, 2001)? Não são as crianças que estão em condições de ensinar ao campo da

saúde mental e da política um outro modo de participação, de ação e, inclusive, de política? Tal direção sugere que nós, adultos, nos desalojemos da segurança de valores "supostamente protetivos", mas que desconsideram as perspectivas das próprias crianças, comprometendo as possibilidades de ação por parte delas; sugere que experimentemos um ethos criançável.

São Paulo, 10 de janeiro de 2023.
Maria Cristina Vicentin (USP-SP)

REFERÊNCIAS

Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In O. Cirino (Org.), **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento e estrutura** (pp. 129-144). Belo Horizonte, Autêntica.

Brasil. (2005). **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf

Freeman, M. (1997). The moral status of children. In M. Freeman. **The moral status of children. Essays on the Rights of the Child** (pp. 1-17). Martinus Nijhoff Publishers.

Rosemberg, F., & Mariano, C. L. S. A. (2010). Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: debates e tensões. **Cadernos de Pesquisa, 40**(141). http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000300003

Sumário

Uma carta às/aos leitoras/leitores 22
Referências 30

Carta às/aos trabalhadoras/trabalhadores 31
Camila Mariani Silva
Henrique Torres Neto

Referências 38

A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores 39
Luciana Caliman
Janaína Mariano César

A Construção de um Trabalho Participativo Com Crianças no ES, tendo Como Direção a Estratégia GAM 41
Dispositivo: O Grupo GAM com Familiares (GIF) de Crianças 44
Primeiro movimento/abertura: acesso e inclusão da experiência infantil.. 45
Segundo movimento/abertura: acesso e inclusão da experiência do familiar ...48
Dispositivo: Oficina com Crianças 49
Primeiro movimento/abertura – Oficinar a GAM Com Crianças..... 50
Segundo movimento/abertura – O Cogerir Com Crianças e o Êthos da Conversa 53
A Propagação do Trabalho Com a GAM no CAPSi..... 55
Dispositivo: Supervisão Coletiva Com Trabalhadoras(es) 57
Considerações finais 61
Referências 62

Carta aos trabalhadores em saúde mental..... 67
Nivia Alves Mota

"Uma experiência coletiva" 72
Jéssica Mariana Parrilha da Silva

A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum 75
Luciana Caliman
Eduardo Passos
Adriana Marcondes

Prescrever medicações: o perigo de um domínio 76
A prescrição medicamentosa como ponto cego na democratização das práticas de produção de saúde 78
Déficit de atenção, Hiperatividade e metilfenidato: a proposição da gestão compartilhada do medicamento 83
Referências 98

Primeira narrativa: Grupo de Intervenção com Familiares – GIF 101

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais 106
Luciana Caliman
Pedro Henrique Sena Peterle
Janaína Mariano César

Introdução 107
Contextualização metodológica 113
Resultados e discussão 115
A experiência dos familiares e os efeitos do grupo GAM 120
Referências 131

Carta de uma mãe: Grupo de Intervenção Familiar – GIF 135
Karla Rosa Guimarães

Narrativa: Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) – "Experiência com a escola" 138

Entre saúde mental e a escola: A gestão autônoma da medicação ... 143
Felipe Alan Mendes Chaves
Luciana Caliman

A "criança anormal" e a medicalização dos processos escolares..... 146
O eco das escolas num serviço de Saúde Mental infantojuvenil: o Grupo de Intervenção da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) ... 150
Habitando as controvérsias de um medicamento 154
O rótulo dói: a vivência escolar atravessada por diagnósticos e medicamentos 161
Considerações finais 167
Referências 168

Carta de uma mãe(avó): Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) .173
Gleidiomar Gonçalves Martins Tavares

A sobrecarga familiar: Quando cuidar se torna um peso..... 177
Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira
Luciana Caliman
Janaína Mariano César

Algumas pistas da objetificação do cuidado 178
A sobrecarga familiar..... 182
Cuidar sem (se) aprisionar 188
A mulher no cuidado 192
A sobrecarga da normalização – o peso da norma..... 195
Considerações finais 198
Referências 201

Segunda narrativa GAM: (Período referente aos meses de outubro a dezembro de 2014) 205

Como as crianças podem participar do cuidado em saúde mental? Autonomia e interdependência em um grupo gam com familiares ..210
Luana Gaigher Gonçalves
Luciana Caliman
Janaína Mariano César

Introdução de um paradoxo problemático 211
A experiência de participação infantil 214
O Grupo GAM com familiares no CAPSi 219
"Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia..." 221
Autonomia, interdependência e cuidado 226
Considerações finais 233
Referências 235

Saúde mental coletiva: o que nos ensinam as crianças 238
Analice de Lima Palombini
Ricardo Burg Ceccim
Rosemarie Gärtner Tschiedel
Gisele Vicente da Silva
Laura Anelise Faccio Wottrich
Renata Cardoso Centena

Introdução, desde o avesso 238
As crianças ensinam como aprendem 240
Fazer e aprender saúde desde o avesso ou à margem 241
A inclusão na rota das crianças, por Renata Centena, residente 242
Um mapa para a saúde, uma árvore para a história, por Laura Wottrich, residente 244
Cena I 244
Cena II 245

Des-olhar o infantil, entreolhar, por Gisele Vicente, residente 246
Cena I 247
Cena II 248
Cena III 248
Para concluir, por trajetos e caminhos 249
Referências 250

Narrativa Oficina da Palavra (Narrativinha) – Março 2017 253

Práticas de cuidado e cultivo da atenção com crianças 261
luciana Caliman
Janaína Mariano César
Virgínia Kastrup

A atenção para além do ato de prestar atenção 265
Os ecossistemas atencionais e a atenção conjunta 267
Educação como prática atencional 270
A oficina da palavra como um ecossistema atencional 273
O cultivo de contornos atencionais 277
A leitura conjunta de literatura 281
Redes de atenção na leitura em grupo 284
O medicamento na rede de cuidados 286
Referências 289

Carta à palavra 294
Renata Coelho Tavares Imperial

Oficina da palavra: Literatura, infância e cultivo da atenção 300
Victoria Bragatto Rangel Pianca
Luciana Caliman
Janaína Mariano César
Alana Araújo Corrêa Simoes
Anita Nogueira Fernandes

Luana Gaigher Gonçalves
Merielli Campi Partelli
Adrielly Selvatici Santos

Oficina: da palavra, de leitura, de literatura 304
Oficina: cultivo de outros gestos atencionais 308
Fazendo com 314
Referências 317

Carta de uma oficineira: vai ter barulho, sim! 320
Renata Nascimento Pozzatto

Cultivo atencional como exercício de participação: oficinar com crianças na saúde mental 324
Luciana Caliman
Janaína Mariano César
Victoria Bragatto Rangel Pianca
Luana Gaigher Gonçalves
Alana Araújo Corrêa Simões
Anita Nogueira Fernandes

A atenção conjunta como uma via para a participação 331
Copresença sensível, flutuação e participação 333
Improvisação, sintonização afetiva e participação na oficina 338
Supervisão: cultivo da improvisação e sintonização afetiva 342
Participação: tendência pluralista 345
Considerações finais 349
Referências 350

Conversações afetivas e a afirmação de uma GAM-Criança 354
Eduardo Caron
Adriana Barin de Azevedo
Céline Cyr

Espaço de fala 356
Campo heterogêneo de conjunção 361
Experimentações da GAM 365
Afirmando uma GAM-criança 370
Referências 372

Sobre as(os) autoras(es) 376
Adriana Barin de Azevedo 376
Adriana Marcondes 376
Adrielly Selvatici Santos 377
Alana Araújo Corrêa Simões 377
Analice de Lima Palombini 377
Anita Nogueira Fernandes 377
Camila Mariani Silva 378
Céline Cyr 378
Eduardo Caron 378
Eduardo Passos 379
Felipe Alan Mendes Chaves Ferreira 379
Gisele Vicente da Silva 379
Gleidiomar Goncalves Martins Tavares 379
Henrique Torres Neto 380
Janaína Mariano César 380
Jéssica Mariana Parrilha da Silva 380
Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira 380
Karla Rosa Guimarães 381
Laura Anelise Faccio Wottrich 381
Luana Gaigher Gonçalves 381
Luciana Caliman 381
Maria Cristina Vicentin 382
Merielli Campi Partelli 382
Nívia Alves Mota 382
Pedro Henrique Sena Peterle 383
Ricardo Burg Ceccim 383

Renata Cardoso Centena 383
Renata Coelho Tavares Imperial 383
Renata Nascimento Pozzatto 384
Rosemarie Gärtner Tschiedel 384
Victoria Pianca 384
Virgínia Kastrup 384

Uma carta às/aos leitoras/leitores

Eis o que aprendi
nesses vales
onde se afundam os poentes: afinal, tudo são luzes
e a gente se acende é nos outros.
A vida é um fogo,
nós somos suas breves incandescências[1]

Avisamos: esta escrita introdutória não tem como não se tornar uma carta afetiva. Uma carta endereçada às leitoras e aos leitores que, por motivos diversos, tenham algum encontro com este trabalho. Carta-convite à celebração que este livro para nós realiza de um percurso amplo, laborioso, brincante e inventivo.

Ao longo das próximas páginas, há um exercício cuidadoso de organizar fios de inteligibilidade de histórias vividas, praticadas, com uma política de saúde mental brasileira, com trabalhadoras(es) de diversos campos de atuação, com a pesquisa na universidade pública,

1 "Fala de João Celestioso ao regressar do outro lado da montanha". In Couto, M. (2003). *Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra*. Companhia das Letras.

com a formação de estudantes de Psicologia, com usuárias(os) crianças, jovens e adultos, com familiares, especialmente mães, tias e avós.

Nessas linhas não subsumimos a bagunça, o barulho, o cansaço, os questionamentos, toda a experimentação das linhas trêmulas, fissurantes, e o incômodo de sentir sacudir e mexer em nós as durezas do adultocentrado, sério, crispado, ocupado e ciente. Não sem dificuldade, tentamos não espantar um criançar que, por vezes, nos acionava no riso, no espanto, na parceria, na curiosidade, na brincadeira, no entusiasmo de tecer um trabalho coletivo.

O estudo aqui partilhado é efeito especialmente da aliança com uma Estratégia: a da Gestão Autônoma da Medicação, a GAM, com o compromisso de fazê-la singularmente no encontro com o campo da saúde mental e da saúde mental infantojuvenil no estado do Espírito Santo.

A GAM enquanto estratégia e ferramenta é desdobramento de uma experiência canadense que visa incitar um maior protagonismo de pacientes do campo da saúde mental em relação a seu tratamento medicamentoso. No Brasil é experimentada em dispositivos grupais, os Grupos de Intervenção (GI), nos quais é utilizado o *Guia da Gestão Autônoma da Medicação* (GGAM), composto por passos e perguntas que objetivam disparar questionamentos e discussões, na direção de um cuidado mais plural e autônomo. No Brasil, em 2010, a Estratégia e o Guia GAM foram validados e adaptados em pesquisa multicêntrica, através da cooperação entre a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em parceria com a Université de Montréal (Campos et al., 2012). Com o intuito de guiar e orientar o trabalho de manejo do grupo, também foi criado o *Guia do Moderador*.

Neste trabalho, partilhamos os exercícios de perspectivar uma GAM que, originalmente vinculada à experiência com adultos, desdobrou-se no encontro com crianças, seus familiares e trabalhadoras(es).

Por isso, esta carta é feita também de gratidão pela experiência, intuída e feita palavra por Mia Couto (2003, p. 241), de que "**a gente**

se acende é nos outros". Em nosso caso, isso traduz a feitura que este livro acolhe. Não é possível pensar nos dispositivos montados, nos dias inventados, nos encontros, nas conversas e nas investidas sem, com isso, transbordarem gentes incandescentes, que pelo brilho no olho creram e disponibilizaram suas centelhas de vida nesse cossurgimento.

Nosso desejo era, pois, reunir e conjugar os esforços intensivos dos últimos anos em escrita. Este livro é essa reunião, composta em exercícios diversos. Como apontamos no texto "A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores", a pesquisa-intervenção com a Estratégia GAM deu contorno a três frentes de trabalho: o Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória/ES; a Oficina da Palavra, grupo com crianças que faziam uso de psicotrópicos, usuárias do CAPSi/Vitória; e o Dispositivo de Supervisão Coletiva com Trabalhadoras(es), que reuniu quinzenalmente durante três anos profissionais do campo da saúde mental de três municípios da região metropolitana de Vitória. Nesse processo, foram implantados Grupos de Intervenção com Usuários (GIU) e Familiares (GIF), além de grupos de estudo com moderadores nos equipamentos de saúde mental.

Os textos aqui reunidos compõem esse esforço de dar palavra à multiplicidade da experimentação que se fez em confronto e problematização das práticas de normalização e medicalização presentes no campo da saúde e da saúde mental. Eis nosso campo problemático, como desdobra o texto "A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum", escrito na parceria potente entre Luciana Caliman, Eduardo Passos e Adriana Marcondes. Esse capítulo nos auxilia a afirmar que a GAM é estratégica, porque lida com o enfrentamento às formas de submetimento e despontencialização do que é vivo na existência.

A/O leitora/leitor poderá também observar que grande parte deste livro é, sem dúvida, dedicado ao exercício de sentipensar (Escobar, 2016) o trabalho *com* crianças que faziam uso de algum medicamento e eram usuárias do CAPSi e *com* familiares, mães, tias e avós,

com uma sempre inclusão e parceria de trabalhadoras(es) nos dispositivos montados. Certamente que esse encontro com a saúde mental infantojuvenil é aqui substancial pelo que também nos ocupou e esforçou no labor de extrair fios de inteligibilidade, seja com o Grupo com familiares ou com as crianças em uma Oficina da Palavra, falada, e, sobretudo, atuada na aliança com a bagunça e o caos.

Nessa direção, "Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e Saúde Mental Infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais", de Luciana Caliman, Pedro Henrique Peterle e Janaína César, cartografa os primeiros encontros do GIF no CAPSi, o que nos permitiu acompanhar a montagem do dispositivo e as questões pungentes colocadas naquele início. Também o trabalho "Entre saúde mental e a escola: A Gestão Autônoma da Medicação", de Felipe Alan Mendes Chaves e Luciana Caliman, visibiliza um dos problemas importantes de viva e insistente circulação no GIF: a relação das crianças e familiares com a escola e os desafios de recusar processos de exclusão na educação.

Dois outros trabalhos dedicados a abrir a complexidade do GIF, também efeitos de processos de pesquisa na vinculação com o programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da UFES, são "A sobrecarga familiar: quando cuidar se torna um peso", de Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira, Luciana Caliman e Janaína César, e "Como as crianças podem participar do cuidado em saúde mental? Autonomia e interdependência em um grupo GAM com familiares", de Luana Gaigher Gonçalves, Luciana Caliman e Janaína César. Ambos os textos são inéditos e problematizam a experiência do cuidado quanto ao lugar especialmente da cuidadora, frequentemente mulher, na produção de uma sobrecarga naturalizada e sobreimplicada e o lugar da criança no cuidado, na possibilidade de ampliar as redes de apoio e visibilizar que as crianças também cuidam, também desejam, também podem participar.

Na abertura da frente de trabalho que envolveu um Oficinar com crianças na saúde mental, temos a alegria de contar com a escrita sensível e criançada de Analice Palombini, Ricardo Ceccim, Rosemarie

Tschiedel, Gisele da Silva, Laura Wottrich e Renata Centena em "Saúde mental coletiva: o que nos ensinam as crianças". É com esse trabalho que convidamos a/o leitora/leitor a mais e mais se deixar tocar pela interpelação desconcertante das crianças, das diferenças e singularidades das infâncias, de um devir-criança em nós, e seguir no aprendizado vigoroso de desadultecer. Romper com a desigualdade etária que sutil ou escancaradamente vive em nossas práticas e descentrar o adulto em nós passa por cultivos que fomos experimentando com as crianças no CAPSi. Desses aprendizados destacam-se dois em especial, presentes em alguns dos trabalhos que aqui desdobram a Oficina da palavra: o cultivo da participação e o da atenção.

Nesse sentido, em uma parceria comemorada com Virginia Kastrup, apresentamos o texto "Práticas de cuidado e cultivo da atenção com crianças", no qual a proposta da Oficina da Palavra com crianças é afirmada como uma alternativa ao uso da medicação como modo central de tratamento, por meio de um dispositivo grupal e participativo de leitura e também de cuidado. Dois outros trabalhos também aprofundarão esses problemas que, para nós, mostraram-se em indissociabilidade: participar e cultivar uma ecologia atencional favorável. Estes são: "Oficina da palavra: literatura, infância e cultivo da atenção" e "Cultivo atencional como exercício de participação: oficinar com crianças na saúde mental". Estas são escritas que confirmam processos formativos tecidos com dedicação e compromisso ético-político na parceria com estudantes da graduação e pós-graduação que oficinaram no CAPSi e possibilitaram que essa experiência hoje pudesse ser também contada. É com Victoria Pianca, Alana Simoes, Anita Fernandes, Luana Gaigher, Merielli Partelli, Adrielly Selvatici e tantas outras companheiras que estiveram presentes nos percursos do grupo de trabalho-pesquisa que contamos dos processos intensivos de supervisão grupal para sustentação do trabalho com as crianças, da aposta na literatura e na arte como suporte sensível de afetabilidades e invenções no cotidiano da oficina, da atenção conjunta, em sintonização, improvisação e pluralidade.

Por isso dissemos no início que esta era uma carta incontornavelmente afetiva, pois as escritas estão entremeadas da aposta e esforços de muitas gentes. Muitos dos que se debruçaram conosco neste trabalho laborioso ocupavam-se da condução e escrita de pesquisas/dissertações de mestrado e de iniciação científica. Compreendendo a escrita como processo que transforma e produz mundos, embarcaram no desafio de, na e pela escrita, sustentar e transbordar as incandescências dos encontros tecidos. Estes escritos "foram para o mundo" ainda antes da publicação deste livro. São artigos já publicados em revistas científicas, mas que agora encontram-se aqui conjugados, integrando e costurando o denso percurso de trabalho do qual são parte fundante. Mesmo com o risco de incorrermos em certa redundância e repetição de alguns argumentos, optamos por reuni-los aqui tal como foram publicados.

Para a política de escrita que inspira nosso trabalho, importa sustentar a polifonia das experiências partilhadas – o plano comum que as possibilita. Assim, ao longo da organização desse percurso em livro, tornou-se, para nós, crucial incluir entre e com os textos ditos "acadêmicos" exercícios outros de escrita. Escritas que trazem um pouco mais dos nós que incandescem este trabalho. Nas experimentações com a GAM no ES, a escrita foi um dispositivo crucial. Além das dissertações e artigos, e alimentando-as, escrevemos memórias intensivas, diários de campo, narrativas, cartas. No cultivo dos exercícios de conversa e da palavra conjunta (verbal e não verbal), debruçamo-nos também em escritas. Na composição deste livro, trazemos quatro **Narrativas**: três delas aglutinam polifonicamente questões, presenças, indignações que atravessavam o Grupo GAM de Intervenção com Familiares; escritas a muitas mãos, em momentos diferentes do decurso do trabalho, eram devolvidas ao grupo para alimentar novos debates e pactuações. Na terceira narrativa, que em uma brincadeira chamamos "narrativinha", reúnem-se ecos da Oficina da Palavra, seus movimentos, suas cambalhotas, seus exercícios.

Ao longo do processo de pesquisa, o trabalho de gestação de narrativas buscava reunir em texto, portanto, a experiência que

atravessava o grupo GAM com familiares e a Oficina da Palavra. Nas Narrativas, o grupo fala, interroga, problematiza, gagueja, afirma, perturba. As duas Narrativas e a Narrativinha incluídas no livro trazem o fazer grupal em movimento, a sua processualidade inacabada, os fragmentos que reverberavam e saltavam aos olhos.

O exercício de escrita que este livro alcança comporta também escritas-convites, de dizeres inéditos, que convocaram trabalhadoras(es), familiares e estudantes-profissionais a mais um encontro, mais um *estar* e *fazer com*. Estas escritas comparecem como ***Cartas***. Ferreira (2014) nos diz que a carta é também um legado, uma forma de exigência, um apelo, uma expressão. É talvez por isso que nelas encontramos Camila Mariani Silva, Henrique Torres Neto e Nivia Alves Mota, algumas das(os) dedicadas(os) profissionais com os quais nos encontramos nesse percurso. Sensivelmente tocados e "gamados", convidam outras(os) trabalhadoras(es) a conhecerem, aproximarem-se e apropriarem-se da Estratégia GAM, tal qual elas(es) também experimentaram como ferramenta que viceja a luta antimanicomial e o cuidado. Assim também Jéssica Parrilha, que no encontro de estágio com o território de Serra/ES e CAPS II, faz aliança com uma "Uma experiência coletiva" em práticas do grupo GAM.

Também é com muita alegria que, em diálogo com os trabalhos que abordam o GIF no CAPSi, podemos literalmente ouvir as vozes gravadas em palavras, de mães, familiares participantes do GIF, Gleidiomar e Karla, os quais, efetivamente, junto a outras mulheres, tornaram possível um trabalho complexo de fazer do grupo GAM um modo de escutar as crianças, "delas" e nelas. A essas mulheres e a tantas outras que teceram o Grupo GAM, nosso abraço e gratidão. As cartas convidam, contam, tornam ao coração as memórias, recordam cenas, gestos. É também assim que sentimos com Renata Tavares, profissional do CAPSi que conosco esteve durante a maior parte dos encontros na oficina, a pertinência de lançar uma carta (apelo? Convite? Aceno?) à palavra. Assim, "Carta à palavra" conta um dispositivo em processo, em que a palavra atuada é caminho de expressão

e saúde. Nessa direção de recontar a oficina, encontramos também Renata Pozatto, que avisa que na Oficina com crianças "vai ter barulho, sim", experiência que a duras penas aprendemos a acolher e valorizar, compreendendo que essa era nossa matéria de trabalho.

Conosco, trazemos então muitas redes de conversação e de escrita. Pois é nessa travessia de gente que se acende nos outros que vamos nos constituindo. O convite à composição deste livro incluiu coletivos que, com afinco, delicadeza e leveza, dedicam-se ao fazer criançável. É assim que podemos traduzir o escrito que inicia e o que fecha nosso livro. Com a presença querida de Maria Cristina Vicentin, que **prefacia** de maneira generosa esse trabalho, damos começo à leitura naquilo que traduz e amplia de convite: *"Não são as crianças que estão em condições de ensinar ao campo da saúde mental e ao campo da política um outro modo de participação, de ação e, inclusive, de política?"*. Fazer encontrar, como ensina essa professora pesquisadora, o agir criançável e uma política de saúde mental. Eis os desafios que nos movem em aliança com a GAM.

No fechamento da leitura, em "Conversações afetivas e a afirmação de uma GAM criança", de Eduardo Caron, Adriana Barin de Azevedo e Céline Cyr, retomamos, paradoxalmente, os inícios da GAM, sua força e potência lá onde crianceja, onde a GAM se dispõe à invenção, onde surge uma GAM criança. Um texto sensível e provocador diante da violência, do escárnio e da sujeição que atravessam o cotidiano de tantas vidas em sofrimento. A vocês, que disponibilizaram seus exercícios de escrita e pensamento na parceria com este trabalho, nossa gratidão!

Aqui, nesta nossa carta, nosso apelo expressa a necessidade de continuar insistindo: apelo que intenciona impulsionar o *criançar* como legado que foi e será – exercício de se acender com e no outro. É então também como carta, legado, apelo exigente e necessário que convidamos você, leitor(a), a este encontro.

Vitória ES, 13 de março de 2023.
Organizadoras

REFERÊNCIAS

Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R., Emerich, B. F., Ottari, T. M. C., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 16**(43), 967-980.

Couto, M. (2003). **Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra**. São Paulo: Companhia das Letras.

Escobar, A. (2016). Sentipensar isso la Tierra: Las luchas territoriales y la dimensión ontológica de las Epistemologías del Sur. **Revista de Antropologia Iberoamericana, 11**(1), 11–32.

Ferreira, M. S. (2014). Sobre escrever cartas. In A. G. Bernardes, G. M. Tavares & M. Moraes. **Cartas para pensar políticas de pesquisa em psicologia** (pp. 15-22). EDUFES.

Carta às/ aos trabalhadoras/ trabalhadores

Camila Mariani Silva
Henrique Torres Neto

Prezados(as) trabalhadores(as) em saúde mental, queremos falar um pouco da experiência que vivemos com a estratégia GAM – Gestão Autônoma da Medicação, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Vitória/ES.

O campo da saúde mental, por sua própria constituição, apresenta-se como multifacetado, diverso, interdisciplinar, onde diversas experiências têm a oportunidade de se realizar em sua diversidade. A GAM se inscreve nesse campo de possibilidades como mais uma ferramenta preciosa de trabalho. Um grupo para conversarmos sobre medicação, autonomia e sobre cogestão, com guias para nortear o

caminho, e ainda podendo falar mais e mais, extrapolando o guia e os temas... fantástico! Seria coletividade pura!

Poder escrever um pouco sobre o grupo GAM é tanto poder reter nas malhas do texto o que se deu no vivo da experiência quanto constituir memória de um trabalho realizado e convidar vocês a o experimentarem.

Esses guias que citamos são dois manuais disponíveis em versão digital[2]: um para o(a) facilitador(a) do grupo – o Guia GAM para moderadores – e outro para ser trabalhado nos encontros com os usuários dos grupos GAM. Nessa experiência, três profissionais do CAPS quiseram se dedicar a estudar juntos os materiais, e isso foi uma experiência muito interessante, pois contribuiu para que conhecêssemos o que o(a) outro(a) colega pensava e sentia de alguma proposta, possibilitou-nos aproximação em alguns casos e nos fez mais, como posso dizer..., cúmplices um do trabalho do outro, visando o cuidado ao(à) usuário(a) do serviço em que atuávamos.

Ter espaços reservados para estudo e discussões não é fácil em uma instituição, um serviço cheio de gente, atividades, tarefas, usuários do serviço, profissionais e situações não planejadas (todos os dias chega uma situação importante e inusitada a ser resolvida).

Tínhamos um horário quinzenal reservado, e, apesar disso, algumas vezes o encontro não pôde acontecer, devido a situações emergenciais e a férias dos profissionais. Levamos aproximadamente um

---

2 Ver: Campos, R. T. O., Passos, E., Palombini, A., Gonçalves, L. L. M., Santos, D., Stefanello, S., Melo, J., Silveira, M., Guerra, S., Sade, C., & Guerini, L. (2014). *Gestão Autônoma da Medicação – Guia de apoio a moderadores.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS. http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces e Onocko Campos, R. T., Passos, E. Palombini, A., Leal, E. M., Serpa Juniro, O. D., Emerich, B. F., Marques, C. C., Santos, D. V. D. dos, Melo, J., Gonçalves, L. L. M., Surjus, L., Silveira, M., Arantes, R. L., Rodrguies, S., Otanari, M., & Carvalho, J. (2012). *Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM.* DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS. http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/arquivos/ggamBr.pdf

ano para leitura e discussão dos dois guias, mas não havia pressa – havia debate, interesse, discussão de casos.

Para iniciarmos o grupo com os usuários do CAPS, precisamos explicar aos demais profissionais nossos estudos, receber sugestão de nome de usuários(as) que teriam interesse e novamente estarmos atentos à agenda liberada para iniciar este trabalho, quinzenalmente.

Nosso grupo teve início em novembro de 2016 com 12 nomes inscritos – a inscrição foi o convite feito pelo(a) técnico(a) de referência aos(às) usuários(as) e o aceite destes(as). Iniciamos com oito participantes em encontros quinzenais, às 8h da manhã, nas sextas-feiras. O horário não ajudou muito... ao longo das atividades, soubemos que o horário era muito cedo para alguns. Outros atravessaram dificuldades de saúde e não conseguiram permanecer nos encontros. Finalizamos os encontros com o primeiro grupo GAM, nesse CAPS, em novembro de 2018.

Acredito que vocês, profissionais e trabalhadores(as) em saúde mental, saibam que os serviços CAPS são relativamente novos. Até final da década de 1980, só o que havia no Brasil para cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave eram os hospitais psiquiátricos. Infelizmente, sabemos também que o cuidado nesses hospitais era baseado, principalmente, se não exclusivamente, em uso de medicação, isolamento da sociedade e afastamento da família. Praticamente, não havia possibilidade de cuidados à saúde mental fora dos muros manicomiais.

Quando se começou a isolar as pessoas consideradas loucas, para que se pudesse estudar seus comportamentos, houve muitas tentativas de controle da loucura, e algumas terapêuticas, digamos, bem estranhas – por exemplo, produzir febre alta na pessoa, ou fazê-la girar bastante para os pensamentos se organizarem. Só na década de 1950 surgiram os primeiros medicamentos psicotrópicos, que assumiram papel de grande importância na assistência às pessoas com transtornos mentais. Mesmo com as mudanças das políticas públicas em saúde mental e a implantação de diferentes instituições e serviços

de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Reforma Psiquiátrica Brasileira), o uso de medicamentos se mantém forte e, para muitos, ainda parece ser a principal forma de tratamento em saúde mental (Campos et al., 2014; Amarante, 2007).

Os guias GAM trazem, também, um pouco dessa história – mudanças nas terapêuticas e no tratamento. O movimento para mudar a forma de tratamento em nosso país teve início no final da década de 1970, com encontro de trabalhadores em saúde mental e contato com outras experiências de cuidado no mundo. Para vocês terem uma ideia, o primeiro CAPS no Brasil foi criado em 1987. No Espírito Santo, o primeiro CAPS para pessoas com transtorno mental grave foi inaugurado em dezembro de 1996.

Contudo, o tratamento ofertado em muitos espaços ainda é apenas a indicação/prescrição de medicamentos, sem informações ao(à) usuário(a) e seus familiares sobre o que está sendo prescrito, sobre os efeitos indesejáveis, como se não houvesse a necessidade de melhores orientações, de ouvir a experiência do sujeito e de fato haver diálogo sobre o tema.

Os efeitos colaterais, muitas vezes, contribuem para que o(a) usuário(a) interrompa abruptamente o uso de psicotrópicos, sem o devido acompanhamento profissional – o que leva, geralmente, à piora das condições da pessoa em tratamento. Nesse sentido, é importante reconhecermos que os medicamentos impactam a vida do(a) usuário(a) e de suas famílias, e isso precisa ser discutido e trabalhado no cuidado em saúde mental – com todos os envolvidos.

Um dos objetivos da GAM é incentivar o diálogo e o conhecimento sobre o tratamento, não apenas o medicamentoso. Conforme descrito no Guia do moderador (Campos et al., 2014, p.05):

> A GAM busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus

> direitos e que saibam que podem decidir se aceitam ou recusam as diferentes propostas de tratamento. Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos. Para a GAM, a participação as pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central.

Tendo em vista a participação de sujeitos diferentes no tratamento, dois conceitos são muito importantes de serem trabalhados na GAM: autonomia e cogestão. Autonomia para estar em relação com os outros, não sozinho; não é sinônimo de independência ou individualismo, não é tomar decisões sozinho. Viver a autonomia implica em compartilhar o que pensa, o que sente – com familiares, colegas, profissionais. Compartilhando, podemos discutir e pensar juntos estratégias para melhora – isso é cogestão, ou seja, gestão feita a muitas mãos, juntos. Os(As) usuários(as) são, portanto, protagonistas e corresponsáveis pelo tratamento. Muitas vezes incluímos também a família neste trabalho de traçarmos juntos a proposta de tratamento – não apenas medicamentoso.

Cada sujeito tem uma experiência singular com uso de psicofármacos e relacionamentos durante a vida. Assim, a GAM visa contribuir para que cada usuário compreenda seu tratamento e aumente seu poder de diálogo e negociação com familiares, profissionais, especialmente os prescritores, sobre seu tratamento. Busca-se trabalhar diferentes aspectos da vida da pessoa, já que as medicações têm efeitos em todos os aspectos da vida de quem as usam.

> É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). (Campos et al., 2014)

A participação do médico psiquiatra no grupo GAM, nessa experiência que vivemos em Vitória/ES, compôs um aspecto importante sobre a singularidade desse dispositivo no CAPS onde atuamos. Esse profissional assim afirma sua experiência:

> Participei do grupo como médico prescritor do nosso CAPS. Médico de alguns pacientes componentes do grupo. Fui como quem prescreve, escutar em outro lugar, que não aquele da consulta estruturada, o sujeito que vive a experiência do uso continuado da medicação. Seu dia a dia com a tomada do remédio, a organização dos horários, as questões com a família nessa rotina, as dúvidas, os efeitos adversos, a recusa do uso, o excesso do uso em outros momentos, o metabolismo de um corpo administrado pela ação química das drogas medicamentosas. Um conjunto de questões que alimentou nossa conversa nos encontros. (Profissional do CAPS, 2020)

Através das discussões em grupo, com o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação, os usuários sentem-se mais confiantes em falar dos avanços e das dificuldades que o uso de medicamentos trouxe, bem como em falar de diferentes aspectos de sua vida. Um dos participantes do grupo GAM, ao término de nossos encontros, escreveu em seu depoimento:

> Eu pude entender melhor com meu médico e com o grupo a falar das reações dos meus remédios, que houve acerto. Aprendi a reconhecer as reações dos medicamentos usados, junto com o grupo, ouvindo o que cada um passa. Que vai me servir pro resto da vida. Esclarecimento da minha doença e o viver dia após dia. (Usuário, 2018)

Vale ressaltar que a prescrição medicamentosa é trabalho exclusivo de médicos; e medicamentos psicotrópicos parecem ser

exclusividade de psiquiatras – contudo, qualquer profissional médico pode prescrever quaisquer medicações, que julgue acertada para o tratamento em questão. Entretanto, os(as) usuários(as) dos serviços de saúde mental, como o CAPS, entre uma consulta psiquiátrica e outra, participam de diferentes atividades, grupos e atendimentos, e a questão da mediação, de seus efeitos colaterais e efeitos benéficos, sempre surge – e os demais profissionais, muitas vezes, não se sentem à vontade para falar sobre medicamentos, seus efeitos positivos e negativos, ou mesmo não conhecem muito sobre o assunto para dialogar com usuários(as) e seus familiares.

A GAM nos traz, então, a possibilidade de ampliarmos a discussão sobre o uso de medicamentos e mais: ampliar o cuidado para com a pessoa em sofrimento psíquico. Mediante essa discussão, podemos ressaltar a importância de outros debates sobre a vida do sujeito que são extremamente importantes para o cuidado, além do uso adequado de psicotrópicos.

Um outro participante registrou o seguinte depoimento:

> Foi uma ajuda boa. Com isso eu tive a experiência de saber como funcionam as medicações. Nesse ano aprendi que tenho rede de apoio; são principais para nós pacientes (sic). (Usuário, 2018).

Podemos, no mínimo, testemunhar a riqueza do percurso que empreendemos com a GAM. De uma experiência que pode se tornar banal e autoritária, como o medicar enquanto ato prescritivo burocrático, para uma vivência rica e plena de consequências discursivas e afetivas. Emprestar ao sujeito o benefício de se encarregar da palavra, fazer seu bom uso, dar espessura ao seu relato. A nós, cabe recolher sua narrativa na dimensão ética da história de uma vida, com suas marcas e vicissitudes, levando em conta a premissa incontornável de tomar o outro como um sujeito, sempre.

Enfim, queremos convidar a você, colega profissional em saúde mental, a experimentar o grupo GAM – uma estratégia de cuidado ampla e singular.

Abraço a vocês!

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Campos, R. T. O., Passos, E., Palombini, A., Gonçalves, L. L. M., Santos, D., Stefanello, S., Melo, J., Silveira, M., Guerra, S., Sade, C., Guerini, L. (2014). **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de apoio a moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS.

A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores[3]

Luciana Caliman
Janaína Mariano César

A operação com a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), na relação com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), teve início em 2013, envolvendo um grupo de pesquisadores composto por duas professoras do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, graduandos de Psicologia e mestrandos desse mesmo programa. O trabalho

3 Este texto foi inicialmente publicado como artigo na **Revista Polis e Psique, 10**, 166-188, 2020, por ocasião dos dez anos passados da pesquisa inaugural da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Brasil. https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/104628/57542

de pesquisa em intervenção participativa com a GAM (Passos et al., 2009), no percurso de cinco anos, constituiu três frentes de investimento com a montagem de três dispositivos: dois deles situados no campo da saúde mental infantojuvenil. Um Grupo GAM com familiares de crianças que fazem uso de psicotrópicos e uma Oficina com crianças, em uso de medicação. A terceira frente de investimento envolveu a rede de saúde mental mais ampla, com a implementação da Estratégia GAM efetuada por trabalhadoras(es), tendo a Universidade como parceira.

Nessa frente de trabalho, a pesquisa se tornou apoio a partir de um dispositivo de supervisão coletiva realizado na Universidade, no encontro entre pesquisadoras(es) e trabalhadoras(es) de Centros de Atenção Psicossocial da rede de saúde mental da região da Grande Vitória. Ainda que os três dispositivos comportem especificidades, eles têm como fio comum a vinculação à Estratégia GAM, exercitando seus princípios de modo situado a cada proposta, serviço e contexto.

Neste capítulo, compartilhamos os percursos e problematizações da experimentação da Estratégia GAM no Espírito Santo no acompanhamento dos seus três dispositivos. Dimensionamos essa experiência como inauguradora de outros domínios de intervenção da GAM, especialmente no que toca à saúde mental infantojuvenil, compreendendo que tal abertura coloca em relevo o potencial dessa estratégia e também o seu maior desafio: a capacidade de ser reinventada a cada experiência situada. Construir aberturas da/com a GAM nos indica que a diretriz dessa Estratégia é produzir aberturas onde as saídas parecem estar obstruídas. Nesse sentido, o texto percorre as singularidades que o processo de apropriação, exercício e reinvenção da GAM assumiu no Espírito Santo, ao ser estrategicamente reposicionada em situação.

A CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO PARTICIPATIVO COM CRIANÇAS NO ES, TENDO COMO DIREÇÃO A ESTRATÉGIA GAM

Em 2013, o grupo de pesquisa Fractal (UFES) iniciou uma parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória, propondo inicialmente um grupo de intervenção GAM com familiares (GIF) de crianças que faziam uso de Ritalina (Caliman et al., 2016; Caliman et al., 2017; Domitrovic, 2014). O GIF, no CAPSi, foi o primeiro e mais antigo dispositivo construído na relação com a GAM no Espírito Santo. Cerca de um ano depois, em 2014, iniciamos a criação da oficina com crianças. Analisar esse percurso de trabalho, no entanto, solicita ressaltar alguns aspectos que marcam a singularidade do trabalho na saúde mental infantojuvenil, a importância da experimentação da GAM nesse campo e do exercício da participação.

Quando falamos da proposição da GAM no Brasil, ressaltamos que a questão do uso de psicotrópicos é um ponto nevrálgico da reforma psiquiátrica, na medida em que a prescrição de medicamentos continua sendo uma prática hierarquizada, não participativa, quase sempre isolada. O exercício da GAM se dispõe à construção de espaços de partilha nos quais um plano de participação possa ser gerado e sustentado. Por diversos motivos, o ponto nevrálgico que a GAM visa cuidar complexifica-se quando pensamos no campo da saúde mental infantojuvenil. Inicialmente porque, na reforma psiquiátrica brasileira, cuidar da saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é recente, e mesmo tardio (Couto & Delgado, 2015). Neste sentido, a própria reforma tem reposicionamentos a viver com esse campo, uma vez que só tardiamente, a partir dos anos 2000, o incluiu em sua agenda. Antes desse momento, as questões relacionadas à saúde mental infantojuvenil ficavam restritas aos setores da educação e assistência social e, não poucas vezes, dispersas em várias instituições como abrigos, orfanatos e educandários. O cuidado com crianças e jovens na saúde mental no Brasil é, portanto, marcado por uma fragmentação

histórica, desafiadora em sua reversão. A intersetorialidade, princípio estruturante na organização da rede de cuidado em Saúde Mental infantojuvenil, apresenta-se como um dos grandes desafios dessa política, exigindo a criação de mecanismos de conversa e produção de práticas e saberes coletivos.

Porém, além do desafio da construção de um trabalho efetivamente intersetorial, há aquele vinculado à construção de uma outra política da infância. Definida quase sempre como um momento da vida cuja fala é subestimada ou mesmo recusada, a infância é historicamente marcada pela incompletude e imaturidade. Quando pensamos na criança que recebe um diagnóstico de transtorno mental, usuária de instituições de saúde mental, que faz uso de psicotrópicos, percebemos que a relação de desqualificação quanto à sua participação pode ser ainda mais intensificada. A criança é duplamente objetificada: pelo estigma do adoecimento e pela infantilização sofrida por ser criança. O efeito dessa dupla desqualificação é a geração de tutela. Muitas crianças não compreendem por que frequentam um serviço de saúde mental, não participam das decisões em relação a seus processos de tratamento, não sabendo, inclusive, que fazem uso de medicamentos.

Na saúde mental, identificamos, portanto, uma política da infância caracterizada por uma dupla ausência da criança. Nos discursos e práticas sobre ela, a criança surge como um sujeito marcado pela falta e pelo déficit. Mas além dessa falta ou ausência na criança, podemos dizer que ela está ausente, não participando dos processos de decisão e negociação que lhe dizem respeito e da construção dos saberes sobre ela. Como, então, incluir o saber do usuário que é criança? Como torná-la mais atuante e participativa nas decisões sobre o tratamento e nas relações tecidas com os familiares, profissionais de saúde e professores?

Diante dessas questões, o trabalho com a estratégia GAM no campo infantojuvenil nos levou a pensar na encarnação de seus princípios basilares – cogestão e autonomia – na relação com outro

princípio: o da participação. Em nosso trabalho, a participação foi, sem dúvida, um dos exercícios fundamentais para a geração de autonomia e cogestão com crianças. Primeiramente, era necessário afirmar a prerrogativa do Direito à Participação.

O Direito à Participação é um dos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1959. Nesse documento, a participação diz respeito à expressão da opinião da criança e ao direito à voz em processos judiciais e administrativos. No entanto, para Fernandes (2016), o exercício da participação não significa permitir que as crianças falem, mas "deve ser uma ação dotada de sentido para o sujeito, e que tenha implicações; implicações em termo de transformação social" (p. 188). Ou seja, para além da inclusão da voz infantil, a participação demanda uma abertura dos grupos nos quais a criança se insere para que possam efetivamente escutá-la, considerar o que diz como legítimo, tendo assim impacto sobre o grupo.

Ao relacionarmos a saúde mental infantojuvenil e o problema da participação, algumas interrogações se colocam: o que é participar? Como participa a criança cujas formas de expressão encontram-se obstacularizadas ou fragilizadas? Muitas crianças chegam aos CAPSi(s) e a outros serviços da rede de saúde mental objetificadas, marcadas por relações de violência e descuido, encarnando em suas falas e ações o lugar do déficit. O deslocamento desse lugar de objetificação requer uma ampliação do conceito de participação e do próprio exercício participativo, visando incluir neles expressões mais sutis.

Essas preocupações guiaram o percurso de trabalho com a GAM no CAPSi de Vitória ao longo de cinco anos de atuação. Com a estratégia GAM e a sua abertura a esse novo campo, desafiamo-nos a lidar com a fragmentação que marca as práticas de cuidado em torno da saúde mental infantojuvenil, a dupla ausência da criança e o desafio do cultivo de processos participativos, através dos quais a cogestão e a autonomia pudessem ser experimentadas.

DISPOSITIVO: O GRUPO GAM COM FAMILIARES (GIF) DE CRIANÇAS

Até 2013, apenas um grupo de intervenção GAM com familiares (GIF) havia sido criado no Brasil, em São Pedro da Aldeia, no Rio de Janeiro. Estávamos propondo o segundo grupo GAM com familiares, mas, neste caso, familiares de crianças usuárias de um CAPSi. Se o trabalho com os familiares de adultos na construção da cogestão autônoma da medicação mostrava-se importante, na medida em que é a família que na maior parte das vezes faz a gestão do tratamento (Renault, 2015), a saúde mental infantojuvenil apontava ser fundamental a inclusão do familiar no processo de cuidado. Como nos diz Couto (2012), a rede mínima que precisa ser tecida na saúde mental de crianças e adolescentes deve partir da inclusão do familiar – que é quem media o contato da criança com todas as demais instituições, define as trajetórias de cuidado e é o tempo todo responsabilizado por esse cuidado. Assim, atentos aos desafios que bordeiam o campo da saúde mental infantojuvenil e à necessidade da construção de outra política da infância na direção participativa, percebíamos a importância do cultivo de uma rede mínima que tivesse como ponto de partida os familiares. E, nesse trabalho, do exercício de abertura ao próprio saber e experiência da criança.

A relação da pesquisa com o GIF criado no CAPSi viveu modulações importantes ao longo do trabalho. Como pesquisadores da UFES, participamos do GIF entre dezembro de 2013 e novembro de 2016. Após esse tempo, mantiveram-se presentes estagiários de Psicologia, sob orientação das professoras pesquisadoras. Com a saída dos pesquisadores do GIF, os trabalhadores do CAPSi que operavam o manejo com o grupo GAM começaram a participar do dispositivo de supervisão coletiva na UFES. O GIF no CAPSi teve sua finalização no final do ano de 2018. Foram três anos de trabalho especificamente com a presença da Universidade no GIF, de encontros semanais dos quais participaram 21 mães, avós, tias, diferentes profissionais do

CAPSi e pesquisadores da UFES. Um grupo GAM que, como veremos, também teve a participação de crianças.

Em sua duração, o trabalho com o GIF no CAPSi possibilitou alongar-se no tempo, acolhendo movimentos de idas e vindas de familiares e profissionais, sustentando um espaço para demorar-se sobre questões que demandavam tempo para pensar. Neste capítulo, abordaremos especificamente dois movimentos/aberturas importantes, cultivados na duração do GIF: o acesso e a inclusão da experiência infantil e do familiar. Esses movimentos/aberturas podem ser definidos como um processo contínuo de sustentação de um plano de participação entre nós.

PRIMEIRO MOVIMENTO/ABERTURA: ACESSO E INCLUSÃO DA EXPERIÊNCIA INFANTIL

O desafio inicial do grupo GAM com familiares era cultivar um espaço coletivo no qual a experiência infantil pudesse ser acessada e efetivamente ouvida – isto é, deixar de ser ausente, podendo, portanto, participar. Nos primeiros meses, essa foi a direção do trabalho. Começamos com a sugestão de responder às perguntas do Guia como se fôssemos as crianças que frequentavam o CAPSi. Esse exercício era também proposto aos profissionais que participavam do grupo. Quando o familiar ou o profissional respondia como se fosse a criança, inaugurava-se a possibilidade do deslocamento de seus pontos de vistas (Gaigher, 2018), o que produzia um alargamento das versões sobre as experiências partilhadas. Ao mesmo tempo, muitos familiares, ao se perguntarem como a criança responderia às questões propostas pelo Guia GAM, perceberam que "era difícil dizer por elas, pois elas pensam diferente, de uma forma diferente". Perceber que a criança tinha uma forma de dizer diferente (e não desqualificada) foi um passo fundamental. O que era essa diferença? O que ela nos dizia? O que provocava em nós?

Este foi um primeiro movimento de curiosidade e interesse pelo dizer infantil que fez com que muitas mães, em casa, fizessem as perguntas do guia diretamente para as crianças. A partir desse momento, o grupo começou a ser ocupado pelas falas e experiências das crianças, mas também, e talvez mais fundamentalmente, pela experiência de encontro e conversa entre mães, crianças e profissionais, mediada pelo uso do Guia. Assim, as conversas iniciadas no GIF eram prolongadas em casa com as crianças e vice-versa: as surpresas, os espantos e incômodos vividos na conversa com as crianças eram trazidos para o grupo, gerando um efeito de ressonância extremamente potente, em uma direção que ampliava o plano de participação.

Avaliando o percurso do grupo GAM no CAPSi, percebemos que foram muitas as questões que se tornaram assunto de conversa com as crianças em casa e que eram posteriormente partilhadas no grupo. À medida que a criança deixava de estar ausente, ou fazia-se presente, tornava-se possível equivocar e deslocá-la do lugar do déficit, daquele cujo saber é sempre faltoso. Fomos, portanto, operando com essa circularidade. Cultivar um espaço de escuta e acolhimento sensível à experiência infantil e permitir que a criança participe efetivamente possibilita que ela surja com outros contornos, não desqualificantes. Outra política da infância tornava-se operante.

Desde o início, o grupo GAM com familiares optou por ser um grupo aberto. E essa mesma abertura produziu modulações importantes na constituição do grupo. Os familiares que frequentavam o GIF eram mães, avós, tias e, a partir de certo momento, também crianças, irmãs ou primas de crianças usuárias do CAPSi que eram convidadas a participar do grupo. Afinal, era um grupo de familiares. Incrivelmente, foi uma intervenção em todos nós perceber que crianças são também familiares que cuidam, acompanham, vivem cotidianamente os dilemas e controvérsias em torno da medicação. Já na conversa em casa com as crianças usuárias do CAPSi sobre suas redes de apoio, outras crianças parceiras e amigas surgiam em suas falas. No desenho de um dos meninos sobre sua rede de apoio, o irmão surge

mais próximo dele do que outros cuidadores. Para o espanto da mãe, mais próximo do que ela mesma. A criança cuida. Esse foi um grande deslocamento de ponto de vista no grupo: perceber a criança como cuidadora, participante ativa de uma rede de apoio. E a criança usuária do CAPSi cuida? Como ela se cuida? A conversa disparada pela questão do cuidado evocada no segundo passo do Guia GAM atravessou muitos encontros do grupo, alimentando o movimento de reposicionar a ausência na criança e a percepção de que ela pode pouca coisa.

O relato dos familiares falava de uma vida cansada. Durante muito tempo, compartilhou-se a dificuldade de sempre ter que sozinha dar conta de tudo, sofrer os processos de culpabilização e responsabilização. Efeitos das redes de apoio esburacadas e fragilizadas, da ausência de intersetorialidade no cuidado.

Efeitos também de um cuidado tutelar, baseado na sobreproteção (Ferreira, 2016). Era preciso perceber e permitir que a criança participasse da tecitura de suas redes de apoio. Assim, à medida que o próprio grupo se fortalecia como espaço de apoio e a rede aos poucos se ampliava, povoada inclusive por crianças, tornava-se possível construir uma outra política da infância, um outro lugar para a criança usuária. Foi importante perceber que a partilha do cuidado e a construção de uma vida mais autônoma para a própria família dependia também de um reposicionamento do familiar em relação à criança. Paradoxalmente, quando a criança participa, torna-se ativa no grupo, deslocando a política da infância dominante, e este reposicionamento permite que o grupo cuide de outras questões. Em certa medida, a criança deixa de ser o foco do problema, criando espaço para que a experiência do próprio familiar seja mais cuidada, ouvida, acolhida. A partir desse momento, a GAM passa por uma nova abertura.

SEGUNDO MOVIMENTO/ABERTURA: ACESSO E INCLUSÃO DA EXPERIÊNCIA DO FAMILIAR

Em meados de 2016, a relação com o uso do guia GAM no GIF sofre muitas variações. O acompanhamento de seus passos em ciclos já repetidos dá lugar mais intensamente a outras ferramentas, pois outras questões pediam passagem. O desejo era de olhar com mais calma para aquilo que atravessava aquelas mães/mulheres quando não estavam cuidando de suas crianças. O que mais se passava com elas que, inclusive, atravessava também a experiência de cuidar? Começamos, então, a olhar para aqueles corpos que no exercício da proteção contínua precisaram fazer-se bélicos e armados para literalmente lutarem pelos direitos de suas crianças (Selvatici, 2017). Foi preciso legitimar um espaço de cuidado e acolhimento da experiência de acompanhar e cuidar de uma criança usuária da saúde mental. E mais ainda: pensar no familiar como usuário da rede de saúde mental infantojuvenil, cujos saber e experiência precisam ser acolhidos, legitimados, cuidados. Foi preciso, portanto, estar atento ao exercício de participação que alcançava o familiar.

Na experiência do familiar, uma questão que comparecia para as participantes era a de se saberem não apenas como mães, mas mulheres. Foi então que se ousou a abertura do fazer grupal, construindo juntas outros dispositivos de expressão (técnicas grupais, leituras de histórias, escritas, poemas). Com a produção de cartas, cuidamos também da relação estabelecida com a escola, com a comunidade e com o serviço (Chaves, 2016; Chaves & Caliman, 2017). Nesse momento do trabalho, fomos também acolhendo no grupo as próprias crianças usuárias do CAPSi, chamadas por nós de "filhos da GAM". Nova abertura dessa estratégia. Um movimento espontâneo das próprias mães, que, vez ou outra, convidavam os filhos a partilharem alguma experiência com o grupo, e também das crianças que, estando no CAPSi, acabavam por se achegar ao GIF. A presença das crianças era acolhida e ouvida em suas experiências e singularidades, assim como

a própria experiência de acompanhar e cuidar de uma criança usuária de um CAPSi. Como compartilhou uma familiar, naquele espaço onde "podíamos falar sem ser julgados, onde não precisávamos estar armados e prontos para a briga", acompanhamos o GIF – grupo de intervenção com familiares, constitui-se também como um GIFU –, grupo de intervenção com familiares e usuários crianças, afirmando o potencial da conversa e das experiências de partilha respeitosa.

DISPOSITIVO: OFICINA COM CRIANÇAS

No segundo semestre de 2014, iniciamos o desenho de um trabalho especificamente com crianças direcionado pela Estratégia GAM. Começamos a fazer visitas semanais ao CAPSi de Vitória para vivência do cotidiano do serviço e contato mais direto com as crianças que o frequentavam. Além disso, realizamos oito encontros com um Grupo de Trabalho (GT) do qual participaram profissionais do CAPSi e pesquisadoras. O GT buscava pensar as possibilidades e dificuldades do uso do Guia GAM com o público infantojuvenil. Essa etapa inicial possibilitou a construção de um trabalho situado, que considerasse as particularidades, necessidades e demandas do serviço, bem como dos seus usuários.

Os encontros com o GT evidenciaram pistas metodológicas importantes. Quanto mais pensávamos na reformulação das questões do Guia GAM para o trabalho com crianças, mais se explicitava a dificuldade de somente adaptá-las, utilizando o Guia como pensado para o público adulto. Compreendíamos que a direção cogestiva da Estratégia era fundamental, mas que não poderíamos usar o Guia da mesma maneira, em grupos de conversação. O trabalho com o infante exigia a criação de um dispositivo brincante, necessariamente inventivo e aberto à experimentação (Caliman et al., 2018). Desta inquietação nasceu, portanto, a Oficina da Palavra. Ao longo da experimentação com a Oficina da Palavra, no entanto, uma outra modulação foi gerada. Tratava-se não apenas de realizar uma oficina

com crianças, mas de Oficinar Com elas, numa atitude de usinagem e de invenção de recursos, matérias e modos de experimentá-la, aliada a um Oficinar Com a GAM, reinventando a estratégia com esse público. Era importante um trabalho com as crianças para sentir e perceber de que modo, de fato, a estratégia se atualizaria. Um pesquisarCOM crianças e não SOBRE crianças (Moraes, 2010).

Assim, a direção de gestão coletiva e participativa preconizada pela GAM esteve presente desde o início da elaboração da Oficina da Palavra. Durante as visitas ao CAPSi e no trabalho com o GT, pactuou-se que a indicação e convite das crianças/adolescentes para a oficina deveria acontecer em conjunto com os profissionais da instituição. Foi também acordado que a Oficina deveria fazer parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) da criança e que um profissional de referência acompanharia o trabalho. Em março de 2015, começava a Oficina da Palavra, realizada às quartas-feiras pela manhã, durando cerca de uma hora, contando com a presença de nove crianças entre 8 e 15 anos, um profissional do CAPSi e três oficineiras, estudantes do curso de Psicologia da UFES. A Oficina finalizou-se em dezembro de 2017. A maior parte das crianças esteve vinculada ao dispositivo do início à finalização do processo. Além de usuárias da rede pública de saúde mental da cidade de Vitória, eram crianças negras, em sua maioria, moradoras de periferias, que faziam uso de psicofármacos.

PRIMEIRO MOVIMENTO/ABERTURA – OFICINAR A GAM COM CRIANÇAS

A experimentação da Estratégia com crianças impunha desde o início um desafio político-metodológico. Como oficinar a GAM com crianças? Como estar com crianças quando se diz que elas são incapazes de participar, de estar em grupo, de se engajar em atividades e compor relações? Como estar com crianças em uma oficina, transformando a prerrogativa histórica de que elas têm pouco a dizer?

A Palavra que dá direção à Oficina (Oficina da Palavra) não é trivial. Ela indica uma orientação do trabalho diante da dupla ausência sofrida pela criança em uma política da infância dominante. Porém, não se trata da Palavra da opinião simplesmente. Sequer compareceu, por vezes, como palavra falada. Observamos, inclusive, que a supervalorização da linguagem verbal como modo de relação com as crianças pode tornar-se um limitador. Há experiências que não passam pelo domínio de um relacionar-se verbal (Stern, 1992). Tratava-se, então, de incluir e fazer participar outros mundos – aqueles das infâncias. A experiência da oficina foi ressaltando que as crianças encontram modos improváveis de Palavra, performatizando mais que verbalizando o que sentem e o que desejam.

Além disso, no oficinar a GAM com crianças, encontrávamos um desafio central: como acessar a experiência com o uso de medicamentos? Como gerar na oficina uma prática problematizadora dos processos de medicamentalização que na atualidade incidem fortemente sobre os corpos infantis? Um dos modos de organizar a direção do trabalho na oficina foi compreender, a partir do estudo dos Guia GAM do Usuário e do Moderador, que a Estratégia GAM visa cultivar o estabelecimento de outra relação com o uso de psicofármacos, considerando seus efeitos em todas as dimensões da vida daqueles que deles fazem uso. Compreendíamos, portanto, que para acompanhar com as crianças a experiência com o uso de psicofármacos, era importante acessar com elas as dimensões e complexidades que atravessam suas experiências de vida. O oficinar exercitou a invenção de modos de acesso à experiência que as crianças faziam delas mesmas, utilizando para isso recursos diversos e tendo o dispositivo grupal como plano primordial de trabalho (Caliman et al., 2019). No percurso de trabalho, perguntávamos: quais processos de produção de vida e adoecimento atravessam essas crianças e adolescentes? Quais modos de expressão são possíveis? Quais são suas relações com o uso de medicamentos e com a experiência de ser diagnosticado com um transtorno mental?

Quanto ao dispositivo grupal, nós nos dispúnhamos a construir a experiência de Grupalidade em sua função de gerar pertencimento ao grupo, mas, sobretudo, de performatizar a base relacional que nos constitui (César, 2008). Acessar a grupalidade era também manejar com os modos de relação que as crianças constroem entre elas (com os profissionais, oficineiras, familiares, com o abrigo, com o CAPSi etc.), sendo a relação a matéria de trabalho com que se oficinava. No manejo e exercício com um plano de grupalidade, tecia-se uma política da infância não infantilizadora, construída na relação com as crianças como legítimos participantes.

No primeiro ano da oficina, por exemplo, acompanhamos durante meses os movimentos de uma das crianças saindo da sala onde a oficina acontecia a cada vez que não concordava com algo que se passava ou quando se sentia contrariada, agredida, perturbada pelo encontro com o grupo. O infantilizar pode assumir muitas formas nessa experiência, como ver o movimento da criança como birra e "deixar pra lá" para ver se "a criança se acalma".

Diferentemente, uma prática frequente na oficina era ir ao encontro dessa criança, que estava por vezes em lugares não imaginados: em cima da árvore no pátio, na mureta do canto da saída do CAPSi, debaixo do tanque, trancada no banheiro.

Muitas vezes, nessa situação, a criança não falava e não voltava à oficina. No entanto, quando alguma oficineira se aproximava, perguntando se poderia fazer companhia e ali ficar, ela aceitava. Em gestos muito sutis, um elo de conversa, de contato, de compartilhamento se sustentava. Sentíamos que alimentávamos nessa hora condições de aliança e vínculo para que, em outro momento, os afetos que o encontro provocava pudessem se performatizar de outras maneiras. Ali também percebíamos que oficinar estava além e aquém de uma sala ou da realização de uma atividade em si.

Os processos de infantilização, atravessados por uma lógica hegemônica do que se considera ser o "normal" em relação a uma

criança, consolidam a incapacidade de determinados sujeitos participarem de seus processos de cuidado.

Esses processos também estavam embutidos em nós adultos: pesquisadoras, oficineiras e profissionais do CAPSi. Não infantilizar e não moralizar a criança não são desafios simples. O cotidiano das oficinas e a relação tecida com os participantes apontam um fazer complexo. Trata-se de não infantilizar não apenas a criança, mas especialmente o infante. Não constranger um devir criança (Guattari, 1981), que atravessa o sujeito criança e também o adulto. Por isso, o exercício da não infantilização exige um risco diante do abandono do controle sobre a atividade e sobre as relações, contingenciando resoluções fáceis. Há uma radicalidade da alteridade na infância que, por não ser suportada, é também sufocada. Não sufocar o infante em nós era o exercício diário que nos abria à invenção. Nesse exercício, a cogestão era o princípio norteador. Não infantilizar as demandas, as questões surgidas e os movimentos inventados era um processo-chave para a participação, que permitia cogerir os mais diferentes processos com as Crianças.

SEGUNDO MOVIMENTO/ABERTURA – O COGERIR COM CRIANÇAS E O ÊTHOS DA CONVERSA

Um movimento importante gerado na oficina foi a experimentação da conversa. Recorrentemente íamos ao encontro da criança, perguntávamos o que acontecia, interessávamo-nos por como ela via e sentia o que se instalava. Conversávamos. A cena de um diário traz um desses momentos que dizem da possibilidade de dialogar e debater com a oficineira que procura a criança para saber o que se passava:

> Jo. (criança) começou a gritar "louco, ele me chamou de louco!!!". Meiri (oficineira) e Renata (profissional do CAPSi) tentavam explicar para Jo. que ninguém havia dito que ele era louco, mas Jo. não parecia entender. Depois disso, C. (criança) foi até o quadro

> onde Jo. tinha desenhado todos nós e escrito "meus amigos" e escreve "meus amigos doidos". Jo. continua gritando e falando muitas coisas, até que se sentou de costas para o grupo, com o rosto virado para a parede. Meiri pediu que ele contasse para o grupo o que estava sentindo e, para minha surpresa (oficineira), ele falou mesmo. Me surpreendi muito com essa atitude dele de trazer para o grupo o que estava pensando e me surpreendi também com as reações das outras crianças. Muitas vezes, quando acontece algo, Jo. sai da sala e conta o ocorrido apenas para a pessoa que vai atrás dele e foi muito bonito ver ele sustentando isso ali, no grupo, falando do que sente. (Diário de campo, 13/04/16)

A surpresa da oficineira é partilhada também pelos outros participantes, pois Jo. faz agora o exercício de colocar aos outros participantes o que sente. Essa possibilidade foi construída no fio de conversa sustentado durante muitos encontros anteriores, nos quais se negociava com ele posições e pontos de vista, em que um vínculo de confiança e participação era gerado. Jo. expressa seus afetos mais aflitivos – "que ninguém gosta dele", "que ele quer morrer" –, e isso se dá, o que não é trivial, no mesmo dia em que declarou seus afetos de amizade em relação ao grupo, escrevendo no quadro: "meus amigos". Um dia no qual eram partilhadas experiências difíceis vividas também pelos outros participantes: o estigma das palavras "louco" e "doido" que recaíam tanto sobre Jo. quanto sobre as outras crianças. Às vezes, para implicar um com o outro, chamavam-se de "débil mental" enunciando aquilo que já teriam ouvido sobre si ou pressentido na relação estabelecida com eles. O que gerava reações das mais diversas, um gatilho para afetos aflitivos, mas também de resistência à desqualificação que o chamamento gerava.

A conversa foi se tornando nosso *modus operandi* por excelência, que exercitava o rompimento com dois movimentos que desafiam as experiências participativas e cogestivas: decidir pelo outro, não incluindo-o; ou abandoná-lo, deixando-o só na tomada e sustentação

de uma posição solitária e independente. Ao contrário, conversar implica os sujeitos nas questões, nos acontecimentos e seus destinos, mas sem retirar-se, gerando uma composição. Trata-se, portanto, de cogestão. A cogestão surgia na oficina como um êthos (Selvatici, 2017), sustentado no conversar, entendendo que o atrevimento à conversa com crianças e a acolhida da improvisação necessária, das movimentações inquietas, das pactuações e repactuações com essas acaba por produzir transformação em todos. Nesse cenário, a conversa comparecia como uma prática de cuidado e também como uma dimensão mais sutil da cogestão, onde as modulações subjetivas aconteciam.

Ao longo da Oficina, fomos compreendendo que a cogestão como conversa (não realizada todo o tempo em palavras) gerava participação e estava presente em muitas operações: na montagem e desmontagem da oficina, inicialmente realizada pelas oficineiras e profissional e que depois vai incluindo as crianças efetivamente; na dimensão dos combinados e das pactuações que se abrem às propostas e aos desejos das crianças e que faziam com que a oficina cada vez mais se transformasse, solicitando improvisação contínua; na inclusão dos movimentos os mais inusitados, que faziam com que vários objetos fossem sendo acolhidos no encontro, no modo como se lia os livros ou se contava as histórias.

A PROPAGAÇÃO DO TRABALHO COM A GAM NO CAPSI

Importante apontarmos os modos através dos quais, no trabalho com a estratégia GAM no CAPSi, fomos acolhendo o exercício ético de não fazer do trabalho com a GAM uma ilha no serviço. Compreendíamos que por ser proposto pela universidade e acolher nele estudantes, havia sempre o perigo de ser transformado em um dispositivo à parte do serviço. Os modos de enfrentamento em relação a isso eram sempre de compartilhar o trabalho realizado nos encontros e espaços que envolviam outros grupos e profissionais do serviço.

Para o GIF, a primeira propagação ocorreu por uma demanda vinda diretamente dos familiares. Após a construção da primeira narrativa e realização do grupo narrativo, foi sugerido que o que construímos ali no espaço grupal pudesse ser partilhado na reunião de equipe do CAPSi. Para aquelas mães/mulheres, mas também para os profissionais que integravam o grupo, era importante que a experiência do grupo GAM extrapolasse as paredes da sala na qual nos reuníamos, produzindo outros efeitos na instituição. Assim, a partir desse momento, após cada narrativa produzida e analisada no GIF, os relatos eram partilhados e discutidos nas reuniões de equipe, produzindo efeitos extremamente potentes, além de inquietações e incômodos nem sempre fáceis de lidar. Como resultado dessa propagação, outros encontros foram gerados, nos quais temas e experiências problematizadas nas narrativas puderam receber mais atenção, prolongando a conversa entre familiares, profissionais do CAPSi e pesquisadores.

Para a oficina da palavra, a operação de propagação da GAM era especialmente importante, por estar incluída no PTS das crianças. Como a grande maioria dos profissionais de referência não participava da oficina, era preciso encontrar formas de partilhar o trabalho realizado. Assim, a oficina se ampliou de modo a gerar encontros com outros profissionais, os quais participavam de reuniões de equipe no CAPSi e de encontros de profissionais de referência. Além disso, durante o último ano da oficina foi garantido um tempo de supervisão coletiva e planejamento desse dispositivo no próprio CAPSi. Foram também realizados encontros com os familiares das crianças e uma oficina com eles, de modo a acessarem na própria experimentação o desconcerto do devir criança. Também experimentamos visitas com os profissionais do CAPSi às escolas de algumas das crianças para conversas sobre demandas surgidas e problematização destas, além de visitas e conversas no abrigo onde vivia uma criança em acolhimento institucional.

DISPOSITIVO: SUPERVISÃO COLETIVA COM TRABALHADORAS(ES)

Em maio de 2014, a pesquisa organizou um seminário intitulado "A experiência do uso de psicofármacos: desafios para a política de saúde mental infantojuvenil", na UFES, que contou com a participação de professores e pesquisadores (UFES), colaboradores de outras universidades do Brasil e profissionais e usuários da rede de saúde mental de Vitória (Domitrovic, 2014). A partir deste seminário, alguns profissionais da rede de saúde mental tiveram acesso à experiência da GAM. Como desdobramento, uma demanda se constitui por grupos de estudo e discussão, além de supervisão para experimentação da Estratégia em alguns serviços. Em maio de 2015, foi realizado um primeiro encontro com alguns profissionais da rede de saúde mental de três municípios da Grande Vitória interessados na GAM.

Sem dúvida, são muitos os fios que movem a pertinência da Estratégia GAM para as(os) trabalhadoras(es) da rede de saúde mental no ES. Mas acreditamos encontrar algumas pistas no aspecto situacional que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado. O Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil, é constituído por 78 municípios de pequeno porte, abarcando uma população total de 3,97 milhões de habitantes[4]. Quanto ao modelo de atenção em saúde, historicamente pautou-se em grandes hospitais psiquiátricos públicos e privados. Foi somente no final da década de 1990 que o estado se colocou de modo mais efetivo no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica, tempo em que se encontrava quatro hospitais psiquiátricos (assentados na lógica manicomial), que absorviam a enorme demanda por cuidado (internação). Segundo dados do Ministério da Saúde, do ano de 2015 até 2014, o Espírito Santo era avaliado como tendo uma baixa cobertura de CAPS, com: dez CAPS I, sete CAPS II, um CAPSi e cinco CAPSad, sendo um dos

4 https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html.

três estados (além de Rondônia e Mato Grosso) que ainda não possuía serviços 24h (CAPS III ou CAPSad III) habilitados (Brasil, 2015). O ES configurava-se como o estado da Região Sudeste com a menor cobertura de CAPS habilitado por município elegível.

Sem a intenção de incorrer em generalizações, tais dados apontam uma história recente de estruturação do cuidado em saúde mental a partir da lógica antimanicomial e parecem dialogar com as conversas tecidas no dispositivo da supervisão coletiva, em que frequentemente as(os) trabalhadoras(es) partilhavam os desafios da sustentação da desinstitucionalização e de um outro modelo de atenção quanto ao cuidado. Portanto, o que move o encontro entre pesquisadoras, profissionais e a estratégia GAM no ES parece ser um movimento de resistência vivo nesse estado, diante de muitos retrocessos vividos. É como dispositivo que pode fortalecer a resistência em relação à experiência de precarização e ao assujeitamento que o encontro em supervisão, que se faz coletiva, afirmou-se. E é nessa articulação que a GAM no ES surge efetivamente como uma estratégia que auxilia no reposicionamento da política de saúde mental e no seu acordar cogestivo, participativo, de afirmação da experiência do apoio e da autonomia.

Os encontros que tiveram início no ano de 2015 na universidade incluíram as professoras pesquisadoras e um grupo de profissionais do município de Serra (CAPS II). Nesses encontros, realizava-se a leitura e discussão do Guia do Moderador, além do diálogo sobre as questões que compareciam quanto a uma possível implementação do Grupo de Intervenção GAM com Usuários (GIU). De 2016 a 2018, os encontros de supervisão aconteceram com regularização quinzenal e a participação foi ampliada quando trabalhadoras(es) de três municípios integram o trabalho. Nesse processo, são implantados um GIU no CAPS II/Vitória, dois GIU no CAPS II/Serra, um GIF no CAPSi/Serra e grupos de estudo com moderadores no CAPS AD/Vila Velha, além da continuação do GIF já existente no CAPSi/Vitória. Em 2017, profissionais do GIF do CAPSi passaram a integrar a supervisão. Participaram de modo contínuo e/ou pontualmente

diferentes profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticas, médicas, educadores físicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, psiquiatras e uma técnica de enfermagem.

Foram quase quatro anos de encontros frequentes e sustentados não sem dificuldade, posto que cada trabalhador gerava esforços na negociação de disponibilidades, liberações e deslocamentos, delineando os caminhos de uma ampliação da Estratégia GAM no ES. Vale lembrar que essa ampliação não partiu de uma negociação/apresentação da proposta da pesquisa aos gestores/coordenadores de saúde mental, como ocorreu em outros estados brasileiros. O "encontro", "grupo de estudos", como inicialmente era chamado por nós, foi modulando-se de modo que o grupo acaba por nomeá-lo como "supervisão". Compreendíamos a inexistência dos espaços de supervisão e da contratação de supervisores para os CAPS no estado. Porém, a supervisão coletiva que juntos colocamos a funcionar distinguia-se mais como uma covisão, em que a dimensão coletiva da experiência abria-se na circulação da palavra, na produção de perguntas uns para os outros e na equivocação de respostas. Aberturas da GAM.

A supervisão coletiva como dispositivo observava os princípios da GAM – autonomia e cogestão –, operando uma experiência de rede de apoio entre profissionais no exercício diário com a GAM com usuários e familiares. As tardes de encontro moviam-se em uma atmosfera de acolhimento, suporte e afetuosidade. Além da leitura conjunta do Guia dos Moderadores GAM, a supervisão trabalhava com a partilha do que se passava nos grupos GAM nos serviços. Desde o início, acompanharam-se os desafios vividos na construção dos grupos: os impasses gerados pela desconfiança de trabalhadoras(es) que pensavam que as medicações seriam suspensas com a proposta do trabalho; as dúvidas de quem não se sentia exatamente "preparado" para "manejar". O que seria o manejo? É diferente do que fazemos nos grupos de familiares? O psicólogo sabe manejar melhor do que os outros profissionais? E o que fazer com o usuário que está em crise no grupo? O que fazer com aquele que sai e retorna muitas

vezes à roda do grupo GAM? Como acolher a pergunta que interpela o diagnóstico? Como não temer que o desejo enunciado por uns (de parar com a medicação) contagie a todos?

O encontro de supervisão era dedicado ao acompanhamento dos movimentos vividos, cuidando do cuidado realizado nos grupos GAM. Mas, sem dúvida, nossa matéria de trabalho por excelência, onde a estratégia GAM (se) movimentava, era o cotidiano de trabalho nos CAPSs, na política de saúde mental. O que a supervisão recolhia a partir da partilha da experiência com os grupos GAM era a relação entre os colegas, o trabalho com as equipes, com os usuários e com o território, além da análise dos encaminhamentos realizados. Os grupos GAM instalados disparavam uma análise dos lugares e pertenças das(os) profissionais e a relação que cultivavam com o seu trabalho. Por isso, tantas vezes, a supervisão mergulhava em uma análise coletiva dos processos de trabalho nesse campo, fazendo-se apoio.

A função apoio como estratégia metodológica encontrou na última década no campo da saúde sua construção e fortalecimento. Visibilizado como tecnologia de gestão capaz de contribuir para a produção de sujeitos autônomos, para a ampliação do coeficiente de corresponsabilidade e construção de relações mais democráticas, tem sido creditada ao apoio institucional a possibilidade de acionar movimentos de transformação das práticas de cuidado e dos modelos de gestão e atenção em saúde (César et al., 2014). As experiências de apoio constituídas no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais, tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH) no início dos anos 2000, tinham como destino a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de garantia do direito à saúde. É nessa direção que experiências de apoio e apoiadores frutificaram no país e em diversos serviços de saúde.

Aqui, evocamos a questão do apoio para ampliar essa função que esteve presente no dispositivo da supervisão coletiva e nos Grupos GAM e que é mais que a experiência do suporte ou do "suportar". Em outro contexto de pesquisa, trabalhadores da saúde, quando

perguntados sobre o que seria a função apoio, enunciaram: "apoiar é assoprar, está tudo lá e de forma cuidadosa tem brasa, basta assoprar" (Barros et al., 2014, p. 88). Uma imagem interessante que coloca o apoio em posição de lateralidade, de modo que apoiar não é direcionar, conduzir ou governar. O apoiador não é aquele que detém a resposta, ou que sabe o caminho. O que ele produz é um sopro, mas "está tudo lá". Estar presente, acompanhar o processo de trabalho com outros trabalhadores, disponibilizar-se, sentir a temperatura, assoprar, mas sem tutelar ou fundar-se como centro da roda.

O apoio como exercício metodológico da supervisão coletiva era gerador de análise e aprendizagem, produzia uma dobra na qual quem era apoiado estava ali especialmente porque também realizava apoio, não apenas ao/no grupo de supervisão, mas no espaço de trabalho, nos grupos com usuários. A função apoio circulava e era também com ela que se construía a experimentação da GAM. Apoiando-nos uns aos outros, aquele sopro de problematização, de convite ao reposicionamento e de solidariedade possibilitava encontrar caminhos de resistência. A supervisão como geradora de apoio tinha como um de seus efeitos um fomento da rede de saúde mental e o fortalecimento das(os) trabalhadoras(es) no exercício e na ampliação do cuidado.

O envolvimento e a articulação de diferentes serviços na supervisão significaram uma proposta desafiadora de cuidado, promovendo o encontro com vários profissionais da rede, de diferentes municípios, como forma de fortalecimento ético-político. E, talvez, tenha sido exatamente aí que a GAM pôde gerar sentido e encontrar enraizamento: na sua capacidade de reencantar uma política de saúde mental no cotidiano de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compartilhamos neste capítulo os encontros construídos entre pesquisadores, trabalhadores, usuários e familiares de equipamentos da rede de saúde mental no Espírito Santo, especialmente da saúde

mental infantojuvenil, e a GAM como Estratégia. Buscamos acompanhar as questões e ampliações que emergiram nesses encontros ao reposicionarmos a GAM em favor de um contexto situado e dos desafios de pensar um trabalho Com crianças.

Em situação, no exercício e abertura da GAM, foi possível problematizar a dupla ausência que marca o lugar da criança em seus processos de vida e tratamento, fortalecer a criança e o familiar como atores importantes do cuidado e tecer uma política da infância marcada pela presença da e na criança, pelo seu posicionamento lado a lado, gerado através de diversos movimentos participativos nos quais familiares, crianças e profissionais puderam se reposicionar. Diante da história de constituição das políticas de saúde mental no Espírito Santo, o exercício da GAM como experiência de apoio possibilitou ainda fortalecer uma rede de trabalho com profissionais, que incansavelmente investem na sustentação de processos de desinstitucionalização.

Portanto, Roda COM familiares, Roda COM crianças, Roda COM trabalhadores. Imbricados entre si, cada dispositivo criado tornou-se inseparável na construção da participação, que faz operar coletivos que vão nos permitindo surgir como sujeitos mais cogestivos e autônomos. Especialmente o oficinar participativo quanto à saúde mental infantojuvenil apontou desafios pertinentes ao trabalho com a GAM, levando-nos à revisitação do que constitui a direção dessa Estratégia. Em outras palavras, a participação como direção nos proporcionou colocar a GAM em constante experimentação, entendendo que somente assim essa estratégia afirma sua potência: em sua capacidade de ser reinventada a cada experiência situada.

REFERÊNCIAS

Barros, M. E. B., César, J. M., Gomes, R. S., & Daros, R. F. (2014). Verbos do apoio institucional: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In R. Pinheiro, T. C.

Lopes, T. C., F. H. Silva & A. G. Silva (Orgs.), **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa** (pp. 83-110). CEPESC/ABRASCO.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2015). **Saúde Mental em Dados – 12**. Informativo eletrônico. https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

Caliman, L. V., César, J. M., Rangel, V. P., Gaigher, L., Simões, A. A. C., & Fernandes, A. N. (2018). O cultivo atencional como exercício de participação: oficinar com crianças na saúde mental. **Ayvu. Rev Psicologia, 5**(1), 42-66. https://periodicos.uff.br/ayvu/article/vi ew/27401

Caliman, L. V., Passos, E., & Machado, A. (2016). A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup & A. Machado (Orgs.), **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação** (pp. 19-40). CRV.

Caliman, L. V., Peterle, P. H. S., & César, J. M. (2017). Gestão autônoma da medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais. In A. Leão, J. L. G. Santos & R. Costa-Moura (Orgs.), **Produção de Subjetividade e Institucionalismo: Experimentações Políticas e Estéticas** (pp. 10-30). Appris Editora.

Caliman, L. V., Rangel, V.P., César, J. M., Partelli, C. M., Simões, A.A. C., Fernandes, A.N., & Gaigher, L. (2019). Oficina da palavra: literatura, infância e cultivo da atenção. **Pesquisa e práticas psicossociais, 14**(1), 1-13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100009&lng=pt

César, J. M. (2008). **Processos grupais e o plano impessoal: a grupalidade fora no grupo** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2008_d_Janaina.pdf

César, J. M., Barros, M. E. B., Gomes, R. S., & Daros, R. F. (2014). O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In R. Pinheiro, T. C. Lopes, F. H. Silva. & A. G. Silva (Orgs.), **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa** (pp. 139-174). CEPESC/ABRASCO.

Chaves, F. A. M. (2016). **Articulações entre Saúde Mental e as escolas: pistas para Construir um trabalho intersetorial** [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/8997/1/tese_10302_FELIPE%20ALAN%20MENDES%20CHAVES.pdf

Chaves, F. A. M., & Caliman, L. V. (2017). Entre Saúde Mental e a Escola: A Gestão Autônoma da Medicação. **Rev. Polis e Psique,** 7(3), 36-60. Rectp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300009

Couto, M. (2012). **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)** [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Arquivos NUPPSAM. https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Tese-Politica-SMCA-especificidades-e-desafios.pdf

Couto, M., & Delgado, P. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin**., *27*(1), 17–40.https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652015000100017&script=sci_abstract&tlng=pt

Domitrovic, N. (2014). **As práticas farmacológicas com o metilfenidato: habitando a fronteira entre o acesso e excesso** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/2951

Ferreira, J. P. S. P. (2016). **Memórias de uma viagem cartográfica: a gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado no capsi de vitória** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/9003

Fernandes, N. (2016). A participação infantil em foco: uma entrevista com Natalia Fernandes. **Psicologia em estudo, 21**(1), 187–194.

Gaigher, G. L. (2018). **A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental: um grupo gam no capsi de Vitória-ES** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/10654

Guattari, F. (1981). Devir criança, malandro, bicha. In F. Guattari. **Revoluções Moleculares: pulsões políticas do desejo** (pp. 64-69). Editora Brasilense.

Moraes, M. (2010). PesquisarCom: política ontológica e deficiência visual. In M. Moraes & V Kastrup. **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual** (pp. 26-51). Nau Editoria.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Sulina.

Renault, L. (2015). **A Análise em uma Pesquisa-Intervenção Participativa: O Caso da Gestão Autônoma da Medicação** [Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2015_t_Leticia.pdf

Selvatici, A. S. (2017). **Uma abertura da máquina do mundo: cogestão e conversa como exercícios de cultivo de margens por entre as rachaduras dos muros** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/9013

Stern, D. (1992). **O Mundo Interpessoal do Bebê. Uma Visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento**. Editora Artes Médicas Sul.

Carta aos trabalhadores em saúde mental

Nivia Alves Mota

Venho compartilhar com muito entusiasmo a implantação da Estratégia GAM – Gestão Autônoma da Medicação, como uma nova abordagem em saúde mental no CAPS II do Município da Serra/ES.

A Serra está localizada no estado do Espírito Santo, na Região Sudeste do Brasil, com uma extensão de 547.631 km^2, sendo uma das maiores áreas territoriais da região metropolitana da Grande Vitória, que é composta pelos municípios de Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana, Guarapari e Fundão. Serra é um dos municípios mais populosos do estado, com uma população estimada em 527.240 habitantes, segundo o IBGE.

Atualmente, dentro do seu Programa de Saúde Mental (PSM), o município da Serra conta com um CAPS i, um CAPS AD, um CAPS II (CAPS Mestre Álvaro), para atendimento de adultos acometidos pelo transtorno mental, e seis equipes de saúde mental distribuídas

entre as seis Unidades Regionais de Saúde (URS) da Atenção Primária à Saúde (APS).

O CAPS Mestre Álvaro tem 13 anos de existência e atualmente, em seu quadro técnico e profissional, encontra-se com duas assistentes sociais, duas enfermeiras, duas psicólogas, uma médica clínica, um médico psiquiatra, uma arte-terapeuta, uma musicoterapeuta, uma farmacêutica, um professor de educação física, uma técnica de enfermagem com dois vínculos, uma auxiliar administrativa, uma recepcionista, um guarda patrimonial e duas auxiliares de serviços gerais. Funciona de segunda a sexta como porta aberta, no horário das 7h às 19h. E tem em média 200 usuários com transtornos mentais graves e persistentes, inseridos em atenção diária em grupos de mais ou menos 30 usuários por turno.

Alguns profissionais desse CAPS, preocupados com a intenção de alta médica de uma usuária do serviço, que se baseava na negativa de esta fazer uso das suas medicações, foram em busca de apoio de alguns grupos de discussões sobre saúde mental numa perspectiva antimanicomial e dentro do viés da reforma psiquiátrica. Essa busca foi na compreensão da necessidade de investimento em debates sobre a medicação, de forma a refletir sobre uma nova abordagem que possibilitasse a promoção de maior autonomia dos usuários, no sentido de eles conseguirem dialogar sobre as suas medicações e a cogestão (gestão compartilhada) das mesmas. E nessa busca, no ano de 2015, parte da equipe conheceu a GAM através de um seminário realizado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A partir disso, as(os) profissionais começaram algumas articulações para a construção de um projeto de implantação da estratégia GAM no CAPS M.A.

Mediante o convite da professora Luciana Caliman (Grupo Fractal de Pesquisa/UFES) para uma intervenção de supervisão coletiva com os profissionais de alguns serviços da Grande Vitória, que se preparavam para implantar a estratégia GAM, nossa equipe também aderiu à proposta de supervisão. E em maio de 2015, alguns profissionais da Rede de Saúde Mental de três municípios da Grande Vitória

encontraram-se em um aconchegante café, com essa professora e pesquisadora da UFES, para diálogo e discussão sobre a implantação da supervisão coletiva com a estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM); uma ideia que surgiu por ser a medicação um tema delicado e um ponto cego dentro da saúde mental, pois o questionamento do tratamento medicamentoso é um tema pouco discutido.

Para iniciarmos essa forma inovadora e ousada de cuidado, pensamos em nos articular com a UFES, por ser essa uma instituição federal séria e de respeito no campo da pesquisa e da educação acadêmica, e com vários outros profissionais da rede de diferentes municípios, como forma de fortalecimento político da proposta. Realizamos também articulações com os serviços de Saúde Mental do nosso município, através de uma apresentação do projeto de implantação dessa nova abordagem, que a GAM trazia, em uma de nossas reuniões de equipe, para a área técnica e todos os profissionais inseridos no programa saúde mental de Serra que se interessaram pela proposta.

Algumas pesquisadoras do grupo Fractal – UFES, com a professora Luciana Caliman, numa de nossas reuniões, apresentaram a GAM para toda equipe do CAPS (Mestre Álvaro).

Todas essas articulações foram realizadas como forma de fortalecimento político antes da implantação dessa nova abordagem no CAPS M.A.

Assim, iniciamos um grupo de estudo dos guias, pois a estratégia GAM conta com dois manuais, denominados de: guia dos usuários, que norteia o trabalho de Intervenção de Grupos com usuários e familiares (GIU E GIF), e guia dos moderadores, que ajuda no manejo dos grupos, manejados por profissionais e/ou usuários(as) que se interessaram em serem moderadores.

Começamos com a implantação de um Grupo de Intervenção com Usuários (GIU), a princípio com sete profissionais moderadores de diferentes categorias, um psicólogo, uma assistente social, duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma professora de educação física e

uma psiquiatra, no horário vespertino. Com o passar do tempo, através da supervisão institucional, começamos a pensar sobre o manejo desse grupo com a presença de tantos técnicos e começamos a assumir a facilitação do grupo por revezamento através de duplas, acompanhadas por estagiários dos cursos de Psicologia e Serviço Social. Um ano depois da implantação desse primeiro grupo, iniciamos o segundo no horário matutino com uma dupla fixa no manejo do mesmo.

O GIU tem um funcionamento aberto a todos os usuários que quiserem participar e é uma das atividades fixas do CAPS, com funcionamento semanal e duração de uma hora. Atualmente, contamos com dois GIUs em turnos diferentes e quatro profissionais moderadores.

A supervisão coletiva pelo Fractal de Pesquisa/UFES possibilitou a implantação da estratégia GAM nos serviços da RAPS da Grande Vitória e de forma reflexiva fortaleceu e sustentou os moderadores teoricamente, abrindo um leque de possibilidades para um manejo que, de fato, conseguisse apoiar o grupo na produção de autonomia e na cogestão (gestão compartilhada) do uso de medicamentos e do projeto terapêutico singular de forma ampliada.

A intenção desta carta é mostrar para vocês, trabalhadores(as) em saúde mental, a importância da implantação de uma estratégia como a GAM nos serviços de saúde mental, como uma abordagem inovadora e ousada, que possibilita o disparo de importantes reflexões e problematizações nos grupos de intervenção. Ainda, contestar questões como a dominação coercitiva dessa sociedade sobre os corpos, seja através da igreja, do militarismo, do político ou médico, como forma de dominação, e a transformação de questões coletivas de ordem social e política em questões biológicas, trazendo à tona a discussão sobre a medicalização ser um processo artificial, que transforma questões políticas e sociais em indivíduos biológicos e orgânicos.

As discussões em grupo são muito relevantes para nos alertar sobre o crescente processo de medicalização dos problemas inerentes à forma de levar a vida dentro dessa sociedade e para nos fazer

pensar como isso impacta sobre a vida dos nossos usuários e suas famílias. Assim, podemos compreender a importância da intervenção proposta através da GAM, dentro dos serviços da RAPS, como possibilidade de criar um espaço de discussão de um tema delicado e complexo no cuidado em saúde mental, com uma perspectiva antimanicomial que advém de lutas sociais ao longo da história.

Espero que apreciem e reflitam sobre a importância de ter a GAM como estratégia nos serviços da RAPS, como uma nova abordagem em saúde mental.

"Uma experiência coletiva"

Jéssica Mariana Parrilha da Silva

Em 2017, eu era aluna finalista da graduação de Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e como parte desse momento, eu deveria cumprir dois estágios que durariam um ano. Escolhi em um deles habitar como campo um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e assim se iniciou a minha experiência e a de outras colegas dentro do espaço do CAPS II – Mestre Álvaro, localizado no município da Serra/ES. A experiência nesse espaço se deu na participação semanal no dispositivo GAM. Com certeza essa vivência foi uma das mais desafiadoras no meu percurso de formação como psicóloga, justamente porque aquele campo era muito desconhecido e eu não sabia o que encontraria. Devo dizer que mesmo depois que me encontrei com ele, continuei a viver um pouco nesse desconhecido.

Ao me reencontrar com escritas no diário de campo desse período – 2017/2018 –, fui tocada profundamente pelas lembranças de falas dentro do grupo e fiquei pensando sobre o significado de tudo aquilo. O que mais permanece comigo é uma construção única

de coletivo que não apenas encontrei ali, mas pude ajudar a compor e ser atravessada pelas vivências compartilhadas.

Ao estudar o guia GAM, você compreende que o propósito dessa estratégia é trazer mais autonomia aos usuários através de conhecimento sobre a medicação e os muitos processos que envolvem esse uso. O que eu aprendi na prática era que o grupo GAM era um grupo de escuta, de fala, de acolhimento diferente de tudo que eu havia vivenciado até então. O grupo possuía um funcionamento completamente diferente e, no início, eu sentia certo incômodo, pois nunca acontecia o que planejávamos de fato.

Mas havia algo mais. Eu ficava tentando localizar esse incômodo que ultrapassava a questão do não planejado, era também uma estranheza com a fala no grupo. Aquele grupo que idealizamos a falar de um assunto específico virava um grupo para que falava sobre muitas coisas diferentes, e os participantes traziam muitos relatos com os quais eu não conseguia me identificar justamente pelo abismo que há nas experiências. Relatos de abandono, abusos e agressões, dificuldades e sofrimentos que eu não conseguia nem compreender por que alguém foi colocado em tais situações. Eu não sabia o que fazer, então resolvi escutar, acolher sempre o que traziam e aprender.

Existia muita coragem ali, uma vontade de viver, para além de uma vida sobrevivente à qual foram destinados por essa sociedade. Entender que o grupo era lugar de ouvir o Antônio cantar, o João dançar, os assuntos serem completamente mudados, nada era mais pausa ou distração para mim, compreendia que tudo cabia naquele grupo e que aquilo poderia ser organizado de alguma forma, recebido de alguma forma. Então compreendi que a construção de um grupo GAM era justamente esse incentivo à participação, a um fazer junto, uma cogestão como finalidade. Era isso que eu presenciava e fazia parte também. Quando alguém trazia um relato, sempre havia outro participante que se identificava, tentava aconselhar, ajudar. Até nas horas de descontração que nos atravessava no grupo, eu sentia a cumplicidade nos olhares direcionados uns aos outros e a mim

também, no rir junto, na piada que era criada ali; era possível trocar um olhar que parecia que trocávamos um segredo, uma travessura compartilhada.

Havia uma rede entre eles que se estendia aos trabalhadores, sejam os médicos, assistentes ou enfermeiros com quais tinham contatos mais constantes de consultas etc., sejam os porteiros, os(as) recepcionistas e as zeladoras do espaço, com os quais partilhavam uma rotina muito próxima também. Há uma implicação muito grande dos funcionários nessa rotina de um serviço que é duro e nada simples, há frustrações e limitações, mas há a compreensão da potência do espaço, da importância do investimento nas pessoas que ali frequentavam diariamente. Um trabalho que só é possível no coletivo, assim como o grupo GAM.

No GAM entendi que o guia era um disparador de questões, um pontapé inicial, um potencializador, mas nunca uma regra rígida. Às vezes ficávamos meses no mesmo passo, mas entendi que cada grupo tinha seu tempo e suas questões a serem elaboradas e trabalhadas, sua sensibilidade a ser sentida e abrigada.

"Rosa[5] fala sobre o que sente em suas crises. Diz esconder seus sentimentos nesse momento e que sente muito medo de ficar sozinha" (Trecho do diário de campo, 11/04/2018).

Ninguém quer estar só. Sinto que ao colocarem em palavras suas vivências, os usuários de repente não estavam mais sós. Esse é o espaço que eu entendi que a GAM ocupava. A criação da autonomia só é possível com o outro. A loucura, a dor, as danças e risos, tudo isso dentro do grupo tomava um lugar da possibilidade de conhecimento do próprio corpo para os participantes. Um afastamento de qualquer estranheza para todos ali presentes.

Eu desejo que todos os rostos que encontrei no GAM nunca mais tenham que se sentir só nas singularidades de suas existências.

---

5 Todos os nomes citados são fictícios, para resguardar as(os) usuárias(os) e suas experiências.

A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum[6]

Luciana Caliman
Eduardo Passos
Adriana Marcondes

6 Este texto foi inicialmente publicado como capítulo no livro *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação,* conforme referência: Caliman, L. V., Passos, E., & Machado, A. M. (2016). A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup, V., A. M. Machado (Orgs.), *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação.* Editora Escuta.

PRESCREVER MEDICAÇÕES: O PERIGO DE UM DOMÍNIO

A todo o momento, deparamo-nos com prescrições a respeito do que é normal ou patológico, de quais hábitos e comportamentos constituem uma vida saudável e como agir de forma a prevenir doenças futuras. As formações de profissionais de saúde têm produzido especialistas que recitam conselhos e sugestões sobre o que deve ser feito para uma vida saudável. Prescrever, aconselhar e orientar tornaram-se ações comuns em nossa forma de viver, isto é, temos nos relacionado com os acontecimentos da vida buscando indicações e sugestões para alcançar certa meta. Na área da saúde mental voltada à infância, esse tipo de funcionamento se dá ao perceber e conceber a criança pelas lentes da avaliação contínua, com base em possíveis sinais de desvio da norma padrão de comportamento. Essa infância vigiada gera algumas indagações: como, por quem e com qual propósito é elaborado o limite entre saúde e doença[7]? Como se estabelecem os diagramas de poder relativos a quem assume a posição de prescritor e a quem se submete às prescrições? Quais os deslocamentos referentes às formas de capitalização do viver? De que forma os medicamentos participam desse diagrama?

A construção de um ideal de mundo em que a doença deveria ser suprimida – deixando, com isso, de ser uma experiência vital, produtora de sentidos existenciais que colocam o sujeito no protagonismo do viver – tem relação com os processos de medicalização da vida. Esses processos exigem a necessidade de uma atitude de espreita e cuidado quando situações singulares são, imediatamente, de forma rápida e precisa, submetidas a um pensamento cujo autoritarismo estabelece comparações regidas pela régua da normalização da existência que reduz a multiplicidade de condutas, comportamentos e trajetos de vida a critérios biológicos e estatísticos reguladores da existência.

---

7 As várias edições do DSM mostram como o surgimento, a abolição, a associação e a mudança de critérios das doenças são um processo dinâmico.

Portanto, conhecer uma situação e rapidamente perceber o que faltaria a ela de maneira a anular sua singularidade é uma forma de agir que relacionamos à medicalização da vida: os atendimentos, a busca de resolução de problemas e o cuidado se dão, dessa maneira, atrelados a um discurso que tem a norma como parâmetro central.

Nesse contexto, interessa-nos forjar o conceito de medicamentação como algo que se diferencia do processo de medicalização da existência, na medida em que explicita a heterogeneidade da experiência e das práticas em torno do medicamento. Pensamos a **medicamentação** como a coordenação de ações relativas ao remédio – vender, prescrever, dispensar, administrar, produzir, consumir, gerir, acompanhar seu uso. Quando as ações relativas ao medicamento se reduzem à prescrição que visa a dar o remédio para que a situação se normalize, entendemos que esse processo está submetido ao processo de medicalização. Isto é, quando prescrever a medicação – descobrir qual seria a medicação correta e exercer a prescrição – é compreendido como objetivo fim e único da tarefa de cuidar, todas as outras ações presentes na medicamentação ficam submetidas à busca pela suposta prescrição perfeita.

É comum perceber práticas em que o objetivo de conseguir a medicação correta e a prescrição dela passou a dominar aquilo que se entende como cuidado. Os medicamentos baseiam-se em quantificações, isto é, suas tecnologias de produção têm a norma como norte: um certo remédio faz com que a pessoa mais acelerada; outro, deixa a pessoa menos deprimida; outro menos irritada; outro, mais atenta. Quando a prescrição da medicação passa a ser o foco das ações e, tendo ela o fim de ser uma solução mais rápida para conquistar um suposto ponto de normatização condicionado à quantificação da existência, nomeamos esse processo de **medicamentalização**. Ao buscar a conquista da norma, tendo como necessidade uma única ação – a prescrição –, a medicamentalização reduz a medicamentação a uma única ação. As diferentes ações coordenadas em torno do medicamento e sua heterogeneidade são obscurecidas e subsumidas.

Podemos dizer que a medicamentalização produz, quase sempre, práticas de automedicação. O prefixo *auto* atrela-se, aqui, não somente ao consumo de medicamentos, referindo-se ao ato de medicar-se sem acompanhamento médico. Mais amplamente, diz de toda prática em torno do medicamento que se faz de forma individualizante e privatista. Prescrição, dispensa, consumo, acompanhamento se dão de forma isolada e autocentrada (no médico, farmacêutico, usuário, familiar).

Enfatizamos, portanto, que existe um discurso normativo atrelado à saúde (processo de medicalização da existência) e que nessas práticas discursivas a medicamentação (as ações relacionadas aos remédios) tem servido como um analisador importante na problematização dos processos de medicamentalização, em que se engendram um agente de saúde que busca o remédio correto a ser prescrito e o usuário que busca receber a prescrição dessa medicação.

Como veremos, a pesquisa-intervenção voltada para a análise da medicamentação em sua heterogeneidade e polifonia tornou-se uma possibilidade de fortalecermos a aposta feita pelo SUS na democratização das práticas de produção de saúde, pois ela nos indica um ponto cego que exige o desvio e a invenção de práticas que combatam relações de assujeitamento presentes no processo de medicamentalização.

A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA COMO PONTO CEGO NA DEMOCRATIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

No campo da saúde pública brasileira, o SUS nos indica a inseparabilidade dos processos de produção de subjetividade e da democratização das práticas de produção de saúde. Não há como pensarmos controle social, participação cidadã, corresponsabilidade sanitária, protagonismo dos usuários e cogestão sem considerarmos o reposicionamento subjetivo daqueles implicados nas práticas de saúde. Produção de saúde e produção de subjetividade são face e contraface de um mesmo processo de construção do plano comum da saúde como

direito de todos. O princípio do acesso universal aos dispositivos de saúde deve ser entendido, neste sentido, como menos de totalização (o humano como um todo homogêneo) do que de acolhimento da heterogeneidade das demandas de saúde. A saúde como direito de todos indica este plano comum que reúne sem homogeneizar, que integra na heterogeneidade (daí a complementaridade entre os princípios da universalidade do acesso, da integralidade do sistema de saúde e da equidade das ofertas do SUS). Direito comum porque direito de "qualquer um". A ideia de comum difere deste sentido do "como o Um" (o um do todo unitário), embora estejamos defendendo o Sistema Único de Saúde que descentraliza e regionaliza sem perder a consistência do projeto de união republicana conquistada em 1988 pela sociedade brasileira.

Não podemos esquecer que este projeto que culmina em 1990 na formulação do SUS é efeito de um movimento dito de reforma sanitária. Como tudo que é movimento, algo se processava a partir da desestabilização de modos de fazer instituídos que, no caso do campo da saúde, eram os modelos hospitalocêntrico e medicocêntrico, duas expressões do centripetismo autoritário que se impôs no Brasil como Estado de exceção a partir de 1964. Recusar tais modelos foi apostar em processos de produção de saúde acêntricos, isto é, sistemas em redes conectando trabalhadores (equipes multiprofissionais), equipamentos de cuidado (sistema intersetorial de saúde) e movimentos sociais. Daí o coletivo como base ou fundação das práticas de saúde, a cogestão como modo operante dos grupos envolvidos na produção de saúde e a contração de autonomia coletiva como direção metodológica.

Queremos, neste texto, tomar o caso específico da saúde mental pública, em que a diretriz clínico-política do movimento da reforma psiquiátrica recoloca os desafios do SUS no campo do cuidado com os transtornos do espírito, pautando a luta antimanicomial e a lógica da substituição das práticas asilares. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como equipamento emblemático (com todos

os riscos que tal posição acarreta) para um cuidado territorial e de reabilitação psicossocial. Avançamos nesta direção, numa luta em movimento que sempre trará o perigo das práticas de assujeitamento.

Substituir o manicômio pelo CAPS é apostar no cuidado aberto e em relação direta com o território de vida. Cuidar ganha este sentido de reabilitar um território psicossocial, isto é, uma paisagem subjetiva da cidade. Não há como produzir saúde sem produzir sujeitos à frente de suas vidas em uma cidade que tolere e acolha a diferença porque afeita ao que comuna neste plano heterogêneo do humano. Os avanços na reforma psiquiátrica brasileira seguem também esta diretriz política da democratização e da participação de qualquer um nos processos de produção de saúde. Radicaliza-se a aposta, já que o trabalho em saúde se faz agora com aqueles tidos tradicionalmente como desarrazoados, insanos, loucos ou com transtornos mentais. Como garantir a esses indivíduos o protagonismo em suas vidas? Como evitar que as práticas de saúde sejam anuladoras da cidadania, violadoras de direitos ou tutelares? Muito já foi feito nesta direção, mas um ponto cego da reforma mantém inalterada a forma tradicional de cuidado em saúde mental. Trata-se da prática da prescrição medicamentosa presente nos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica, quando esta reforça e se atrela aos processos de medicamentalização da vida. Aí o vetor da substituição não vigora.

Já aprendemos a cuidar ouvindo os usuários dos CAPS em grupos terapêuticos, em oficinas, em assembleias e mesmo nos dispositivos de controle social do SUS como as conferências de saúde. Já sabemos estar lado a lado com eles, reconhecendo seus direitos e, sobretudo, promovendo a experiência de ser sujeito de direito. No entanto, no momento em que se coloca o valor terapêutico do medicamento psiquiátrico, a reforma não reforma. A gestão da medicação em saúde mental é, no cotidiano dos serviços, uma prática verticalizada e individualizada que separa nitidamente aquele que sabe e pode prescrever daquele que não sabe e não pode participar da prescrição medicamentosa. As relações entre os diferentes sujeitos implicados

no processo de produção de saúde são, neste caso, hierárquicas e corporativas, isto é, os trabalhadores de saúde (as diferentes categorias profissionais) e usuários se relacionam de tal forma que os iguais se comunicam corporativamente e os diferentes, hierarquicamente. A prescrição se faz habitualmente com pequeno grau de abertura comunicacional entre os grupos heterogêneos. Há uma baixa transversalidade (Guattari, 2004) e, consequentemente, a gestão da medicação se faz de modo heteronômico e autoritário. Aqui, a medicamentação, compreendida como coordenação das ações em torno do medicamento, é reduzida a uma única ação: a prescrição. Ao mesmo tempo, impera a conduta autocentrada da automedicação, seja nas práticas de prescrição, dispensa, consumo ou acompanhamento do uso do medicamento. Em todas essas ações, é fortalecida uma relação individualizante e privatista com o medicamento.

Como garantir uma cogestão da medicação em saúde mental? Como fomentar práticas de saúde que produzam efeitos de autonomização? A reforma psiquiátrica brasileira precisa avançar tendo em vista o direito à saúde como direito à participação nas práticas de uso de medicamentos. Este domínio ainda não reformado da reforma. Lutar pela cidadania no campo da saúde mental é criar condições suficientes para a experiência de participar de um projeto comum de construção coletiva. O plano coletivo pode ser experimentado a partir de duas perspectivas, não excludentes: a gestão como prática coletiva e compartilhada (pactuação, negociação, produção de regras e de convenções) e a gestão como criação de autonomia, ou gestação de modos de existência mais livres, com incorporação efetiva da autonomia dos usuários e dos direitos humanos. Nesta perspectiva, o coletivo é uma instância processual e instituinte, voltada ao futuro, onde a autonomia – ao contrário de isolamento e independência individual – é a criação de subjetividade a partir dos encontros. Sendo assim, essa subjetividade gestada e afirmada nos encontros parte e se remete a um coletivo em constante devir. Daí um corpo comum pode surgir enquanto rede de marcas e trajetos que se desdobra entre uns e outros, sem, no entanto,

se resumir nem a um, nem a outro. O indivíduo-terminal deixaria de ser, dessa maneira, um mero consumidor ou reprodutor de programas, mas um ponto de chegadas e partidas, onde mundos terminam e se inventam contínua e coletivamente. Neste sentido, temos apostado na direção da gestão autônoma da medicação como experiência de grupos cogestivos colocando lado a lado trabalhadores e usuários e tendo como objetivo a contração de autonomia coletiva nas ações em torno do medicamento (medicamentação). Designamos isto de gestão autônoma da medicação (GAM). O desafio da GAM é intervir nas práticas de medicamentalização, colocando lado a lado e acompanhando todas as ações que envolvem o medicamento. A medicamentação, entendida como coordenação de ações relativas ao remédio (vender, prescrever, dispensar, produzir, consumir, acompanhar etc.), torna-se, portanto, o alvo da GAM. Trata-se de tecer, no que tange às práticas relativas ao remédio, um campo comum e heterogêneo.

A seguir, tomamos uma situação concreta de pesquisa-intervenção participativa no campo da saúde mental que tem como tema geral a medicamentação. Essa pesquisa inicia-se com o desafio de, no estado do Espírito Santo, habitar e interferir os/nos processos de medicalização e medicamentalização da vida, voltando-se para as práticas de dispensa, prescrição, acompanhamento e consumo do metilfenidato, medicamento diretamente associado ao tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. O percurso da pesquisa nos mostra que, para dar conta da medicamentação, como coordenação de ações em torno do medicamento, desafios se colocam apontando a necessidade de criação de muitas saídas e entradas. Esses desafios têm variações importantes ao se especificar o campo do metilfenidato no Espírito Santo. As saídas e entradas são sempre situadas e coletivamente tecidas quando efetivamente habitamos o território existencial da pesquisa (Passos & Alvares, 2010). O percurso da pesquisa narrada (com suas entradas e saídas), ampliou nossa análise da medicamentação, possibilitando levá-la em conta em sua complexidade e processualidade.

DÉFICIT DE ATENÇÃO, HIPERATIVIDADE E METILFENIDATO: A PROPOSIÇÃO DA GESTÃO COMPARTILHADA DO MEDICAMENTO

Ao longo das últimas décadas, presenciamos um crescimento exorbitante da venda e consumo do metilfenidato. No Brasil não tem sido diferente, embora venda e consumo se diferenciem de acordo com as regiões geográficas e outros aspectos políticos, sociais e econômicos relevantes (Caliman & Domitrovic, 2013). Acoplado ao aumento do consumo e fortalecendo-o, cresce e se prolifera o discurso que busca legitimar o uso médico do metilfenidato, apaziguando e mesmo calando as controvérsias e tensões que habitam a história desse medicamento e das práticas cotidianas de medicamentação em torno dele. Por outro lado, atravessando o consumo e prescrição do metilfenidato, cresce também e se fortalece uma luta *contra* o uso de psicoestimulantes, e mais especificamente da Ritalina, que é denunciada como sendo a droga da obediência, que tem como função social calar o que resiste ao processo de normalização escolar: uma droga da integração a serviço das demandas de eficiência e produtividade (Ehrenberg, 2010).

Neste cenário, a luta de forças em torno das práticas medicalizantes é descrita e vista quase sempre como um embate entre duas forças: medicalizantes e antimedicalizantes. No contexto que nos interessa habitar, este embate, muitas vezes, se traduz pela "decisão" de prescrever ou não a Ritalina, aceitar ou não o diagnóstico de TDAH como legítimo. Essas decisões tomadas *a-prioristicamente*, anteriores ao compartilhamento e à análise coletiva da experiência de dispensar, prescrever, consumir e acompanhar o uso desse medicamento, enrijecem e reduzem as possibilidades de saídas e entradas. Sustentando-se em binarismos generalizantes (prescrever/não prescrever, consumir/não consumir), silenciam a polifonia e heterogeneidade das experiências da medicamentação do metilfenidato. As ações em torno do medicamento parecem estar, necessariamente, associadas

a um processo de medicalização e medicamentalização que se deve combater, lutar contra.

A escolha forçada intrínseca aos binarismos que as práticas de medicamentalização impõem – prescrever ou não tal medicamento; tomar ou não tal remédio – expressa um regime de poder que localiza a decisão, que individualiza a escolha sem permitir que apareça toda uma rede de relações que dá sentido às práticas relacionadas a tal medicação. Mol (2008) designou de "lógica da escolha" esse modo de operar na saúde a partir da noção liberal do "indivíduo" independente em suas escolhas, decidindo sozinho o que fazer e se responsabilizando por isso. Tomar a decisão como individual mascara geralmente todo um jogo de forças presente no ato da escolha e desloca, geralmente, a responsabilidade do médico ou da equipe de saúde para o usuário. Nesse caso, participar da gestão de sua medicação pressuporia assumir todos os riscos da automedicação.

Em 2007, no Espírito Santo, a Gerência de Assistência Farmacêutica passou a incluir o metilfenidato na Relação Estadual de Medicamentos Especiais (REMEME), viabilizando, desde então, a dispensa pública desse medicamento nas farmácias cidadãs estaduais, legitimando politicamente sua prescrição e consumo para o tratamento do TDAH no ES (Caliman & Domitrovic, 2013).

Na direção da luta contra os processos de medicalização da vida, a postura da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) de inclusão do metilfenidato na REMEME seria, de antemão, combatida com o argumento de que tal decisão poderia *somente* fortalecer os processos de medicamentalização da vida, derivando *somente* de uma postura medicalizante da gestão. No entanto, foi ao habitar e investigar o processo de inclusão do medicamento na REMEME e sua dispensa pública no ES que nos demos conta de que também para a GEAF o metilfenidato portava um caráter controverso, polêmico, embora essa percepção não levasse a retirá-lo da REMEME: "ruim com ele, pior sem ele" (fala de um dos gestores da GEAF).

Neste texto, não buscamos analisar as questões que sustentam essa posição da GEAF no Espírito Santo. Importa, no entanto, destacar que já no início da pesquisa, quando incluíamos efetivamente na análise da medicamentação da Ritalina o acompanhamento das práticas de dispensa pública desse medicamento, a oposição presente na postura contra e a favor de seu uso e da legitimidade do diagnóstico do TDAH era embaralhada. Havia uma preocupação e um receio, por parte da GEAF, de que uma das consequências da dispensa pública do metilfenidato levasse ao excesso do diagnóstico e da dispensa do medicamento, fato que estava sendo analisado pela própria gestão, na medida em que os números do consumo cresciam exorbitantemente em algumas regiões. Ao mesmo tempo, a GEAF defendia e buscava a construção de uma política pública de saúde que pudesse garantir o direito e acesso aos medicamentos. O que revelavam os números crescentes do consumo? Acesso à Ritalina ou excesso de Ritalina? A resposta a esta interrogação poderia ser dada apenas pelos números crescentes da dispensa? Acesso e excesso diferenciam-se claramente no dia a dia das experiências e ações de dispensa, prescrição, consumo e acompanhamento do uso do medicamento? Como decidir? Quem decide? O que fazer? Como fazer?

Tais interrogações, quando sustentadas e não prontamente respondidas, dão espaço para o florescimento e explicitação de controvérsias, tensões e incertezas que mantêm o caráter aberto, complexo e processual das ações e experiências em torno do medicamento. No entanto, embora os aspectos controversos fossem levantados pela GEAF, o lidar com a controvérsia e decidir o que fazer com ela parecia ser assunto a ser resolvido nos serviços, na atenção. As quatro práticas envolvidas na medicamentação do metilfenidato – dispensa, prescrição, consumo e acompanhamento – não pareciam estar suficientemente coordenadas e articuladas. A pesquisa interrogava a gestão sobre a importância e a necessidade de a Política de Assistência Farmacêutica Estadual ser atravessada pelo que acontece na ponta, na atenção, no espaço vivo da dispensa do medicamento, dos

serviços de saúde habitados pelos profissionais que o prescrevem, pelos trabalhadores e usuários que, cotidianamente, vivem os dilemas e conflitos em torno do tratamento do TDAH e do consumo da Ritalina. A conversa da pesquisa com a GEAF passava então a ser: como os serviços, e também a GEAF, poderiam lidar com (e não calar) as controvérsias e tensões em torno do consumo da Ritalina geradas e alimentadas, inclusive, pela própria dispensa pública do medicamento? Quais as estratégias, ferramentas e posturas necessárias para dar conta de demandas diversas, complexas, mutantes, controversas, vivas, que não se encaixavam nas oposições generalistas? O desafio era de criar dispositivos nos quais as práticas em torno da medicamentação da Ritalina (dispensa pública, prescrição, consumo, acompanhamento do consumo etc.) pudessem ser compartilhadas e acompanhadas, sem que as tensões em torno delas fossem caladas. Em última instância, era preciso enfrentar o desconhecimento da heterogeneidade da experiência com o metilfenidato, o desconhecimento da medicamentação.

A postura a ser cultivada (entre gestores, profissionais de saúde, usuários e familiares) era a de abertura e acolhimento da multiplicidade presente em uma ação que ganhou consistência, habitar uma fronteira que diz respeito às lutas micropolíticas, aos encontros e relações em que novas práticas e formas de viver se fabricam. Temos uma luta necessária que é "do contra" e "do a favor". No entanto, quando buscamos intervir e acompanhar as práticas em torno da medicamentação, temos uma outra luta que é "de fronteira". Acompanhar e habitar a fronteira. Por isso todo investimento em criação de redes (quem pode criar relação com o quê?).

Habitar a fronteira talvez tenha relação com a porosidade, com questões/experiências que podem nos colocar em dúvida, que permanecem insistindo no instituído. Barros e Passos (2005) falam do que resta da política: a forma de fazer. Assim, a luta na fronteira exige de nós acompanhar e instaurar questões/experiências que permanecem insistindo, não apenas porque ficam de fora e insistem em

entrar, mas por serem exatamente a eterna criação de movimento que se dá quando as coisas, pessoas, ideias, experiências se dão (vida como território comum e diferencial de trajetos e acontecimentos). Então, trabalhar na fronteira significa, para nós, buscar e acompanhar a produção de variações, incluindo aí o próprio processo de pesquisa.

Assim, habitar e interferir nos processos de medicalização e medicamentalização que atravessam a proliferação da demanda do diagnóstico de TDAH e da Ritalina implicava, para nós, na necessidade de sair e abandonar o abstrato das posições generalistas e dualistas e, como diria Varela (1992), reencantar o concreto da experiência e da vida para ali, no calor dos acontecimentos, cartografar e, portanto, cultivar o comum (Kastrup & Passos, 2014).

A partir de então, nas andanças da pesquisa percorremos a Farmácia Cidadã Metropolitana, que dispensava o metilfenidato para a região metropolitana; o Ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no qual se encontra o Programa TDAH, serviço de referência estadual no tratamento desse transtorno; e, por fim, chegamos ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) da cidade de Vitória. Nesses serviços, em diferentes momentos, apresentamos nossa proposta de pesquisa para gestores, trabalhadores e usuários. No percurso, apropriamo-nos da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)[8]. O objetivo era utilizar a Versão Brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR) na proposição de grupos

8 No Brasil, como resultado de um Projeto multicêntrico coordenado pela professora Rosana Onocko Campos (UNICAMP), e contando com pesquisadores da UFF, UNICAMP, UFRJ e UFRGS, realizou-se, em 2010, a tradução e adaptação do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (Guia GAM). Trata-se de um instrumento de origem canadense, voltado a usuários de medicamentos psiquiátricos, que visa ao compartilhamento e à coletivização das experiências de uso e prescrição de psicofármacos e tem como objetivo a promoção do protagonismo dos usuários e a autonomia coletiva dos grupos que compartilham a experiência de uso desses medicamentos (Campos et al., 2012).

de intervenção com profissionais da saúde, familiares de crianças que fazem uso de metilfenidato e as próprias crianças usuárias. Buscávamos, com a GAM, propor um dispositivo de pesquisa potente e sensível que pudesse aproximar usuários, familiares e profissionais da saúde, visando à cogestão da medicação.

No Brasil, até então, a estratégia GAM vinha sendo desenvolvida em diferentes CAPS, com usuários, familiares e profissionais de saúde, visando, dentre outras coisas, à promoção do protagonismo dos usuários e à autonomia coletiva dos grupos que compartilham a experiência de uso, prescrição e acompanhamento desses medicamentos. Nossa proposta era, desde o início, um pouco diversa da estratégia GAM brasileira que estava sendo desenvolvida. Nosso grupo focava a medicamentação em torno de um medicamento específico: o metilfenidato. Compartilhávamos, no entanto, o desejo de possibilitar e impulsionar o cuidado e a gestão compartilhados da medicação. Assim, a estratégia GAM surgia para nós como um dispositivo potente na construção de um comum heterogêneo que incluísse e colocasse lado a lado a experiência daqueles atravessados pelo uso do metilfenidato: familiares, profissionais de saúde, serviços e gestão da assistência farmacêutica.

Por diferentes motivos, a proposta de realização dos grupos GAM/Ritalina na Farmácia Cidadã Metropolitana e no Programa TDAH do Ambulatório de Pediatria do HUCAM não chegaram a se efetivar. Aos poucos, tornavam-se mais claros os diferentes desafios para realizar grupos de intervenção visando à cogestão da Ritalina e colocar lado a lado a experiência de profissionais, familiares e crianças. A Farmácia Cidadã Metropolitana era um espaço de difícil acesso e funcionava como um local de dispensa do medicamento. Embora alguns farmacêuticos estivessem interessados em criar um programa de atenção farmacêutica diferenciado, esta não era a realidade do serviço. O metilfenidato era retirado de três em três meses pelos familiares das crianças que compareciam na Farmácia Metropolitana com os documentos necessários. Ao efetivar uma dispensa (não informada) do

medicamento, não era possível acompanhar a experiência de prescrição e de uso do metilfenidato. Ao mesmo tempo, a dispensa do medicamento era efetivada de forma isolada dos serviços que, na atenção à saúde e saúde mental, destinavam-se ao cuidado de crianças e adultos diagnosticados com TDAH (Caliman & Domitrovic, 2013).

A impossibilidade de realização do procedimento proposto (Grupo de Intervenção) na Farmácia Cidadã Metropolitana poderia, a princípio, ser analisada por nós como um indicador de erro ou fracasso da pesquisa. Os problemas colocados, pelo funcionamento da dispensa pública do metilfenidato, ao desenho inicial da pesquisa seriam, então, ignorados, rejeitados como um fora-texto. No entanto, em uma perspectiva de produção de conhecimento pautada no PesquisarCOM o outro (Moraes & Kastrup, 2010), a Farmácia Cidadã Metropolitana tornava-se parceira na produção de conhecimento. Para Latour (2007), é ao acolher e incitar a recalcitrância do objeto de pesquisa que podemos efetivamente produzir conhecimento pertinente e interessante, porque coletivamente tecido. A impossibilidade de realização dos grupos GAM no cotidiano da farmácia nos dizia que o dispositivo proposto (grupos de intervenção) não dava conta da complexidade das ações da medicamentação do metilfenidato. Essa dificuldade nos obrigou a voltar para a pesquisa e perceber que o formato grupo GAM não possibilitava incluir a experiência de dispensa do medicamento na cogestão da medicação nem nela intervir. Alertava-nos, portanto, para a necessidade de criação de dispositivos que não fossem apenas de conversa[9].

---

9 Um tempo após a realização da pesquisa com a GEAF e a Farmácia Cidadã Metropolitana, o município de São Paulo lançou um novo protocolo de dispensa pública do metilfenidato, elaborado por um grupo de trabalho que uniu profissionais atuantes na política pública de saúde mental e assistência farmacêutica municipal. A nosso ver, o novo protocolo inova ao considerar a complexidade da medicamentação do metilfenidato e contribui anormemente para a possibilidade de construção de uma cogestão da medicação. Na época, enviamos o protocolo para a GEAF e, em seguida, nos dias 7 e 8 de agosto de 2014, realizamos um seminário sobre "A experiência do uso de psicofármacos: desafios

Em se tratando da ação de dispensar o metilfenidato no ES, novos instrumentos de intervenção tornavam-se necessários. Diferentemente de outros psicotrópicos, o metilfenidato só é dispensado nas Farmácias Cidadãs Estaduais e através da abertura de um processo administrativo. O farmacêutico e a equipe de profissionais que liberam e efetuam a dispensa não habitam o cotidiano dos serviços de atenção, tais como Unidades de Saúde, Ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial. Como impulsionar a estratégia GAM na farmácia? Como incluir efetivamente a experiência da dispensa do metilfenidato na proposição da cogestão autônoma da medicação?

Sentíamos claramente o efeito interventivo do campo na elaboração do nosso problema de pesquisa e nos procedimentos inicialmente propostos. Ampliavam-se as nossas possibilidades de ação, trazendo novos elementos para o dispositivo já montado. Percebíamos que a farmácia, como um dos lócus das práticas de medicamentação, precisava também ser tensionada quando visamos tratar da complexidade da medicamentação. No Espírito Santo, a prática de dispensa pública do metilfenidato é um vetor extremamente importante e singular que precisa ser considerado. As questões colocadas pela farmácia foram por nós acolhidas na medida em que apontavam para a heterogeneidade do campo da medicamentação do metilfenidato.

Assim, ampliados pelo encontro com a dispensa pública do metilfenidato no ES, iniciamos outro percurso da pesquisa, e durante seis meses tentamos pactuar a realização da nossa proposta no Programa TDAH do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM). Ali, os desafios eram outros e novos problemas eram

---

para a política de saúde mental infanto-juvenil", no qual colocamos lado a lado profissionais da GEAF, dos serviços de saúde mental do município e pesquisadores da estratégia GAM. Tanto o protocolo do município de São Paulo quanto a proposição do seminário no ES concretizavam outras tentativas de intervencão Com/na dispensa do metilfenidato e GEAF. Para uma discussão mais detalhada, ver a dissertação de mestrado Domitrovic (2014).

colocados. Diferentemente da farmácia, crianças, mães, pais, profissionais da saúde, pedagogos, residentes médicos, estagiários de Psicologia e pesquisadores habitavam o espaço. Neste, o Programa TDAH parecia funcionar como um ambulatório dentro de outro ambulatório, descrito pelos profissionais do ambulatório como uma ilha, pois isolada do restante do serviço. A lógica hospitalocêntrica (que cria centralizações em que as generalizações são grandes aliadas) estava fortemente presente. Todo encaminhamento para especialidades e atividades terapêuticas vinculadas ao programa TDAH era feito pelo médico. A nós não era permitido convidar aleatoriamente familiares que, interessados, quisessem participar dos grupos GAM.

Assim, a proposição da realização da estratégia GAM/Ritalina colocava em análise não apenas a experiência de uso da Ritalina, mas toda a organização do trabalho e do cuidado presentes no ambulatório que, necessariamente, atravessavam e constituíam a experiência de gestão do medicamento. Além disso, apesar de sermos acolhidos pela equipe, fomos claramente colocados (e nos colocamos?) no lado contra a prescrição da Ritalina. Na luta de opostos que era, então, performada, o Programa TDAH parecia encarnar o lugar da instituição medicalizante. Nossa proposta era percebida por eles (e por nós?) como colocando-os no lugar dos que intensificavam os processos de medicalização; como se estivessem equivocados. Com essa divisão de lados, como se houvesse um contra e outro a favor da Ritalina, era difícil criar fronteira e contato. Mais uma vez, o campo provocava em nós e na pesquisa reposicionamentos. Novas entradas, novas saídas. Depois de um tempo habitando o ambulatório de pediatria, percebemos que a sedução das binarizações e generalizações impedia a todos de *con-fiar* um plano comum de intervenção. A pesquisa-intervenção participativa, que visa à cogestão da medicação, explicita claramente esta necessidade: con-fiar como condição primeira da produção compartilhada de conhecimento (Sade et al., 2013). Era preciso criar coincidência para que as práticas em torno do metilfenidato pudessem, então, ser tensionadas, atravessadas.

Com mais uma pista no corpo, nos deslocamos, continuamos a caminhar. Nossa próxima tentativa foi apresentar a proposta de pesquisa-intervenção ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) do município de Vitória. No HUCAM percebíamos que algumas crianças atendidas no Programa TDAH frequentavam também o CAPSi. A primeira questão que se colocava, então, era da pertinência do nosso problema de pesquisa e do interesse em nossa proposta para uma instituição que, aparentemente, deveria acolher *apenas* ou *prioritariamente* casos de transtornos mentais grave. Apenas? As crianças do Programa TDAH que habitavam o CAPSi já embaralhavam essa suposição.

A proposta foi inicialmente apresentada e discutida com a coordenação do serviço. Havia, de início, a sensação de "falarmos a mesma língua", apesar de não falarmos sempre a mesma coisa. Estávamos em um serviço de base comunitária, um dispositivo-chave na construção e efetivação dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, com os quais pactuamos. Produção de autonomia coletiva, protagonismo e fortalecimento da rede de cuidado são diretrizes centrais da estratégia GAM e se encontram totalmente alinhadas aos ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em relação ao uso de medicamentos psicotrópicos no CAPSi, ficava claro na conversa com a coordenação e profissionais da instituição que havia certa preocupação e incômodo com a centralidade que muitas vezes eles assumiam nos tratamentos. O CAPSi de Vitória buscava outra direção (substituição do medicamento?). Propúnhamos colocar em análise a medicamentação de um psicofármaco específico: o metilfenidato. Já na reunião com a coordenação, tornava-se explícita a recusa da prescrição desse medicamento, que aparecia associado à demanda de encaminhamentos de crianças da escola que chegavam ao CAPSi e que não se configuravam como demandas "graves", mas que, de alguma forma, deveriam ser acolhidas pela instituição. Como e de que forma não se sabia ao certo.

A pesquisa trazia novamente ao campo da saúde mental infantojuvenil o desafio de lidar com a demanda advinda das escolas que encaminham para o CAPSi crianças com problemas de aprendizagem. Como aponta Couto (2012), na Política de Saúde Mental da Criança e do Adolescente (PSMCA) e, portanto, nos CAPSis, as ações de cuidado devem se "precaver contra a medicalização, institucionalização, redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como saúde mental, e contra a simples finalidade de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente" (p. 31). A autora destaca que vivenciamos no Brasil um processo contínuo de medicalização e criminalização das condutas infantis, principalmente escolares, que não pode ser ignorado pela PSMCA. Para Elia (2013), lidar com as demandas que resultam desses processos é também um desafio que os CAPSi precisam enfrentar, dentre elas, o crescente consumo de metilfenidato e a expansão do diagnóstico de TDAH assumem um lugar de destaque.

Depois de dois encontros com a coordenação para discutir a pesquisa, apresentamos nossa proposta em uma reunião de equipe, na qual estavam quase todos os trabalhadores do CAPSi. Os profissionais diziam do incômodo gerado pela demanda de laudos vinda das escolas e das famílias. Demanda que era também de medicamentos. Falavam ainda da demanda de laudos e medicamentos advinda das instituições de abrigamento. Muitas crianças que frequentam o CAPSi moram em abrigos situados na região da Grande Vitória.

Desde o início, a pesquisa no CAPSi revelara algo de extrema importância: o campo da medicamentação, como coordenação de ações, é necessariamente intersetorial. A intersetorialidade é um desafio que se impõe especialmente à construção e efetivação da Política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (PSMCA). Para Couto (2012), na PSMCA, de forma contrária ao processo de muitas outras políticas públicas, a intersetorialidade é uma exigência de primeira hora, a real possibilidade de existência de redes de cuidado, além de ser o caminho para superar a dispersão setorial vigente. Se a

intersetorialidade surge como condição de possibilidade da construção do cuidado da criança e adolescente em saúde mental, ela é também condição para pensar a medicamentação. De fato, o problema da medicamentação não é propriamente da saúde. No CAPSi, percebíamos que era preciso incluir na conversa sobre as experiências em torno da Ritalina ao menos dois outros setores: educação e assistência social. Mais uma vez, acolhíamos a recalcitrância do território de pesquisa habitado. O pressuposto equivocado de acordo com o qual as práticas em torno do medicamento são uma questão estritamente da saúde levara-nos a percorrer prioritariamente instituições da saúde: uma farmácia, um hospital, um CAPSi. Outras batiam na porta.

No CAPSi, nossa intervenção não fortalecia e não estava associava, ao menos não inicialmente, à polarização que vivenciamos no Programa TDAH no HUCAM: pesquisadores antimedicalizantes, donos do saber x Programa TDAH, medicalizantes equivocados contra os quais deveríamos lutar. Aparentemente, "estávamos todos no mesmo barco contra a Ritalina". Alguns profissionais diziam que se disséssemos que iríamos propor um grupo para "dar" Ritalina, mães e escolas viriam correndo. Apontavam o problema e desconforto gerado por familiares que faziam de tudo para conseguir o medicamento, buscando, inclusive, a justiça. Revelavam situações nas quais as escolas impediam a criança de frequentar as aulas, caso não estivessem medicadas. Parecia que, em certo sentido, acreditavam que nossa proposta de pesquisa-intervenção teria como efeito diminuir tais demandas. Estávamos novamente no grupo dos contra a Ritalina, mas, agora, com a aliança da instituição? No CAPSi, o equívoco seria das mães e escolas que queriam e buscavam o remédio?

Apesar de estar na REMEME, a Ritalina não é prescrita no CAPSi por uma decisão da própria instituição. Ali, acesso e excesso da Ritalina são vistos como duas faces da mesma moeda e, nesse sentido, a direção tomada pela instituição foi a de impedir ou dificultar o acesso ao medicamento. No percurso da pesquisa, sentimos no corpo que posições generalizantes produziam binarismos (contra e a favor

da Ritalina) que pouco ajudavam, e mesmo impediam, a construção de um cuidado verdadeiramente coletivo e partilhado da medicação. Na maioria das vezes, obscurecem a complexidade que perpassa o campo heterogêneo das experiências com o medicamento e atrelam, necessariamente, a prática de prescrição a um processo de medicamentalização. Já no encontro com a GEAF, percebemos que acesso e excesso da Ritalina não podem ser distinguidos sem uma aproximação efetiva da experiência de dispensa, prescrição, acompanhamento e consumo desse medicamento. Guardávamos esta pista conosco, cultivando uma postura atenta ao que se passava no CAPSi.

Começamos os encontros semanais com a presença de familiares de crianças que tomaram ou tomam Ritalina e profissionais da instituição. Nos primeiros grupos, contamos com a presença do psiquiatra, uma psicóloga e quatro mães. De forma diversa do que surgiu na reunião com a equipe, as mães compareceram aos encontros com outras expectativas: saber mais sobre o medicamento, seus efeitos, sua ação, poder conversar sobre suas experiências e entender por que, diferentemente de outros medicamentos, a Ritalina não era prescrita no CAPSi.

Como dissemos inicialmente neste capítulo, no processo de medicalização, a totalização e particularização dos acontecimentos impedem a variação. Neste jogo, as tensões logo se diluem em uma verdade. Assim, os profissionais do CAPSi contam que as mães fariam de tudo para conseguir a Ritalina. Verdade? Verdade. A não prescrição do medicamento no CAPSi fez com que algumas mães encontrassem outros serviços e profissionais e se endividassem pagando consultas particulares, trilhando caminhos penosos para terem *acesso* à Ritalina. Queria-se muito o medicamento, precisava-se muito do remédio. O CAPSi impedia o acesso à Ritalina e, na medida em que sua demanda não era colocada em análise, não servindo para trazer à tona as forças em jogo na constituição da decisão de não prescrever, a busca pela medicação se organizava de outra forma, e o acesso à Ritalina era aprisionado a um significado: aquilo que não

deveria ser prescrito/consumido. A proposta do grupo GAM fazia falar, informar, pensar, tornando explícito que o querer e a necessidade do medicamento estão implicados com, também, silenciamentos, desconhecimentos, isolamentos. Quando as mães trouxeram como questão a necessidade de entender por que o CAPSi não prescrevia a Ritalina, isso se tornou uma oportunidade para pensar não apenas as justificativas e defesas dessa decisão, mas criar um campo comum de luta que vai além e aquém da prescrição da medicação.

As produções de verdades constituídas no processo de medicalização mantêm um ponto de vista criado por relações de poder e saber em que as variações das experiências são totalizadas. Essa totalização cria uma forma de pensamento alicerçada por uma verdade: só seria verdadeiro quem pensasse de uma forma, só seria saudável quem se comportasse ou sentisse de certa maneira. A medicalização tem a NORMA como referência para entender o mundo, é um valor para estabelecer quem seriam os normais e os anormais (Foucault, 1999). Buscamos, neste texto, fazer uma análise considerando certos atravessamentos: a normalidade atrelada a uma vida sem doença, à capacidade de trabalhar e consumir, a fazer as coisas de forma rápida e eficaz, à busca intensa por alívios imediatos. Saudável como sendo aquele que pode trabalhar, que trabalha bem, melhor que os outros, custe o que custar. Ora, nesse campo, os medicamentos passam a ser um analisador interessante: frutos da produção de laboratórios farmacêuticos, eles se tornam produtos cuja venda deve ser consumida e, para isso, o melhor marketing é aquele que produz vontade/necessidade de remédio: sensação de doença, de distância a um suposto ponto médio que seria o normal. Falamos, então, de medicamentalização da vida quando a experiência de uso de medicamentos produz também totalizações, impedindo ou diminuindo as variações nas formas de sentir e estar na vida. Na medicamentalização, o discurso da medicalização (normatizador) e o mundo medicamentoso (os remédios) se entrecruzam (Machado, 2014).

Diz-se que "a medicalização adoece", "produz doença". Porém, exatamente por ela adoecer é que interessa a vida que se produz nesse processo. Portanto, não somos contra a ideia de que a medicalização adoece, mas somos contra acreditar que haveria no percurso de criação da vida uma direção única, ideal, sem doença: sempre são muitas, e muitas vezes reduzidas por alguma que domina. Há, sim, reduções perigosíssimas, impeditivas do viver, que queremos alçar em seu processo de constituição presente nas falas, nas ações e nas práticas que tendem a produzir o discurso do Uno.

A totalização que cria o uno está presente, também, na constituição das particularizações, das especificidades do campo, como se essas particularizações constituíssem uma diversidade, uma pluralidade de produções, mas de uma maneira que anula a constituição das variações. Fala-se de uma variedade de formas de existir, defende-se a diversidade, mas como se uma especificidade não tivesse relação e produção com a outra. Quando problematizamos os processos de medicalização e medicamentalização da vida, assim fazemos por defender que não existe algo cuja particularidade não esteja sendo construída em encontros e relações.

O uso da medicação afeta singularmente as existências. O percurso da proposta do grupo GAM nos revela este desafio: onde é possível criar um encontro em que essas singularidades possam reverter – como quando se impulsiona uma cama elástica –, retornar saberes e desenvolver práticas em todo o processo? O fim – remédio prescrito –, se for considerado fim, é perigoso, pois ele se produz em um mundo cuja naturalização dos dualismos apaga a heterogeneidade. A cobrança por laudos nos desafia a criar estratégias em relação a essa naturalização: como construir territórios em que a questão não se reduza a tomar ou não certa medicação? A estratégia da Gestão Autônoma de Medicação aposta em um dispositivo que depende dos conhecimentos, do saber intuitivo, das histórias entre mães/pais e filhos, entre pacientes e familiares, atravessados pela medicação e pela doença. Uma dependência que, para se afirmar, considera que o

próprio percurso para criação do grupo (na farmácia?, no hospital?, no centro de atenção psicossocial?) depende, também, que se considere os sentidos que vão se criando para esses encontros. Um grupo contra a medicação? Um grupo em um lugar a favor da medicação? Essa seria uma primeira marca – ser contra ou a favor – a ser diluída para que as múltiplas singularizações possam advir instituindo algo para além e para aquém da história de cada um.

REFERÊNCIAS

Alvarez, J., & Passos, E. (2010). Cartografar é habitar um território existencial. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escóssia (Orgs.), **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 131-149). Sulina,

Barros, R. B., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9**(17), 389-394.

Caliman, L. V., & Domitrovic, N. (2013). Uma Análise Da Dispensa Pública Do Metilfenidato No Brasil: O Caso Do Espírito Santo. **Physis: Revista De Saúde Coletiva, 23**(3), 879-902. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&nrm=iso

Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., & Gonçalves, L. L. M. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16**(43), 967-980. http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf

Couto, M. (2012). **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira**

(2001-2010) [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Arquivos NUPPSAM. https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Tese-Politica-SMCA-especificidades-e-desafios.pdf

Domitrovic, N. (2014). **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso**. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/2951

Elia, L. (2013). **Centro de Atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. Fala realizada no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade. Centro de convenções Rebouças, São Paulo.

Eherenberg, A. (2010). **O Culto Da Performance** (P. F. Bandassolli, Trad.). Ideias & Letras.

Foucault, M. (1999). **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. Martins Fontes.

Guattari, F. (2004). **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Ideias & Letras.

Kastrup, V., & Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In E. Passos, V. Kastrup, & S. Tedesco (Orgs.), **Pistas do método da cartografia v. 2: a experiência da pesquisa e o plano comum** (pp. 15-41). Sulina.

Latour, B. (2007). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In J. A., Nunes, & R., Roque (Orgs.),

Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência (pp. 40-61). Afrontamento.

Machado, A. M. (2014). Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatórios. In L. Viegas (Org.), **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** (pp. 93-105). Editora EDUFBA.

Mol, A. (2008). **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. Routledge.

Moraes, M., & Kastrup, V. (2010). **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual**. Nau.

Sade, C., Ferraz, G. C., & Rocha, J. M. (2013). O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. **Fractal, Rev. Psicol, 25**(2), 281–298.

Varela, F. (1992). The reeenchantment of the concrete. In J. Crary & S. Kwinter (Orgs.), **Incorporations**.

Primeira narrativa: Grupo de Intervenção com Familiares – GIF

Nos nossos primeiros encontros, conversamos sobre o que era a pesquisa e o Guia GAM. Entendemos que o objetivo dos encontros seria conversar sobre as experiências de crianças e adolescentes que tomam Ritalina. Combinamos de responder as questões do Guia GAM imaginando como as crianças responderiam, mas poderíamos falar também de nossas próprias experiências. No grupo, ouvimos histórias de crianças que tomam Ritalina há muito tempo, de outras que já não tomam mais e daquelas que nunca tomaram.

Temos incertezas sobre os efeitos da Ritalina e sobre a necessidade e a função do laudo na vida das crianças. Por isso, pensamos ser importante que os familiares e profissionais de saúde possam conversar sobre estas e outras coisas para tomarem, juntos, as decisões sobre o tratamento. E as crianças, o que será que elas pensam e sentem sobre tudo isso? Muda alguma coisa conversamos com elas sobre esses assuntos?

Às vezes é difícil se colocar no lugar delas. Parece que elas sentem bem diferente do adulto e têm um jeito próprio de pensar. Elas

nos surpreendem com suas respostas e atitudes e fazem coisas que nem sempre entendemos. Será que elas vão saber responder às questões do Guia? As crianças sabem o que se passa com elas? Mesmo com essas dúvidas, ficamos empolgados para fazer as perguntas a elas, porque queríamos muito entendê-las melhor. Elas têm muito a dizer. Foi muito bom, mas por que também foi tão difícil ouvir algumas coisas que elas falaram?

É preciso ter muito cuidado quando somos responsáveis por uma criança, pois é um sujeito ainda está em crescimento; é um corpinho em formação. Quando pensamos que elas ainda têm uma longa vida pela frente, tomar decisões importantes fica mais difícil e precisamos avaliar bem o que fazer. Muitas vezes tomamos decisões sem ter certeza se será o melhor pra elas, e isso dói. Quais decisões são mais difíceis de tomar e por quê? Como poderia ser diferente?

Vemos que que há semelhanças e diferenças entre crianças e adolescentes. Alguns ficam bem sozinhos, outros não, uns são mais calados, outros mais comunicativos, uns já se viram na cozinha, outros só comem o que tiver pronto. Até uma mesma criança muda! Dependendo da situação, das pessoas que estão com ela, de várias coisas que não dá pra saber ao certo, elas ficam mais ou menos agitadas, brincam ou falam sério, sabem até onde ir com cada um ou em cada situação. Às vezes também passam dos limites, fazem birra, gritam, falam coisas que achamos estranho, diferente. As pessoas também reagem de formas diferentes, algumas entendem, outras acham que essas crianças não foram educadas direito, ou não apanharam o bastante, pensam que elas estão fingindo ou estão fazendo pirraça.

É difícil compreender a nossa situação, e tem hora que nem nós entendemos muito bem. Algumas crianças percebem quando estão mais agitadas e nervosas, mas não entendem direito o porquê ou não conseguem se controlar, por isso ficam magoadas quando percebem que o jeito delas às vezes deixa as pessoas que elas amam tristes. As relações com outras pessoas também são de muitos tipos. Tem parente que ajuda, tem parente que discrimina, tem amigos que

acabam se tornando mais próximos que a família. Alguns os compreendem, outros não tem muita paciência. Nem todo mundo aceita o jeito delas serem, e isso às vezes preocupa a gente, mesmo sabendo que é difícil para qualquer pessoa agradar a todos.

Na escola também surgem muitos problemas, nossos telefones tocam muito com reclamações. Algumas crianças costumam implicar, falam que vão bater, matar... chegam até a nos assustar. Nos passeios da escola, até as professoras se aborrecem e às vezes achamos melhor acompanhá-los para tentar evitar problemas. Alguns de nós tentam fazer de tudo para que as crianças e os adolescentes não causem problemas na escola nem em outros lugares, porque sentimos que eles sofrem quando são rejeitados, e nós sofremos também. Mas será que eles também não sofrem quando protegemos demais? E tem momentos que eles nos surpreendem, tem momentos que percebemos que eles conseguem coisas que achamos que não conseguiriam.

Muitas pessoas acham que não educamos direito e ficam dando palpite sobre como devemos ou não tratar nossas crianças, falam até que o bom mesmo seriam umas palmadas. Acham que a falta de concentração delas, a agitação, os comportamentos agressivos são culpa da família que não soube educar. Mães, principalmente, ouvem muito esse tipo de comentário e volta e meia é preciso se segurar para não responder com um palavrão bem mal-educado.

Aqui no CAPSi não se prescreve a Ritalina, mas, sim, outros remédios. É difícil de entender quando insistem em não dar a Ritalina sem explicar o porquê. A Ritalina não é uma maravilha, mas muitas vezes é de grande ajuda. Chegamos a procurar outros profissionais de saúde para conseguir a receita desse medicamento. Não foi fácil, tivemos que nos mobilizar, conseguir marcar consultas particulares e arranjar o dinheiro para pagá-las. Por que os médicos não falam a mesma língua?

Não temos clareza sobre os efeitos da Ritalina na vida de crianças e adolescentes. Não é um medicamento simples e temos que ter muito cuidado com ele. Mas a Ritalina às vezes é importante para

as crianças conseguirem participar de atividades da escola, acompanhar as aulas de educação física, parar um pouco, aprender, se concentrar, ler. Tem criança que pede pra tomar o remédio. Ao mesmo tempo, parece que a Ritalina prende, trava, impede algumas crianças de fazerem o que elas querem e serem como elas são naturalmente. Elas viram uma "plantinha". Será que isso é bom para a escola? E será que é bom pra elas? Quando as crianças perdem aquele jeitinho ativo, brincalhão, falante, alegre, ficamos preocupados. Elas também sentem isso e se incomodam. Na hora de tomar o remédio, já não querem mais, se escondem, cospem, gritam, choram e correm da gente.

O que é efeito do medicamento e o que não é? Qual é a dosagem ideal? Alguns tomam o medicamento apenas para ir para escola, mas tem dia que em casa também precisa. Muitas vezes, quando as crianças estão tomando Ritalina ou tem um laudo do médico, isso facilita um pouco as nossas vidas. As pessoas param de falar que elas estão só fazendo pirraça ou que é nossa culpa e percebem que elas não são assim porque querem.

Para nós, é importante que as pessoas entendam as necessidades de nossas crianças e tenham um olhar especial sobre elas. Na escola, por exemplo, temos que ter um laudo para conseguir um estagiário que as acompanhe. Algumas delas passaram a aprender mais e a gostar da escola depois da amizade que fizeram com o estagiário. Só que esse tratamento diferenciado também atrapalha, porque a escola começa a tratá-las diferente demais, achando que elas não vão dar conta da atividade escrita, porque são diferentes. Por isso, alguns profissionais acabam não as incentivam a fazer o movimento de educação física, porque pensam que elas não vão conseguir. Queremos que a escola entenda que essas crianças são diferentes, mas não queremos que elas sejam vistas como doentes e incapazes. Isso é complicado. É muito importante quando o CAPSi ajuda nessa conversa com a escola.

Lendo o guia, discutimos o que é autonomia. Autonomia não é só fazer as coisas por conta própria, como decidir sozinho se vai tomar ou deixar de tomar o remédio. Autonomia também quer dizer

tomar decisões com a segurança de uma rede de apoio, que dê acompanhamento e informação, não só por parte dos médicos e profissionais, mas também o apoio de nossos familiares e vizinhos e outros serviços de saúde. Mas muitas vezes essa rede de apoio não está presente. Ou será que tem um buraco nela?

As tarefas do dia a dia sobrecarregam: lavar, passar, fazer comida, cuidar da casa, do filho, do marido. E nem sempre aguentamos fazer isso tudo com tanta agitação, tanto grito das crianças. É uma vida cansada. Sentimos que temos que dar conta de tudo sozinhas, não é fácil tomar decisões tão complicadas e nos falta apoio, nos falta conversar com alguém, nos falta informações. Ficamos angustiadas e sentimos o peso disso nas atividades do dia a dia ou nas decisões sobre medicação. Achamos que não temos muito tempo para nós. A falta de um lugar onde possamos compartilhar esse peso é algo que aumenta essa situação desconfortável. Será que esse grupo pode nos ajudar sobre essas questões?

O CAPSi tem ajudado bastante. Alguns familiares e amigos também, mas ainda assim nos sentimos sozinhas. Temos que dar conta de muitas coisas e aprender a lidar com as crianças/adolescentes no dia a dia. É importante pensar sobre a melhor forma de cuidar, de decidir medicar ou não, pois são decisões importantes que terão impacto no futuro dessas crianças, mas é mais confortável quando conseguimos pensar nisso juntos.

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais[10]

Luciana Caliman
Pedro Henrique Sena Peterle
Janaína Mariano César

10 Este texto foi inicialmente publicado como capítulo no livro *Produção de Subjetividade e Institucionalismo: Experimentações Políticas e Estéticas,* conforme referência: Caliman, L. V.; Peterle, P. H. S.; César, J. M. (2017). Gestão autônoma da medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais. In A. Leão, A., J. L. G. Santos & Costa-Moura, R. (Orgs.), *Produção de Subjetividade e Institucionalismo: Experimentações Políticas e Estéticas.* (1 ed.). Appris.

INTRODUÇÃO

O aumento do consumo de medicamentos a partir da segunda metade do século XX está ligado a transformações em diversos aspectos da vida contemporânea, tais como o fortalecimento do paradigma biomédico, o crescimento da indústria farmacêutica, a ampliação do acesso aos medicamentos e a intensificação de processos de mercantilização da saúde. Outro importante aspecto envolvido é a medicalização, processo a partir do qual o sofrimento humano e experiências de vida são reduzidos a distúrbios ou transtornos fisiológicos, que se tornam cada vez mais objeto de intervenções farmacológicas (Barros, 2002; Dantas, 2009; Poli Neto & Caponi, 2007). Neste cenário, os medicamentos apresentam-se como estratégia terapêutica privilegiada (quase sempre a única), e com seu campo de atuação em constante expansão.

Entre os psicofármacos mais consumidos atualmente, o cloridrato de metilfenidato, vendido no Brasil sob os nomes comerciais *Ritalina®* ou *Concerta®*, vem recebendo destaque, atraindo atenção de pesquisadores, usuários, farmacêuticos, médicos prescritores, entre outros. *O metilfenidato* é um psicoestimulante cuja principal indicação, nos dias de hoje, consiste no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Apesar de seu consumo crescer em grande parte do mundo, o uso do metilfenidato é marcado por várias controvérsias. Alguns pontos presentes no debate são o consumo do medicamento para aprimoramento da performance cognitiva (*enhancement*) e para fins recreativos (Caliman, 2008; Ortega et al., 2010); e a farmacologização de questões de ordem educacional e seu aparente papel de droga da adaptação ou da integração social (Ehremberg, 2010). No Brasil, a linha tênue que separa e distingue o direito e acesso público ao medicamento do seu excesso e abuso tem sido especialmente debatida, na medida em que o metilfenidato é dispensado publicamente por diversos Estados e municípios brasileiros (Caliman & Domitrovic, 2013). Em 12 de junho de 2014,

a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo publicou a Portaria n.º 986/2014, documento que regulamenta a dispensa do metilfenidato na rede pública de saúde do município. O documento acentua a necessidade de uma avaliação que abarque a complexidade e a singularidade da situação psicossocial do possível usuário, reforçando a necessidade de um tratamento abrangente que não se resuma ao uso da medicação. Segundo o documento, o envolvimento dos pais e consulta com aqueles envolvidos no cuidado da criança, como professores, é indispensável para facultar enfoque consistente e permanente para o tratamento (Secretaria Municipal de Saúde, 2014). A portaria identifica o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) como o local mais apropriado para a realização da dispensa e acompanhamento do tratamento com metilfenidato. Ainda, conclama a importância de tal acompanhamento ser realizado por uma equipe multiprofissional que direcione seu trabalho para o território. Percebe-se, de antemão, a ênfase em um trabalho cogestivo que inclua, além do médico prescritor, os outros profissionais do cuidado, pais, usuários e profissionais de outros setores. Esse protocolo repercutiu rapidamente em publicações de apoio e contestação, demonstrando que as controvérsias sobre esse medicamento acompanham o crescimento de seu consumo. Desde 2007, a Relação de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME) do Estado do Espírito Santo contempla o metilfenidato, resultando em investimento dos cofres públicos para a sua dispensa à população capixaba. Entre os anos de 2009 e 2011, os gastos com a compra apenas do metilfenidato aumentaram em 178%, alcançando o valor de R$ 3.026.167,80 (Caliman & Domitrovic, 2013).

Diante do impacto subjetivo, econômico, social e político do metilfenidato, propomos a realização de grupos de intervenção buscando o compartilhamento da experiência da medicação como um dispositivo potente para aproximar usuários, familiares e profissionais da saúde, visando à cogestão do metilfenidato. No Centro de Atenção Psicossocial da criança e do adolescente (CAPSi) de Vitória,

desejávamos, dessa forma, possibilitar e impulsionar cuidado e gestão compartilhados da medicação, apostando que a decisão quanto ao melhor tratamento se faz em uma composição entre os saberes do usuário e da equipe de referência, numa gestão compartilhada do cuidado (Campos, 2000; Campos & Onocko, 2005).

A partir de parceria firmada com pesquisadores do curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), utilizamos em nossa pesquisa a Versão Brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR), na proposição de grupos de intervenção com profissionais da saúde e familiares de crianças que fazem uso do metilfenidato. No Brasil, o GGAM foi utilizado como dispositivo de intervenção junto aos usuários de medicamentos psicotrópicos atendidos em Centros de Atenção Psicossocial de diferentes regiões do país, profissionais da saúde e familiares. Tal guia foi adaptado (Campos, et al., 2012) a partir de uma experiência canadense que objetivava a promoção de maior protagonismo dos pacientes de saúde mental em relação aos seus projetos terapêuticos, permitindo a eles mais independência. Em 2010, o Guia canadense foi adaptado e validado à realidade brasileira em um projeto de pesquisa multicêntrico, realizado através de uma cooperação entre a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em parceria com a *Université de Montréal*.

Diferente da versão canadense, o foco do GGAM-BR está no fomento da cogestão do uso de medicamentos, sendo utilizado em um dispositivo grupal. O conteúdo do guia divide-se em duas partes. A primeira possui quatro passos, que visam realizar um mergulho nas questões cotidianas da vida dos participantes (seu dia a dia, preferências e dificuldades, a rede de apoio que possui, os motivos de uso da medicação, os efeitos dela sobre seu corpo e sua vida), culminando no debate sobre os direitos dos usuários de saúde mental. A segunda parte traz, em dois passos, uma avaliação do andamento do

grupo, indicando as dificuldades que permaneceram após o processo de discussão do guia, para, então, traçar um plano de ação visando ao enfrentamento dessas barreiras.

O conceito de autonomia desempenha um papel central nas discussões em torno da Cogestão Autônoma da Medicação no Brasil. Sendo este conceito passível de diversas interpretações e usos, devemos compreender o que se entende por autonomia dentro das discussões da estratégia GAM brasileira. Usualmente, a palavra "autonomia" é compreendida num sentido que se aproxima de independência. Neste caso, os indivíduos são considerados "autônomos" quando capazes de realizar as coisas por conta própria, sem depender de terceiros. Nessa perspectiva, a autonomia é um atributo individual. Porém, quando tratamos da Gestão Autônoma da Medicação, damos outro sentido à noção de autonomia. Compreendemos autonomia como a capacidade ou possibilidade de acesso a uma maior variedade de pactuações dentro de uma rede de apoio. Neste sentido, a autonomia é um atributo do coletivo, num sentido oposto ao da independência. Quanto mais um coletivo é capaz de se comunicar e estabelecer pactos entre seus membros, ou seja, quanto maior a capacidade de contrair dependência (vínculo), maior é sua autonomia (Ramos, 2012).

Analisando o formato do GGAM, a proposta do guia, seu conteúdo, os temas abordados e os espaços nos quais sua adaptação foi efetivada, podemos afirmar que o GGAM-BR é direcionado ao público adulto, tendo sido utilizado em dois tipos de grupo: grupo de intervenção com usuários e grupo de intervenção com familiares, contando em ambos com a participação de profissionais da saúde. Sendo o público usuário do metilfenidato predominantemente infantil e atendo-se às especificidades da proposta GAM, optamos pela realização de um grupo GAM com familiares das crianças que fazem uso desse medicamento e com profissionais da saúde que as acompanham.

No CAPSi do Município de Vitória, serviço voltado para crianças e adolescentes que demandam serviços de saúde mental, pactuamos nossa proposta de pesquisa-intervenção. Os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), na Política de Saúde Mental brasileira, visam funcionar como ordenadores da rede de cuidados, tanto acolhendo os usuários e pacientes encaminhados por outras instituições quanto atuando no território, na tecitura de um cuidado que convoca a participação de outras instituições e serviços da rede pública de saúde e de assistência. Esta direção intersetorial é ainda mais central quando se trata do cuidado de crianças e adolescentes. Assim, para Couto e Delgado (2010), a especificidade da Saúde Mental da Criança e do Adolescente está relacionada

> (...) ao trabalho propriamente clínico com crianças que, por natureza, envolve diferentes atores e setores no processo do cuidado (no mínimo a família e a escola; mas, muito frequentemente, a justiça e a assistência social). Esta condição da atenção à infância e adolescência indica a impossibilidade de que um trabalho possa ser conduzido fora de uma articulação intersetorial, ao menos no âmbito das instituições públicas. (p. 97)

A família e a escola surgem aqui como uma "rede mínima" que deve ser considerada, tecida, fortalecida no e pelos dispositivos públicos de saúde mental. Os familiares de usuários da saúde mental, e principalmente no caso de usuários infantis, estão diretamente envolvidos nas ações cotidianas do cuidado, incluindo a administração de medicamentos. A literatura disponível aponta a importância do papel da família no cuidado (Rosa, 2008), a predominância das mulheres nesse papel e a experiência de sobrecarga nessa posição (Campos & Soares, 2005; Cardoso et al., 2012).

Assim, no CAPSI, considerando a importância do cultivo da "rede mínima", apontada por Couto (2012), propomos a realização de grupos com familiares das crianças e adolescentes usuários de metilfenidato, junto aos profissionais de saúde do CAPSi, buscando acessar as experiências de acompanhamento e cuidado das crianças usuárias, permitindo que estas fossem consideradas na formulação

dos projetos terapêuticos, fomentando o protagonismo e a cogestão da medicação por parte desses atores. Articulados com a Política de Saúde Mental para Criança e Adolescentes, buscávamos cultivar o diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo terapêutico das crianças medicadas com metilfenidato, dando especial atenção à experiência do familiar. O espaço de discussão e compartilhamento do grupo proposto visava à inclusão da experiência do familiar e do usuário infantil de forma mais consistente e ativa no projeto terapêutico, possibilitando proposições mais ajustadas às suas realidades singulares, no que tange à gestão da medicação. Queríamos também fortalecer e ampliar as redes de apoio entre as diferentes instâncias envolvidas no cuidado em saúde mental dessas crianças (seja nas relações entre profissionais e familiares, familiares e usuários, pesquisadores e profissionais, e mesmo entre instituições como escola, serviços de saúde mental, unidades de saúde etc.).

Outra direção do trabalho e investimento da intervenção nos grupos era o deslocamento de ponto de vista em relação à experiência da medicação. Esta estratégia de manejo grupal permite que os envolvidos ampliem as posições que normalmente assumem, conseguindo acolher e experimentar novas possibilidades de posicionamento e variações necessárias ao processo de inclusão, o que possibilita a construção da cogestão. Objetiva-se, ainda, visibilizar a experiência do familiar como saber indispensável no manejo da medicação. Esse ator, principalmente no caso infantil, é o responsável pelo cumprimento das propostas do projeto terapêutico, estando diretamente em contato com os efeitos desejados ou indesejados da medicação e mediando as demandas que a escola direciona à área da saúde. Ao mesmo tempo, a proposta do grupo GAM visava à aproximação da experiência infantil de uso da medicação, na medida em que, no manejo dos grupos, era solicitado que o familiar respondesse às perguntas "como se fosse seu filho". Inclusão e atravessamento, portanto, das experiências dos profissionais da saúde (e não apenas o prescritor), dos familiares das crianças, pesquisadores e das próprias crianças na construção de uma cogestão da medicação.

CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Após a apresentação e pactuação do projeto de pesquisa-intervenção em reunião com a coordenação do CAPSi e posteriormente com o seu coletivo de trabalhadores, iniciamos a análise dos prontuários do público atendido nessa instituição para avaliar a relevância da proposição dos grupos GAM sobre o metilfenidato nesse espaço. Constatada a importância e pertinência do problema de pesquisa, passamos a convidar funcionários e familiares de usuários, por meio da entrega de panfletos e cartazes anexados ao mural do estabelecimento, para participar do grupo. Todas essas iniciativas foram fundamentais para pactuar e garantir a realização do grupo.

Os grupos foram planejados para ocorrer semanalmente, de acordo com a disponibilidade do CAPSi. Cada encontro, pactuado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resultou em gravações de áudio e posterior produção, pelos pesquisadores acadêmicos, de uma *Memória intensiva*. Chamamos de *Memória intensiva* um registro textual que busca destacar os analisadores que mais mobilizaram os participantes, num registro intensivo, atento aos afetos que circulam nos grupos e as tensões emergentes. As *memórias* eram lidas e analisadas coletivamente no grupo de supervisão da pesquisa, realizado após cada grupo GAM, permitindo o direcionamento dos encontros futuros. Após análise de todas as *memórias*, foi desenvolvido um texto denominado Primeira Narrativa GAM, que buscou, além de ressaltar os principais pontos trazidos nos encontros, reavivar os tensionamentos experimentados no decorrer dos grupos. Essa Narrativa foi discutida em dois encontros do grupo GAM, junto a familiares e profissionais, até que todos estivessem de pleno acordo sobre a versão final. Posteriormente, essa narrativa foi lida e discutida em uma reunião da equipe de profissionais do CAPSi, decisão acordada pelos integrantes do grupo GAM após a análise conjunta da narrativa. Este capítulo baseia-se, portanto, na experiência

de pactuação da pesquisa com o CAPSi e posterior realização dos grupos GAM até a elaboração de sua primeira narrativa.

Em cada encontro do grupo GAM, recorremos à leitura do GGAM-BR como forma de operacionalizar uma entrevista coletiva (Sade et al., 2013). Esse espaço de entrevista coletiva pretendeu possibilitar a emergência dos diferentes saberes dos envolvidos no cuidado e na gestão da medicação, que muitas vezes permanece focada apenas na figura do prescritor. Isso permite que atores desse processo elaborem em palavras suas ações, apropriando-se delas como um saber. Nesse sentido, o grupo GAM, compreendido como uma entrevista coletiva, não visa acessar uma informação já disponível, conhecida pela pessoa, mas produzir um conhecimento novo, que se dá no próprio ato da enunciação. Acredita-se que

> (...) colocar em palavras a ação de usar os medicamentos não é apenas a transmissão de uma informação; é também a emergência de uma experiência mais autônoma e de uma transformação de si e do mundo. Se a entrevista é também intervenção, é porque a experiência a que ela dá lugar é criadora. (Sade et al., 2013, p. 15)

Assim, o espaço coletivo do grupo possibilita que o saber e as ações dos usuários e familiares no processo terapêutico, que em poucas ocasiões podem ser expressos e considerados no tratamento, sejam, finalmente, enunciados e reconhecidos. Tais enunciações podem também provocar uma mudança nos pontos de vista dos participantes, sejam eles familiares, pesquisadores acadêmicos ou profissionais do CAPs. Nesse processo, pontos de vista mais genéricos, estereotipados e abstratos, por exemplo, "As mães só querem remédio!", ou "A escola só quer laudo e medicamento!"[11] podem ser

11 Fala de alguns profissionais do CAPSi antes da realização do GGAM, referindo-se à solicitação de metilfenidato e laudos pelas mães e pela escola, respectivamente.

desestabilizados, permitindo que os envolvidos reconheçam a singularidade de cada situação, catalisando a emergência de experiências inéditas e possibilitando o diálogo.

Por se tratar de uma pesquisa-intervenção, que ao invés de coletar dados visa ao cultivo de uma experiência e uma interferência nos processos existentes no território da pesquisa (Alvares & Passos, 2009), faz-se necessário também acompanhar e analisar os efeitos dos grupos GAM que se desdobram para além dos momentos de encontro no grupo, e que alcançam modificações na existência mais ampla desses sujeitos, na maneira como se constituem na relação consigo e com os outros, bem como nos modos de organização do trabalho presentes no CAPSi, envolvendo assim os profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas três reuniões realizadas para apresentar e pactuar a realização da pesquisa com a coordenação e o conjunto de trabalhadores do CAPSi, a coordenação, em consonância com a proposta da pesquisa, pontuou que estávamos lidando com um tema de relevância para a instituição, uma vez que, embora prioritariamente direcionado para o acolhimento de transtornos mentais graves, os CAPS infantis têm lidado cotidianamente com o encaminhamento de crianças, principalmente das escolas, com outras demandas e questões. Os chamados "problemas de aprendizagem" e de conduta, os "casos leves", têm constituído parte relevante (e talvez a mais numerosa) das demandas que chegam ao CAPSi, muitas vezes tendo os casos já sido diagnosticados e medicados previamente. No CAPSi de Vitória, esse cenário não é diferente. Atento a essa problemática, Elia (2013) adverte que, embora os CAPSi não sejam voltados para "casos leves", que poderiam ser atendidos em ambulatórios e na atenção básica, é preciso observar que se o CAPSi se

> (...) desobriga desses casos, ele perde sua função ordenadora da rede, e em pouco tempo teremos uma rede de saúde mental novamente medicalizada, ambulatorizada, sanitarizada. Se é de saúde mental que se trata, o CAPS deve se envolver, mas não para tratar, absorver o caso na agenda de sua equipe de profissionais e em suas atividades quotidianas". (Elia, 2013, para. 16)

Couto (2012), em sua análise sobre a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA), também destaca a importância do CAPSi como promotor de ações de cuidado que devem se precaver contra a medicalização e redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como saúde mental. A autora adverte ainda sobre o perigo das práticas de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente (Couto, 2012).

No que tange ao TDAH, para o psicanalista Luciano Elia (2005), esse transtorno compõe mais de 50% dos casos atendidos em CAPSi. Em Vitória, após análise do total de 374 prontuários do arquivo físico do CAPSi, encontramos em 43 deles menções de uso de Ritalina ou diagnóstico de TDAH. Assim, a partir desta primeira lista de nomes de usuários, passamos a convidar os familiares de crianças que faziam (ou já tinham feito) uso de Ritalina ou eram diagnosticadas com TDAH para participar dos grupos, junto a profissionais do serviço. O grupo GAM realizado no CAPSi teve seu primeiro encontro em dezembro de 2013 e ainda segue com encontros semanais, adequando-se à disponibilidade da instituição. A análise a seguir aborda algumas das problemáticas que se destacaram como experiências vividas desde o primeiro encontro com a instituição até o fechamento da versão final da Primeira Narrativa GAM.

Contamos nesse período com a participação de oito familiares, sete profissionais de saúde, cinco graduandos do curso de Psicologia da UFES e três pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES). Os familiares eram, em sua maioria, mães das crianças e adolescentes que utilizavam o

medicamento. Entre os profissionais, tivemos a participação de uma funcionária da antiga Casa de Acolhimento Transitório para público Infantojuvenil (CATIJ) de Vitória e duas psicólogas do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas do município da Serra. Os outros profissionais participantes atuavam no próprio CAPSi (psiquiatra, psicólogo e assistente social). Os pesquisadores acadêmicos participantes alternavam a função de manejo e registro do grupo.

Nos primeiros encontros do grupo GAM, trabalhamos a primeira parte do guia, denominada "Sua Qualidade de Vida". Abordamos, em sua totalidade, os três primeiros passos do guia, respectivamente: "Conhecendo Um Pouco Sobre Você", "Observando a Si Mesmo" e "Ampliando a sua Autonomia", e iniciamos o quarto passo, chamado de "Conversando Sobre os Medicamentos Psiquiátricos". Na medida em que as perguntas do GGAM-BR são destinadas aos usuários dos CAPS (normalmente adultos) e, em alguns momentos, abordam temas como trabalho, vida amorosa, renda pessoal, dentre outros, que não possuem a mesma centralidade na experiência infantil, nos grupos realizados no CAPSi buscávamos pensar e decidir coletivamente qual tema, de fato, poderia ocupar lugar de centralidade na experiência infantil. Ao fazer isso, por um lado, colocávamos em análise o próprio dispositivo de trabalho utilizado, o guia, validando-o e fazendo-o aproximar-se cada vez mais das especificidades que tange a crianças e adolescentes, por outro lado, o grupo exercitava já ampliar os pontos de vista sobre a experiência infantojuvenil debatendo as questões que interessariam, levando em conta esses usuários. Além disso, debater o próprio GGAM e ampliá-lo, ensaiando-lhe outras pertinências, contribuiu para o exercício da gestão participativa (cogestão).

O manejo do grupo sugeria que os participantes respondessem às perguntas do guia "como as crianças responderiam", buscando realizar assim uma mudança e ampliação de ponto de vista quanto à posição que normalmente ocupam no cuidado desses usuários. Esse movimento visava também trazer o foco à experiência do usuário infantojuvenil,

bem como à relação que os familiares e profissionais da saúde estabeleciam com eles, especialmente no que se referia ao manejo do metilfenidato. Para os princípios da Política de Saúde Mental brasileira, a criança e o adolescente devem ser considerados como sujeitos psíquicos e de direitos, capazes de formular suas próprias demandas, tendo na família a principal referência de acolhimento (Couto, 2012). Nesse sentido, os grupos GAM visavam produzir e cultivar o surgimento da criança como sujeito de direitos, através da convocação da experiência infantil na cogestão da medicação.

Ao longo dos grupos GAM, foi possível construir um conhecimento compartilhado sobre a vida das famílias e sua experiência de acompanhar e cuidar das crianças que fazem uso do metilfenidato e do próprio CAPSi. Nesse sentido, o grupo buscava não simplesmente coletar informações acerca da vida dos participantes, mas cultivar um processo de conhecimento de si e do outro e de produção conjunta de saberes como parte de uma política e ética de cuidado. Apropriar-se de sua própria experiência reconstituindo-a nesse processo ao deixar-se atravessar pela experiência do outro, seja ele a criança que toma o medicamento ou um outro familiar, profissional ou pesquisador, era um dos objetivos que guiava o manejo do grupo.

A aproximação da experiência infantil era cultivada pelo grupo em diferentes momentos. Como exemplo, temos a iniciativa das mães em perguntar diretamente aos seus filhos as questões do guia, movimento disparado pelo e no próprio grupo. O exercício de "responder às questões do guia como se fosse a criança" criou um problema novo para as mães presentes. Era comum falas tais como: "não sei o que ele responderia"; "não dá para se colocar no lugar dela, porque a criança pensa muito diferente de nós"; "vamos sempre responder do nosso lugar". Ainda assim, respostas eram dadas, tentativas de se colocar no lugar da criança foram feitas, mas tal sentimento despertou a curiosidade das mães quanto ao que seria a "real" resposta de seus filhos. O cultivo de abertura ao outro nos grupos fez com que muitas mães criassem momentos em casa nos quais o guia GAM era

lido com a criança e por ela respondido. Esse movimento possibilitou uma efetiva aproximação da experiência infantil, que pode ser enunciada pela criança e acolhida pelas mães, que eram surpreendidas com as respostas, quase sempre diversas daquelas que as mães davam quando se colocavam no lugar da criança.

Consideramos esses movimentos como indicativos de modificações ainda que sutis nos pontos de vista de familiares e mesmo de profissionais. Um ponto de vista é muito mais que "um jeito de ver as coisas", pois se traduz também como modo de existir, de se experimentar como sujeito e de estabelecer relação com os outros. Vejamos então que quando um ponto de vista sofre deslocamento, o da mãe, por exemplo, ao perguntar a si mesma sobre a experiência do(a) filho(a) criança na relação com a medicação (primeiro movimento realizado no grupo) e depois ao perguntar à própria criança, disponibilizando-se a escutá-la (segundo movimento desdobrado a partir do processo grupal), o que acompanhamos é mais do que fazer coincidir ponto de vista da mãe e da criança, ou simplesmente a incorporação pela mãe do ponto de vista da criança. O que está em jogo é a própria ampliação dos pontos de vista, dos modos de existir com os outros.

Aspirava-se, neste caso, que tal experimentação equivocasse aspectos instituídos da relação entre adulto/criança, cuidador/sujeito do cuidado e possibilitasse, como apontam Passos e Eirado (2009), uma variação cujo grau vai de um ponto de vista vivido como proprietário, ou propriedade, com baixo grau de abertura e referência em si a pontos de vista não proprietários ou não vividos como propriedade, em que há aumento do grau de abertura e referência no coletivo. Nessa experiência, portanto, não se pretende a abolição dos pontos de vista, mas ensaiar movimentos de abertura em relação ao sujeito ensimesmado, individualizado, por decorrência, em sofrimento. Por isso também a importância do processo grupal que encoraja sair de modos de pensar e de agir já muito acostumados nos sujeitos. O manejo grupal implica exatamente esse encorajamento, convidando à multiplicação dos pontos de vista da criança, do familiar, do profissional, do pesquisador, ao

mesmo tempo que dissolve as separações entre estes, fazendo-os se abrir, atravessar, se comunicar e se recriar nesse encontro.

Ressaltamos ainda quanto a esse ponto que seria possível mapear e analisar também modificações nos pontos de vista de profissionais e da própria instituição a partir dos encontros grupais e da leitura em reuniões de equipe da Narrativa produzida pelo grupo. Lembramos que é previsto e desejado na proposta da estratégia GAM e dos grupos GAM a participação dos profissionais de saúde junto aos pesquisadores, familiares e/ou usuários. Contudo, privilegiamos neste capítulo a análise das questões relacionadas aos familiares, fazendo apenas um recorte entre muitos outros possíveis. Visando fortalecer a família como principal referência de acolhimento (Couto, 2012) e, ao longo dos encontros, percebendo a importância dos familiares no cuidado infantojuvenil, considerando ainda a necessidade de uma maior produção acadêmica sobre o tema, escolhemos este aspecto como ponto central de análise deste estudo. Assim, apresentaremos as discussões e conclusões em dois eixos principais. O primeiro eixo será o da *Experiência dos familiares,* no qual abordaremos questões levantadas no grupo GAM focando os familiares. O segundo eixo traz como tema os *Efeitos do Grupo GAM,* e nele indicaremos algumas interferências produzidas no e pelo grupo, que ultrapassam o espaço do próprio grupo, afirmando sua potência como dispositivo que tensiona lugares estabilizados e possibilita a lateralização das experiências. Vale destacar que o exposto se refere ao que foi considerado pertinente para esse grupo de intervenção específico, situado local e historicamente. Assim, não pretendemos generalizar os conteúdos aqui produzidos a todos os familiares e usuários do metilfenidato.

A EXPERIÊNCIA DOS FAMILIARES E OS EFEITOS DO GRUPO GAM

Inicialmente, quando propomos a realização do grupo GAM sobre a experiência do metilfenidato para os profissionais do CAPSi, foi

comum surgirem falas tais como: "as mães só querem Ritalina!", "se vocês disserem que é um grupo que vai dar Ritalina, vai aparecer um monte de gente", "a mãe só quer laudo". A experiência do familiar comparecia, muitas vezes, de forma generalizada e reduzida à busca de laudos e medicamentos.

No grupo, na medida em que cultivamos um espaço de compartilhamento, as falas dos familiares revelavam a complexidade de suas demandas, que ultrapassavam a questão específica da medicação e do laudo, embora também se remetesse a ambos. Era muito presente na experiência compartilhada pelas mães a sensação de sobrecarga de ter que "*dar conta de tudo sozinha*". Essa sensação não resultava somente do cuidado dos filhos nas questões relativas à gestão da medicação. Administrar a medicação era uma atribuição entre outras, como cuidar da casa; dar conta dos problemas de saúde através de verdadeiras "vias-sacras" em busca de serviços e profissionais; responder às diversas demandas da escola, que produziam um efeito culpabilizador nas mães, responsabilizando-as pelos "problemas dos filhos"; cuidar do marido etc. As mães relatavam ainda o peso de ter que tomar sozinha decisões sobre os filhos, sentindo-se inseguras, já que diferentes instâncias, com seus inúmeros pontos de vista e direcionamentos políticos, como a escola, a saúde, o judiciário e mesmo a mídia, expressam posições conflitantes, deixando dúvidas quanto à melhor direção a seguir. Essa sensação de desconfiança e insegurança é acentuada por considerarem que o público infantojuvenil está ainda em crescimento, restando muitas incertezas sobre os efeitos a longo prazo das decisões tomadas, especialmente no que tange à administração do metilfenidato. Ainda assim, em muitos casos, ministrar a Ritalina representava uma alternativa temporariamente apaziguadora do excesso de funções e atribuições, uma vez que "permitia" que as tarefas da casa fossem realizadas sem a interferência da criança.

Apesar de não falarem diretamente de autonomia, fica claro na experiência evidenciada pelas mães o peso de terem que decidir sozinhas sobre o que fazer com seus filhos. Nesse sentido, a independência

não contribui para que se sintam mais aliviadas ou mais seguras. Não saber se estão fazendo o melhor para o filho e terem que decidir sozinhas produz um sentimento de desamparo, vivenciado solitariamente. Apesar do contato com médicos, profissionais da educação, da saúde, vizinhos e parentes, a sensação de sobrecarga e isolamento permanece. Ou seja, a presença de uma "suposta" rede não traduz seu funcionamento como apoio e sustentação para os importantes movimentos de autonomia.

Outro ponto de incômodo e sofrimento para os familiares do grupo eram os comentários tecidos sobre seus filhos, taxados de mal-educados, seja pela escola, por vizinhos e mesmo por familiares que insinuavam que a forma de agir da criança resultava da negligência de seus familiares, que não sabiam impor limites aos comportamentos agressivos, questionadores e agitados. Esse fator, em alguns casos, mobilizou a busca pelo laudo psiquiátrico como forma de comprovar medicamente a dificuldade dos filhos, legitimando o problema vivido cotidianamente por cada uma delas, fora da esfera culpabilizante e moralizadora.

Percebemos no grupo que a escola, como espaço de socialização e aprendizado, era, na maioria das vezes, a fonte das queixas sobre os comportamentos dos filhos. Os conflitos tinham motivos variados, como agressividade, desatenção, dificuldade para ler ou escrever, ou inquietação. A tensão vivida na escola também disparava a busca por laudo ou medicação, por vezes demandados pela própria escola. Em alguns casos, o objetivo era apaziguar conflitos no ambiente escolar, considerando que a medicação deixaria as crianças mais quietas. Em outros, o laudo era desejado por possibilitar recursos especiais, como o acompanhamento de um estagiário da educação especial, ao provar que haveria uma dificuldade legítima, porque médica, ao lidar com aquela criança. Em outras situações, o laudo e/ou medicamento eram diretamente requisitados pela escola para possibilitar a permanência ou retorno do aluno ao ambiente escolar, em casos considerados mais extremos.

No relato das mães, era pontuado quase sempre de forma intensa que a busca pela medicação e/ou laudo envolveu, em certos casos, percursos complicados em vários serviços de saúde e clínicas privadas, chegando inclusive a assumir dívidas com agiotas para dar conta das despesas contraídas na rede privada. Os profissionais do CAPSi posicionavam-se quase sempre problematizando a demanda pela Ritalina e pelo laudo psiquiátrico. Tal problematização chegava para as mães como uma "recusa" em prescrever o metilfenidato. Para as mães, "o CAPSi não prescreve Ritalina". Ainda assim, muitas delas continuavam na instituição, mas iniciavam uma "via-sacra" paralela para conseguir acesso a outros médicos que prescrevessem o medicamento.

Nos grupos GAM realizados, um espaço de confiança foi sendo coletivamente criado para que fosse possível interrogar: "O que diz a demanda por Ritalina?" e "Por que não a Ritalina?". Percebemos no grupo que a procura por laudos ou medicamento por parte da família não poderia ser vista como sinônimo, necessariamente, do desejo por uma solução imediata para o problema, ou uma fuga da responsabilidade por parte das mães. Por outro lado, mesmo nos casos em que o diagnóstico e o medicamento eram demandados, permaneciam dúvidas quanto à pertinência ou à eficácia do tratamento em questão, embora estas fossem justificadas como formas de garantir o acesso à educação e aos direitos dos usuários. Ao mesmo tempo, a "recusa" do CAPSi em prescrever o metilfenidato pôde ser problematizada, discutida, coletivamente debatida, não sem tensões ou controvérsias. O grupo visava criar espaços nos quais tais tensões pudessem ser sustentadas, expressadas, deslocadas.

No grupo, a medicação surgia como ponto constante de controvérsia, fazendo variar seus sentidos. Em um mesmo caso relatado por uma mãe, a Ritalina era descrita como algo que contribuía para a inserção do filho na escola, facilitando sua participação nas atividades coletivas, ao mesmo tempo que fazia com que a criança se sentisse "presa" em sua forma de expressar-se e comportar-se. O relato era multiplicado pela fala dos profissionais. Uma das psicólogas do

CAPSi apontava uma sensação de mudança na postura dessa criança sob efeito de Ritalina, dizendo que ela perdia sua espontaneidade. Mas é somente quando a própria criança, ao responder as perguntas do GAM em casa com a mãe, expressa esse mesmo sentimento de sentir-se "presa" sob efeito do metilfenidato, que o impacto desse comentário adquire outro peso para a mãe, fazendo-a considerar essa transformação com mais atenção, demonstrando a importância do comparecimento da experiência do usuário infantil no manejo da medicação.

A demanda pelo laudo e diagnóstico foi outro aspecto que, no grupo, pôde ser desestabilizado, na medida em que as controvérsias em torno dos seus efeitos podem ser sustentadas. O laudo foi considerado importante principalmente por possibilitar o acompanhamento de um estagiário da educação especial para o aluno diagnosticado, bem como para comprovar a existência da necessidade de intervenção perante a escola, vizinhos e parentes. Mas nem por isso seus efeitos indesejáveis deixavam de ser pontuados e considerados. Percebemos que a busca por medicação ou laudo não indica, necessariamente, uma desresponsabilização do familiar, no sentido deste buscar uma resposta fácil para a questão. Em alguns casos, as mães procuravam esses recursos por pressão da escola, em outros, pelos efeitos percebidos, como forma de contribuir para a adaptação de seus filhos ao ambiente escolar, para a garantia de direitos, entre outros. Vemos aí uma situação complexa que atravessa o âmbito médico, pedagógico e jurídico, sem distingui-los.

Ao longo dos encontros, o reconhecimento das redes de apoio por parte das mães alterou seus discursos e posicionamentos, seus pontos de vista. Inicialmente, muito focadas na dificuldade em decidir sozinhas sobre como lidar com seus filhos, puderam constatar, a partir de suas próprias respostas e as respostas dos filhos, que existem relações nas quais há uma corresponsabilização por essas crianças. Reconhecer a presença da rede de apoio foi fundamental para perceber que é possível distribuir o cuidado. O próprio CAPSi passa

a comparecer como um espaço que oferece apoio de diversas formas, tanto pelo atendimento de profissionais quanto pela possibilidade de contato com outras mães em situações semelhantes. O CAPSi torna-se presente nas falas das mães como um espaço de cuidado, uma rede de apoio com que se pode contar para partilhar o cuidado dos filhos.

Um exemplo da interferência do grupo nesse reconhecimento pode ser percebido num momento de surpresa de uma das mães. Ela chega ao grupo agitada, inquieta com as respostas de seu filho às perguntas do GGAM-BR. Quando perguntado "de quem você se sente mais próximo?", o filho responde primeiramente seu pai, em segundo lugar seu irmão, trazendo a mãe somente em terceiro lugar. A mãe, inicialmente, se inquieta com essas respostas, já que considerava que ela seria a mais próxima, por entender que *fazia tudo* no que tange aos cuidados de seu filho.

Inicialmente, ao compartilhar com o grupo, ela vê essa resposta mais como um desejo do filho do que como uma afirmação de sua experiência, como se o filho desejasse que o pai estivesse mais próximo. Essa perspectiva modula-se ao longo dos encontros, passando à análise da diferença do lugar de cuidado entre mães e pais, cabendo às mães, em grande parte, estabelecer limites e, aos pais, realizar as vontades dos filhos. Por fim, a experiência do filho contribui para o reconhecimento do pai como um aliado no cuidado dessa criança, permitindo que a mãe questione sua própria percepção de solidão e desamparo, fazendo-a buscar o fortalecimento desse vínculo de cuidado, inclusive permitindo novos acordos com o pai. Consideramos que neste ponto fica reforçada a importância da experiência do usuário, bem como do deslocamento de ponto de vista possibilitado pelo grupo. Tal deslocamento diz inclusive da experiência de sobrecarga e solidão compartilhada pelas mães, que é acolhida, mas também problematizada, na medida em que a sobrecarga, em seus efeitos de sofrimento, também diz da dificuldade circunstancial ou prolongada de colocar em análise os pontos de vista enrijecidos (nossos, dos outros ao redor, das instituições, de modo geral), de não tomá-los

como verdadeiros e definitivos a respeito da experiência das crianças ou do cuidado. A sobrecarga pode ser equivocada na relação com os familiares em seu sentido pessoalizante – (diz-se à mãe que a criança é de *sua* responsabilidade, por sua vez, acreditando nisso, a mãe desdobra-se e sobrecarrega-se para fazer o máximo possível na efetivação do cuidado que lhe cabe) –, pois o problema, qualquer que seja ele, que o filho apresente comporta forças de construção que estão aquém e além do sujeito, são também coletivas. Uma criança que para poder ir à escola precisa ter um lado e/ou estar medicada não pode ter sua experiência analisada de modo individualizado, pois seu sofrimento também tem relação com certa educação que produzimos em nosso tempo, bem como com determinadas formas de pensar a mulher, o homem, a saúde e doença, a normalidade, de diagnosticar, de tratar, cuidar e educar. O trabalho no manejo grupal e a aposta na Estratégia GAM realizam-se nessa operação que é clínica e política, em que cuidar é também ampliar os fios de análise disponíveis, de modo que o sofrimento seja recolocado nas tramas coletivas que o estão produzindo.

Ainda analisando essas tramas complexas e amplas disparadas pela questão do uso da medicação, outro ponto central trazido pelas mães foi a dificuldade em compreender as decisões de médicos prescritores sobre o tratamento e a dificuldade de comunicação com esses profissionais. Uma frase marcante para o grupo foi "por que os médicos não falam a mesma língua?". Muitas vezes, as mães recorriam a mais de um médico como uma estratégia para garantir o acesso à medicação e ao laudo. As diferentes perspectivas entre os médicos causam confusão às mães, deixando-as inseguras quanto ao rumo a tomar. Os profissionais de saúde, muitas vezes acionados após pressão da escola, não figuram necessariamente, na perspectiva das mães, como parceiros no tratamento, tendo como função principal possibilitar o acesso ao laudo e/ou à medicação. Dessa forma, o contato com psiquiatras, em muitos casos, acontece esporadicamente, em encontros rápidos, nos quais os familiares não são capazes de discutir as suas

dúvidas, angústias e esperanças sobre o tratamento e a medicação. Isso ocasiona episódios de confusão e desamparo para os familiares.

Como exemplo, uma mãe relata que após alterar a medicação do filho por recomendação médica em uma consulta, percebe efeitos danosos sobre o usuário, como sonolência e salivação excessiva. Sua próxima consulta ocorreria apenas após três meses, não havendo a possibilidade de perguntar ao prescritor a melhor forma de proceder. Essa falta de acompanhamento é apontada como possível motivo para mudanças por conta própria no uso da medicação, levando à automedicação. Esse exemplo esclarece o porquê o acompanhamento psiquiátrico, em muitos momentos, não diminui a sensação de isolamento no tratamento.

Em nosso grupo, as questões relativas à prescrição possuem uma característica peculiar, devido ao posicionamento do CAPSi em não prescrever metilfenidato, mesmo sob pedido das mães. Algumas dessas mães recorreram a psiquiatras em outros serviços para garantir a medicação. Essa questão foi levada à reunião de equipe do CAPSi, depois dos encontros do grupo GAM, dando visibilidade aos incômodos das mães diante de tal direção institucional. Esse posicionamento do CAPSi, inicialmente, era percebido por algumas mães como descaso, como se a instituição estivesse considerando que seus filhos não possuíam uma dificuldade séria, nas palavras das mães, vendo-os apenas como "*agitadinhos*". Durante os grupos, as mães tiveram a possibilidade de expressar seu incômodo quanto a esse posicionamento, e os profissionais do CAPSi, inclusive o médico prescritor, também puderam expor seus motivos para buscar alternativas e resistir à medicação. Mesmo não chegando a um consenso, já que este não é o objetivo do grupo, essa exposição dos motivos, tanto da busca pela medicação quanto pela resistência em prescrevê-la, permitiu que os participantes percebessem novos nuances nessas relações, podendo abandonar posições genéricas e totalizantes como "Os familiares só querem laudo e medicamento" ou "O médico não se importa com as nossas dificuldades e acha que nossos filhos não têm nada!",

opiniões estas que dificultavam o diálogo em busca de acordos ajustados às necessidades únicas de cada usuário.

Por outro lado, as mães continuam indo ao CAPSi, apesar da não prescrição do medicamento. Isso indica que o interesse das mães neste espaço se estende para além das especialidades psiquiátricas. Outra evidência desta importância da instituição comparece na resposta de uma das crianças à pergunta "quem cuida da sua saúde?" (pergunta do guia), a qual responde com o nome de um dos profissionais do CAPSi, trazendo também outros profissionais de diferentes instituições. Essa resposta novamente surpreende a mãe da criança, que considerava que ela a apontaria como a principal responsável. Novamente esta surpresa contribuiu para flexibilizar as noções da mãe sobre as responsabilidades no projeto terapêutico, reforçando a importância dos serviços de saúde nos cuidados dessas crianças.

As mães comentam também sobre oficinas que aconteciam no CAPSi. Segundo elas, saber que não sofrem sozinhas, que existem outras pessoas passando por dificuldades semelhantes, ou mesmo maiores, é um alívio. Vemos aqui como é importante para esses familiares serem acompanhados. Mesmo que as outras mães não participem do cotidiano uma das outras, que não se encontrem fora do CAPSi, há a produção de um *alívio* por compartilharem situações semelhantes. Os outros grupos de mães também surgem como um espaço que possibilita o compartilhamento de experiências.

Percebemos, como efeitos do grupo GAM, deslocamentos subjetivos em diferentes âmbitos. Algumas mães aproximaram-se dos filhos a partir das perguntas do guia, realizando perguntas novas e ouvindo respostas inusitadas. Consideramos que essa conversa pode fortalecer os vínculos entre familiares e usuários, colocando-os em contato num espaço de troca, que possibilita a dissolução das posições tradicionais e a inclusão de suas experiências singulares nas decisões que direcionam o cuidado.

Na fala das mães, muitos filhos eram considerados como *mais novos do que realmente são*, sendo imaturos e incapazes de realizar

atividades que outras crianças da mesma idade conseguem fazer. Por vezes, familiares e profissionais comentavam sobre essas crianças como alienadas ao que acontece com elas, estando sujeitas às decisões dos adultos. Em muitos momentos, essas crianças surgiam como alheias aos seus próprios tratamentos, consideradas inaptas para participar ativamente de seu projeto terapêutico. Com o desenrolar dos encontros e, principalmente, com a resposta dos filhos sobre o que os levou a tomar a medicação, onde reconheciam que iniciaram o tratamento medicamentoso porque sofriam, pois percebiam que incomodavam os outros, mostrando que não estão alheios ao tratamento, as mães perceberam que eles têm seus próprios saberes sobre seu sofrimento, suas dificuldades e facilidades, podendo contribuir para uma decisão mais acertada quanto ao rumo do tratamento.

Algumas mães também se surpreenderam com a possibilidade de conversar com seus filhos sobre a medicação, uma vez que não haviam pensando nessa possibilidade antes que a proposta surgisse no grupo GAM. Assim, são também práticas de infantilização e tutela, invisíveis tantas vezes, que puderam ser estranhadas. A criança sabe, por consequência, que também pode participar do cuidado.

Ao incluir profissionais e familiares, o grupo configura-se como um espaço de diálogo aberto que permite enunciações que não caberiam no contexto das consultas tradicionais. Isso causa tanto uma aproximação dos profissionais da experiência da família quanto atua no sentido oposto, colocando o familiar em contato com a experiência do profissional. A partir desse encontro, familiares e profissionais experimentam outra forma de contato, permitindo que reconheçam limitações e dificuldades em ambos os lados. Durante as discussões sobre a Primeira Narrativa GAM, uma das mães afirmou que teve a possibilidade, nesses encontros, de fazer comentários, afirmações, perguntas e esclarecer dúvidas que a incomodavam e que não tinha a chance de expressar.

Após a produção da Narrativa GAM, o grupo decidiu levá-la para a reunião de equipe do CAPSi. Ao ler essa narrativa para a

equipe, trazemos alguns apontamentos sobre o próprio funcionamento do CAPSi, numa análise coletiva entre mães, profissionais e pesquisadores. Essa intervenção na reunião levantou discussões sobre algumas práticas da instituição no que tange à prescrição medicamentosa, disparando um processo de análise coletiva. Desse momento de leitura também surgiram convites para o comparecimento em escolas para apresentação do grupo, participação em reunião de pais e em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Percebemos que, além do fortalecimento de vínculos entre equipe e familiares, o grupo GAM possibilita ações cogestionadas, que visam interferir na própria rede de saúde e nos serviços aos quais os familiares têm contato, fomentando a participação ativa destes nos espaços em que circulam.

Os Grupos GAM no CAPSi de Vitória continuam sendo realizados paralelamente a iniciativas de articulação com a educação e outros espaços de saúde e atenção psicossocial. Como parte dos desdobramentos desta pesquisa, podemos comentar a realização de um Seminário de Pesquisa que reuniu pesquisadores de grupos GAM da UFF, membros da Gerência da Assistência Farmacêutica Estadual, da Secretaria de Educação do município de Vitória e da rede de saúde mental, do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), para discutir os andamentos desse projeto, buscando promover o diálogo entre essas instituições, possibilitando, assim, novas articulações na rede de saúde pública do município.

A intervenção com o guia GAM produziu efeitos visíveis no reposicionamento dos familiares diante dos profissionais de saúde, de seu próprio posicionamento no projeto terapêutico, na relação com seus filhos e parentes. Neste sentido, reconhecemos que este estudo reforça os princípios da atenção psicossocial, tendo a autonomia como direção do tratamento, estimulando a participação cidadã e o protagonismo do usuário e de sua rede social. A pesquisa contribuiu também na aproximação entre as realidades do serviço de saúde e dos familiares participantes do grupo. O grupo possibilitou que alguns incômodos dos familiares e usuários fossem expressos e

levados à reunião de equipe do CAPSi através da Primeira Narrativa GAM. Percebemos também que o comparecimento da experiência dos usuários, mesmo na voz dos familiares, demonstra-se potente para transformar a perspectiva tanto de familiares quanto dos profissionais. Constatamos a partir do vivido que são necessárias mais iniciativas que considerem as experiências dos usuários, seja de público adulto ou infantil, bem como a de sua rede social. Esta configuração psicossocial deve ser considerada para que o tratamento seja consistente, possibilitando, a longo prazo, a apropriação do usuário de seu estado de saúde e garantindo que ele participe ativamente nas pactuações sobre seu tratamento.

REFERÊNCIAS

Alvares, J., & Passos, E. (2009). Cartografar é habitar um território existencial. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Sulina.

Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo Biomédico?. **Saúde e Sociedade, 11**(1), 67-84.

Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo, 13**(3), 559-566.

Caliman, L. V., & Domitrovic, N. (2013). Uma Análise da Dispensa Pública do Metilfenidato no Brasil: O Caso do Espírito Santo. **Physis: Revista De Saúde Coletiva, 23**(3), 879–902. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&nrm=isoCampos, G. W. S. (2000). **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. Hucitec.

Campos, G. W. S., & Onocko, R. C. (2005). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica** (pp. 86-107). Hucitec.

Campos, P. H. F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. rev., 11**(18), 219-237. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso

Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16**(43), 967-980. http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf

Cardoso, L., Galera, S. A., & Viera, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta paulista de enfermagem, 25**(4), 517-523.

Couto, M. (2012). **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)** [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Arquivos NUPPSAM. https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Tese-Politica-SMCA-especificidades-e-desafios.pdf

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares (1). In E. Lauridsen-Ribeiro, & O. Y. Tanaka (Orgs.), **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS** (1 ed., pp. 271-279). Hucitec.

Dantas, J. B. (2009). Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia, 21**(3), 563-580.

Eherenberg, A. (2010). **O Culto Da Performance** (P. F. Bandassolli, Trad.). Ideias & Letras.

Elia, L. (2013). **Centro de Atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. Fala realizada no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade. Centro de convenções Rebouças, São Paulo.

Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., & Ferreira, C. P. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 14**(34), 499-512. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003

Passos, E., & Eirado, A. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Orgs.), **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Sulina.

Poli Neto, P., & Caponi, S. N. C. (2007). A medicalização da beleza. **Interface, 11**(23), 569-584.

Ramos, J. F. C. (2012). **A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal

Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. https://app.uff.br/slab/uploads/2012_d_Julia.pdf

Rosa, L. C. S. (2008). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista 11**(18) http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/232

Sade, C., Renault, L. R. B., Melo, J. J. M., & Passos, E. (2013). O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como Entrevista coletiva. **Ciênc. saúde coletiva, 18**(10), 2813-2824. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000006

Secretaria Municipal de Saúde. (2014). Gabinete do Secretário. **Portaria Nº 986/2014, de 12 de Junho de 2014**. Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, Nº 109 (p. 19).

Carta de uma mãe: Grupo de Intervenção Familiar – GIF

Karla Rosa Guimarães

GAM,
G arantia de cuidado
A mizade
M uita cumplicidade

Esse grupo tem médicos, pesquisadores, psicólogos, pais, filhos e mães. Esse grupo começou falando sobre a Ritalina e quais eram seus efeitos na vida dos nossos filhos. Mas aí, com o tempo, vimos que as questões eram para além da medicação. Daí entraram as *Redes de apoio. Escola. Esporte. Saúde. Lazer.*

Lembro como se fosse ontem quando Gabriel recebeu o diagnóstico: Q.I. baixo, autismo e hiperatividade. Fiquei confusa. Foi

complicado. A Gleidiomar (mãe participante do GAM) também vinha com as questões do Adryan: as dificuldades na escola, em casa. Também tínhamos a mãe da Kaylane, esta só é agitada, não toma remédio.

Daí começamos a nos movimentar e procurar redes de apoio. Eu coloquei Gabriel no Clube Álvares Cabral e ele começou a fazer futebol, vôlei, basquete e natação. Era de segunda à quinta, duas vezes na semana. Ele também foi para a Associação dos Amigos dos Autistas do Estado do Espírito Santo (AMAES), pois o médico falou que a psicóloga comportamental ajudaria.

Ju – outra mãe participante do GAM –, achou que eu iria me esquecer de você? Só que não! [risos]. A Ju também vinha com as questões do filho com a escola, sobre o comportamento dele... vivia uma vida agitada, sem a oportunidade de olhar para si mesma.

Nessa época, precisávamos de alguém de confiança para nos ouvir. Estávamos nos movimentando, mas ao mesmo tempo paralisadas, sem saber o que fazer. Sem autoestima, sem fazer cabelo e unha, sem estar bonita... A autoestima faz a gente olhar para frente, conseguir enxergar o futuro e conseguir enxergar o horizonte.

Muitas de nós nos sacrificamos para estar no Grupo GAM porque sabíamos que ia valer a pena! Quando chegamos aqui, pudemos desabafar, chorar e falar o que pensamos sem medo de tudo isso ser levado para o pessoal.

Por que relembrei essas coisas?

Lu e Drica, é lógico que o grupo não está do jeito que começou, mas é para lembrar que foram três anos de muito cuidado. Nele, estávamos: eu, Luciana, Natália, Joyce, Luana, Pedro, Marcelo, Renata, Rui, Maristela, Gledi, Jussara e outros que entraram ou fizeram parte.

Também tivemos o Seminário da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a palestra com a Secretaria de Educação... participamos de muitas coisas. Também crescemos!

O grupo foi se refazendo... alguns saíram, outros entraram e fortaleceram nossa rede de apoio. Hoje somos: Tércia, Karla, Maristela, dona Rosário, Gleidiomar, Jussara, Esmeralda, Alex, Adrielly, Luana e Jana.

Quero dizer que, para nós, vocês foram muito importantes; fizeram a gente se reinventar mesmo sem ter forças. Ouviram, sentiram, se colocaram em nossos lugares e nos defenderem frente às dificuldades!

Nós gostaríamos de dizer muito obrigada! Valeu a pena. Nossas vidas se harmonizaram e hoje as temos ao nosso controle. Entendemos mais os nossos filhos, mas, principalmente, olhamos mais para nós. Hoje temos o controle – não de tudo – de nós mesmas.

Não vou dizer *adeus*, mas *até logo!*, pois sei que vamos nos encontrar por essa vida.

Vitória, 12 de dezembro de 2016[12][1]

12 Último encontro do Grupo GAM com familiares, com a inserção das(os) pesquisadoras(es) da UFES no CAPSi.

Narrativa: Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) – "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, seja 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 a atrapalhando a aprender e ficar na escola. Tem a ver 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, quando as ensinamos 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 falamos 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. Na escola, as crianças 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. Eles 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, pois 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. Como exemplo, há 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 à 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 percebemos 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 têm algo a dizer sobre seu tratamento e as experiências que adquirem no dia a dia, nos espaços por onde passam (CAPSi, escola, APAE...). Muitas vezes, as crianças parecem nos dar pistas de como cuidar, sobretudo de como *com-fiar*. 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 têm 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, 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 elas também são capazes de criar redes de apoio. Nas escolas percebemos que elas têm 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.

Entre saúde mental e a escola: A gestão autônoma da medicação[13]

Felipe Alan Mendes Chaves
Luciana Caliman

A atual Política de Saúde Mental de infantojuvenil (Couto, 2012) vem, desde 2001, com a promulgação da Lei da Saúde Mental, Lei 10.216 (Brasil, 2001), e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), direcionando diversas ações estratégicas na construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais. Antes desse momento, as questões relacionadas à saúde mental desse público ficavam restritas aos setores da educação e assistência social e, não poucas vezes, dispersas em várias

13 Este texto foi inicialmente publicado como artigo em 2017 na *Revista Polis e Psique, 7*, 136-160. https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/75328

instituições disciplinares como abrigos, orfanatos e educandários. Tais práticas eram situadas e desarticuladas. O atual direcionamento da política está voltado para "a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, de base comunitária, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidade" (Couto & Delgado, 2015, p. 19) e tem na oferta dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) e na articulação intersetorial de suas ações estratégicas. O CAPSi possui como desafio a construção de redes locais, visando tecer a rede de cuidado com outros setores clínicos e não clínicos de determinado território. Esta é uma das condições para que o cuidado se efetive.

A Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes tem indicado potência no desenvolvimento das ações de cuidado onde tem sido implementada (Couto & Delgado, 2015). No entanto, há muito que avançar, não só no que incide na abertura de novos CAPSi (o estado do Espírito Santo possui dois dispositivos, localizados na região metropolitana, sendo um desses inaugurado em julho de 2017), como no fortalecimento das estratégias de formação dos trabalhadores para o mandato clínico e gestor que o CAPSi inaugura. A intersetorialidade, princípio estruturante na organização da rede de cuidado em Saúde Mental infantojuvenil, apresenta-se como um dos grandes desafios dessa política. Articular-se com outros setores historicamente envolvidos com as questões da criança e do adolescente com problemas mentais, como assistência social, educação e justiça, exige a criação de mecanismos de conversa e produção de práticas e saberes coletivos.

O CAPSi foi instituído como dispositivo estratégico e agenciador da demanda de saúde mental em um território delimitado, dirigido prioritariamente para casos de maior gravidade e complexidade (Brasil, 2002). No entanto, ao tratarmos da atenção em saúde mental infantojuvenil, os chamados "problemas de aprendizagem" e de condutas, ou os ditos "casos leves", constituem parte relevante das demandas que chegam até os serviços de saúde mental. Segundo

Elia (2013), estima-se que grande parte dos casos atualmente atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil estão relacionados ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cuja principal origem de encaminhamento são as escolas. Couto (2012) ressalta que na III CNSM é destacado que as ações de cuidado devem se precaver contra a medicalização, a institucionalização e a simples finalidade de ajustamento de condutas no trato com crianças e adolescentes.

Elia (2013) nos alerta que embora a direção de trabalho seja para "casos graves", o serviço não pode deixar de se envolver com as outras demandas do território, sob o risco de perder sua função ordenadora da rede. No caso das demandas escolares que chegam até o serviço, torna-se fundamental trabalhar com as escolas, sustentando espaços intersetoriais de conversa que problematizem determinadas práticas, para evitarmos uma rede em saúde mental cada vez mais medicalizada e ambulatorizada.

Neste capítulo, analisamos algumas questões em relação à medicalização da infância e às relações tecidas entre escola e saúde mental. Para tanto, tomamos como experiência uma pesquisa-intervenção participativa no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Vitória (CAPSi), com um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

A metodologia da presente pesquisa tem respaldo nas pistas do método cartográfico, configurando-se como uma pesquisa-intervenção (Passos & Barros, 2012). Sob a perspectiva teórica da cartografia, compreendemos a pesquisa-intervenção como um posicionamento ético-político no campo da experiência, em que sujeito e objeto de pesquisa emergem como processos (Barros & Kastrup, 2012). Assim, não há objeto dado a ser conhecido, isolado de suas relações locais, singulares, ontológicas e mesmo das práticas de pesquisa. Há, diferentemente, processos de coemergência de sujeito e mundo, de pesquisador e objeto pesquisado, assim como do problema de pesquisa resultante.

A "CRIANÇA ANORMAL" E A MEDICALIZAÇÃO DOS PROCESSOS ESCOLARES

Para Caponi (2009), a medicalização é um processo antigo, que tem se estendido a quase todos os domínios da vida e que está intimamente relacionado ao fortalecimento da racionalidade biomédica e da expansão da cultura somática. É no corpo, mais precisamente no cérebro e nas suas conexões sinápticas, que as causas e origens de comportamentos, condutas e trajetos de vida são buscadas. Para a autora, a biologização 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, advindas desse processo de medicalização, voltam-se prioritariamente aos comportamentos indesejados, desviantes, tidos como anormais. Sentimentos de tristeza, tensões e conflitos do viver, além das experiências escolares destoantes ou a infância problemática, constituem o plano em que hoje se situam, por exemplo, o TDAH e o Transtorno Desafiador Opositivo (TOD).

A construção da criança dita problemática se deu, na metade do século XIX, com a aproximação do discurso médico e psiquiátrico do universo infantil. Tal aproximação foi possível com a reelaboração da noção de desenvolvimento e, consequentemente, daquilo que caracterizava a "infância anormal". Dessa forma, os trabalhos de Esquirol e Edward Séguin (Lobo, 2008) contribuíram para generalização do saber psiquiátrico ao transformar o desenvolvimento em norma da infância. Todavia, a noção de desenvolvimento que balizava a ideia de criança anormal diferenciava-se entre os dois autores. Para Esquirol, o desenvolvimento patológico estava ligado a uma fatalidade biológica, a uma incurabilidade marcada pela propriedade

que uns possuem e outros não. O desenvolvimento patológico se inscrevia na hereditariedade, no biológico e inato. A partir de Séguin, o desenvolvimento não era mais visto como propriedade dos indivíduos, mas como um processo universal, passível de advir variações, sujeito a contingências de velocidade e parada.

Ao universalizar o desenvolvimento, Séguin possibilitou constituir um saber médico-pedagógico de caráter preventivo pra intervir nos desvios e evitar o surgimento de sujeitos "socialmente monstruosos" (Foucault, 2010). A infância, como etapa do desenvolvimento humano, implicava uma noção idealizada de criança, de adulto e da sociedade. Foucault (2010) ressalta 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 de intervenção 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)

Segundo Lobo (2008), com a reelaboração do conceito de idiotia, a criança foi então tomada como objeto das práticas de normalização. A figura do idiota que até então estava atrelada à doença foi, com a universalização do desenvolvimento por Séguin, considerada uma variação do desenvolvimento humano e da infância normal. Assim, no entorno da criança anormal, aquela que não avançava no seu desenvolvimento, cresceu a defesa de um tratamento moral e de

prevenção dos desvios, facilitando a expansão de estratégias disciplinares da psiquiatria para além dos limites asilares, aproximando-se das famílias e das escolas.

A criança idiota, para a escola, não chegou a ser um grande problema. Ela ocupava instituições de ensinos distintas que se encarregavam de sua educabilidade. Lobo (2008) sinaliza que nas instituições de ensino regulares eram os outros, "aqueles que num primeiro momento poderiam passar despercebidos pelos mestres" (Lobo, 2008, p. 385), que produziam certa apreensão. Essa "perigosa invisibilidade desses seres intermediários que, misturados nas escolas regulares, espalhavam a desordem e a indisciplina e impossibilitavam qualquer trabalho pedagógico" (Lobo, 2008, p. 385). Começava 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)

Criança hiperativa, inapta, instável. Desde então, as práticas de intervenção sobre a infância desviante têm fortalecido argumentos cientificistas e morais que tornam "as experiências no espaço escolar com as inquietações, os conflitos e as tensões experimentadas no processo de aprender" (Heckert & Rocha, 2012, p. 89) questões médicas e psicológicas. Questões estas que precisarão com frequência ser tratadas ou, ao menos, monitoradas.

Oliveira (2001) e Patto (2002) ressaltam que os conflitos enfrentados nas escolas e o dito fracasso escolar tornaram-se cada vez mais ponto de encontro entre os saberes e práticas psi[14] e pedagógicas. O entrelaçamento dessas práticas com os processos de medicalização e psiquiatrização propaga uma visão de mundo individualizante subsumindo o atravessamento das relações institucionais e sociais na constituição subjetiva, assim como do processo de escolarização. Tal recorte sobre o indivíduo tem fortalecido uma concepção somática, cada vez mais neurobiológica, do dito fracasso escolar. Essa concepção, no processo de medicalização e psiquiatrização, alimenta também a medicamentalização da vida: a prescrição do medicamento que visa atingir um ponto de normalização como foco das ações de cuidado (Caliman et al., 2016). Da explicação psicológica à explicação biológica, fortalece-se a concepção individualizante apontada por Souza (2004), que, quando atrelada ao uso de medicamentos, dá novos contornos às relações entre práticas psi e escolas, acentuando a simplificação e a captura dos processos inventivos do viver e das práticas de cuidado.

Assim, no que tange à infância medicalizada, torna-se cada vez mais comum que crianças que problematizam a ordem escolar – perturbam seu funcionamento e os planejamentos das aulas com seu comportamento inabitual – sejam encaminhadas aos serviços de saúde, sobretudo aos serviços de saúde mental, com direcionamentos que priorizem intervenções psicofarmacológicas. Torna-se necessário também dizer daquelas crianças que sempre estiveram excluídas do sistema de ensino regular e que, pelas políticas ditas inclusivas e de educação especial, para garantirem o direito e o dever de estarem na escola, "precisam", na maioria das vezes, estar medicadas (Caliman, 2016).

---

14 De acordo com 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 que, embora antagônicas e com metodologias e objetos diferentes, estão em sua maioria submetidas ao campo representativo.

Como nos atenta Patto (2002), Souza (2004) e 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 e a produção de laudos apartados de estratégias que acompanhem seus efeitos podem produzir verdades e constituir definitivamente modos de ser que reforçam estigmas e culpabilização. Não obstante, tomar medicamentos para poder estar na escola produz efeitos somáticos, performativos e simbólicos (Caliman, 2016). Efeitos diversos que, no encontro com os discursos escolares e médicos que postulam a 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 diagnosticados e/ou medicados sustenta controvérsias: no mínimo, há contrastes entre o potencial das crianças em casa e o que se diz delas a partir da autoridade, dos discursos e saberes da escola, dos professores e profissionais psi (Souza, 2004). E são essas controvérsias que precisam ser sustentadas e coletivamente analisadas quando buscamos direções de cuidado efetivamente coletivas e inclusivas.

O ECO DAS ESCOLAS NUM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: O GRUPO DE INTERVENÇÃO DA ESTRATÉGIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM)

Este capítulo toma como plano de análise uma pesquisa que faz parte de um projeto mais amplo do Grupo de Pesquisa Fractal da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que vem de uma trajetória de estudos sobre as práticas farmacológicas[15] em torno do metilfeni-

15 Por práticas farmacológicas compreendemos as práticas em torno da medicação, tais como a prescrição, a dispensa e o consumo de medicamentos. Para saber mais, ler Domitrovic (2014).

dato[16] e sua relação com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Desde 2013, o referido grupo de pesquisa tem se dedicado a trabalhos que visam acompanhar a experiência infantil atravessada pelo uso de medicamentos psiquiátricos em parceria com uma estratégia de pesquisa-intervenção participativa no campo da saúde mental. Essa Estratégia, denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM), tem o intuito de problematizar a relação dos sujeitos com seus tratamentos e medicamentos, considerando seus efeitos sobre os múltiplos aspectos de suas vidas.

A história da construção da GAM tem início no Canadá com a elaboração de uma cartilha em formato de guia, organizado em passos, contendo questões relativas às experiências vividas dos usuários e aos seus direitos em relação ao tratamento e às informações técnicas sobre os medicamentos. Entre outras coisas, esse material objetivava enfrentar o uso pouco crítico dos medicamentos psiquiátricos naquele país. No Canadá, o exercício da estratégia GAM buscava maior protagonismo dos usuários de saúde mental em relação aos seus projetos terapêuticos, visando a diminuição e mesmo redução do uso de psicotrópicos.

Em 2010, devido a uma cooperação entre pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade de Montreal, no Canadá (Campos et al., 2012), a cartilha canadense foi adaptada e validada à realidade brasileira, ganhando uma nova versão – o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR). Diferente da versão canadense, o foco do GGAM-BR está no fomento da cogestão do uso de medicamentos, sendo utilizado em um dispositivo grupal.

---

16 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).

Vale ressaltar que o formato como a estratégia GAM vem sendo efetivada no Brasil está direcionado principalmente para o público adulto, em dois tipos de grupos de intervenção (GIs): grupo com usuários, profissionais e pesquisadores; e grupo com familiares, profissionais e pesquisadores. No final de 2013, a nossa experiência com o CAPSi de Vitória propôs uma nova utilização da estratégia GAM no cenário brasileiro, na medida em que acompanha a experiência do público infantojuvenil e de seus familiares com o uso de psicotrópicos. No CAPSi de Vitória, o Grupo GAM era composto por pesquisadores, funcionários da instituição e familiares de crianças que fazem uso de psicotrópicos e, em alguns momentos, pelas próprias crianças usuárias (Domitrovic, 2014). Nos encontros, os participantes compartilhavam e analisavam coletivamente os efeitos das práticas de acompanhamento, uso e prescrição do metilfenidato. Nos grupos, usávamos a Versão Brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR)[17], buscando, através do manejo grupal, acessar a experiência infantil no uso de psicotrópicos.

Como sinaliza Domitrovic (2014), os Grupos GAM no CAPSi constituem-se, em cada encontro, como fortalecimento de um trabalho em rede, possibilitando linhas de comunicação entre os diversos atores envolvidos. Essas linhas de comunicação tangenciam também elementos, pessoas e instituições "exteriores" ao grupo, dentre elas, a escola. No grupo de intervenção proposto, dentre as muitas experiências partilhadas, sobressaiam-se aquelas que, de alguma forma, evocavam a escola e os processos de escolarização. Através de uma

17 O Guia GAM-BR é divido em duas partes contendo seis passos. Na pesquisa no CAPSi, usávamos o guia com frequência, experimentando também outros dispositivos como leitura de textos, do protocolo de dispensação da Ritalina (São Paulo), poesias etc. Como forma de registro dos encontros, tivemos como estratégia o uso de memórias feitas pelos pesquisadores e, posteriormente, a construção de narrativas coletivas que foram partilhadas em reuniões de equipe e com outros grupos.

direção cogestiva de trabalho, tornava-se possível criar 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 nas questões que envolviam a experiência escolar.

A Ritalina e o TDAH eram assuntos recorrentes no Grupo GAM. Na fase inicial da pesquisa, anterior à proposição do grupo, profissionais já ressaltavam que esse medicamento e o diagnóstico de TDAH impunham alguns desafios para a equipe do serviço. De fato, quando fizemos um levantamento dos prontuários do CAPSi para contactar familiares de crianças que faziam uso do metilfenidato para participar do Grupo, eram evidentes referências ao TDAH, à hiperatividade e à desatenção, assim como relatos de dificuldades escolares, problemas de aprendizagem e comportamentos que provocam desordem em sala de aula. Era nítida a aproximação do diagnóstico de TDAH com o uso de psicotrópicos, sobretudo da Ritalina, como forma de tratar crianças com os ditos problemas de comportamento 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. Assim, como observa Domitrovic (2014), a articulação com as escolas, desde os primeiros momentos da pesquisa, foi apontada como um grande desafio pela equipe do CAPSi.

Tais desafios tangenciam a intensificação da racionalidade biomédica na intervenção e explicação dos comportamentos infantis vistos como problemáticos e o tratamento medicamentoso, que, cada vez mais, deixa de ser auxílio ao tratamento para tornar-se central e, muitas vezes, a única tecnologia de cuidado. Para Caliman et al. (2016), está em voga um processo de medicamentalização quando o medicamento é visto como a solução mais rápida para conquistar certo ponto de normalização, que, no contexto infantil, está muito associado ao processo de escolarização. No CAPSi, havia na equipe

um posicionamento forte frente aos encaminhamentos de crianças pelas escolas 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 pela equipe: "Não damos laudos aqui, não prescrevemos Ritalina!"; fala que performava certa relação com a escola: "a escola só quer laudo e Ritalina" e também com os familiares: "só querem laudos, só querem medicamentos!". Ao mesmo tempo, os familiares buscavam outros serviços e profissionais que prescrevessem o medicamento. Em ambos os casos, a posição imperativa frente aos desafios das demandas escolares dificultava produzir uma conversa entre serviço, escolas e familiares.

HABITANDO AS CONTROVÉRSIAS DE UM MEDICAMENTO

A discussão sobre a Ritalina muitas vezes aquecia as tardes no Grupo GAM e, ao longo dos encontros, fomos juntos construindo condições para habitarmos as fronteiras entre saúde mental e escola. Ao propormos semanalmente um espaço de conversa em relação a um medicamento que o serviço não prescrevia e um diagnóstico que ele considera controverso, fomos transformando situações de "desentendimento" em mal-entendidos promissores (MEP) (Moraes, 2010). Pensando com Moraes (2010), podemos dizer que ao sustentar coletivamente um MEP, foi possível criar 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 bifurcavam as versões anteriores, o CAPSi e o grupo foram experimentando os MEP e toda a variação, instabilidade e desorganização que eles produziam. Habitar a controvérsia que os MEPs engendram produz a redistribuição das capacidades de agir; logo, é legitimar o outro como 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)

O manejo do Grupo não era fácil, pois as experiências que atravessavam o uso do medicamento eram inúmeras, os pontos de vista eram pouco flexíveis e, por vezes, surgiam polarizados, impossibilitando a conversa, principalmente entre familiares e profissionais do CAPSi ou entre familiares e escola. No grupo, semanalmente, íamos sustentando espaços de conversa, buscando dar espaço para que desentendimentos fossem vividos como promissores.

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 a Ritalina produzia estranhamento em algumas mães. Todavia, para o serviço, acesso e excesso do medicamento pareciam estar automaticamente vinculados (Caliman, 2016). No grupo, abrimos espaço para que tais "desentendimentos" fossem partilhados.

> [...] 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 à mãe: "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. (Trecho da memória do Grupo GAM, 11/09/2014)

E a mãe P. continua narrando suas vivências: "Dr., qual é o remédio, realmente, para imperatividade [sic], existe?" (trecho da memória[18] do Grupo GAM 11/09/2014).

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. Para isso, torna-se necessário colocar em análise tal demanda, acolhendo-a sem, de imediato, tomá-la como equivocada. A mãe P., ao questionar o Dr. "Por que não a Ritalina?", fala de um sentimento muito comum nos familiares de 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. No grupo GAM, familiares, profissionais e pesquisadores buscavam, juntos, acolher e escutar as experiências partilhadas. Fomos percebendo que poucos ou raros eram os espaços nos quais, como disse um familiar, "a gente pode falar sem ser julgado". No grupo, fomos aos poucos construindo essa possibilidade e percebendo que a experiência dos familiares fala de um isolamento, de uma vida onde o cuidado é raramente compartilhado, muitas vezes nem com os companheiros em casa. A partilha dessas experiências complexifica um discurso presente em

18 Por memória nos referimos aos registros de cada Grupo GAM feitos pelas(os) pesquisadoras(es)-manejadoras(es). Cada encontro era gravado em áudio e um pesquisador registrava os acontecimentos intensivos, tentando descrever as nuances em diversos momentos do Grupo. Cada memória busca tornar a experiência do grupo acessível, relatando o que ocorreu de intenso em cada encontro, incluindo as vozes dos diferentes participantes e articulando as falas às temáticas lidas no Guia GAM-BR.

muitos serviços de saúde mental que afirma que a escola e o familiar querem laudos e medicamentos para se desresponsabilizarem 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 amenize tanto o sofrimento dos filhos quanto daqueles que os acompanham. Há também histórias de avós que frequentavam diariamente as escolas regulares dos seus netos para garantir a eles o direito à educação. Assim como a mãe 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, 2016).

> "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 desiquilibrado". (Trecho de memória do Grupo GAM, 18/11/2014)

É nesse "equilíbrio desiquilibrado", onde se produz uma demanda sem lugar (Domitrovicc, 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 a terapêutica medicamentosa visa à normalização da vida. Normalização esta que está quase sempre atrelada à vida escolar. O discurso de algumas mães fala da importância da Ritalina na vida dos seus filhos. Uma delas, por exemplo, conta como, do ponto de vista da escola, o filho se tornou aluno exemplar (Trecho da memória do Grupo GAM.

25/09/2014). Havia, muitas vezes, a descrição de uma criança antes e depois da Ritalina, com os efeitos desse medicamento vistos como "termômetro" da qualidade na escola. "Com a medicação ele melhorou 100%", uma mãe afirma, convicta de que as mudanças se deram por conta da Ritalina (Trecho da memória do Grupo GAM, 18/09/2014).

> "Eu acho que sem a Ritalina, Deus me livre! Você não consegue nem conversar com ele [com o filho]", diz a mãe B. (...) "E o que ele [o filho] acha do remédio?", o pesquisador pergunta. "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, 21/08/2014)

Experiências como estas eram partilhadas no grupo e se muitas vezes eram ratificadas por outros familiares, eram também tensionadas pela polifonia de outras experiências. Entre os familiares, a necessidade do medicamento não era unânime. Houve um dia que a mãe L. levou seu filho ao neurologista, devido a dores de cabeça. Na consulta, o médico perguntou ao menino como ele era na escola e ele, orgulhosamente, respondeu ao médico que fazia bagunça em todas as matérias. O médico, então, prescreveu Ritalina. A mãe chegou a ir à farmácia, mas não comprou o medicamento, pois um conhecido lhe disse que era um medicamento muito forte. A mãe L., intrigada, levou o medicamento até o CAPSi para tirar a dúvida e descobriu que o medicamento era similar à Ritalina, optando 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 é muito curioso, futuca tudo (...) não consegue ver uma coisa sem mexer. C. [o filho] conserta os aparelhos

> eletrônicos da casa. Às vezes ele 'estraga' as coisas para consertar depois" – fala de uma mãe. (Trecho da memória do Grupo GAM, 02/10/2014)

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. Mas o médico insistiu para que ela continuasse com o medicamento.

> "Aí ele [o médico] 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'", disse-nos a mãe A. Outra mãe interrompe e diz que com ela "o médico disse que era para estimular o cérebro do menino. Ele não tinha atenção de nada, agora ele já tem" (...) "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 mãe A. (Trecho da memória do Grupo GAM, 21/08/2014)

As histórias partilhadas colocavam em análise a necessidade incontestável do medicamento, ampliando e por vezes alterando as experiências de sua prescrição, consumo e acompanhamento. Percebíamos que o grupo se constituía como um espaço que tornava possível que a decisão de dar ou não a Ritalina para a criança fosse partilhada e coletivamente acompanhada.

Não poucas vezes o uso do remédio está relacionado à ida da criança à escola. Algumas mães têm o costume de dar Ritalina para seus filhos apenas no período letivo, não medicando aos fins de semana e nas férias escolares. Tais hábitos, de certa forma, corroboram a opinião de Caliman (2016) de que a prescrição e o consumo da Ritalina por crianças e adolescentes denunciam, dentre outras coisas, certo modelo de escola e educação (certo modelo de vida!), 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 individualizante que produz relações 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", relata uma mãe no Grupo. (Trecho da memória do Grupo GAM, 28/08/2014)

A cada encontro com o Grupo GAM, ao acompanhar e tecer a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, nos deparamos, necessariamente, com os atravessamentos das experiências e questões escolares. No grupo GAM, ao buscarmos acessar a experiência infantil de uso de psicotrópicos, percebemos que a vida escolar é parte fundamental da vida da criança e de seus familiares. Podemos até mesmo dizer que a escola surgia como seu centro de irradiação. A escola se faz presente na maneira como as crianças dizem de si, de seus gostos, nas amizades que tecem, nas profissões que vislumbram e também nas questões que as levam ao CAPSi. A demanda por um tratamento, medicamento ou laudo surge quase sempre na escola. Os problemas e conflitos que envolvem as crianças possuem a escola como cenário de expressão. A vida escolar torna-se um termômetro importante, que sinaliza quando a criança está bem ou não. A escola, tanto para os familiares como para as crianças, é espaço de alegrias e tristezas; amizades e desavenças; confiança e desconfiança. No GAM, apesar de não estarmos na escola e não incluirmos no grupo nenhum profissional da educação, buscávamos cuidar da experiência partilhada, permitindo, inclusive, que ela pudesse ressignificar as direções

de tratamento e intervenção vislumbradas pelo CAPSi e pelos familiares. A vida escolar surge, portanto, como plano fundamental de intervenção e conversa quando se objetiva o cuidado e a atenção da criança e do adolescente que acessam os serviços de saúde mental.

O RÓTULO DÓI[19]: A VIVÊNCIA ESCOLAR ATRAVESSADA POR DIAGNÓSTICOS E MEDICAMENTOS

Para muitas mães, estar no CAPSi parecia não ser suficiente. Não poucas vezes, elas escutam de algum profissional da educação que, para estarem na escola, seus filhos precisam de tratamento. No entanto, ir semanalmente – algumas vezes mais de uma vez por semana ao CAPSi e em outras instituições – não reduzia as cobranças e indagações da escola sobre a busca de tratamento para as dificuldades dos filhos em sala de aula. Cuidar, na maioria das vezes, parecia ser sinônimo de receber um diagnóstico e usar medicação. Apenas quando um dos dois entrava em cena é que parecia ser possível alguma coisa acontecer na escola.

> (...) a escola, segundo a mãe P., só considera legítimo o discurso das mães 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]", diz a mãe. (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014)

Certa vez, a mãe P. disse que mesmo com as idas de profissionais do CAPSi à escola, o laudo é demandado como condição para que se criem estratégias de cuidado que ajudem as crianças na aprendizagem. E a demanda por laudo e um diagnóstico que afirme "o que a criança tem" é, por vezes, produtora de sofrimento para as crianças e

19 Fala de uma mãe no Grupo GAM, 12/02/2015.

para os familiares que as acompanham nas atividades escolares. Como lembra Renault (2015), a afirmação do diagnóstico, ou a necessidade dele, também se sustenta a partir da não creditação na capacidade do outro. Por seu caráter discriminatório, o diagnóstico deixa pouca ou nenhuma possibilidade de abertura à conversa: "a operação de diagnóstico individualiza, reforçando o isolamento e a impotência do usuário de medicamentos" (Renault, 2015, p. 191). Por outro lado, percebíamos no grupo que a presença de um laudo médico por vezes provocava uma mudança de postura da escola em relação à criança, que deixava de ser vista como preguiçosa ou mal-educada para ser considerada portadora de um transtorno.

> "Levar ele [o filho] 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 [bagunceiro] porque era mimado, e a escola só foi acreditar quando chegou o laudo" – relato de uma mãe no Grupo. (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014)

C. partilha que, na escola, deixaram de passar dever de casa para o filho depois que ele foi diagnosticado. A mãe percebe que as aulas de educação física deixaram de ser obrigatórias. No grupo GAM, ela partilha os efeitos paradoxais do diagnóstico: "deixaram de chamar ele de apelido e de dizer que eu é que sou culpada pelo comportamento dele, mas quero que ele continue tendo o direito de aprender e ter dever de casa..." (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014).

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 em que cada vez mais se cuida só. "Atendimentos que acontecem aqui e ali. Atendimentos que não são conectados, não sendo possível funcionar uma rede sem conexão" (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014), dizia

uma mãe. 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?", questiona uma pesquisadora. "É desse jeito", concorda a mãe 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, 02/10/2014)

Para a avó 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", relata a avó. (Trecho da memória do Grupo GAM, 18/09/2014)

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 estaríamos tratando de uma simples etiqueta que esconde profundamente seu real significado, a discriminação? Ressaltemos que, no Grupo GAM, ao abrirmos espaço para a partilha de experiências de ter um diagnóstico ou acompanhar/cuidar de uma criança diagnosticada – incluindo as encomendas da escola, a procura por respostas, a prescrição indiscriminada ou recusada –, não tínhamos o objetivo de recusá-la ou afrontá-la, nem de aceitá-la inteiramente. No grupo, o trabalho é de composição: cabe analisar a demanda, ligando-a a outras experiências e multiplicando os sentidos (Renault, 2015). Com o Grupo, aos poucos fomos percebendo que, independentemente do "real significado" do diagnóstico, ele produz realidades. "O rótulo dói", como afirmou uma mãe. Ao mesmo tempo, para as mães do grupo, o diagnóstico possui uma função social muito importante, pois é o diagnóstico que retira a família do lugar de quem "não sabe educar", 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, eles produzem alívio numa vida cansada.

> Então, comenta a mãe 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 CMEI (...) batia, mordia... 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 maltratado, com apelido (...) para mim, [o diagnóstico] era melhor do que o apelido, já que a doutora tinha passado o papel falando: '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 ao dela,

> xinga, bate e fala palavrão (...). (Trecho da memória do Grupo GAM, 28/08/2014)

O diagnóstico produz alívio, mas também um incômodo tanto nos pais como nas crianças. A mãe B. relata da dificuldade de mudar R., seu filho, de escola pelo "histórico ruim". Diz ainda que ele é sempre malvisto pelos colegas e se sente muito só. Uma vez, ele pediu cem reais para dar a um garoto para ser amigo dele. "Ele se sente muito só", comenta a mãe B.

Outra mãe, 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 atrelada à doença. Tal questão reverbera com 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 atravessam diretamente a relação das crianças com o diagnóstico e o medicamento. Muitas mães falam da educação especial como possibilidade de garantir que as crianças com determinadas necessidades tenham acesso à educação, 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 auxilie os professores em sala de aula. Tais crianças parecem situar-se no perigoso limbo dos "casos leves", que habitam a fronteira nebulosa entre o normal e o "anormal", cujas demandas de cuidado são quase sempre deslegitimadas e que são cada vez mais numerosas, na medida em que o cerco da normalidade se estreita mais e mais.

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" (Trecho da memória do Grupo GAM, 28/08/2014), relata uma mãe. Ainda que o serviço tenha dificuldades no diálogo com a escola, é um espaço de cuidado com o qual os familiares e as crianças podem contar. Quando o CAPSi questiona a demanda por diagnósticos, também está pondo em análise suas práticas, e, no grupo GAM, foi possível sustentar essa conversa e ampliar as versões a respeito do uso de medicamentos e do diagnóstico.

> A mãe P. 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 com o Dr. [psiquiatra] que eu não concordava com o que ele falava??! Foi no GAM!". Outra mãe, Z., fala que também é uma oportunidade de conhecermos melhor como o CAPSi trabalha. P. concorda e continua: "Lá no comecinho quando a gente lutava muito pelo diagnóstico, pelo diagnóstico [risos] e o CAPSi ficava 'não, não é assim, não podemos por um rótulo...' [uma outra mãe fala com P. a frase], mas por que 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, 02/10/2014)

A experiência com o grupo GAM possibilitou não somente que os pontos de vista dos familiares fossem recolocados e ampliados, como também as decisões e práticas institucionais do CAPSi. Tornou-se evidente para o CAPSi que era necessário ampliar (e muitas vezes criar) uma conversa com a escola, na mesma medida em que

se fazia pungente sustentar um espaço de partilha com os familiares, considerando que a família é a rede mínima que precisa ser cultivada no cuidado com crianças e adolescentes. Juntos, no GAM, buscamos sustentar as indagações de algumas mães quando, ao irem aos médicos, ouvem dizer 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?". É também esta indagação que deve ser cotidianamente recolocada pelo CAPSi: como construir saídas junto à escola e aos familiares, num diálogo nascente que não se dê apenas pela existência de um laudo/diagnóstico/medicamento ou pela não legitimação da demanda de cuidado?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas escolares que não poucas vezes inundam os serviços de saúde mental infantojuvenil evidenciam que há em curso uma relação, ou melhor, um modo de fazer entre saúde, escola e familiar. Quase sempre tais relações se dão de forma endurecida e com desconfiança. A relação histórica estabelecida entre "problemas de aprendizagem" e "problemas de saúde" reforça um processo de "cuidado" que se dá cada vez mais de forma fragmentada e isolada. Além disso, o medicamento, quando visto como a única saída, pode isolar, desconectar e desarticular uma vida que se faz em relações. Uma criança, e sua forma de ser e estar no mundo, surge com uma escola, com uma família, com uma vizinhança, com um serviço de saúde mental. Torna-se necessário, portanto, criar estratégias de cuidado que possam acessar a constelação de relações das quais as demandas escolares emergem para, a partir delas e com elas, inventar novos possíveis na saúde e na educação. Como entrelaçar os fios da saúde mental infantojuvenil, as famílias e as escolas para produzir conversas outras que escapam dos processos medicalizantes e individualizantes?

No Grupo GAM, ficava cada vez mais evidente que as demandas sobre os "ditos" problemas de aprendizagem fazem parte de

uma direção política que fragmenta e individualiza, simplificando as demandas de cuidado. Nesta direção, cuida-se cada vez mais só. A centralidade do medicamento como a única terapêutica nos aponta a fragilidade de lidarmos coletivamente com as aflições contemporâneas. Couto (2012) afirma que a Política de Saúde Mental Infantojuvenil apresenta como desafio central a necessidade de integrar e articular efetivamente os diferentes serviços e programas existentes que atendem as crianças e os adolescentes nas ações de saúde mental. Na GAM, a necessidade de uma articulação mais efetiva entre os setores que assistem a infância tornava-se mais proeminente, visto a constante relação entre a demanda de laudos e uso de psicotrópicos e a experiência de estar na escola. Ao sustentarmos as controvérsias em torno da prescrição, consumo, e acompanhamento de um medicamento, foi possível construir outra postura frente aos acontecimentos escolares e tecer novas conversas entre a escola, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), familiares e crianças. O que a escola quer ao demandar Ritalina? O que o diagnóstico de TDAH produz na vida das crianças e seus familiares? Por que não receitar a Ritalina? Por que solicitar a Ritalina como única via de tratamento? Aos poucos, a posição dura e inflexível entorno da Ritalina e do diagnóstico de TDAH foi deslocada para a análise coletiva da demanda de cuidado, possibilitando ressignificar a escola como uma parceira no cuidado. O grupo GAM, ao cultivar a cogestão do uso do medicamento e da terapêutica do usuário, efetiva-se como uma estratégia potente, possibilitando coletivizar as questões, incluindo cada vez mais atores no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

Barros, L., & Kastrup, V. (2012). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia. **Pistas do método da Cartografia. Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade** (pp. 52-75). Sulina.

Basaglia, F. (1985). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Graal.

Brasil, M. S. (2001). **Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. Diário Oficial da União.

Brasil, M. S. (2002). **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. Diário Oficial da União.

Caliman, L. V. (2006). **A biologização Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento** [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ. https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4614

Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia, ciência e profissão, 11**(1), 45-61.

Caliman, L. V. (2016). Infâncias medicalizada: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes? In S. Caponi, M. F. V. Valencia & M. Verde (Org.). **Vigiar e Medicar - Estratégias de Medicalização da infância** (vol. 1, 1ed., pp. 20-46). LiberArs.

Caliman, L. V., Passos, E., & Machado, A. (2016). A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup., & A. Machado (Orgs.), **Movimentos micropolíticos em saúde formação e reabilitação** (vol. 1, pp. 19-40). CRV.

Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia

para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16**(43), 967-980. http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf

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

Couto, M. (2012). **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)** [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Arquivos NUPPSAM. https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Tese-Politica-SMCA-especificidades-e-desafios.pdf

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica, 27**(1), 17-40. https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002

Domitrovic, N. (2014). **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso**. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/2951

Elia, L. (2013). **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. Mesa redonda.

Foucault, M. (2006). **O poder psiquiátrico**. Martins Fontes.

Foucault, M. (2010). **Os anormais**. Martins Fontes.

Heckert, A., & Rocha, M. (2012). A Maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & Sociedade, 24**(n.spe), 85-93.

Lobo, L. (2008). **Os infames da história: pobres, escravos, e deficientes no Brasil**. Lamparina.

Maturana, H., & Varela, F. (2001). **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. Pala Athenas.

Mol, A. (2008). Política Ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In J. Nunes & R. Roque. R. **Objetos Impuros. Experiências em estudos sociais da ciência**, (pp. 63-78). Edições Afrontamento.

Moraes, M. (2010). **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual**. Nau Editora.

Oliveira, S. (2001). **Micropolítica do fracasso escolar: uma tentativa de aliança com o invisível** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://pdfslide.tips/documents/micropolitica-do-fracasso--escolar-uma-tentativa-de-alianca-com-o-invisivel.html

Onocko Campos, R. T., Passos, E. Palombini, A., Leal, E. M., Serpa Juniro, O. D., Emerich, B. F., Marques, C. C., Santos, D. V. D. dos, Melo, J., Gonçalves, L. L. M., Surjus, L., Silveira, M., Arantes, R. L., Rodrigues, S., Otanari, M., & Carvalho, J. (2012). **Guia da Gestão Autônoma da Medicação** - GAM. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFGS. http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/arquivos/ggamBr.pdf

Passos, E., Barros, R. (2012). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia. **Pistas do método da Cartografia: Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade** (pp. 17-31). Sulina.

Patto, M. (2002). **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do psicólogo.

Renault, L. (2015). **A Análise em uma Pesquisa-Intervenção Participativa: O Caso da Gestão Autônoma da Medicação** [Tese de Doutorado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2015_t_Leticia.pdf

Souza, M. (2004). **A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo**. In A. Machado, & M. Souza (Orgs.), **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos** (pp. 17-37). Casa do Psicólogo.

Carta de uma mãe(avó): Grupo de Intervenção com Familiares (GIF)

Gleidiomar Gonçalves Martins Tavares

Meu nome é Gleidiomar Gonçalves Martins Tavares, eu sou mãe do Adryan Martins Guimarães – mãe-avó. A minha experiência no grupo GAM foi uma das coisas mais importantes das quais eu participei, porque antes do grupo GAM, o meu tempo no CAPS infantil de Vitória não era ocupado de acordo com o que eu gostaria que fosse. Por exemplo: nas tardes de quinta-feira que o meu filho estava sendo atendido, eu ficava sentada no banco, nas cadeiras aguardando ele ser atendido. Quando me convidaram para participar do grupo GAM, eu achei uma coisa meio estranha, mas falei: "Vou lá para ver como é que é", e foi a melhor coisa que eu fiz!

No grupo GAM, minha experiência foi que, através de conversa com as meninas, através do manual do GAM, eu pude entender

mais sobre medicamentos, conhecer os medicamentos que o Adryan tomava, saber das questões que o médico deveria explicar sobre o medicamento e aprendi muitas coisas. No GAM eu pude perceber que o foco era mais a medicação, a autonomia dos usuários, mas no decorrer do tempo as nossas reuniões não eram para falar só sobre o medicamento. As nossas reuniões falavam da nossa vida particular.

Quantas vezes muitas de nós: eu, Jussara, Maristela, Karla... Muitas vezes a gente chegava lá e estava acabada dos problemas do dia a dia. Aí chegava lá e às vezes não tinha nem a reunião, era só para falar de nós, sobre os nossos problemas, contar. Então, para mim, aquilo era como se valesse todo tempo como uma sessão de psicólogo; acho que fazia mais efeito do que se eu tivesse numa sala sozinha conversando com a psicóloga. Aquilo, para mim, era de um apoio muito, mas muito grande! Aquelas reuniões de quinta-feira, às vezes para outras pessoas lá do CAPS infantil não tinha importância, mas eu falo por mim e eu acredito que as outras mães também pensem assim: para mim, aquela reunião era de uma importância muito grande! Porque lá era como se eu estivesse lavando a minha alma.

Às vezes chegava lá com um problema grande, grande... e a gente começava a conversar, falar das nossas coisas, da nossa vida e aí aquilo ia aliviando. Era como se... como não... realmente aliviava a alma do peso que a gente carregava no dia a dia. Então, falar das dificuldades do Adryan na escola nas reuniões do grupo GAM me fortalecia tanto que eu aprendi, através das conversas com as meninas, com a Adrielly, com a Luana e com a Luciana (poucas vezes, porque ela logo foi embora), a me defender na escola, aprendi como defender o Adryan, porque a minha maior dificuldade com o Adryan era a escola. Sempre foi a escola. Acho que para a maioria de nós mães que têm filhos com alguma necessidade especial a questão é a escola.

Depois que eu passei a participar das reuniões do Grupo GAM de quinta-feira, aquilo me fortaleceu muito, mas muito! Me fortaleceu para aprender a lutar na escola, me fortaleceu na vida, né, porque aquilo me tirava toda quinta-feira, eu ficava contando os dias

da semana para quinta-feira eu estar lá para poder conversar, para poder falar, ouvir também os problemas das outras, dar opinião, porque às vezes a gente pensa assim: "Ah, eu tenho um parente, eu tenho um amigo, vou lá e conto os problemas da vida". Mas, na verdade, a gente conta o problema para aquela pessoa e a gente tá dando uma arma para aquela pessoa se voltar contra a gente. Porque a maioria do ser humano hoje em dia, não digo todos, porque eu tenho amigos de verdade, a gente vai lá e conta o problema da gente e [a pessoa] vai passando para frente como se fosse uma fofoca. E lá no grupo GAM, não, eu podia confiar! Confiar de falar os meus problemas, as minhas dificuldades e que aquilo ia ficar ali.

Eu reconheço que eu sinto falta, muita falta! Às vezes eu até penso em procurar uma psicóloga para conversar, falar, mas não é a mesma coisa. Não é a mesma coisa do que sentar lá no grupo GAM, falar nossas coisas, nossas conversas, se lamentar, questionar os problemas que nos afetam.

Foi essa a experiência, uma experiência muito boa que me fortaleceu na forma de lidar com as medicações do meu filho, me fortaleceu em como lidar com a escola, em como lidar com os meus problemas em casa, porque vira e mexe a gente tinha algum problema. A vida da gente é uma luta constante! E com as reuniões do grupo GAM, eu aprendi a ser forte, eu aprendi que lá eu tinha um cantinho reservado na quinta-feira, um cantinho onde eu podia chegar, falar dos meus problemas, desabafar.

A gente às vezes desviava o foco que era a apostila do GAM para falar da nossa vida particular. Mas também a gente preencheu muita coisa na apostila, a gente falava, debatia sobre o medicamento, sobre a autonomia do usuário e, assim, tudo no tempo. Adryan não participava muito, era mais eu. Mas isso já é o normal dele de não participar, até hoje ele não participa de muita coisa.

De minha parte, foi isso, foi muito bom! Quem me dera que cada lugar, cada município pudesse ter um grupo GAM, onde as mães pudessem sentar, conversar, falar sobre a medicação de seus filhos,

porque essas dúvidas são muitas famílias que têm, muitas! Eu vejo aqui em Viana, muitas vezes as mães questionam: "Ah... o médico passou o remédio! Ah, eu não vou dar, não, eu tô com medo de dar esse remédio para o meu filho por causa disso, disso e disso...". Por quê? Porque elas não têm informação, não têm orientação. Através do grupo GAM, eu pude ter essa orientação, essa informação e, sempre que eu posso, eu tento passar para alguém as informações que eu tive. Então, se cada município que tivesse um CAPS para tratar os portadores de transtornos mentais, tivesse essa parte da orientação sobre a medicação que é o que o grupo GAM tem a proposta de fazer, sobre a autonomia, sobre os cuidados com a medicação, sobre os cuidados com a pessoa, seria muito bom de orientar as famílias. Mas, infelizmente, não tem e assim fica difícil, porque quanto mais informação que uma mãe e um pai de uma criança portadora de necessidades especiais [têm] – até um adulto quando tem o entendimento para ele – é muito bom. Então, é essa a minha experiência, é essa a minha carta.

(Captura e gravação em áudio realizada por Gleidiomar, em aplicativo de mensagens. Transcrição e revisão realizadas por Adrielly Selvatici e Luana Gaigher em 30 de agosto de 2020).

A sobrecarga familiar: Quando cuidar se torna um peso

Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira
Luciana Caliman
Janaína Mariano César

A aposta do grupo GAM com familiares (GIF) no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) era de que este se constituísse como espaço de cuidado e participação das(os) familiares, no formato de rodas de conversa, tendo como eixo disparador a experiência infantil com uso de psicofármacos, a partir de uma experimentação do Guia GAM. No GIF, criamos fugas possíveis pelas arestas. Produzimos cuidado nos momentos de conflito, de pendências, de cansaço. Neste capítulo, narramos essa experiência grupal com o auxílio da primeira Narrativa GAM, também presente neste livro, que se referencia a um período que abrange o segundo semestre de 2014 e

o primeiro semestre de 2015. Tais análises compõem a realização de uma pesquisa de mestrado intitulada "Memórias de uma viagem cartográfica: a Gestão Autônoma da Medicação e o Exercício do Cuidado no CAPSi de Vitória", finalizada no ano de 2016 (Ferreira, 2016).

A primeira Narrativa GAM traz consigo um leque aberto, repleto de linhas. Todavia, neste texto, vamos nos debruçar sobre a análise de alguns elementos que se acoplam ao cuidado. O que é cuidar? Como temos produzido práticas de cuidado? Do que cuidamos? Quais elementos são importantes na composição do cuidado? Como vivenciar o cuidado sem ser arrastado pela sensação de sobrecarga? Como se ocupar do cuidado necessário ao cuidar?

Desejamos empreender inicialmente uma análise de problematização das práticas de cuidado pautadas no ideal de normalidade. Não apenas porque esse ideal tantas vezes atravessa as discussões e experiências do grupo GAM de familiares, mas também porque, hegemonicamente, comparece nas práticas no campo da saúde e ainda da saúde mental de modo geral. Em seguida, trazemos à cena o problema da sobrecarga familiar, compreendendo que a lógica dominante de cuidado parece indicar um ideal de normalidade, o que empobrece e reduz a dimensão do cuidar. Buscamos analisar quais efeitos essa lógica produz. Traremos a questão da sobrecarga familiar como analisador, surgido no processo grupal, para pensar os efeitos da objetificação do cuidado que atravessam o grupo GAM.

ALGUMAS PISTAS DA OBJETIFICAÇÃO DO CUIDADO

Foucault (2010), em entrevista sobre a questão do poder, aponta que nas sociedades ocidentais o grande problema até o séc. XVIII teria sido o direito e a lei, a preocupação com uma sociedade do direito. No entanto, também observa que quando se achava que se estava entrando nessa era do direito, que ela estava estabelecida, eis que algo acontece e o que se produz é uma sociedade da norma, da medicina, da normalização. Há, portanto, uma racionalidade médica que

emerge no fim do século XVIII (Foucault, 1998). Nessa lógica de cuidado (médico-centrada), todas as relações, na família, com as crianças, com os sujeitos ditos criminosos e/ou loucos, passam a ser parasitadas pela preocupação, pelo pensamento ou racionalidade médica.

Se o pensamento jurídico distinguia-se em lícito e ilícito, a racionalidade médica distingue-se pela tentativa de diferenciação e demarcação entre a normalidade e a anormalidade – modo de pensamento que se funda pela norma, ou melhor, na oposição entre normalidade e desvio (Caponi, 2009; Foucault, 2010). Marcamos aqui a concepção de uma passagem/embricamento da sociedade de soberania ao poder disciplinar e do poder disciplinar ao controle biopolítico dos corpos. Essa passagem se dá, inclusive, pela via da medicalização (Foucault, 2010).

> Com a medicalização, a normalização, obtém-se uma espécie de hierarquia de indivíduos capazes ou menos capazes, aquele que obedece a uma certa norma, aquele que se desvia, aquele que se pode corrigir, aquele que não se pode corrigir, aquele que se pode corrigir com tal meio, aquele para o qual é preciso empregar outros meios. É tudo isso, essa espécie de tomada de consideração dos indivíduos em função de sua normalidade. (Foucault, 2010, p. 161)

O funcionamento normal ou anormal só podia ser justificado com referência a uma forma preexistente ou a um tipo específico, e a norma entra nesse jogo como uma "regra natural" (Foucault, 1998). É definido como normal um sujeito que não se desvia para lado algum, um sujeito que se conserva como a maioria, que anda conforme a regra, um sujeito regular (Canguilhem, 2002). No vocabulário foucaultiano, a noção de norma está relacionada à noção de disciplina, isso implica dizer da passagem dos códigos jurídico-legais edificados pelo direito para o código da normalização sob o domínio das ciências humanas, a saber, pela jurisprudência do saber clínico, pelo

poder sobre a vida e pelas formas de governamentalidade (Foucault, 1989; Revel, 2005).

A norma pode ser conceituada como um peso que se aplica tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se deseja regulamentar, ou seja, as normas são coações que atravessam o corpo social e pesam sobre os indivíduos (Foucault, 2002, 2010).

> A norma corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de governamentalidade que a ela estão ligadas: o modelo jurídico da sociedade, elaborado entre os séculos XVII e XVIII, sucumbe a um modelo médico, em sentido amplo, e assiste-se ao nascimento de uma verdadeira "medicina social" que se ocupa de campos de intervenção que vão bem além do doente e da doença. O estabelecimento de um aparelho de medicalização coletiva que gere as "populações" por meio da instituição de mecanismo de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação, permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos. (Revel, 2005, p. 65)

No contexto desta pesquisa, interessa-nos interrogar: é possível que o cuidado reitere práticas normalizadoras? Como? De que modos? Quais efeitos tais práticas de cuidado produzem? Quando o cuidado é feito sob a égide da norma, ele traz consigo um ideal de normalidade, que gira em torno do que é considerado aceitável num contexto sócio-histórico específico. A normalidade é o retorno contínuo a modelos ideais – por exemplo, de saúde, de vida, de família, de infância – que se busca conservar por meio de defesas.

Podemos dizer ainda que não existe processo de normalização sem sofrimento: no lugar da criação de novas normas, o sujeito produz defesas e, de forma reativa, vai limitando ainda mais as

possibilidades de vida (Athayde & Brito, 2011). Modelos substancializados (de cuidado, de criança, de saúde, de família) no exercício do cuidado se articulam ao ideal de normalidade e reproduzem uma relação objetificada em que o sujeito é transformado em objeto, separado de sua história, de seus esforços, de seu meio (Canguilhem, 2002). Neste caso, o cuidado exercido por outros sobre alguém pode configurar-se como uma relação sujeito-objeto.

Nessa direção, o cuidado atualiza-se como ação de retorno a um estado de saúde anterior, que se pensa perdido ou alterado, e mesmo como busca por adaptação a um estado que se pensa ser o mais correto (ideal). Um cuidado normalizante, portanto, que se pretende substancializado, idealizado, adaptador, objetivado e tecnicista. Para Merhy, neste processo está em questão a própria *dimensão cuidadora*, que passa a ser então subsumida,

> Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido. (Merhy, 2004, p. 5)

Assim, compreendendo que a lógica dominante de cuidado parece indicar para um ideal de normalidade, buscamos analisar quais efeitos essa lógica produz no trabalho que aqui acompanhamos. Traremos como analisador a questão da sobrecarga familiar para pensar os efeitos da objetificação do cuidado no grupo GAM.

A SOBRECARGA FAMILIAR

> "É fácil dizer pra eu me cuidar, mas tenho minha casa para cuidar" dizia, por ocasião de uma consulta no hospital, uma dona-de-casa que não tinha nenhuma intenção irônica ou semântica ao dizer esta frase. Uma família significa a eventualidade do marido ou de um filho doente, da calça rasgada que é preciso remendar à noite, quando o menino está na cama, já que ele só tem uma calça, de ir longe comprar pão se a padaria próxima estiver fechada por infração aos dispositivos regulamentares, etc... Cuidar-se... como é difícil, quando se vivia sem saber a que horas se comia, sem saber se a escada era íngreme ou não, sem saber o horário do último bonde porque se a hora tivesse passado, voltava-se a pé para casa, mesmo que fosse longe (Canguilhem, 2002, p. 158).

Ouvíamos das mães[20] no grupo GAM expressões que diziam dessas eventualidades:

> "Tem dias que a tensão é tão forte que dá vontade de chorar. Pedir ajuda? Para quem? É difícil pedir ajuda, assim como é difícil conseguir ajuda. Amar o silêncio, mas não poder ouvi-lo. Perceber o tempo escorregar pelas areias da ampulheta e não poder contê-lo. Condicionar seu sono ao movimento dos olhos que se fecham em outro corpo. Carregar a cruz. Descascar o abacaxi. Ter a calma necessária para ajudar nos momentos de imensa agitação. Fazer de tudo, tentar de tudo um pouco, criação de estratégias. Estar sempre atento, não baixar a guarda" (Diário de campo, novembro de 2015).

---

20 Referimo-nos às participantes do grupo, carinhosamente, como mães do GAM. Não obstante a isso, as crianças são chamadas por nós de "filhos do GAM". Mais à frente, pretendemos analisar essa questão, problematizando o direcionamento do cuidado à figura feminina.

As relações de cuidado entre as familiares e as crianças vão se estabelecendo no dia a dia, e, muitas vezes, o cotidiano das mães acaba por voltar-se totalmente para o acompanhamento das crianças em suas atividades. Na agenda, as atividades são muitas: a vida escolar, o CAPSi, os esportes (futebol, natação, artes marciais), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), a Legião da Boa Vontade (LBV), a aula de balé, entre outros. Como diz uma das mães do GAM, "A gente observa pra ver se ele fica cansado, mas quem fica cansada, acabada, sou eu. Eu vou acompanhando o ritmo dele" (Trecho da memória do grupo GAM, 11/09/2014).

Essa é uma afirmação que, repetidamente, atravessava o grupo GAM com familiares. As partilhas no grupo parecem indicar que o exercício do cuidado produz um cansaço: um sobrepeso? Uma sobrecarga? Parecia haver uma (sobre)carga atrelada a um sentimento de estar sempre só, suportando esse peso nos lombos. No grupo GAM, buscamos habitar essas questões: de que (sobre)carga estamos falando? Com quem a gente pode contar? São pessoas? São grupos? Habitando a questão, foi possível expandir as conexões e avançar.

Algumas mães diziam da dificuldade em encontrar parceria em sua própria casa: "Os parentes são tão distantes... Desacreditam das crianças, julgam como 'malcriados', sem limite". É como se faltasse rede de apoio. Por vezes, elas nos diziam que se sentiam assim. Mas será que essa rede nos falta? Ou ela é frágil e desmonta-se facilmente? Sentíamos que dizer que falta rede de apoio não abarcava a complexidade que envolvia o processo de tessitura da rede.

O interesse em analisar melhor a temática da sobrecarga familiar no cuidado em saúde mental, tendo em vista a intensidade com que ela parecia comparecer no grupo GAM, levou ao estudo de alguns textos que tocavam no problema (Bandeira et al., 2008; Barroso et al., 2007; Barroso et al., 2009; Campos & Soares, 2005; Gonçalves & Sena, 2001; Pegoraro & Caldana, 2006, 2008; Pimenta, 2008; Rosa, 2005; Santin & Klafke, 2011; Silva, 2009).

Tais produções compareciam como referências nessa temática: eram validadas por pesquisas internacionais, que se aplicavam em replicá-las. De modo geral, são pesquisas que se propõem a identificar a sobrecarga nos familiares – medi-la, subdividi-la, categorizá-la –, apontando a necessidade de os serviços de saúde mental trabalharem com os familiares, dispondo de cuidado para com eles.

Nesta bibliografia, a sobrecarga familiar (do inglês "*family burden*") é um termo que pode ser definido como o estresse emocional e econômico que afeta as famílias que cuidam de pessoas doentes e equivale aos termos interferência, impacto, fardo: "(...) é um fenômeno evidente e persistente, mesmo quando o paciente responde a tratamentos efetivos" (Campos & Soares, 2005, p. 232).

Alguns autores subdividem a sobrecarga em "sobrecarga durante a crise" e "sobrecarga pós-crise" e destacam que a sobrecarga está presente com muito mais intensidade nos momentos de crise, pois envolve tensões, tentativas de fuga e de suicídio, situações que tendem a se ausentar após a crise. Nesses momentos de crise, evidenciam-se também os sentimentos de impotência diante desse desconhecido que é a doença e a crise (Pegoraro & Caldana, 2006).

Outros autores apontam que a sobrecarga se divide em dois aspectos: a sobrecarga objetiva e a sobrecarga subjetiva[21]. Para eles, a primeira se refere às ocupações (a assistência ao paciente, a supervisão de comportamentos problemáticos, a parte ocupacional e financeira); e a segunda, a percepções e sentimentos (preocupação com o paciente, sensação de carregar um fardo muito pesado, incômodo, acúmulo de funções) (Bandeira et al., 2008; Barroso et al., 2007; Barroso et al., 2009).

---

21 "Alguns autores (Marsh, 1992; Platt, 1985) distinguem: de um lado, a "sobrecarga objetiva", que se refere aos problemas ou dificuldades concretas, verificáveis e observáveis, causadas pelos comportamentos do paciente; de outro lado, a "sobrecarga subjetiva", que se refere aos sentimentos sobre o ato de cuidar do paciente e está relacionada às consequências da sobrecarga objetiva" (Campos & Soares, 2005, p. 222).

A sobrecarga objetiva engloba os cuidados cotidianos, que, devido à sua assiduidade, ou seja, à necessidade de realizar com frequência tais tarefas, produzem elevada sobrecarga para a maioria dos cuidadores. A sobrecarga subjetiva se refere a percepções, sentimentos negativos e incômodos originados pelo papel de cuidador. Argumenta-se que quanto maior for a sobrecarga objetiva, maior será a sobrecarga subjetiva. A sobrecarga subjetiva se apresenta mais elevada nos familiares que, além de desempenharem o cuidado direto do paciente, trabalham fora de casa, possuem algum problema de saúde, ou têm outros filhos, principalmente crianças (Barroso et al., 2007).

Campos e Soares (2005) destacam os efeitos da sobrecarga como um fenômeno perceptível:

> Efeitos sobre a situação financeira da família: gastos extra, perda de renda, alteração na vida profissional dos membros da família; Efeitos sobre a rotina familiar: ruptura nas atividades cotidianas de trabalho, de escola dos membros da família; Efeitos sobre as atividades de lazer da família: alteração nas atividades habituais de lazer; Efeitos sobre a interação familiar: alterações na atmosfera familiar, na relação com a pessoa doente e nas relações sociais; Efeitos sobre a saúde física de outros familiares: alterações na saúde física de outro familiar, diretamente relacionadas ao surgimento da doença na família; Efeitos sobre a saúde mental de outros familiares: necessidade de ajuda psicológica ou psiquiátrica, diretamente relacionadas ao surgimento da doença mental na família; Efeitos do tratamento: dificuldades e facilidades encontradas, qualidade dos serviços, efeitos sobre a vida dos familiares. (p. 224)

Pegoraro e Caldana (2006) acrescentam que o termo "sobrecarga familiar" envolve aspectos práticos, emocionais e econômicos que permeiam o cuidado à pessoa em sofrimento mental, englobando todos os familiares encarregados do cuidado. De acordo com Campos e Soares

(2005, p. 219), "A sobrecarga se refere à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos familiares ou cuidadores responsáveis pelo paciente, e corresponde ao elemento do sofrimento explicitamente atribuído ao paciente".

Essas pesquisas, portanto, constatam que frequentemente há um familiar que assumirá os cuidados do portador de transtorno mental em casa – quase sempre do sexo feminino –, e esse familiar é chamado de cuidador direto (Pimenta, 2008). Ainda, com o uso de questionários sociodemográficos e de instrumentos de medida, elas permitem quantificar os níveis da sobrecarga. Tais pesquisas se baseiam nos estudos internacionais sobre o tema, sendo o principal instrumento utilizado a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR)[22].

Acompanhando as análises advindas dos estudos sobre a sobrecarga, é possível assinalar que por vezes as condições mapeadas, que geram tal experiência, são tratadas em uma lógica causal, instituída e justificada por esses autores, mas não necessariamente A sobrecarga seria então algo natural no cuidado de pessoas com problemas mentais? Como separar condições objetivas e subjetivas, distinguindo o afeto daquilo que se vive na vida "concreta" do dia a dia?

Acompanhando o grupo GAM, podemos sentir que a sobrecarga não parece estar "em si", no "surgimento da doença mental na família", "na alteração nas atividades habituais de lazer", "nas alterações na atmosfera familiar" etc., porque essas experiências não portam em si

---

22 *Family Burden Interview Schedule* (FBIS) é uma escala multidimensional que, por isso, entende-se que seja apropriada para avaliar o conceito multifacetado de sobrecarga. "Essa escala, elaborada por Tessler e Gamache, já foi submetida ao processo de adaptação transcultural para o Brasil, com a sigla FBIS-BR e foi submetida ao estudo de sua confiabilidade" (Bandeira et al., 2008, p. 98). "A FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares em 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: a) assistência na vida cotidiana; b) supervisão aos comportamentos problemáticos; c) gastos; d) impacto nas rotinas diárias; e) preocupação com o paciente" (Bandeira et al., 2008, p. 100).

mesmas o modo como vamos vivê-las e senti-las. No grupo GAM, percebíamos que a experiência de sobrecarga era construída e sustentada a partir de uma relação com discursos de verdade que atravessavam aquelas mães no que se institui como ser mulher, ser mãe, ser filho. Também comparecia esse atravessamento nas relações estabelecidas com a escola, o bairro, os serviços de saúde e a sociedade de modo geral. Sem desconsiderar que as experiências mapeadas nos estudos citados sejam importantes, reconhecer nelas, no entanto, a causa da sobrecarga é não dar visibilidade à sua construção.

Importante observar ainda que, ao operar por representatividade (via amostragem), na maioria dessas pesquisas, quem escolhia os familiares cuidadores para alcançar essa representatividade eram os profissionais. Eles identificavam pela frequência no serviço quem seria o cuidador principal e excluíam familiares cuidadores com menos de 18 anos e/ou que já tivessem demandado serviço em saúde mental. Mas por que os menores de 18 anos de idade não são incluídos? Há pré-requisitos para exercer o cuidado? A pesquisa assim realizada parece definir de antemão o resultado a que se quer chegar, pois ter acima de 18 anos de idade e ser "são" formam pré-requisitos para ser cuidador:

> Após consulta aos pacientes, esses familiares foram convidados para participar do estudo. Caso o paciente ou seu familiar se recusassem a participar, realizava-se um novo sorteio aleatório. Incluíram-se familiares de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos os familiares menores de idade e os que já haviam sido internados para tratamento psiquiátrico. (Barroso et al., 2007, p. 272)

Dupla cilada, pois, mesmo quando o cuidado escorre das mãos dos especialistas, ele se referencia no paradigma da normalidade. Especialistas e normais são os sujeitos do cuidado. Usuários e anormais, subjetividades desviantes, são objetos do cuidado. O cuidado é aí ação unidirecional.

CUIDAR SEM (SE) APRISIONAR

De modo geral, o cuidado vem sendo colocado como uma palavra multiderivada que indica a preocupação ou inquietude por algo ou alguém. Na saúde, associa-se muito rapidamente aos recursos técnicos, instrumentais e terapêuticos, isto é, a uma intervenção clínica. Etimologicamente, a palavra clínica vem do grego *klinê,* que significa leito, sendo o clínico aquele que se posiciona diante da cabeceira do leito do paciente para lhe examinar, diagnosticar, tratar, remediar, curar e tantos outros verbos (Moreira et al., 2007). Vinculado a esta perspectiva de intervenção clínica, tantas vezes o cuidar se torna uma atividade reservada aos especialistas, que se debruçam sobre o leito do doente para restituir ao sujeito algo que ele, supostamente, perdeu: o ideal de normalidade.

Contudo, gostaríamos aqui de contingenciar essa noção de cuidado, ampliando as possibilidades de pensá-lo como algo que se passa nas relações, entre todos, molecularmente, e que tem como condição a escuta atenta, o respeito, a confiança, o acolhimento das diferenças, a solidariedade e a reciprocidade (Silva, 2009). E era também assim que muitas vezes o cuidado comparecia na experiência do grupo GAM:

> Alguém cuidando de mim é alguém se preocupando comigo. Se estou bebendo, comendo, é muita coisa. Se está fazendo carinho. Se está se preocupando com o que estou pensando para eu não me prejudicar. O cuidado é muito extenso, muito grande. (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014)

No entanto, atrelada a essa experiência de cuidado coexistiam outras nas quais o cuidar também surgia objetificado.

A maioria das pesquisas citadas no item anterior, que tem como tema a sobrecarga familiar, objetiva constatar que o cuidado de pessoas com transtorno mental pode gerar sobrecarga. Esses estudos marcam, como uma das causas da sobrecarga, a reorganização da

vida do cuidador em função das necessidades do paciente adulto. Quando esse cuidado tem como complexidade a relação entre familiares e crianças em sofrimento psíquico, existem outros vetores que passam a interferir. Na experiência de um cuidado que se faz objetivado, vigoram as práticas tutelares e desautonomizadoras, e quando nos referimos à criança, isso fica ainda mais naturalizado por meio de uma série de afirmativas, tais como: a criança é totalmente dependente; os filhos, independentemente da idade, sempre vão depender dos pais; é a família que sabe o que é melhor para a criança (Pegoraro & Caldana, 2008). Barros (2015), ao colocar em análise, na estratégia GAM, o percurso de Grupos de Intervenção (GIS) realizados com familiares de usuários adultos de um CAPS do interior do Rio de Janeiro, adverte sobre a posição ambígua ocupada pelo familiar na rede de saúde mental:

> O familiar ocupa uma posição ambígua nesse contexto: ora é visto como parte fundamental da rede de apoio, tornando a vida do usuário mais autônoma, pois mais independente das instituições de saúde mental, ora é visto como um agente de tutela e controle, limitando a autonomia do usuário e restringindo sua independência (Barros, 2015, p. 34).

Nesse ponto, a experiência do cuidado, cujos efeitos podem ser de tutela e adaptação, alcança não apenas as práticas de profissionais de saúde, mas também aqueles em posição de cuidadores familiares. Duplamente, no caso da criança usuária dos serviços de saúde mental, muitas vezes a tendência da família é superproteger, criar uma redoma em volta da criança, bloqueando entradas e saídas.

Na saúde mental, a postura infantilizadora no cuidado constrói e fortalece o lugar de incapacidade da criança como alguém que não "dá conta" de certas atividades, escolhas e ações, não apenas por ser criança, mas por ser uma criança adjetivada de "especial". São produções de modelos ideias, tanto da criança normal quanto da criança especial.

A infantilização tende a colocar a criança no lugar de passividade frente ao cuidado, impede a geração de autonomia e, nessa relação de superproteção, constrói também a manutenção da figura identitária do cuidador modelo, o que também produz sofrimentos. Em um dos encontros grupais, de forma muito emocionada, uma mãe nos conta da dificuldade em confiar seu filho a outras pessoas e/ou profissionais e na capacidade de seu filho em cuidar de si mesmo: "É difícil não poder cuidar o tempo todo e ter que confiar no cuidado do outro com seu filho". A mãe nos conta que seu filho algumas vezes chegava pra ela e dizia "Mãe, eu sei cortar o tomate!". Mas ela, de forma protetora, dizia-lhe que ele não poderia usar a faca, porque é perigoso. Nesse dia, ela mesma problematiza:

> (...) muitas vezes não são eles que têm dependência da gente, mas a gente que é dependente deles. Nós muitas vezes estamos tão acostumados, mas ele fala: *Mamãe, isso eu sei fazer!* Mas é tão difícil para mim, aceitar que ele sabe fazer! (Trecho da memória do Grupo GAM, 24/09/2014)

As outras mães também falam desse sentimento como algo que alegra e assusta ao mesmo tempo, e de como isso também é uma questão para elas. Acostumaram-se a fazer tudo, correr atrás de tudo por eles, de modo que, para essas mães, é difícil e doloroso acreditar que em algum momento eles não precisarão tanto delas. G. diz que um dia ele irá trabalhar e cuidar de sua mãe, mas ela responde para ele que iria sentir muito sua falta. Ele insiste: "Eu sei minha mãe, mas você irá conseguir" (Trecho da memória do Grupo GAM, 24/09/2014).

Nesse ponto, encontramos uma das pistas para a análise da ancoragem da sobrecarga: como é sentir que o cuidado depende apenas de si? Que cuidar do outro se tornou a própria vida, ao ponto de ser difícil pensar a vida sem esse outro, sem estar a ele devotada? A sobrecarga ancora-se, então, a uma experiência de dependência aprisionante. Um cuidado que produz dependências aprisionantes

mútuas. Isso é tão intenso na experiência do grupo que os familiares chegam a enunciar que "(...) na verdade, nossa vida é cuidar deles".

> E a minha vida é isso! Na escola com ele de manhã, vou pra lá, vou pra cá. Apesar de ter doze anos ele é muito dependente. Ainda não melhorou, vai ter melhorado quando ele puder ficar na escola sozinho. (...) Eu não tenho tempo pra mim, pra nada, nada, nada. Eu só durmo quando eu olho e vejo que ele está dormindo. Aí é minha vez, diz G. Outra mãe diz: Eu amo o silêncio, mas enquanto ele está acordado, eu não tenho silêncio. Me faz falta". (Trecho da memória do grupo GAM, 18/09/2014)

Em outro encontro, K. partilha com o grupo:

> O que faz bem pra mim, as minhas expectativas, hoje, é o meu filho. Tudo o que eu faço pra me sentir bem é em relação a ele. As minhas expectativas sobre mim, eu sei que posso conseguir. Mas a minha preocupação maior é ele. Hoje minha realização é ele. [Está] em vê-lo conseguindo dar pequenos passos. A minha realização é vê-lo se realizando [coisas] como ler, escrever. Depois ele [poderá] ver as coisas como eu vejo, com as expectativas dele, com o cuidado dele. Ele se realizando eu vou estar realizada. Eu me vejo nele. Tenho outras expectativas, mas a minha maior é ele. Eu penso em mim pensando nele. Eu faço o máximo possível de mim para ele. Não deixando de fazer minhas coisas, mas o objetivo principal é ele. (Trecho da memória do Grupo GAM, 25/09/2014)

Poderíamos ouvir com admiração – e tantas vezes ouvimos – as experiências partilhadas no grupo GAM, pela enorme entrega na relação entre essas mães e seus filhos e netos. Talvez, tantas vezes essas mulheres acreditassem que era isso que delas se esperava como mães. No entanto, mais que um olhar admirado e naturalizador, nestes

encontros grupais o manejo buscava por vezes levantar questões, estranhar: cuidar é entregar-se totalmente ao (cuidado do) outro? Um dos passos do Guia GAM evoca o voltar-se para si num processo de conhecimento de si, de acesso à multiplicidade que nos constitui, ao plano das forças que nos move para, então, deslocar-se das formas objetificadas que produzem sofrimento. De certa forma, era preciso, também na experiência dos cuidadores familiares, operar esse exercício. Percebíamos, então, que não eram apenas os usuários crianças ou adultos que viviam certa destituição de si. No processo de tornar-se familiar cuidadora, esta lógica também estava presente, fortalecendo a relação entre cuidado e sobrecarga e entre cuidado e ser mulher.

A MULHER NO CUIDADO

Nas experiências partilhadas no grupo GAM, percebemos outro ponto em que a sobrecarga se ancora: o direcionamento do cuidado à figura feminina: "Chega mais pertinho, vem pra cá, vem pra roda de mulheres!" (Trecho da memória do Grupo GAM, 30/10/2014). No grupo GAM, em roda, quase sempre éramos mulheres. Nas sociedades ocidentais, o gênero feminino e o papel da mulher passaram por diversas mudanças ao longo do século XX até os dias atuais, incluindo alterações nos modos de viver e cuidar. Contudo, a prática do cuidado não institucionalizado permanece como uma atribuição *natural* às mulheres, pois parte de uma concepção cristalizada do sexo feminino, milenarmente atrelada ao ambiente doméstico e aos seus afazeres (Pegoraro & Caldana, 2008; Rosa, 2005).

Quanto ao cuidado do doente mental, percebemos a repetição deste direcionamento às mulheres, sejam elas mães, irmãs, tias, avós. Geralmente são elas que cuidam no contexto familiar (Gonçalves & Sena, 2001; Pegoraro & Caldana, 2008). Alguns autores chegam a afirmar que a mulher é o principal ator com o qual se deve estabelecer aliança para consolidar as práticas de cuidado antimanicomiais (Gonçalves & Sena, 2001).

Essa posição naturalizada da mulher como cuidadora ganha destaque nas pesquisas sobre a sobrecarga familiar, pois a dimensão de gênero também se encontra atualizada na percepção desta sobrecarga (Campos & Soares, 2005; Pegoraro & Caldana, 2008). Estudos que apontam a sobrecarga familiar ancorada no gênero feminino também indicam uma maior necessidade de apoio às mulheres cuidadoras, que ora são vistas como aquelas que fornecem o cuidado a alguém que delas dependem, ora como sujeitos que possuem franca necessidade de receber cuidados da equipe (Pegoraro & Caldana, 2008). É essa relação de correspondência que aqui nos interessa: analisar quais modos de subjetivação a objetificação do cuidado tem produzido que atravessam a figura feminina.

Cada uma das familiares/cuidadoras participantes do grupo GAM trazia consigo uma singularidade no cuidar, expressão de que o cuidado não é sempre o mesmo, independentemente de quem o exerça, mas pode ser atravessado por muitos sentidos, construído de muitos jeitos. Mas era difícil para aquelas mães confiar no cuidado da escola, de alguns parentes, de seus companheiros e, com isso, retinham para si cada vez mais esse cuidado. Em certo sentido, vimos que era difícil confiar porque tantas vezes se partia de um ideal de cuidado do qual nada poderia fugir. Dito de outra forma: ninguém conseguiria cuidar como elas.

No grupo GAM, essas mulheres pareciam encontrar um espaço onde todas *falam a mesma língua*, onde todas são do mesmo time, e ser do mesmo time é também rir das mesmas coisas, ou então calar-se, não precisar "explicar-se".

> Discutem (e agora quase não se ouve a voz dos manejadores, nem de Renata [psicóloga], é um papo entre as mulheres que ali estão) sobre a sinceridade na relação com a igreja, a leitura da Bíblia, que, se sincera, pode salvar. (Trecho da memória do Grupo GAM, 21/05/2015)

A experiência de uma mulher narrada no grupo incluía e interpelava muitas outras mulheres. Algumas cabeças balançavam concordando (ou discordando) com a fala, o corpo se inclinava sobre a mesa, alguns murmúrios: "é desse jeito", "o meu também é assim", "eu também faço isso".

No sofrimento que alcançava o grupo, a naturalização da maternidade também era um ponto a ser problematizado, posto que a sociedade moderna já codificou um modelo ideal da mãe provedora de cuidados. O vínculo e o afeto, que são condições para o cuidado, acabavam se confundindo com um conjunto de obrigações socialmente determinadas, "papel de mãe" (Pimenta, 2008). Não obstante, são elas a presença mais significativa nos grupos, nas assembleias, nas consultas, na relação com a escola, no cuidado direto do familiar – sobretudo em nossa pesquisa, que tem como interface o cuidado de crianças na saúde mental. Podemos analisar, por isso, que a sobrecarga está também ancorada nas práticas e ideologias associadas aos papéis masculino e feminino na nossa sociedade, que findam por imputar uma "carga" maior às mulheres (Campos & Soares, 2005).

> Em todo o mundo, são usualmente as mulheres que cuidam de doentes e crianças. Pois bem, há esta iniquidade. O que fazer? Como enfrentar esta situação sem aprofundar o fosso da desigualdade de direitos e neutralizar a desigualdade inescapável da diferença de gênero? Apostamos nesta ação: transversalizar. (Barros & Passos, 2012, p. 238)

Transversalizar para pôr em análise essas naturalizações e analisar quais formas e forças têm produzido esse exercício do cuidado dentro da esfera familiar, como papel exclusivamente destinado à figura feminina. E então nos voltamos àquelas questões elencadas anteriormente: o que é cuidar? De quem cuidamos? Quem pode cuidar? A partir dessas indagações, é importante questionar o cuidado como exclusividade da mulher. Ainda que seja destinado socialmente

a ela, o cuidado é algo que se dá na relação coemergente entre sujeitos, o que diz que o cuidado não é propriedade ou exclusividade de alguém, habilidade ou inteligência natural, mas fruto de aprendizagens e cultivos abertos a todos.

A SOBRECARGA DA NORMALIZAÇÃO – O PESO DA NORMA

Em muitos momentos a experiência compartilhada pelo familiar no grupo pautava-se no lugar idealizado de família, de criança, de cuidado, de mulher e mãe. Vigorava ali, nas falas trazidas, a atualização de paradigmas da normalidade. Nossas experiências no processo grupal indicam que a problematização da sobrecarga implica a desconstrução do lugar idealizado do cuidado: quem pode cuidar? Como cuidar? Do que cuidamos? Cuidado é algo que circula e perpassa a todos nós, independentemente do gênero e da idade.

Acerca da existência da sobrecarga familiar, é importante reconhecê-la e não diminuir o efeito do sofrimento que opera. Interessa-nos, no entanto, mais que esse reconhecimento, problematizar a relação frequente entre cuidado e sobrecarga. Uma relação que trabalha com o que já está instituído pelo discurso científico sobre o cuidado de familiares, afirmando que "a sobrecarga é um fenômeno evidente e persistente, mesmo quando o paciente responde a tratamentos eficazes" (Campos & Soares, 2005, p. 232); ou seja, uma experiência naturalizada em sua produção e por isso incontornável.

No entanto, tal relação encontra-se instituída não apenas neste discurso; também é importante problematizá-la tendo em vista comparecer instituída na vida das(os) próprias(os) familiares-cuidadoras(es), no modo como experimentam o cuidado tantas vezes como uma sobrecarga. Assim, fomos compreendendo que sentir a sobrecarga de uma certa maneira endossa consigo certo modo de cuidado. Seria preciso deslocar a montagem da sobrecarga para deslocar a produção do cuidado. Pôr a sobrecarga em análise é também problematizar os modelos idealizados de família, de criança, de cuidado, de

saúde, pois o que pesa é um sentimento de não conformidade com as normas. Para pôr a sobrecarga em análise, é preciso pôr em análise a ancoragem que a sustenta e a lógica de cuidado pautada no ideal de normalidade que ela é produzida.

Os serviços, muitas vezes, assentam a família neste modelo ideal: a família que, por família ser, tem essa condição *a priori* de exercer o cuidado (Gonçalves & Sena, 2001). Ideal de família. Paralelamente à convocação do cuidado familiar (e também comunitário, é bom lembrar), quando não se encontra a família ideal, acredita-se que as famílias estejam despreparadas e pouco amparadas para acolher e cuidar do portador de sofrimento psíquico, "havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental" (Santin & Klafke, 2011, p. 147). Norteando esta constatação está a busca por um modelo de cuidado que desqualifica qualquer outra prática de cuidado em exercício. É preciso ensinar as famílias a cuidar. Ideal de cuidado.

A nosso ver, tal sobrecarga fala da qualidade das redes construídas, dos novos modos de organizar o trabalho em saúde mental, de uma reforma ainda em processo, da relação ainda distanciada entre serviço e família, ou seja, leva à necessidade de continuidade de discussão e análise de outros pontos e questões. Além disso, as análises sobre a sobrecarga não problematizam a produção do usuário da saúde mental como peso, carga a ser distribuída. A discussão da sobrecarga naturalizada reifica, ao mesmo tempo, o sujeito, aqui em nosso caso, a criança, como fardo. Uma saída possível que surgia era redistribuir a carga. O cuidado idealizado tem efeitos em sua distribuição, e a carga é nele tomada como física e material. Muitas vezes, no grupo, era colocado que cuidar era como um peso que, se dividido, tornar-se-ia mais leve. Nessa distribuição da carga, as mães lançavam mão de todos os recursos possíveis, de um médico a outro, de um serviço a outro, de uma medicação a outra. Mas aos poucos fomos criando um plano coletivo de análise, no qual parecia que distribuir, por si só, não garantia um plano comum de cuidado. Percebíamos

que havia uma rede, porém frágil e desconexa em alguns pontos. É que a lógica da redistribuição não colocava em análise o que estava sendo posto como um peso, uma carga: a criança. E a frase ressoava: "A nossa vida é cuidar deles".

Nas reafirmações narradas em grupo, era perceptível um cheiro de sobreimplicação[23]. O dispositivo grupal operava como um "campo comum" da sobrecarga familiar, pois algumas experiências que antes eram vividas de maneira exclusivamente individual passaram a ser partilhadas e ganharam um sentido comum (Barros, 2015). Nesse grupo, as mães vislumbravam um lugar favorável ao acolhimento daquilo que se colocava para elas como sofrimento. Mas como construir no dispositivo grupal esse espaço de acolhimento e, ao mesmo tempo, de problematização da sobreimplicação e da sobrecarga?

Além de acolher, era preciso pôr em análise as instituições e lógicas ali presentes que precisavam se abrir, desmanchar-se. Trata-se de pôr essa sobreimplicação em análise, posto que ela reforça o domínio de uma única versão, um modo de lidar com os acontecimentos que sobrevêm aos sujeitos. No grupo, buscamos proliferar, abrir no encontro (entre os familiares, pesquisadores e profissionais) possibilidades de análise e problematização: "Em geral, as dificuldades surgem quando as experiências se apresentam de forma pessoal demais. O caráter clínico da análise na pesquisa servia justamente para conter os exageros do subjetivismo" (Barros, 2015, p. 97).

---

23 O conceito de sobreimplicação nos auxilia na compreensão do conceito de implicação. A implicação é entendida como a relação que os indivíduos desenvolvem com as instituições, instituições estas que tomam o indivíduo, o queira ou não. Quando tomados por instituições – sejam elas econômicas, políticas ou libidinais –, sem pôr essas instituições em análise, ficamos impedidos de ver outros elementos que povoam tal relação, podendo ser conduzidos por práticas que recusamos, pois a sobreimplicação nos impossibilita de analisar a implicação. A análise de implicação enquanto trabalho coletivo nos auxilia no exercício de analisar os modos de implicação e quais efeitos as relações com as instituições produzem em nós mesmos (Monceau, 2008).

O trabalho em grupo se dava pondo em análise os "nós" que engendram a sobreimplicação: o nó de achar que o outro é incapaz de cuidar de si e do outro, o nó da instituição "criança-problema" e "criança especial", o nó da "maternidade", o nó do cuidado pautado no ideal de normalidade. No processo grupal, portanto, exercitava-se que os problemas que eram vividos individualmente podiam ser partilhados com o grupo, que, por sua vez, produzia intervenções ativas nas questões que eram colocadas. Intervenções que demandavam um tempo para serem acolhidas, redes complexas que faziam fugir algumas instituições e sentimentos de culpa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática da sobrecarga familiar imersa no contexto dos movimentos do grupo de familiares GAM no CAPSi foi se constituindo não só como um problema, mas como um caminho para pensar as práticas de cuidado. Foi preciso fazer um giro no pensamento, produzir uma virada, que diz de um processo de análise que inclui o próprio pesquisador. Como temos cuidado? O que estamos fazendo de nós mesmos? Fomos inicialmente mapeando juntos os elementos naturalizados – modelos de família, de saúde, de criança, de cuidado – e, ao mesmo tempo, problematizando-os: de que sobrecarga estamos falando? Que formas família/criança/cuidado ela alimenta? Como esse modo de cuidado comparece no grupo?

Percebemos que a sobrecarga emergia substancializada, justificada por ideais de normalidade e ancorada no lugar instituído do feminino e da mulher na tradição do cuidado, no cuidado objetificado e nas práticas de tutela, produzindo grande sofrimento. Dito de outro modo, a sobrecarga não era produzida só pelas mães, não se tratando de uma produção individual, mas era também produzida por uma rede fragilizada pela exigência do laudo, pela relação hierárquico-autoritária com o médico, pelo encontro desconfiado com a escola, pela fragilização dos laços comunitários, pelas práticas

normalizadoras, adaptadoras e tutelares, medicalizantes e culpabilizantes, práticas que geram solidão e cansaço. Como a sobrecarga é produzida? Como articular esses elementos? Colocando a sobrecarga e suas engrenagens em análise.

Entendemos que a sobrecarga se constrói quando o cuidado é feito de maneira solitária, não dialogada, ausente de redes de apoio e, por vezes, centrado em uma relação normalizante com o medicamento. Perspectiva, portanto, de um cuidado objetificado, como ação exercida de alguém sobre outro alguém, e, por isso, problemática.

Em alguns encontros grupais foi possível complexificarmos a questão da sobrecarga, pôr a sobreimplicação em questão. Isso demandou pôr também em análise a lógica da redistribuição. Desmontar a ancoragem da sobrecarga para deslocar a questão do cuidado: como o cuidar vai se tornando um fardo? Que fardo é esse? Seria a criança? O cuidado? Os outros? Como incluir, por exemplo, a criança no cuidado? Como produzir autonomia?

Experimentado como fardo, o cuidado resta difícil de ser distribuído, posto que é a vida que fica pesada, aprisionada na teia de uma série de discursos modelizadores sobre como se deve ser mãe, ser filho, sobre como cuidar. Distribuir, de fato, em uma outra lógica que não a da sobrecarga e da tutela, implica um outro modo de cuidado. Nessa outra modalidade de cuidar, a distribuição é uma questão de base, pois não há cuidado senão distribuído em uma rede de relações. A distribuição fala da condição implicada no próprio cuidado, que é a de que cuidamos de nós para cuidar dos outros, cuidados dos outros como efeito do cuidado que realizamos em nossas relações. Cuidamos das relações que, por sua vez, falam das redes nas quais nos constituímos. Assim, distribui-se a possibilidade de cada um ter um lugar no cuidado, inclusive a própria criança.

Com Merhy (2007), saímos em defesa de um cuidado que se fabrica no cotidiano, que se fabrica micropoliticamente num plano relacional de compartilhamento, esse é o plano do cuidado. Saber

operar nesse compartilhamento é a chave para tessitura de uma rede que produz cuidado e produção de saúde.

Barros (2015) coloca que muitas dessas experiências de isolamento, solidão e culpa narradas nos GIFs advêm de uma relação vivenciada de maneira rígida com os códigos e as normas, com o rótulo, com a discriminação. Relações que nos atravessam não como produção dos próprios sujeitos simplesmente, mas como produção social que tem como engrenagens os diagnósticos, o próprio medicamento e suas regras de normalidade. Distribuir o cuidado era algo difícil para essas mães, justamente porque, para compartilhar o cuidado e tecer uma rede de apoio, a confiança era uma condição.

Quando desmontamos a lógica da sobrecarga no grupo, buscamos produzir deslocamentos nas noções instituídas de cuidado e também de rede de apoio, pois, na lógica da sobrecarga, o peso passa a ser redistribuído em rede e, por isso, cuidar se torna mais leve. Nesse viés, parte-se do ideal de uma rede de apoio pronta, que age como suporte para quem carrega o peso de cuidar sozinho: só podemos diminuir a sobrecarga familiar intervindo diretamente na distribuição das responsabilidades; o "peso da responsabilidade" de cuidar só se dilui corresponsabilizando. Seria como dizer que quando o "peso" é carregado com mais atores, não há sobrecarga, mas há, ainda assim, uma carga, há um peso. O peso, o fardo, continua sempre. Nessa lógica, o peso é o outro.

Analisamos que redistribuir o peso é diferente de redistribuir o cuidado, ou seja, quando se afirma que o peso está sendo distribuído em rede, ainda se permanece na objetificação do cuidado. Diante disso, o que fazer? A GAM nos dá pistas que indicam qual o ponto do cuidado. A Reforma Psiquiátrica também já nos deu algumas pistas de como cuidar. Redistribuir o cuidado ultrapassa a lógica de distribuição como divisão. Coletivizar o cuidado é da ordem do que se inventa junto, que não é imposto por cima, é sair do peso dos modelos ideais. Como ultrapassar a experiência da criança tantas vezes sentida como fardo? Como ultrapassar o sofrimento gerado pela sensação

de sobrecarga? Como construir uma rede de apoio que não funcione redistribuindo pesos, mas reposicionando a própria experiência do cuidado? Apostamos no desmanchamento de lugares demarcados, no deslocamento dos pontos de vista proprietários, na análise coletiva, na autonomia e cogestão, nas práticas de liberdade como efeito de um cuidado que se produz no ato de cuidar.

REFERÊNCIAS

Athayde, M., & Brito, J. (2011). Saúde, cadê você? Cadê você? In J. Brito, M. Y. Neves & M. Athayde (Orgs). **Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas**. ENSP/FIOCRUZ.

Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr, 57**(2), 98-104.

Renault, L. M. B. (2015). **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da gestão autônoma da medicação** [Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2015_t_Leticia.pdf

Barros, R. B., & Passos, E. (2012). Transversalizar. In Tania Mara Galli Fonseca, Maria Lívia do Nascimento, & Cleci Maraschin (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário** (pp. 237-240). Sulina.

Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009, Set). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública, 25**(9), 1957-1968.

Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín., 34**(6), 270-277.

Campos, P. H. F., & Soares, C. B. (2005, Dez). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista, 11**(18), 219-237.

Canguilhem, G. (2002). **O normal e o patológico**. (5 ed. rev. aum.) Forense Universitária.

Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis, 19**(2), 529-549.

Ferreira, J. P. S. P. (2016). **Memórias de uma viagem cartográfica: a gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado no capsi de vitória** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/9003

Foucault, M. (2002) **Em defesa da sociedade**. Ed. Martins Fontes.

Foucault, M. (1989). **Microfísica do Poder**. (8 ed.) Graal.

Foucault, M. (1998). **O nascimento da clínica**. (5 ed.) Forense Universitária.

Foucault, M. (2010). **Repensar a política: Ditos & Escritos VI**. Forense Universitária.

Gonçalves A. M., & Sena, R. R. (2001, Março). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem, 9**(2), 48-55.

Merhy, E. E. (2004). O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Merhy, E. E. (2007). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec.

Monceau, G. (2008, Jan/Jun). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Revista de Psicologia, 20**(1), 19-26.

Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. **Psicologia Ciência e Profissão, 27**(4), 608-621.

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2006, Set/Dez). Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. In: **Psicologia em Estudo, 11**(3), 569-577.

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008, Abr/Jun). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunic., Saúde, Educ., 12**(25), 295-307.

Pimenta, E. S. (2008). **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista** [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais]. Biblioteca PUC Minas. http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_PimentaES_1.pdf

Revel, J. (2005). **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Claraluz.

Rosa, L. C. S. (2005, dez). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista, 11**(18), 205-218.

Santin, G., & Klafke, T. E. (2011, Jan/Jul). A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, (34).

Silva, M. G. (2009). **O cuidado clinico à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico no CAPSi – como os profissionais cuidam** [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Ceará]. Repositório Institucional UECE. https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=53717

Segunda narrativa GAM: (Período referente aos meses de outubro a dezembro de 2014)

Nesses encontros, nós trabalhamos principalmente com o segundo passo do Guia GAM, que se chama "Observando a si mesmo". Esse passo fala sobre o dia a dia, os relacionamentos, as pessoas à sua volta, a saúde e a medicação. É bastante coisa para conversar, por isso nem sempre conseguimos seguir direitinho com a leitura no Guia. Tiveram encontros, por exemplo, que chegaram pessoas novas no grupo e nós cuidamos para que elas fossem bem acolhidas: ouvimos suas histórias, dificuldades, as novidades que traziam e também tínhamos que explicar para elas o que é o grupo e o que estamos fazendo ali.

Falando em cuidado, nesses encontros nos perguntamos bastante sobre isso. O que é cuidar? O que faz alguém ser apoio para gente? Como e quando a gente se sente apoiada? O que é necessário para que a gente se sinta cuidada? Percebemos que há pessoas, lugares e serviços com os quais podemos contar. Há toda uma rede de apoio. E outros com que gostaríamos de contar e não podemos. E essa rede

nos surpreende. Às vezes uma amiga, um professor, um estagiário, uma médica podem até mesmo, em algumas situações, estar mais próximos da gente e das nossas crianças do que alguém da família.

Entendemos também que queríamos poder contar mais com algumas pessoas e serviços. Nos serviços de saúde, por exemplo, encontramos muita dificuldade para conseguir os medicamentos e marcar consultas e exames. Os médicos especialistas, então, são os mais difíceis! Neurologista? Só tem dois na rede! E tem médico que a gente não "bate", "não vai com a cara" ou "acha que tem cara de doido". Outros que a gente gosta muito. O que será que nos faz gostar de alguns profissionais e outros não? Que sutilezas nos fazem confiar em alguns médicos e não em outros? Por exemplo, quando um médico prescreve um medicamento e não sentimos firmeza para dar, procuramos auxílio de outro que nos fala para "dar sem medo". Esta fala cheia de força nos deixa mais tranquilas para tentar.

No grupo, temos compartilhado algumas dessas dificuldades e trocamos experiências de como conseguir o medicamento, estratégias para marcar consulta, informações sobre onde e como pegar o medicamento de graça ou mais barato. Nós nos ajudamos a encontrar lugares para cuidar da nossa saúde e das crianças, lugares para as crianças fazerem esportes, oficinas, atividades culturais. Criamos uma aproximação entre nós do grupo, um elo. Apoiamo-nos umas nas outras e somos apoiadas pelo grupo. Temos percebido que, na verdade, nós somos apoiadas e damos suporte para muita gente. Tem gente que fala até que somos guerreiras! Um pensamento que também passa por nós é com relação às crianças que cuidamos. Será que elas também cuidam? São apoio de outras crianças? Podemos dizer que as crianças também apoiam a gente? As vozes das crianças ecoaram no grupo falando de como elas cuidam delas mesmas, dos modos como cuidam de nós, dos irmãos e os irmãos cuidam delas. E cuidam mesmo! Muitas delas falam que podem contar muito com a ajuda dos irmãos.

Mesmo assim, muitas vezes, há um receio, um medo de deixá-las em outros espaços, no vizinho, na rua, nas escolas. Afinal, o que pode acontecer? Do que se tem medo? Alguns bairros são violentos e algumas pessoas não tratam bem ou não têm paciência. Tem momentos que nós nem queremos sair de casa para evitar problemas. E tem hora que se nós não sairmos, ficamos malucas! Pensamos: como proteger sem, no entanto, impedir que as crianças criem outros laços, que se aproximem de outras pessoas (amigos, vizinhos, professores) e que brinquem na rua, no parque, na praça? Nossa... difícil isso! Mas essa é uma questão importante para ficar com a pulga atrás da orelha, já que percebemos que quando elas saem na rua, elas voltam mais alegres, dormem melhor. Na verdade, todos ficam bem. Mas então como sair na rua, mesmo passando por dificuldades/constrangimentos? É preciso cuidar disso. Como tornar isso possível? Como o CAPSi poderia ajudar?

O remédio dá um conforto nessas horas. Muitas de nós dão o remédio quando as crianças precisam sair ou fazer algumas atividades. Mas sentimos, por vezes, que se os filhos ficassem só com a gente, o medicamento não seria necessário. Por quê? Qual a diferença de quando eles estão com a gente e de quando estão em outros lugares? É verdade que em alguns momentos dizemos que o remédio dá uma estabilizada, uma neutralizada, uma "normalizada" no comportamento da criança. Já nos vimos querendo um remédio que vai deixar a criança normal, que vai fazer com que ela não bata em ninguém, não fale palavrão, não faça bagunça. No entanto, o que é uma criança normal? O que realmente significa estabilizar e neutralizar? Quando damos a medicação, o que queremos que se acalme, que desapareça? Em que locais e momentos?

Bom, já sabemos que não há remédio para tudo que extrapola, apesar às vezes a gente querer! Criança é fogo! No grupo, temos pensado em outras estratégias para virem junto da medicação. Porque tratamento não é só remédio. Tem psicólogo, oficina de música, futebol, a casa da gente, toda uma rede que fomos desenhando quando

falávamos sobre a questão dos apoios. Mudar de escola, de entorno, de hábitos, ousar outros ritmos e laços também vão ajudando no trato com nossas crianças. A medicação é mais um ator da rede de cuidado, não mais e nem menos importante que os outros.

Porém essa questão da medicação é cabeluda!! E é preciso que falemos mais dela, até para pensarmos melhor nas maneiras de geri-la dentro da rede de cuidados. Por exemplo, tem coisas que acontecem aqui no CAPSi e com muitas de nós. Às vezes, a gente acredita que um medicamento pode ajudar e o médico não prescreve. Outras vezes a gente vê que tá sendo bom e o médico retira. Gostaríamos de entender o porquê. Será que tem alguma coisa que o médico vê que tá errada e a gente não sabe? Seria bom que partilhasse com a gente, ao menos para conversar, esclarecer certas coisas, ouvir outras. A gente observa, acompanha todo dia. Nós também temos um saber de quando o encontro com determinada medicação está sendo bom, mas esse saber nem sempre é valorizado. O que acaba acontecendo é que, quando há essa recusa e pensamos que o remédio está bom, procuramos por médicos fora do CAPSi, até mesmo do privado, e aí conseguimos. Só que ficamos assim, com o acompanhamento de dois, três, quatro médicos. Mas dessa forma eles acompanham realmente as nossas crianças? Tem aqueles médicos que a gente nem consegue voltar – ou se mudam, ou são muito caros. Quais são os efeitos disso? Estamos conseguindo praticar um bom cuidado dessa forma? O que é um bom cuidado?

Em alguns momentos, conseguimos ter essa conversa com o médico, negociar algumas coisas, fazer alguns combinados e até mesmo pedir para ele não passar ou suspender determinado medicamento. Às vezes, eles dizem que a criança tem déficit de atenção, mas achamos que ela tem é atenção demais. E tem hora que sentimos que é melhor acordar a criança mais cedo para levar ela ao banheiro do que dar mais uma medicação para controlar o xixi na cama. São tantos remédios que até apelidamos alguns médicos de Dr. Medicação. As crianças também percebem coisas e podem falar sobre o que

está acontecendo com elas. Um remédio que engorda, outro que dá sono, outro que prende, que entristece. Então, como gerir essa rede? Esse cuidado? Essa gestão se faz sozinha ou com outras pessoas?

Falamos também que estamos preocupados com a saída do Dr. Rui. Algumas de nós não sabiam disso. Como vão ficar nossas crianças? Da última vez que isso aconteceu no CAPSi, demorou dois anos para conseguirem um novo psiquiatra. Também estamos preocupadas com o vínculo das crianças, que gostam muito do Dr. Rui e até carimbam o nome dele na testa. Será que elas vão gostar do novo psiquiatra? Como cuidar das saídas e chegadas?

O apoio é realmente importante e parece que tem a ver com confiança, sintonia, carinho, boa vontade, partilhar as coisas, estar próximo, ouvir, conversar, distrair, acompanhar... um pouquinho do que temos tentado fazer no grupo e podemos continuar fortalecendo na rede, em outros espaços.

Como as crianças podem participar do cuidado em saúde mental? Autonomia e interdependência em um grupo gam com familiares[24]

Luana Gaigher Gonçalves
Luciana Caliman
Janaína Mariano César

24 Este é um artigo inédito fruto da dissertação de: Gonçalves, L. G. (2018). A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental: um grupo GAM no CAPSI de Vitória-ES [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo].

INTRODUÇÃO DE UM PARADOXO PROBLEMÁTICO

Este texto visa apresentar algumas considerações sobre a autonomia e a participação de crianças no cuidado em saúde mental que surgiram a partir de uma experiência de pesquisa-intervenção no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória/ES com um Grupo GAM com familiares e que foram desenvolvidas mais especificamente na dissertação de mestrado de Gaigher (2018).

Na introdução deste livro, vimos que a estratégia GAM se insere no contexto da saúde mental brasileira com o desafio de fomentar a participação e o exercício da cidadania dos sujeitos historicamente silenciados e excluídos das decisões de seus tratamentos (Passos et al., 2013). Apoiados em dois princípios-chave, autonomia e cogestão, e por meio do dispositivo de intervenção grupal, a estratégia busca criar um espaço de conversa que acolha as múltiplas experiências de usuários e familiares em torno da medicação, de forma que elas possam ser consideradas e incluídas nas negociações e decisões do tratamento e que esses sujeitos possam *participar.*

A participação, além de um direito fundamental, é também a condição para operar com a estratégia, pois possibilita a abertura e disposição à experiência do outro. Ela é objetivo, metodologia e efeito do trabalho com a GAM (Renault, 2015). Temos, aqui, uma direção política da estratégia: o cultivo da autonomia e exercício da cidadania através da participação dos diferentes pontos de vistas. Entretanto, se o exercício da participação de usuários de saúde mental e seus familiares já se mostra desafiador, no campo da saúde mental infanto-juvenil essas questões, como veremos, tornam-se ainda mais complexas.

Algumas perspectivas clássicas entendem que o direito à participação está relacionado com o alcance de certa racionalidade e autonomia, as quais usuários de saúde mental, assim como as crianças, supostamente não possuem. De acordo com Annemarrie Mol, em seu livro *A Lógica do Cuidado* (*The Logic of Care*, 2008), o exercício da cidadania e a participação da vida política sempre estiveram atrelados

a um modelo de cidadão, o qual ela descreve a partir de alguns exemplos históricos. O primeiro deles é o cidadão grego, aquele que detém o controle dos músculos e do corpo. O segundo, o cidadão burguês, para o qual o controle do corpo também é importante, mas o fundamental é o domínio das paixões, pois estas encobririam as habilidades racionais. Já o terceiro, o cidadão iluminado/esclarecido, é aquele que transcende o corpo para se tornar um espírito livre, capaz de fazer julgamentos críticos.

O que há de comum nesses três exemplos? De acordo com a autora,

> (...) seus corpos nunca interferem com seus planos. "Por definição", um cidadão é alguém que controla seu corpo, que o domestica, ou dele escapa. "Cidadãos" possuem a habilidade de fazer suas próprias escolhas no silêncio de seus corpos. Mas, isso implica que você só pode ser cidadão na medida em que seu corpo pode ser controlado, domado ou transcendido. Doenças interferem nisso. Então, pacientes-cidadãos devem suportar uma parte do que eles são. Como paciente você só pode esperar ser cidadão com sua parte saudável. Nunca completamente, nunca como um todo. (Mol, 2008, p. 31, *tradução nossa*)

Ao vincularmos o exercício da cidadania e da participação aos modelos historicamente constituídos do cidadão apontados por Mol, percebemos que sujeitos em sofrimento físico ou psíquico estariam impossibilitados de exercer esse direito, de participar das decisões que lhe dizem respeito, de gerir e cuidar de suas vidas, já que não atendem ao controle, à domesticação do corpo ou à sua transcendência.

Sob essa perspectiva, pensar o direito à autonomia e à participação de crianças (e mais ainda de crianças ditas "especiais", "deficientes", "doentes" ou "pacientes de saúde mental") mostra-se, a princípio, estranho e até mesmo paradoxal. Além do estigma da falta de razão, do descontrole, das experiências de exclusão, tutela e sofrimento que marcam aqueles que padecem de um diagnóstico psiquiátrico, crianças

e adolescentes usuários de saúde mental também precisam lidar com uma tendência representacional hegemônica do pensamento que os compreende como seres ainda em desenvolvimento/formação, incompletos, incapazes e por isso impossibilitados de dizer de si e de suas experiências (Hillesheim, 2008). Por essa razão, certo discurso, *o discurso paternalista*, afirma que caberia aos adultos decidirem pelas crianças, gerir suas vidas, pois dessa forma estão protegendo-as da sua própria inaptidão (Soares, 2005).

Veremos mais adiante que, se, por um lado, essas características e contornos atribuídos às crianças e jovens possibilitaram a criação de direitos e medidas de proteção fundamentais para o desenvolvimento e cuidado desses sujeitos, por outro lado, impuseram limites à experiência de participação e exercício da autonomia infantil, que podem ser observados na ausência desses sujeitos em espaços políticos, de direitos, de decisões e de cuidado.

O filósofo Felix Guattari nomeia esse processo de *infantilização da infância*, em que adultos pensam pelas crianças, gerenciam suas vidas e decidem por elas, criando relações de dependência (Guattari & Rolnik, 2005). Sabemos que esse processo também acomete os adultos: usuários dos serviços de saúde mental, por exemplo, também sofrem processos de infantilização quando têm suas experiências constrangidas e desconsideradas nas decisões sobre seus tratamentos, quando ficam objetificados no lugar daqueles que não podem dizer de si. No máximo são convocados a falarem dos seus sintomas e efeitos da medicação. Contudo, no campo da saúde mental infantojuvenil, esses processos muitas vezes passam desapercebidos, afinal, a criança já não é "infantil"? Como falar de infantilização do que é infantil?

Considerando que a cogestão e a autonomia são os princípios fundamentais que norteiam o trabalho com a estratégia GAM, juntamente ao exercício da participação, na experiência com crianças – com crianças usuárias de medicamentos psiquiátricos – podemos nos perguntar se essas seriam também as nossas direções de trabalho. Seria possível construir autonomia e cogestão com elas? Como

incluir e legitimar o ponto de vista daquelas que são duplamente assujeitadas, que não são vistas como tendo condições de dizer sobre suas experiências, tanto por serem crianças quanto por serem "loucas"? Movido por essas questões, o grupo de pesquisa Fractal decide sustentar esse paradoxo problemático: como incluir e fazer valer o ponto de vista das crianças nas decisões do tratamento em saúde mental? Como e de que forma a experiência infantil pode *participar*?

A EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO INFANTIL

Com o intuito de aquecer ainda mais a discussão, dialogaremos com alguns autores da Sociologia da Infância, um campo de estudos recentes que se empenha em colocar em questão a forma dominante de compreender a infância[25]. É interesse da Sociologia da Infância pensar práticas mais observadoras dos direitos das crianças e, para tanto, os teóricos desse movimento vão colocar em análise a produção de conhecimento científico sobre a criança, propondo metodologias de pesquisa que tenham como foco seus pontos de vistas, suas experiências, sua linguagem e participação na pesquisa (Fernandes, 2015).

A aproximação com esse campo foi fundamental no percurso desta pesquisa, posto que esses estudos vêm trazendo contribuições importantes, no cenário internacional e nacional, no que tange à luta pela afirmação e construção dos direitos das crianças, à visibilidade destas como cidadãs e ainda de sua participação ativa nos processos de produção de conhecimento. Abordaremos mais especificamente como algumas/alguns autoras/autores desse campo nos auxiliam a complexificar a problemática em torno do direito à participação na infância.

---

25 Em 2005, a revista *Educação & Sociedade*, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicou o "Dossiê: Sociologia da infância: pesquisas com crianças", no qual é possível conferir alguns trabalhos realizados por pesquisadores desse campo. Esse conteúdo está disponível via: https://www.cedes.unicamp.br/publicacoes/edicao/127.

Em entrevista concedida a Carvalho e Silva (2016), a professora e socióloga Natália Fernandes Soares, que tem um papel importante nesses estudos, analisa que a participação infantil é colocada como questão acadêmica e científica somente no final da década de 1980. Segundo ela, um movimento histórico que formaliza esse processo é a elaboração da Convenção dos Direitos da Criança (CDC)[26], em 1989. A CDC é um documento oficializado como lei internacional que incorpora uma diversidade de direitos às crianças e traz também uma série de avanços na luta pelo direito de participação infantil.

Comumente os direitos promulgados na CDC têm sido agrupados em três grupos (Hammarberg, 1990 como citado em Soares, 2005). O primeiro deles, direitos de provisão, contempla os direitos sociais da criança, como o direito a saúde, educação, segurança, cuidados físicos, vida familiar, lazer e cultura. O segundo grupo congrega os direitos de proteção, referentes a discriminação, abusos, exploração, conflitos e injustiças. O terceiro grupo é composto pelos direitos de participação, os quais possuem um aspecto mais civil e político, como direito ao nome e à identidade, à liberdade de expressão e opinião, à informação, direito de ser ouvida e de poder tomar decisões. De acordo com Soares (2005), enquanto os direitos de provisão e de proteção são amplamente discutidos, legitimados e assegurados pela sociedade, a luta pelos direitos de participação tem sido mais lenta, menos visibilizada e encontra ainda uma série de obstáculos (Rosemberg & Mariano, 2010).

Para Plaisance (2005), esta é uma fase nova e ao mesmo tempo contraditória em relação aos direitos das crianças. Muitas medidas protetivas são tomadas como fundamentais à infância, mas acabam se tornando obstáculos para a conquista da autonomia, do direito à expressão, à participação e dos direitos políticos (direitos que esse autor agrupa como direitos de liberdade). Ressalta ainda que a luta

---

26 É possível acessar o documento através do *link*: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm

pelas diferentes categorias de direitos deveria estar articulada, evitando assim o excesso de uma sobre o outra. De acordo com Soares (2005), a CDC foi um passo importante nesse processo, ao considerar que a ausência de poderes políticos também contribui para a vulnerabilidade[27] das crianças, entretanto, nas palavras da autora, nas "encruzilhadas da provisão e proteção" tem sido "complicado encontrar um atalho para a participação" (p. 6).

É no contexto da CDC que a Sociologia da Infância surge como um campo de pesquisa, como cita Soares em sua entrevista: "não em paralelo, porque elas se tocam, acho eu" (Carvalho & Silva, 2016, p. 188). De uma forma geral, podemos dizer que a Sociologia da Infância propõe uma visão afirmativa em relação à infância, uma nova forma de olhar para as crianças, compreendendo-as como atores sociais, sujeitos que experimentam ativamente o mundo e que, portanto, podem intervir sobre ele. Interpela também a tendência representacional hegemônica, citada anteriormente, da criança frágil, incapaz, irracional, que ao mesmo tempo possibilitou a sua proteção e restringiu sua participação. Reforçando, portanto, a relação entre esses estudos e a luta pela conquista e construção dos direitos da infância, Soares, em entrevista, reitera:

> Quando a Sociologia da Infância defende a imagem da criança como um sujeito, um ator social, não está a defender mais do que aquilo que é salvaguardado na Convenção quando diz que a criança tem o direito a dar opinião, tem direito de envolver-se

27 Entendemos que a discussão sobre a questão da vulnerabilidade é muito complexa e também controversa, sendo o termo utilizado com frequência, atualmente, no campo da Assistência Social, para legitimar análises a respeito da experiência de famílias consideradas em "risco social". A complexidade desta conceituação e seus efeitos naturalizadores em relação às famílias e inclusive quanto às crianças pede-nos certa cautela quanto ao uso do termo. Aqui o utilizamos, acompanhando o modo como Soares (2005) analisa, unicamente para problematizar relações entre adultos e crianças, presentes em nossas sociedades.

> nos assuntos que lhe dizem respeito (...) houve uma sinergia interessante do surgimento de uma área científica que tem como foco exclusivo a criança e a valorização da sua ação social e o surgimento da Convenção que legitima formalmente a participação das crianças. (Carvalho & Silva, 2016, p. 188)

Plaisance (2005) acrescenta ainda outro aspecto fundamental a estas questões e que nos aproxima da especificidade do nosso paradoxo problemático, afinal, não podemos negligenciar que há uma multiplicidade de infâncias e a luta pelos direitos não se coloca da mesma forma para todas. Interessado em articular as discussões da Sociologia da Infância com os *estudos sobre deficiência*[28] *(Disability studies)*, o autor reforça que se a problematização e a atribuição dos direitos de liberdade (ou participação) às crianças são um desafio, no caso das crianças deficientes, ele é ainda mais árduo. De forma semelhante às crianças usuárias de saúde mental, as crianças deficientes são duplamente vistas como vulneráveis e incapazes, com maior necessidade de serem protegidas, por serem crianças e por serem crianças com "necessidades especiais"[29].

Apesar das diferenças inerentes entre os campos da saúde mental e da deficiência, das particularidades das questões de cada âmbito, podemos fazer uma aproximação entre eles, considerando que a discussão do cuidado envolvendo crianças e familiares lhes é comum,

---

28 De acordo com Diniz (2003), esse campo de estudos surge nas universidades britânicas através do trabalho de pesquisadores que tinham o objetivo de ampliar as perspectivas em torno da deficiência, complexificando as discussões para além do âmbito da saúde. Deste modo, as pesquisas e ações desses estudos são produzidas "na interface das ciências humanas e da saúde, sendo a maioria de seus pesquisadores oriundos das ciências sociais" (p. 6).

29 Lembramos que no campo da deficiência as nomenclaturas surgidas são extremamente controvérsias. A denominação "especial", por exemplo, tem sido questionada por pessoas e grupos dentro do campo dos Estudos da Deficiência e do movimento de pessoas com deficiência, conforme aponta Mello (2009).

sendo também próximos os desafios em relação ao constrangimento do exercício da autonomia e cidadania efetivado por e com elas. A linha entre a proteção e a tutela, na relação com essas crianças, é ainda mais tênue, e o direito à participação se torna ainda mais desafiador.

Observa-se também que, embora haja distinções entre os campos, é comum que esses sujeitos circulem por muitos espaços e instituições semelhantes, tanto em organizações não governamentais, por exemplo a APAE[30], instituições filantrópicas, práticas de Educação Especial, e até mesmo em serviços da rede de saúde mental, principalmente nos casos de deficiência intelectual (DI), nos quais a fronteira dos diagnósticos e as demandas de atendimento se misturam com as da saúde mental.

A partir das questões levantadas, percebemos alguns desafios: como podemos "(...) simultaneamente reivindicar competência, espaço de ação, intervenção das crianças no exercício dos seus direitos, e, dependendo do seu grau de dependência e vulnerabilidade, enfatizar o quanto precisam de nossa proteção?" (Soares, 2005, p. 7). Como contemplar a dimensão da necessidade, da ajuda, do cuidado, da relação de dependência das crianças e ao mesmo tempo compreendê-las como sujeitos de direito? Como pensar, dentro de uma política de proteção das crianças, em uma criança que tem direito a participar? Trata-se de proteger e ao mesmo tempo garantir a participação e autonomia, por isso, como cuidar sem tutelar?

Ao analisarmos a questão da participação, coloca-se também em problematização, ou em movimento de contingenciamento, o problema da proteção. Pensar a participação infantil nos convoca, ao mesmo tempo, a pensar em outros modos de proteção a crianças

---

30 "As Apaes são organizações não governamentais, sem fins lucrativos, que trabalham para que as pessoas com deficiência intelectual e suas famílias vivam com melhor qualidade de vida e felizes (...) oferecem serviços nas áreas de educação, saúde e assistência social, contando, em muitos casos, com a parceria do Poder Público". Cf. https://www.apaees.org.br/institucional/quem-somos

e jovens, visando romper com uma ação unidirecional e instalar ali, onde a criança comparece como objeto do cuidado e/ou da proteção, seu surgimento como sujeito em uma relação de interdependência. Nesse sentido, não haveria direito de proteção sem o direito de participação/liberdade, sob o risco de que a proteção se torne tutela e/ou sujeição.

Para Soares (2005), é fundamental que a luta pela afirmação dos direitos de proteção, provisão e participação considere o aspecto interdependente desses direitos, considerando que "para além da *protecção*, [a criança] necessita também de margens de *acção* e intervenção no seu quotidiano" (p. 9). Uma luta que afirme, portanto, a participação das crianças como sujeitos de direitos que sabem e podem dizer sobre si e que abrigue também as vulnerabilidades e as contingências de infâncias múltiplas.

O GRUPO GAM COM FAMILIARES NO CAPSI

É importante ressaltar que quando iniciamos a pesquisa GAM no ES não havia registro de algum trabalho com a estratégia que se propusesse a acompanhar a experiência do público infantojuvenil no uso de medicamentos (como já foi sinalizado em outros capítulos deste livro). Hoje sabemos que há uma multiplicidade de usos e experimentações da GAM em Unidades de Saúde, instituições prisionais, CAPSad (álcool e outras drogas) e até mesmo projetos que acompanham a experiência infantil[31]. Naquele momento, porém, um trabalho com a GAM envolvendo crianças e adolescentes era ainda uma novidade e impunha uma série de desafios. De que forma as crianças poderiam tornar-se sujeitos participantes desse trabalho? Como conversar com elas? Qual linguagem utilizar?

---

31 Para conhecer mais das experiências e pesquisas com a estratégia GAM, cf. o site do Observatório Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): https://observatoriogam.unifesp.br/

Nosso caminho foi seguir uma pista que a própria adaptação da estratégia para o Brasil já indicava: para a GAM-BR, a construção da autonomia dos usuários implica necessariamente o trabalho com um coletivo que a legitime e possibilite. Isso porque compreendemos a experiência com medicamentos como uma experiência ampliada, que não envolve somente aquele que faz uso, mas uma trama de relações e práticas farmacológicas entre aqueles que acompanham, cuidam, prescrevem, fornecem o medicamento, entre tantas outras (Domitrovic, 2014). Um desafio da pesquisa GAM é, portanto, incluir e fazer atravessar tais experiências. Nesse ponto, um trabalho intensivo com familiares é não só interessante, mas fundamental.

Na tese de Renault (2015), a autora analisa a primeira experiência de um grupo GAM de intervenção com familiares (GIF) realizado no Brasil e ressalta que "parecia-nos impossível realizar a discussão sobre a autonomia no tratamento medicamentoso sem uma referência constante aos familiares" (p. 24). São os familiares que, na maioria das vezes, fazem a gestão da medicação em casa, acompanham seus efeitos na vida dos usuários e nas suas redes de pertencimento, auxiliam nas tarefas do dia a dia, levam-nos para os serviços de saúde, entre outras atividades. E quando esses usuários são crianças e jovens, essa relação com o familiar ganha uma tonalidade ainda mais visível. A própria Política de Saúde Mental para crianças e jovens tem como diretriz a intersetorialidade (Couto & Delgado, 2015), portanto, é imprescindível que o trabalho nos serviços com atendimentos voltados para esse público envolva uma rede de cuidado que inclui minimamente (e, diríamos, principalmente) a família.

Após consolidada a parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória, iniciamos, então, o primeiro grupo de Gestão Autônoma da Medicação no ES, um Grupo com Familiares de crianças usuárias do CAPSi. A participação dos pesquisadores decorreu de dezembro de 2013 a dezembro de 2016. O Grupo tinha frequência semanal e era constituído, em sua maioria, por mulheres responsáveis pelo cuidado das crianças (mães, avós,

bisavós e tias), além dos pesquisadores e profissionais do CAPSi. Durante esses três anos de trabalho, participaram do grupo estagiários do serviço, estagiárias de Psicologia da UFES, duas psicólogas, um psiquiatra, uma assistente social, um musicoterapeuta, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e, nos últimos anos, acompanhando de modo mais intensivo, uma pediatra e um educador físico. Também contamos com a presença de 21 familiares de crianças, alguns frequentando o grupo desde o início, outros com participações pontuais ou passageiras. Um único pai participou de um único encontro.

A cada grupo, íamos nos aproximando dessas crianças, dessas mães, dessas famílias, de seus entornos, das suas tantas histórias. Histórias intensas, histórias de sofrimento, por vezes avassaladoras; histórias que solicitavam do grupo silêncio, escuta e acolhimento. Fomos conhecendo (e aos poucos também desconhecendo) o encontro dessas famílias com a produção do diagnóstico, com os serviços de saúde e com a medicação psiquiátrica. Relações que, como pudemos acompanhar, não são vividas sem tensões, sem controvérsias, sem conflitos e muito sofrimento.

Veremos agora como a questão da autonomia e da participação infantil surge na imanência do próprio grupo, na complexidade das falas, por ser uma questão presente no cotidiano das mães e crianças. Trabalharemos a partir de trechos recolhidos das Memórias Intensivas – registros escritos após a experiência de cada grupo que eram posteriormente partilhados e analisados em supervisão coletiva.

"Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia..."

Cleide, avó do Ariel (12 anos), comenta no grupo sobre uma reunião feita na escola do neto, no ano anterior, da qual participaram, inclusive, uma psicóloga do CAPSi e a coordenadora da Educação Especial em Vitória. Segundo a avó, o diretor da escola falava assim: *"Esse menino tá com 10 anos, ele tem que ter autonomia pra se virar sozinho nessa escola!"*. Cleide vai nos contando a história em um tom entristecido e

lança uma questão: *"Ariel tem autonomia pra se virar sozinho aonde?!?!"*. A avó, que por muitos anos precisou estar na escola do filho no horário das aulas para que ele continuasse estudando, parece sentir-se desacreditada. *"Na sala de aula, ele atrapalha todo mundo"*, comenta Cleide.

> (...) mas a diretora acha muito importante ele participar do recreio para interagir com os outros alunos. Aí eu fico lá, com ele. Não tem mais briga, ninguém bate nele, ele também não bate em ninguém... ele brinca na hora do recreio. Eu tô sempre olhando, então ninguém provoca ele. Aí começou a desenvolver a amizade dele com os outro. (Trechos da Memória, 02/10/2014)

Cleide também fica junto a Ariel na sala de educação especial e conta que às vezes ajuda outras crianças com dificuldades.

Para Carmen, outra mãe do grupo, foi muito difícil aceitar o diagnóstico de hiperatividade no início, quando Felipe tinha apenas 1 ano e meio e não podia tomar a Ritalina, porque era muito novo. Ele começou o tratamento medicamentoso tomando remédios para dormir, mas, segundo a mãe, estes faziam pouco efeito. Aos 5 anos, o menino inicia o uso da Ritalina e, segundo Carmen, o remédio fazia efeito por exatamente quatro horas; passado esse tempo, Felipe, nas palavras da mãe, *"voltava a ser a criança que ele era"* (Trecho da Memória, 11/12/2014), agitado, gritando muito.

Ainda segundo a mãe, a convivência com as outras pessoas é uma das maiores dificuldades do filho. Ela diz:

> Eu não posso deixar ele brincando do lado de fora, porque pode dar problema. Os vizinhos não, os vizinhos já conhecem, mas as outras crianças falam que vão bater, falam que vão matar. Tem que ter sempre alguém ali por perto monitorando. Na escola

> tem o estagiário[32], por exemplo. Precisa de alguém ali para fazer a ponte, ajudá-lo a se integrar com aquele grupo. (Trechos da Memória, 11/12/14)

Carmen também nos contou que passou muito tempo fazendo adaptação dele na creche, chegando mais cedo, saindo mais cedo, permanecendo ali, e continuou fazendo isso na escola. Ela não se arrepende de ter escolhido dar a medicação e fala bastante das conquistas de Felipe: "*hoje ele tem uma socialização na escola, consegue ficar na sala de aula, fazer o dever, consegue conversar, conviver, ter colegas... a recompensa é mais pra ele do que pra mim*" (Trechos da Memória, 11/12/14).

Em outro grupo, Ivana compartilha que fez em casa a seguinte pergunta (do Guia GAM) para a filha: *"Como você cuida de você mesma?"*. Camila, de 5 anos, genuinamente respondeu: *"Cuidando"*. Esta resposta, que à primeira vista soa tão simples, de alguma forma mexe com o grupo, e risadas diante do inesperado passam a preencher a sala. O que há de surpreendente quando uma criança responde que cuida dela mesma? A mãe, parecendo não ficar muito satisfeita com a resposta

---

32 Assim como Felipe, outras crianças do grupo eram acompanhadas por estagiários nas escolas. Esse tipo de apoio está previsto na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015. De acordo com a legislação, é responsabilidade do poder público ofertar esse acompanhamento a crianças com deficiências como forma de facilitar o processo de inclusão escolar. Apesar de não tratar particularmente de crianças usuárias de saúde mental, o documento, ao abordar a deficiência como um "impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas", dá margem para que crianças usuárias de saúde mental também tenham acesso a esse recurso. Entretanto, pelo que pudemos acompanhar no GIF, na maioria dos casos, é necessário um laudo que comprove o diagnóstico de transtorno mental. Vale ressaltar também que, no caso de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), há uma lei específica (Lei 12.764/2012) que garante o acompanhamento especializado na escola a essas crianças.

dada, adverte a filha: "*Vou colocar aqui* [no Guia] *que você não gosta de escovar os dentes e pentear o cabelo"* (Trechos da Memória, 08/10/2014).

Ainda nesse encontro, no qual o tema do cuidado consigo foi amplamente discutido, Carmen relata suas impressões em relação ao filho Felipe:

> Ele em si é autônomo; ele é uma criança que não espera por ninguém, a não ser que ele não consiga fazer (...) ele consegue ir no banheiro e escovar os dentes, ele sabe tomar banho, ele sabe ir na cozinha pegar uma comida pra ele comer; nesses aspectos ele é bem independente. Mas se ele tentou e não conseguiu, ele não vai pedir ajuda. Ele só vai gritar, chorar, muito nervoso. Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia. (Trechos da Memória, 08/10/2014)

Nas experiências narradas pelas mães, podemos perceber alguns sentidos importantes. Em diversas falas, a autonomia aparece como uma condição que seria oposta à da dependência, isto é, o sujeito autônomo é o sujeito autossuficiente, capaz de fazer as coisas sozinho ("se virar"), de ser "responsável por si", de fazer escolhas (livre-arbítrio), ou, nas palavras de Carmen, "*que não espera por ninguém*". Nessa perspectiva, que, inclusive, é a difundida socialmente, a autonomia é uma competência do sujeito, uma atribuição individual e, por isso, ou se tem ou não se tem. Não cabe, por exemplo, pedir ajuda, pois precisar do outro é, muitas vezes, entendido como um passo para trás na conquista da autonomia. É o caso de Felipe: quando não consegue fazer algo sozinho, o menino fica nervoso, chora e grita – não pede ajuda! A dependência do outro é entendida aqui como algo que nos incapacita.

Essa compreensão de autonomia ligada à independência ou mesmo à autossuficiência traz embutida certa lógica liberalista na qual impera um ideal de indivíduo independente, emancipado e produtivo, e também um ideal de normalização. Esses ideais difundidos e injetados nas sociedades capitalísticas produzem nossos corpos, relações, subjetividades e

desejos (Deleuze & Guattari, 1976) e são profundamente capacitistas. Podemos perceber que essa lógica está vinculada com a ideia apresentada por Mol (2008) e os modelos de cidadão historicamente constituídos apontados por ela: os indivíduos que podem controlar, domar ou transcender o próprio corpo. Nas palavras da autora, "'Cidadãos' possuem a habilidade de fazer suas próprias escolhas no silêncio de seus corpos" (Mol, 2008, p. 31, tradução nossa). Cidadãos, portanto, são aqueles que têm a capacidade de ação e decisão sem precisar do outro.

Como vimos, esses ideais não escapam às "mães e aos filhos da GAM" e à experiência escolar – o desejo pela autonomia e normalização é vivido no cotidiano das preocupações com os filhos: se eles vão conseguir cuidar deles mesmos, se vão poder permanecer na escola *sem elas*, se um dia vão conseguir ler e escrever, tirar boas notas, acompanhar a turma. Se vão conseguir ficar quietos, serem responsáveis, não fazer bagunça, não brigar. Se vão poder frequentar espaços *sozinhos*, atravessar a rua com atenção, pegar um ônibus até o CAPSi. Se vão poder cuidar (sozinhos) de suas próprias vidas – situações que, como vimos, são vividas com grandes dificuldades. A procura incessante pela medicação "perfeita", isto é, aquela que vai auxiliar a criança a controlar, domar e transcender seus corpos, pode ser vista como uma tentativa de aproximação dessas crianças do modo-indivíduo[33] , modo-cidadão socialmente desejado, ou mesmo, do ideal do sujeito "normal".

Entretanto, precisamos fazer algumas indagações: o que é ser normal? Essa autonomia que tem como condição a autossuficiência é mesmo algo vivível? Não pedir ajuda é mesmo possível? Do que falam essas noções perseguidas de autonomia e normalidade no caso das crianças que frequentam o Grupo GAM? Quais são seus efeitos? Há o risco aqui de cairmos numa armadilha, pois se os ideais de autonomia e normalidade, por se tratarem de ideais e não considerarem as múltiplas singularidades, já se distanciam do "vivo", quer dizer, da vida dos sujeitos de um modo geral, quando eles se tornam parâmetro

33 Termo utilizado por Barros (2007).

para crianças que frequentam um CAPSi – crianças marcadas por experiências de sofrimento, de abandono, de abuso, de exclusão, da própria loucura e das barreiras sociais impostas por determinados diagnósticos –, ficam ainda mais inatingíveis. Na frase de Carmen, por exemplo, quando a mãe diz que o filho *"tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia"*, o que a mãe evidencia é justamente nosso paradoxo problemático. Carmen consegue, por alguns instantes, se deslocar de alguns ideais e valorizar as singularidades do filho que "*consegue ir no banheiro e escovar os dentes, sabe tomar banho, sabe ir na cozinha pegar uma comida pra ele comer"*. Porém, é logo recapturada por eles: *"se ele tentou e não conseguiu, ele não vai pedir ajuda, ele só vai gritar, chorar, muito nervoso"* (Trechos da Memória, 08/10/2014), concluindo assim que ele não tem autonomia. Nessa lógica, mais do que um efeito emancipador, a busca pela autonomia como uma condição (permanente) de autossuficiência torna a questão individualizante e, consequentemente, limitante, incapacitante. Ao mesmo tempo, dizer que *ele tem, mas não tem* autonomia é também intuir a impossibilidade da experiência da autonomia vivida como independência. Neste sentido, é a própria experiência de Carmen com o filho que possibilita equivocar a relação entre autonomia e independência e a própria noção de independência.

Retomando então as questões levantadas através do diálogo com a Sociologia da Infância, como pensar no cultivo da autonomia, da participação, de um lugar de atividade a essas crianças, como propõe a estratégia GAM, e ao mesmo tempo considerar as singularidades desses sujeitos, a densidade de suas histórias, a experiência de sofrimento vivida por eles e suas cuidadoras? Como pensar o exercício da autonomia e da participação sem perder de vista as especificidades do ser criança, e mais ainda, do ser criança usuária do campo da saúde mental?

AUTONOMIA, INTERDEPENDÊNCIA E CUIDADO

De forma análoga à saúde mental, a questão da autonomia também precisou ser problematizada no campo dos Estudos sobre deficiência

(Disability studies). Veremos que as contribuições trazidas por esses estudos, principalmente no que tange à entrada das perspectivas feministas, na década de 1990, nos ajudam a fortalecer uma outra perspectiva da autonomia, que pode ser equiparada à ideia de autonomia cogestiva presente na estratégia GAM.

Como nos mostra Diniz (2003), a luta pela emancipação, produtividade e independência das pessoas deficientes foi por muito tempo uma tática necessária a esse campo, em objeção às práticas infantilizadoras, protetivas e tutelares, que, outrora apontamos, estão presentes na relação com esses sujeitos. Os principais articuladores da luta pela autonomia e independência das pessoas deficientes ficaram conhecidos como os teóricos do *modelo social da deficiência*[34], em contraposição ao *modelo médico* que fundamentava as discussões desse campo até então. Segundo Diniz (2003), esses teóricos eram, em sua maioria, homens com lesão medular, os quais acreditavam que através do enfretamento a determinadas barreiras sociais estariam aptos a se tornarem sujeitos autônomos e independentes. Esses mesmos autores defendem que a lesão, em natureza biológica, não teria um sentido em si mesma e, por isso, os esforços para o combate das desigualdades deveriam centrar-se principalmente em mudanças estruturais da sociedade deficientizante

34 Para Diniz (2003), os estudos da deficiência podem ser estruturados historicamente a partir de três modelos que compreendem e significam a relação entre a lesão e a deficiência sob diferentes aspectos. O primeiro deles, mais antigo, ficou conhecido como modelo médico da deficiência, criado em momento no qual as discussões desses estudos ainda eram muito restritas ao âmbito da saúde. No modelo médico, a deficiência, e também as dificuldades e desvantagens vivenciadas pelos deficientes, é pensada como decorrente da própria lesão do indivíduo, sem considerar a influência das estruturas sociais. Já o segundo, o modelo social da deficiência, contrapõe o modelo médico ao afirmar que as limitações e barreiras sofridas por pessoas deficientes são resultantes de um processo social, de "arranjos sociais pouco sensíveis à diversidade" (p. 2). E o terceiro, o modelo feminista, redimensiona a questão da autonomia nesse campo, como veremos a seguir, a partir do princípio da interdependência.

(sobretudo arquitetônicas e de transporte) e não em terapêuticas de reabilitação que eram o foco das intervenções do modelo médico.

Para Diniz (2003, p. 4), "o modelo social da deficiência era um projeto de igualdade e justiça para os deficientes". Ao fomentar a luta pela emancipação dos sujeitos deficientes e o combate às barreiras sociais, os autores do modelo social reiteram que há mudanças necessárias à sociedade ou, dito de outro modo, que a sociedade também "deficientiza", infantiliza, incapacita e gera dependência – incluindo, pela primeira vez, a dimensão social em um debate que era até então limitado a uma perspectiva de saúde de cunho biologizante e individualizante. Para Diniz (2003, p. 2), "a retirada da deficiência do campo da natureza e sua transferência para a sociedade foi uma guinada revolucionária (...) uma afirmação com implicações políticas desconcertantes".

Contudo, ao propor que, vencidas as barreiras sociais e estruturais, o indivíduo teria por si mesmo condições de autonomia, o modelo social da deficiência não problematizava a lógica liberalista e o ideal de indivíduo/cidadão que temos discutido até aqui, reproduzindo uma visão de autonomia como independência, como um atributo individual, o que nos faz retomar o paradoxo problemático abordado neste texto. Ao pensar na relação com a criança, podemos nos perguntar: a busca pela autonomia passa somente por ela? Trata-se de buscar a emancipação desses sujeitos? E ainda: é possível chegar a uma condição autônoma sem ter sido dependente? Entendemos que recolocar o problema da autonomia em outros termos é fundamental para reorientar também a questão emancipatória, ou, poderíamos dizer, dos direitos[35].

É somente com as investidas das pesquisas de perspectivas feministas nesse campo que o problema da autonomia pôde ser reposicionado, visto que a principal crítica colocada pelo modelo feminista ao modelo social é, justamente, a noção de autonomia que predominou

35 Para pensar essas questões no aprofundamento das articulações entre estudos da deficiência, modelo feminista e políticas inclusivas, sugerimos a dissertação de Abreu (2019).

nesse último. É o modelo feminista que aponta os riscos de, a partir dessa compreensão de autonomia, se desconsiderar a subjetividade da experiência dos corpos em sofrimento, assim como a influência de outras variáveis como gênero, raça, orientação sexual ou idade (Diniz, 2003). Para as teóricas feministas, o modelo social configurou-se como "uma teoria desencarnada da lesão" (Diniz, 2003, p. 4), o que evoca mais uma vez os modelos de cidadão apontados por Mol (2008), nos quais os "corpos nunca interferem em seus planos".

Citando Diniz (2003, pp. 3-4),

> Foram as teóricas feministas que, pela primeira vez, mencionaram a importância do cuidado, falaram sobre a experiência do corpo doente, exigiram uma discussão sobre a dor e trouxeram os gravemente deficientes para o centro das discussões - aqueles que jamais serão independentes, produtivos ou capacitados à vida social, não importando quais ajustes arquitetônicos ou de transporte sejam feitos. Foram as feministas que introduziram a questão das crianças deficientes, das restrições intelectuais e, o mais revolucionário e estrategicamente esquecido pelos teóricos do modelo social, o papel das cuidadoras dos deficientes. Foi o feminismo quem levantou a bandeira da subjetividade na experiência do corpo lesado, o significado da transcendência do corpo para a experiência da dor, forçando uma discussão não apenas sobre a deficiência, mas sobre o que significava viver em um corpo doente ou lesado. Foram as feministas que passaram a falar nos "corpos temporariamente não-deficientes", sugerindo a ampliação do conceito de deficiência para condições como o envelhecimento ou as doenças crônicas.

Outro aspecto importante e também revolucionário é que passaram a fazer parte desses estudos (além de mulheres deficientes) mulheres cuidadoras de crianças ou adultos deficientes. Desse modo, puderam ser incluídos outros pontos de vistas, perspectivas e contribuições para o campo. "Ser uma mulher deficiente ou ser uma mulher

cuidadora de uma criança ou de um adulto deficiente era uma experiência muito diferente daquela descrita pelos homens com lesão medular que iniciaram o modelo social da deficiência" (Diniz, 2003, pp. 3-4). A participação das cuidadoras nos Estudos sobre deficiência foi de suma importância, pois a partir delas é que foi possível ressignificar o tema do cuidado nesse campo. Como veremos a seguir, o cuidado passa a ser compreendido como uma dimensão constitutiva das relações humanas, indo muito além de uma prática apenas necessária nos momentos de crise. E é a partir desta compreensão que a autonomia nesse campo pode ser pensada de outra forma.

As teóricas feministas vão abordar, pela primeira vez nesses estudos, o princípio da interdependência, baseado no trabalho da filósofa e cuidadora de uma filha com paralisia cerebral grave, Eva Kittay. Este princípio reconhece que a existência humana é constituída, sobretudo, por relações assimétricas, as quais, no caso dos deficientes graves – e poderíamos acrescentar também, no caso das crianças, usuários de saúde mental, doentes crônicos etc. –, se colocam de forma extrema. Assim, mais do que uma direção fundamental na luta política da deficiência, a interdependência é afirmada por esse movimento como uma condição/princípio basilar da existência humana, sobretudo para que a vida se torne possível. Como lembra Kittay (citada por Diniz, 2003, p. 5), "todos somos filhos de uma mãe", e, nesse sentido, todos nós somos constituídos de relações, somos seres relacionais e dependentes, *somos em relação*... por isso, a interdependência não é algo específico das crianças ou dos deficientes[36].

Em uma das cenas do documentário canadense *Examined Life* (2008)[37], a filósofa Judith Butler caminha pelas ruas de São Francisco

---

36 Importante ressaltar que a interdependência pensada aqui não supõe entidades separadas em relação. Fazendo uma aproximação com a tese da coemergência (Varela et al., 2001), estamos afirmando que é nessa relação que emergimos, somos dela interdependentes e não somos anteriores a ela.

37 A cena descrita está disponível na plataforma do YouTube no *link*: https://www.youtube.com/watch?v=wgJ9ErSGsXQ

(Califórnia) ao lado da pintora, ativista e deficiente física Sunaura Taylor, em sua cadeira de rodas. Elas estão discutindo, justamente, a ação de *caminhar*. Ao passarem por um tênis "de caminhada" descartado na rua, Butler exprime que todos nós (seres humanos) temos alguma técnica de andar, mecanismos e objetos que nos auxiliam a caminhar e que estão fora de nosso corpo ou de nós mesmos. A partir disso, a filósofa levanta uma questão: "(...) talvez nós tenhamos a falsa ideia de que alguém com o corpo eficiente é de alguma forma radicalmente autossuficiente". Continuando a cena, Butler e Sunaura concluem que, habitando corpos "eficientes" ou deficientes, todos nós estamos sempre em relações, humanas e não humanas, em qualquer tipo de situação; afirmando mais uma vez: todos somos interdependentes. A questão da autossuficiência, portanto, se coloca como "falso" ideal e, por isso, a autonomia vai ser sempre gerada numa cooperação, pois esta é a base de nossa existência.

De forma semelhante, a estratégia GAM, a partir das reflexões introduzidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, também nos ajuda a redimensionar a problemática da autonomia, quando nos atenta para a importância do cuidado coletivo em saúde, reiterando um trabalho pela via da construção de vínculos, relações e redes de apoio. Para Tykanori (1996), principal articulador desse conceito no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira,

> Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (p. 57)

A autonomia que a estratégia visa fomentar, portanto, só é possível se sustentada por um coletivo, ou, em outras palavras, quanto

mais conectados a uma rede de cuidados estiverem, mais possibilidades os sujeitos têm de construir autonomia. A criança entra, assim, como mais um ator dessa rede ampliada. Ela não é autônoma sozinha, da mesma forma que sua experiência de autonomia não significa que não precise de cuidados.

A compreensão de autonomia sustentada pela GAM rompe, então, com a idealização de que quando o outro entra junto, como apoio, como ponte, o sujeito não é mais autônomo; da *criança que tem que ter autonomia pra se virar sozinha nessa escola;* do sujeito autônomo que não pode pedir ajuda. Apesar de valorizar e legitimar o saber do usuário, incentivar o protagonismo e papel ativo destes, a força da estratégia GAM está no exercício da cogestão, na construção das relações: é preciso que os diferentes sujeitos envolvidos no cuidado participem juntos desse processo.

Voltando, mais uma vez, ao paradoxo da fala de Carmen, *"Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia"*, podemos dizer que, se estamos na lógica da autonomia vinculada a uma condição de independência, autossuficiência, do gerir a vida sozinho, as crianças, de fato, não têm autonomia, ou, no mínimo, não têm o tempo inteiro, como nos mostra a experiência das mulheres cuidadoras (do grupo GAM), com base na proximidade da experiência encarnada dos filhos. Ao mesmo tempo, estamos insistindo que criança é capaz e deve opinar, expressar-se, estar numa posição ativa e participar do seu próprio cuidado. Como diz brilhantemente Camila, menina de 5 anos, ela cuida de si, *cuidando*. Se autonomia for fazer e decidir sozinho, a criança não a tem (e nos questionamos se alguém teria); mas se for uma autonomia que considere a dimensão da interpendência humana e seja praticada de forma cogestiva, apoiada por uma rede de cuidados, ela pode ser, então, possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao recolocarmos a questão da autonomia através do princípio da interdependência, podemos abrigar o paradoxo da criança que cuida e é cuidada; que pode decidir, mas que não decide sozinha; que pode ser protegida e participar, *que tem autonomia, mas não tem autonomia.* Ela não tem a autonomia da autossuficiência, da normalidade, pois este é um paradigma falso, mas ela tem uma autonomia que é construída a partir da condição de interdependência e da criação de vínculos de cuidado.

Pensar a autonomia como interdependência nos permite reposicionar também a dimensão da ajuda em nossas relações, sem que isso desqualifique o processo da autonomia – se somos todos interdependentes, todos nós precisamos de ajuda, precisamos do outro para sermos autônomos. Pedir ajuda não é uma ação apenas cabível, mas imprescindível. A criança (ou qualquer outra pessoa) pode e deve ser ajudada sem que isso faça dela menos capaz. Como diz Sunaura Taylor, "pedir ajuda é um ato político" [38], um gesto revolucionário nas sociedades em que impera a lógica do individualismo, da competitividade, do falso ideal da autonomia como autossuficiência.

Portanto, as questões levantadas anteriormente, por exemplo, "como contemplar a dimensão da necessidade, da ajuda, do cuidado, da relação de dependência das crianças e ao mesmo tempo compreende-las como sujeitos de direito?"; "como proteger e ao mesmo tempo garantir a participação e autonomia?"; e "como ser autônomo sem dispensar o outro?", mostram-se como falsos problemas (Bergson, 2011), visto que acabam por colocar em discussão algo que é fundamental e constitutivo da nossa existência. Além disso, trata-se de habitar a paradoxal inseparabilidade entre ser autônomo e ser relacional, uma autonomia potente que somente pode ser vivida no

38 Disponível na plataforma do YouTube no link: https://www.youtube.com/watch?v=wgJ9ErSGsXQ

fortalecimento das relações constituintes, conforme também nos visibilizava a Estratégia GAM. Ninguém consegue chegar a essa condição de autonomia sem ter sido/ser dependente.

Segundo Diniz (2003), ainda hoje o modelo feminista da deficiência sofre duras críticas dos teóricos do modelo social, os quais apontam o risco de, em nome do cuidado e da proteção, reativarmos práticas caritativas e tutelares. Risco também presente no campo da saúde mental e, não por acaso, é um ponto fundamental do trabalho de intervenção com a estratégia GAM. Como vimos, é também em nome de um cuidado que práticas infantilizadoras, normalizadoras e geradoras de dependência vão se constituindo, o que nos recoloca incessantemente diante do desafio: como cuidar sem tutelar? De fato, quando afirmamos e insistimos na dimensão relacional da existência, do cuidado, estamos sujeitos a atropelos, abusos e violência. Estaremos diante desse paradoxo o tempo todo. Contudo, é também essa dimensão da autonomia como interdependência, atrelada ao exercício da cogestão, que nos permite habitar esse paradoxo e seguir com ele nessa tensão constituinte.

Apesar de não tratar da experiência do corpo lesado (deficiente), existe na experiência das crianças e familiares cuidadoras do Grupo GAM outras barreiras e experiências específicas de sofrimento que nos aproximam das discussões presentes no campo dos Estudos da deficiência e que também não podem ser desconsideradas. É somente quando nos afastamos dos falsos ideais de autonomia e normalidade e também do enganoso discurso de que se as crianças não são independentes, isso implica que serão sempre tuteladas, não autônomas e não agentes, que é possível cultivar um caminho para a autonomia e participação infantil.

Podemos concluir, então, que a dimensão da ajuda e do cuidado presente no princípio da interdependência está incorporada na estratégia GAM quando esta propõe como princípio uma autonomia cogestiva, da formação de redes de apoio, e a participação como política de trabalho, ao sustentar que autonomia e processos participativos são construídos quando assumimos e cuidamos dessa dimensão relacional e coletiva da existência.

REFERÊNCIAS

Abreu, G. (2019). **Conversas entre Educação e Deficiência: por uma política da interdependência nos cotidianos escolares** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/11333/1/tese_13215_Gabriela%20Vieira%20de%20Abreu%2026.04%20-%20definitiva.pdf

Barros, R. D. B. (2007). **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Sulina.

Bergon, H. (2011). **Memória e Vida** (C. Berliner, Trad.) (2 ed). Martins Fontes.

Carvalho, R. S. D., & Silva, A. P. S. (2016). A participação infantil em foco: uma entrevista com Natália Fernandes. **Psicologia em Estudo, 21**(1), 187-194. http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28430/pdf.

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica, 27**(1), 17-40. https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002

Deleuze, G., & Guattari, F. (1976). **O anti-édipo**. Imago.

Diniz, D. (2003). Modelo social da deficiência: a crítica feminista. **SérieAnis, 28**, 1-10. http://www.anis.or.br/series/artigos/sa28(-diniz)deficienciafemnismo.pdf

Domitrovic, N. (2014). **As Práticas Farmacológicas Com o Metilfenidato: Habitando Fronteiras Entre o Acesso e o Excesso** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo].

Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/2951

Fernandes, N. (2015). Pesquisa com crianças: da invisibilidade à participação com implicação na formação de professores? In R. T. Ens & M. C. Garanhani (Orgs.), **Pesquisa com crianças e a formação de professores** (pp. 21-45) Champagnat.

Gaigher, L. (2018). **A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental: um grupo GAM no CAPSi de Vitória-ES** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. https://repositorio.ufes.br/handle/10/10654

Guattari, F., & Rolnik, S. (2005). **Micropolítica: cartografias do desejo** (7 ed). Vozes.

Hillesheim, B. (2008). **Entre a Literatura e o Infantil: uma infância**. Abrapso Sul.

Mello, A. (2009). **Por uma abordagem antropológica da deficiência: pessoa, corpo e subjetividade** [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina].

Mol, A. (2008). The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. Routledge.

Passos, E., Palombini, A. L., Onocko-Campos, R., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C., Zanchet, L., Cervo, M. R., & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, (41), 24-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000200003&lng=pt&tlng=pt

Plaisance, E. (2005). Denominações da infância: do anormal ao deficiente. **Educ. Soc., 26**(91),405-417. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302005000200006&lng=en&nrm=iso

Renault, L. (2015). A Análise em uma Pesquisa-Intervenção Participativa: O Caso da Gestão Autônoma da Medicação [Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2015_t_Leticia.pdf

Rosemberg, F., & Mariano, C. L. S. (2010). A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: debates e tensões. **Cadernos de Pesquisa, 40**(141). http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n141/v40n141a03.pdf

Soares, N. F. (2005). Os direitos das crianças nas encruzilhadas da proteção e da participação. **Zero-a-Seis,** 7(12). https://periodicos.ufsc.br/index.php/zeroseis/article/view/2100/1780

Tykanori, R. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil** (pp. 55-29). Editora Hucitec.

Valera, F., Thompson, E., & Rosch, E. (2001). A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana. Instituto Piaget.

Saúde mental coletiva: o que nos ensinam as crianças[39]

Analice de Lima Palombini
Ricardo Burg Ceccim
Rosemarie Gärtner Tschiedel
Gisele Vicente da Silva
Laura Anelise Faccio Wottrich
Renata Cardoso Centena

INTRODUÇÃO, DESDE O AVESSO

A escrita deste texto teve como lastro a experiência desenvolvida no âmbito da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental

39 O presente texto é uma versão revista do capítulo publicado originalmente, a convite, em Demoly, K. R. A., & Freitas C. R. (Orgs.). (2016). *Rede de oficinandos na saúde e educação: experiências que configuram formas de convivência.* EdUFERSA.

Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da qual participávamos e que era integrada por residentes (especializandos em serviço) graduados em Artes, Educação Física, Enfermagem, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A Residência é uma formação pós-graduada *lato sensu*, realizada em serviço, com duração de dois anos, mediante a inserção do residente em ambiente do trabalho nas redes de atenção no Sistema Único de Saúde. No caso da Saúde Mental Coletiva, envolve a rede de atenção psicossocial intersetorial, abrangendo não apenas os equipamentos próprios ao setor da saúde, mas também serviços e dispositivos das áreas da educação, da cultura e da assistência social. Uma das diretrizes básicas dessa formação é o trabalho coletivo, em equipe, numa perspectiva inter ou transdisciplinar e interprofissional – mas se poderia dizer também entredisciplinar[40] –, no esforço de romper com especialismos, práticas disciplinares e recortes profissionais fragmentados e excludentes (Ceccim et al., 2010).

Tal programa de Residência Integrada, atualmente vinculado ao Instituto de Psicologia, estava abrigado na Faculdade de Educação, unidade com uma forte natureza interdisciplinar pelo contato com os mais diversos cursos de licenciatura e pelo debate da educação em saúde, pedagogias do corpo e da saúde, além de pesquisas e formação relacionadas à Educação em Saúde Mental Coletiva, em parceria com o Instituto de Psicologia. Mantinha-se uma prática colaborativa

---

40 Valemo-nos especialmente das noções de transdisciplinaridade, tal como a definem Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2005), isto é, intercessão de um domínio do saber sobre outro, subvertendo o eixo de sustentação dos campos epistemológicos pela desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e especialismos, e de entredisciplinaridade, proposta por Ceccim (2008), onde, em que pese a presença multiprofissional das equipes de saúde nos ambientes de cuidado, é igualmente necessário que os profissionais de coloquem permanentemente na fronteira de seus conhecimentos e práticas, dissolvendo, por isso mesmo, todo o tempo, tais fronteiras, em busca da construção em ato do "encontro cuidador".

interunidades e trabalho integrado entre os docentes no ensino, pesquisa e interação universidade-sociedade.

A experiência com a Residência Integrada voltada ao tema da Saúde Mental Coletiva trouxe, no seu bojo, a articulação com os processos de aprendizagem. Porém, se o corriqueiro é que essa articulação se expresse nas demandas dirigidas ao setor da saúde para que acolha e trate as dificuldades de aprendizagem, nós aqui a tomamos pelo avesso. Ao invés de uma escrita sobre dispositivos de saúde mental coletiva que viabilizem processos de aprendizagem para crianças e adolescentes, buscamos narrar o que nos ensinaram crianças e adolescentes acerca da produção de saúde mental coletiva em espaços que não o dos equipamentos da saúde. A experiência mesmo a que fomos lançados pela Residência Integrada nos impulsiona a isso.

AS CRIANÇAS ENSINAM COMO APRENDEM

Reportando-se ao caso do pequeno Hans, na obra de Freud, Deleuze (1997), em "O que as crianças dizem", reafirma sua crítica à edipianização da psicanálise: em vez de interpretar os enunciados, sob a chave papai-mamãe, Freud teria feito melhor se abandonasse seus pré-conceitos para escutar o que Hans queria dizer e acompanhar os seus movimentos – traçando os mapas de seus trajetos, antes que cavando o recôndito de possíveis origens. O sentido, diz Deleuze, não remete a um passado, ele se faz no próprio movimento com que se traçam os caminhos. A sua crítica à psicanálise, expressa neste texto – ao propor o "método" cartográfico em lugar do "método" psicanalítico, que ele identifica ao arqueológico –, tem esteio na produção do poeta e pedagogo Fernand Deligny, que introduziu na obra do filósofo os termos do rizoma e da cartografia. Contudo, o seu posicionamento pode não ter levado em conta o que Freud mesmo teria avançado mais adiante em sua obra, em um texto como "Construções em análise" (Freud, 1976/1937), acerca do caráter ficcional e produtivo da intervenção do psicanalista; tampouco parece considerar

a noção não linear de tempo em Lacan, a que o próprio Deleuze se reporta em "Diferença e repetição". Entretanto, o comentário crítico de Deleuze tece valor por aquilo que, acerca das crianças, pode fazer lembrar ao psicanalista e a qualquer um que delas pretenda ocupar-se: os trajetos, os movimentos, lhes são constitutivos.

Deleuze evoca, a esse respeito, a bela imagem que nos oferece Guattari quanto ao que Freud compreende como "manifestações do inconsciente", isto é, "os lapsos, os atos falhos, os sintomas são como pássaros que batem com o bico na janela". Guattari diz, então, que "não se trata de interpretá-los"; tratar-se-ia, antes, de "detectar sua trajetória para ver se podem servir de indicadores de novos universos de referência suscetíveis de adquirirem uma consistência suficiente para revirar uma situação" (Guattari, citado por Deleuze, 1997, p. 75-76). Buscar esses novos universos de referência requer de nós, profissionais de saúde ou educação, o exercício da crítica como prática de si, que nos torne capazes de uma (certa) abstinência da função colonizadora pela qual, historicamente, engendraram-se as nossas disciplinas. Sob o crivo dessa função, a criança, da mesma forma que o louco, a mulher e o selvagem, têm sido figuras a colonizar, domesticar, educar, psiquiatrizar. Nesse exercício da crítica, no intento de libertarmo-nos do caráter disciplinar que forma nossos saberes, assinalamos o acompanhar dos movimentos que intentam as crianças em seus próprios territórios, escutando o que seus gestos têm a nos dizer. Deixamo-nos aprender.

FAZER E APRENDER SAÚDE DESDE O AVESSO OU À MARGEM

O que leva uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva a folhear cadernos escolares? A contar histórias num quintal de casa? A pisar o chão de uma aldeia indígena?

No vídeo que se desdobra da pesquisa de doutorado de Sabrina Ferigato (2013), "A delicada arte de se produzir encontros: centros de convivência" (Ferigato & Botelho, 2012), música, pintura, canto e dança nos Centros de Convivência de Campinas produzem uma

multiplicidade de encontros entre diferentes usuários, trabalhadores, saberes e setores das ações e políticas públicas. Produzir encontros entre diversos, como assinala o vídeo, é estar afirmativamente na zona de fronteira: entre a clínica e a cultura, entre a loucura e a razão, *entre*. É estar ativamente na borda: "estar à borda da rede de saúde neste momento é ao mesmo tempo estar à margem e no alvo" (Ferigato & Botelho, 2012).

Habitar a margem é, com efeito, o que nos permite produzir saúde sem nos prendermos às regulações dos seus espaços instituídos (Palombini et al., 2012), resguardando a potência de formas outras, ímpares, de vida. É, também, acolher os efeitos desse *outramento* em nós, pois, para cuidar, é preciso exposição ao outro: aceitação do outro como ele é e oferta de acolhimento ao que nele pede passagem: devires, experimentações (Ceccim & Palmbini, 2009). Habitar a margem, sustentar o entre, é, portanto, prática (trans)formadora que convém a uma Residência Integrada em Saúde como esta de que se trata aqui. As narrativas que seguem[41] dão testemunho desse efeito de outramento – produção de saúde – vivido no fio de uma experiência em saúde mental coletiva lançada para fora de si.

A INCLUSÃO NA ROTA DAS CRIANÇAS, POR RENATA CENTENA, RESIDENTE

No percurso da Residência, minha travessia pela infância percorreu o caminho da escola, um espaço para o aprendizado na Educação Inclusiva[42]. Os encontros com as crianças – em meio a atividades lúdicas e pedagógicas – ressignificavam, para mim, o sentido do cuidado

41 Os nomes das crianças nas narrativas que se seguem são inventados.

42 Cenário de prática da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, o setor de Educação Inclusiva, vinculado à Secretaria Municipal de Educação (município de Novo Hamburgo/RS), trabalha com as diversas possibilidades de se fazer a inclusão educacional e social das crianças matriculadas na rede escolar local.

terapêutico. Juntei-me ao grupo constituído para facilitar a convivência e socialização das crianças em um lugar de brincar que pudesse permitir o aprender. Cheguei sentindo-me estrangeira: o que fazia eu, enfermeira, ali, em uma sala de psicomotricidade, com a professora de educação física e quatro alunos? Algo naquele espaço estava sendo recriado!

Uma vez por semana, ficávamos nós seis, durante uma hora, brincando, aprendendo, ensinando... Os encontros organizavam-se em abertura, desenvolvimento e encerramento: início para as conversas e combinações sobre o que iríamos fazer; meio para as brincadeiras; e fim para a retomada do que havia sido feito, com conversa ou com outro tipo de produção. Desde o primeiro dia, David nos anunciava não concordar com esse rito: enquanto sentávamos em roda no chão, no meio da sala, para o nosso início de conversa, ele, cheio de energia, corria pra todo lado, sentava na pilha de colchonetes ou na mesa de saltos, brincava e conversava em gestos e mímicas. A cada encontro, a mesma cena se repetia: repetição dos movimentos de David pela sala, repetição dos ritos que conformavam nossa atividade. Se David não mudava, dava-nos pistas do que mudar em nós.

Seguimos, então, a rota de David, as pistas que ele, desde o início, nos apontava. Colocamos os colchonetes em cima da mesa de saltos e ali nos sentamos para dar início ao grupo. Ao perceber a cena, David correu para a mesa de saltos e sentou-se na roda, junto de nós – primeiro, de costas para todos. Desde então, nossas conversas passaram a experimentar os vários cantos da sala que David se ocupava de nos apresentar. Ao longo do ano, a cada semana, David se fez mais e mais presente em nossas rodas.

UM MAPA PARA A SAÚDE, UMA ÁRVORE PARA A HISTÓRIA, POR LAURA WOTTRICH, RESIDENTE

Cena I

A cena é o recorte de um acompanhamento realizado ao longo de dez meses, junto à Educação Inclusiva, com um menino adolescente que estava fora da escola já há um ano. O acompanhamento tinha em vista a reaproximação com a escola e a invenção de modos possíveis para Jota poder habitar o espaço escolar, e, dentre tantas coisas, ensinou-me sobre a indissociabilidade dos processos de ensinar, aprender e cuidar, amarrando saúde e educação na produção de mais vida. Em nossas primeiras idas ao abrigo[43], tivemos dificuldade de nos aproximarmos de Jota. Combinávamos de ir no turno da manhã, mas sempre o encontrávamos dormindo ou ainda deitado, sem querer levantar-se. Passaram-se algumas semanas assim, até que, depois de uma conversa com uma educadora, trocamos o horário do atendimento para o turno da tarde. A partir daí, conseguimos iniciar uma vinculação mais próxima com ele. No entanto, bastaram alguns encontros para se revelar a dificuldade de Jota deparar-se com seu não saber. Nas primeiras vezes em que intentamos propor combinações ou produções escritas, na tentativa de nos aproximarmos de uma produção mais "escolar", Jota desorganizou-se bastante, não conseguindo conter-se por meio das palavras, partindo para o ato. Tapas, objetos atirados e folhas rasgadas davam os indícios de que as letras ainda não podiam fazer parte dos nossos encontros. Seguimos por outros caminhos, percorrendo as ruas próximas do abrigo, conhecendo as praças e os mercadinhos que Jota gostava de frequentar, aprendendo coreografias e lances de futebol.

---

43 A voz da narrativa vem no plural em consonância com o modo como se deu a construção desse acompanhamento, em parceria com o colega de equipe Márcio Malavolta.

Nesses trajetos, o cuidado era assunto frequente. Volta e meia, Jota nos perguntava o que faríamos se ele caísse, ou caso se machucasse ou fosse atropelado, ou se arrumasse uma briga na escola. Perguntava se tentaríamos evitar o seu tombo, se iríamos visitá-lo no hospital, caso ele fosse para lá, enfim, se cuidaríamos dele. Um tempo depois, o cuidado circula e a escrita desliza... Em um dia em que Márcio estava gripado, Jota pede papel e caneta. Tentando conter meu receio, ao lembrar-me das cenas anteriores que se armaram em volta das tentativas de escrita, procuro o bloquinho que sempre carrego na bolsa e lhe alcanço uma folha e uma caneta. Para nossa surpresa, Jota desenha um mapa bem detalhado, cujo destino era uma farmácia onde Márcio poderia comprar remédio para gripe. Depois de nos explicar bem como chegar até a farmácia, pede que ditemos as letras dos nossos nomes para que ele possa escrevê-los no verso dessa mesma folha.

Cena II

A cena se passa em uma tarde de contação de histórias na Casa dos Cata-Ventos[44] e tem como protagonista um menino de 6 anos, que frequentava o Cata-Ventos desde que nos mudáramos para uma casa dentro daquele território. No início, uma criança que pouco falava, pouco brincava, pouco nos olhava... que muito pedia por armas de brinquedo. Ao longo do tempo, as armas foram mudando, e o Fernando também. Passados alguns meses, já parecia lhe ser mais possível conversar, brincar, contar histórias, resolver suas dores de outros jeitos que não indo direto para a briga. Numa tarde em que contamos a história do Soldadinho de Chumbo, Fernando também me contou

44 A Casa dos Cata-Ventos corresponde a um projeto de atenção à infância, situado na interface entre direitos humanos, saúde coletiva, educação, assistência social e psicanálise, realizado em parceria do Instituto de Psicologia da UFRGS com a Associação Psicanalítica de Porto Alegre, em uma comunidade de periferia da cidade.

uma história e se apresentou como uma criança que eu até então não tinha conseguido ver.

Nesse dia, como acontecia em tantos outros, Fernando ocupou-se, por um bom tempo, de recolher várias bolinhas de uma das árvores do pátio. Quando perguntei para que elas serviam, ele me contou que eram venenosas, que serviam de veneno para rato, e que ele já tinha comido daquelas bolinhas. Pergunto por que ele as comeu se eram venenosas, e ele narra uma história, dizendo que fez isso um dia, depois que a mãe bateu nele e que, por isso, teve de ir para o hospital tomar injeção – inclusive foi sozinho! Vale salientar que, em outros momentos, Fernando recolhia essas mesmas bolinhas para atirar nos outros colegas, mas, nesse dia, contou que queria levá-las para plantar. Daquela tarde, saímos ambos diferentes: ele, contador de histórias, plantador de sementes; eu, testemunha e ouvinte de uma outra história, diferente das que costumávamos buscar nos livros infantis.

DES-OLHAR O INFANTIL, ENTREOLHAR, POR GISELE VICENTE, RESIDENTE

O que faz o visível nesta escrita é o des-olhar sobre o infantil. Infantil aqui é o que desloca a retina, desvia o olhar comum sobre as crianças como *acriançados*, *imaturos*, *infantes*, *pueris*, *ingênuos*; as crianças andam olhando para as nossas certezas sobre a certeza de saber o que é ser criança. Sob o olhar de um infantil, é o outro agora a nos olhar. Este outro fora de foco fragmenta-se em nosso olhar. Fertilizam em íris cenas cotidianas de uma infância a entreolhar. As crianças "estão se desprendendo de si e de nós, e se subjetivando como sujeitos-outros", nos diz Sandra Corazza. Para a professora, "mostrando a miséria daquele infantil, que nos foi tão familiar, e apontando que, nessas atuais condições históricas, são sujeitos diferentes, a própria diferença" (Corazza, 2001, p. 60). Estes "sujeitos-outros" são possíveis para nosso olhar? Pode o olho ver sem visualizar? Onde nosso olho pode *entreolhar*?

Trago à cena um fabulário cotidiano dos Mbyá Guarani em uma unidade básica de saúde de uma tékoa Guarani[45]. Fluxo intenso no posto, cachorro, gato, galinha. Dia de vacinação, pré-natal, criancinhas e barbadões. Tratamento de canal, uma extração. Equipe completa, residentes disponíveis – e achando tudo aquilo lindo!

Cena I

Éramos nós, no barro vermelho jogando futebol, um coletivo. E eu, sabendo não mais que três palavras em guarani, me apaixonava outra vez. A brincadeira era assim: eu na goleira com mais dois pequenos de no máximo 4 anos. No campinho, um time misto – meninos, meninas, alguns cães –, onde os meninos maiores, do tipo jogador Neymar, praticavam a lindeza de compartilhar a bola com os demais, articulando o jogo no meio de campo de forma que todos pudessem jogar e, assim, de fato, haver uma partida de futebol. Trinta minutos passados e eu, sem ar, tento propor um intervalo: *Alguém aí está com sede? Que tal bebermos uma água lá no posto?* Ideia aceita, coletivo em debandada! Como as pias eram altas, os pequenos não alcançavam as torneiras. Tomo um deles em meus braços, menininho lindo, de rosto craquelado de tanta sujeira. Confesso, não pude me conter e, como uma professora no jardim de infância, lavei bem aquele rosto, era verão e pude usar bastante água. Quando largo o menino no chão, com olhos arregalados, ele me observa de forma muito séria e, imagino eu, tenta entender: *o que foi isso que passou por mim?!* Rosto limpo *de morrer*.

45 Fabulário narrado a partir da experiência na Tékoa Pindó Mirim de Itapuã, Viamão/RS, cenário de prática da Residência, integrando ações entre a equipe de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena – Litoral Sul e a comunidade da Escola Estadual Nhamandú Nhemopu'ã.

Cena II

Sementes de coentro doadas por um grande capixaba. Manjericão, hortelã, babosa e temperinho verde vindos diretamente do Centro de Eventos da Pitinga, Sede Rural. Nós, com enxadas em punho, preparamos a terra para o plantio. Toda a *indiarada* envolvida: os maiores misturavam composto orgânico na terra, enquanto outros ficavam mais de canto rindo do nosso jeito de branco. Os pequenos tentavam nos ensinar as palavras em guarani para as hortaliças, arbustos e árvores do entorno. Apontavam para um arbusto em específico e empolgados falavam: Pin-tá! Olho para o arbusto. Médio porte, bem exótico, eu diria, com umas bolas quase espinhentas avermelhadas penduradas aos montes: Ahã, legal, pin-ta! – falo eu num desânimo próprio de uma adulta sedentária. Continuaram a repetir: Pin-ta! Pin--ta! Pin-tá. Voltamos para as funções do plantio e eles pararam com aquele coro de pequenas vozes. Passados alguns minutos de silêncio, em minha frente, Ana exibia um rosto pintado de um laranja avermelhado. Percebo Maria com desenhos bem delineados nos braços, linhas bem definidas entre florais e espinhos. O menino pintou os olhos. Disse que era um dragão e eu acreditei. Como poderia ser outra coisa? Pin-tá, soubemos na prática, é a palavra guarani para urucum.

Cena III

No posto de saúde da aldeia, uma mãe está no consultório do médico, enquanto seu bebê de não mais que 2 anos chora agudamente na sala de espera. Ele não está sozinho. Sempre em coletivos. Passados alguns segundos, eu queria que ele parasse de chorar. Percebi que ninguém mais estava aflita como eu. Dois minutos. Peguei a criança no colo, afinal sou uma pedagoga, estudei muito sobre infância e consigo acalmar este bebê! A ninar, canto as melhores canções de meu repertório. A criança continuava a chorar. Alguns agora me olhavam. Não falávamos a mesma língua. Lá ia eu saber o que estava acontecendo?

Ainda o choro, ainda a minha certeza do bem cuidar, o desconforto do agudo choro em meus olhos, a cena que me passava. Passava-me nada. Não me ocorria nenhuma ação possível, só um branco na ponta dos olhos! Quase choro também quando meus ouvidos puderam lembrar o ritmo de um canto xamânico que havia conhecido com pessoas diversas em uma floresta próxima daqui. Dos clássicos de ninar para o ritmo forte dos tambores, para o canto entoado de fonemas em esconde-esconde. Sons indígenas de nuances que provocam o corpo e, assim sabemos, é preciso ser dois. Aos poucos nós dois, bebê e muitos eus, acalmamo-nos. Ele agora dorme em meu colo. Silêncio na sala de espera. Canção outra (além do mesmo) no repertório da pedagoga.

PARA CONCLUIR, POR TRAJETOS E CAMINHOS

Essa exposição ao outro, no acolher das suas inquietudes, silêncios e ímpetos, requer o deslocamento dos lugares disciplinares, dando vez aos agenciamentos que só se produzem no encontro. Diluem-se, dessa forma, os contornos dos fazeres predesignados a uma determinada área de conhecimento, experimentando-se um movimento rizomático – ramificações que brotam em todas as direções. Quando, ao jogar bola, acompanhamos a rota que esta descreve, trilhamos um caminho em aberto e imprevisível. Mais do que bola e corpo impelidos, acionam-se o compartilhamento do jogo e os múltiplos sentidos que levam a esses novos lances. É através de rizomas que o desejo se move, dizem Deleuze e Guattari (1995). Se o rizoma transpassa as raízes e é muitas vezes emaranhado a elas, também o que temos instituído como saberes poderá ser transpassado, emaranhado, por esses outros modos de intervir. Por que sentar no lugar marcado e seguir os horários estipulados que antecedem o encontro? Quem domina os mapas da cidade e para que os usa? Quem tem histórias pra contar e o que contam as histórias? Lavar ou pintar o rosto? Orientar, supervisionar, atender ou... entrar em cena?

Contar e ouvir histórias com as crianças, explorar todos os cantos de uma sala ou pintar o rosto de urucum pode levar a enredos inimagináveis. Constitui modos de construir um espaço de cuidado, com a criação de cenários tanto fantásticos quanto realísticos, passíveis de se transformar em uma nova narrativa sobre o que faz doer, sobre o que estava para ser falado e sobre o que traz alegria. É entrar em contato com o que nos mobiliza, a pergunta pelo que fazer, o como acalentar o bebê: ouvir-lhe o choro para nele espreitar alguma sintonia e, no insabido desse movimento – imprevisto, insuspeito, inaudito –, produzir acolhida. É esta a saúde que as crianças nos pedem, como também é esta a educação que nos ensinam. A Saúde Mental Coletiva ou a Educação em Saúde Mental hão de ser aquelas que ofertam oportunidades de explorar saberes produtores de existências. No exercício crítico a que nos propomos como prática de si que pode nos salvar de nosso mandato disciplinar – como prática (trans) formadora – cabe-nos interrogar: que existências engendramos com nossa prática educativa ou de saúde? que existências desejamos ativar com a educação e a saúde que projetamos?

REFERÊNCIAS

Ceccim, R. B. (2008). Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), **Cuidado: as fronteiras da integralidade** (pp. 259-278). Abrasco.

Ceccim, R. B., & Palombini, A. L. (2009). Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e sociedade, 21**(3), 301-312.

Ceccim, R. B., Palombini, A. L., Carvalho da Silva, M. C., & Fagundes, S. M. S. (2010). Residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial.

In A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.), **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde** (pp. 127-144). GHC.

Corazza, S. M. (2001). O que faremos com o que fizemos da infância? In C. Linhares & R. L. Garcia (Orgs.), **Simpósio internacional crise da razão e da política da formação docente** (pp. 53-64). Ágora da Ilha.

Deleuze, G. (1988). **Diferença e repetição**. Graal.

Deleuze, G. (1997). O que as crianças dizem. In G. Deleuze. **Crítica e clínica** (pp. 73-79). Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** (v. 1). Editora 34.

Ferigato, S. (2013). Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da produção científica e intelectual da Unicamp. https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/906645

Ferigato, S., & Botelho, M. (25 de agosto de 2012). A delicada arte de se produzir encontros – Centro de Convivência [Vídeo]. YouTube. https://youtu.be/5-CwnhrCF0I.

Freud, S. (1976). Construções em análise. In S. Freud. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas** (v. 22, pp. 289-304.). Imago. (Obra original publicada em 1937).

Palombini A. L., Streppel, F. F., Cabral, K. V., & Belloc, M. M. (2012). Programa de rádio no ar: modos de habitar a cidade. In A. L.

Palombini, C. Maraschin & S. Moschen. **Tecnologias em rede: oficinas de fazer saúde mental** (pp. 75-85). Sulina.

Passos E., & Barros, R. D. B. (2005). Passagens da clínica. In A. Maciel Júnior, D. Kupermann & S. Tedesco (Orgs.), **Polifonias: clínica, política e criação** (pp. 89-99). Contra Capa.

Narrativa Oficina da Palavra (Narrativinha) – Março 2017

Já faz pouco mais de dois anos que toda quarta-feira pela manhã entramos por esse portão, cumprimentamos o Ayrton e nos encontramos, estudantes pesquisadoras da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e crianças, na sala dos fundos, perto da piscina. Nem sempre fomos os mesmos, esse grupo já mudou muito. Passaram por aqui profissionais do CAPSi e estudantes da UFES, que não estão mais conosco... isso para não contar o mundo de gente que nos ajudou a construir a Oficina. No início, por volta do final de 2014, fizemos no CAPSi oito grupos de trabalho com a participação de profissionais e pesquisadores. Nesses grupos, estudávamos os Guias GAM e pensávamos como experimentá-lo com crianças. Esses guias fazem parte de uma estratégia maior: a Gestão Autônoma da Medicação, que aposta na capacidade e na potencialidade dos sujeitos de saberem sobre si, participarem dos seus processos de tratamento e saúde. Nosso grupo de pesquisa vem experimentando essa estratégia no CAPSi há mais de três anos, inicialmente com um

grupo GAM com familiares. Sobre esse grupo, já estivemos falando na reunião de equipe algumas vezes...

Naquele momento, em 2014, quando iniciamos os trabalhos com o CAPSi, a questão que também se colocava era: como experimentar essa estratégia com as crianças? Como participam dos processos de cuidado? Quais sentidos constroem para o tratamento, a medicação e os serviços?

Para começar a tocar nessas questões, entrevistamos vários profissionais que nos ajudaram a pensar em nomes de crianças que poderiam compor o grupo. Assim, a Oficina começou em março de 2015 e continua até hoje, semanalmente. Construí-la cotidianamente tem se mostrado um trabalho e tanto. Além dos encontros de pesquisa na UFES, toda semana, estivemos também durante um longo período vindo ao CAPSi às segundas-feiras. Aqui também conversávamos, discutíamos, planejávamos nossos próximos encontros com Renata, a profissional que tem estado conosco na oficina há cerca de um ano e meio. A oficina nos convida também para outros espaços: vez ou outra, estamos em reuniões nas escolas das crianças, com pais e mães, e encontros com outros profissionais e instituições que participam de suas vidas; aqui no CAPSi, acompanhamos também os encontros de famílias. Foi em um desses encontros que surgiu uma demanda. Os familiares diziam: precisamos de devolutivas, saber como nossos filhos estão indo! Nós tentamos: na metade de 2016, fizemos um grande encontro com crianças e responsáveis.

Algo que nos ajuda é que depois de cada encontro com as crianças, também produzimos um diário de campo, que fala do que nos atravessou naquele dia. Nesse mesmo exercício, o que também tentamos aqui com essa narrativa é construir uma memória de como essa oficina tem sido realizada e partilhar algumas questões que nela surgem.

Dois anos e meio depois, nós ainda nos perguntamos: *o que cabe em uma oficina?* Nós sabemos que a Oficina se tornou um dispositivo importante no campo da saúde mental e no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial a partir dos movimentos da Reforma

Psiquiátrica. Sabemos também que, na atualidade, o fazer oficina tem se institucionalizado como uma atividade de ocupação, "preencher o tempo" dos usuários no serviço, ou de geração de renda e profissionalização, no caso dos adultos. Por isso sentimos que Oficinar, sem cair na burocratização, é mesmo um desafio.

Sentimos que um modo de lidar com a burocratização ou o cansaço nesse Oficinar foi a sustentação dos espaços de supervisão e análise e ainda algumas perguntas que nos lembravam da direção do trabalho: qual a potência de uma oficina? Como fazer **com** as crianças e não para elas ou por elas? Como gerir uma oficina **com** crianças?

Ouvir as crianças, em suas muitas formas de expressão, quanto aos seus processos de saúde, quanto ao que sentem, as relações que vivem na escola e na família força o oficinar a se abrir para questões fundamentais: a experiência do acolhimento institucional vivida por algumas delas; a adoção; a "devolução"; o lugar dessas crianças em suas famílias (a criança problemática, a criança indesejada, a criança responsável, a criança impossível, a criança idealizada); o racismo (tendo em vista que a maior parte dos que frequentam a oficina são negros); a precarização das condições de trabalho e de moradia que alcançam a elas e suas famílias; o desencontro com a escola e as dificuldades crescentes de "caberem nela", de encontrar nas escolas também uma via de cuidado; a medicalização; as transformações da infância às modulações da adolescência (já que nesse tempo muitos dos "meninos" se dizem agora os "juvenis" do CAPSi). Essa complexidade vai pedindo desse Oficinar uma análise atenta quanto aos planos e estratégias de trabalho, que ganham modificações a cada semana.

No início, para tocar nessas questões, experimentamos primeiro a literatura: levávamos uma mala a explodir de livros, de modo que as crianças pudessem conhecer e escolher as histórias e os livros para o trabalho, gerando uma relação com esse objeto. Nessa direção, o planejamento era mais aberto e suscetível ao(s) livro(s) ali escolhido(s) e à conversa que disparavam. Depois, passamos a levar um livro só, ou um texto, ou um poema... Fomos percebendo que a materialidade

importava: se o livro era grande ou pequeno, como era ilustrado e o fato de as crianças poderem tocar, circular entre si, ler ou ouvir. Mas, aqui, o planejamento buscava, através da escolha do material, o trabalho com questões mais específicas, que se mostravam pertinentes na oficina.

A atividade da leitura também acontecia de muitos modos: histórias lidas e contadas pela profissional do CAPSi, pelas oficineiras da UFES ou pelas crianças. Já fizemos teatro de fantoches, já usamos livro nenhum e criamos estórias das nossas cabeças, já lemos e discutimos com eles inclusive a cartilha do SUS para adolescentes. Eles já escolheram a história do dia, e nós também. Já criamos trilhas sonoras, músicas, narrações para jogos de xadrez, novas aventuras de personagens conhecidos – Hulk, Sonic, Flash, Mario, entonações diferentes, sonoplastias. Também já levamos músicas, estátua, morto-vivo, técnicas de respiração e de trabalho com o corpo, caça ao tesouro, cartinhas, cartolinas para desenho, incenso, objetos para criar sensações de floresta, pelos para fazer pés de Hobbit, focinhos e orelhas de gato (estratégias que saltavam do uso dos livros e das histórias contadas). Por vezes, também cansamos de ler... e tudo bem! Assim, a oficina foi se ampliando para fazer caber muitas coisas. O verbo caber nos serve; pode ser usado para fazer muitas perguntas pertinentes aqui: quantas e quais palavras cabem na nossa boca? Quantas e quais histórias cabem no nosso corpo? *O que cabe em uma oficina?*

Outras pistas do que poderia vir a caber também saem das bocas das próprias crianças, tão marcadas pela desqualificação da sua palavra. Vários desses materiais de expressão apareceram na roda trazidos por elas, que buscavam um violão ali, um pote de tinta acolá, davam a ideia de jogarmos futebol... Elas dão voz a vontades de música, vontades de desenho, vontades de brincadeira, e até a muitas não vontades. Uma vez de excepcional correria perguntamos para as crianças por que a oficina tinha sido daquele jeito, e recebemos como resposta: "porque a gente não queria". É..., é importante querer e também ouvir as recusas. Adotamos como estratégia fundamental, desde o início, fazer caber na oficina as vozes das crianças, não importasse

o que dissessem ou como conseguissem se expressar. E nos chocamos logo com uma questão: as vozes que se sobrepõem, o imperativo do "quem grita mais alto", que rachava, por vezes, movimentos de grupo. Precisávamos, então, estar bem, bem atentas para o silêncio, para os gestos, para quem sai de fininho e fala sem usar a voz. Existem, afinal, muitas maneiras de falar, de se expressar, de se colocar... Uma das crianças chega a perguntar, referindo-se a outro menino participante: "por que ele não fala?". Tentamos puxar o seu olhar para os braços desse menino, sempre tão prontos em nos tocar, abraçar, guiar. Talvez seja preciso pensar em uma leitura de corpo inteiro – como a criança que, primeiro, cheira e encosta os livros nas bochechas... Quando falávamos da oficina bem lá no início, tentando dar conta da nossa proposta, uma vez dissemos: "aqui é um espaço para conversarmos sobre o que se passa com a gente". Talvez fosse uma questão de reformular: um espaço para conversarmos *e* deixarmos passar coisas pela gente e entre a gente (nós e as crianças, as crianças entre si, as crianças e o CAPSi...).

Isso tudo é o que temos feito. Com essa postura colocada, a questão da medicação por vezes também emergiu. Observamos que, ao contrário da visão hegemônica que afirma que a criança nada ou pouco sabe sobre si, algumas crianças entendem bem os efeitos das substâncias em seus corpos. Certa vez, por exemplo, uma das crianças se desculpou por estar sonolenta e disse "que tinha tomado remédio". A mesma criança uma vez comentou de sua medicação e explicou: "por isso eu não estava alegre semana passada". Outra criança criou uma palavra para quem dá o remédio: é o remedeiro. Outras crianças falam de profissionais e encaminhamentos que tiveram um lugar importante em suas vidas. É verdade que algumas crianças não sabem ao certo o que tomam, nem por que o fazem, mas isso também pode dizer respeito a uma desconfiança ou dificuldade dos adultos em compartilharem sobre isso com elas. Por conta disso, com o tempo, tem se tornado cada vez mais importante o nosso contato mais aproximado com o serviço e também com os pais. Há pais que, ao serem

perguntados sobre a questão da medicação, pensam que a primeira resposta é "aumentar a dosagem". Nós mesmas já nos pegamos pensando se uma criança agitada havia tomado o medicamento naquele dia. Diante disso, por onde abrir caminhos de conversa? Fica nítido que a questão medicamentosa no contexto infantil atravessa toda uma rede de sujeitos e dispositivos, como a família, o sistema de saúde público, os médicos particulares, os centros de assistência social e a escola. O CAPSi também aparece de muitas maneiras diferentes, tensionado entre falas de profissionais e crianças: surge como lugar de tratamento e, logo após, lugar de conversa; e ainda, em outros dias, ouvimos que "o CAPSi ajuda a gente a crescer, pois deixa a gente feliz", e também que é "lugar de doido".

A medicação no contexto infantil e tudo que a acompanha aparecem, assim, como um nó apertado que tensiona muitas linhas: a noção de infância, a desqualificação das crianças como legítimos sujeitos, o discurso pedagógico, as exigências de produtividade, o funcionamento do sistema de saúde, a acessibilidade a outros serviços, questões familiares, o discurso médico, o estigma... Linhas que, por si, já estão em contato, sobrepostas, emaranhadas. Nem sempre conseguimos tocar todas ao mesmo tempo.

Todo esse percurso foi muito importante para estabelecer uma relação com as crianças. Acompanhá-las crescerem e mudarem. Algumas já não participam mais ou frequentam pouco as oficinas, mas vemos vínculos de confiança se fazerem e se fortalecerem entre nós e as crianças que partilham desse momento conosco. A construção dessas relações, que se tornam mais próximas, e o próprio crescimento dos meninos foram modulando também as nossas conversas. Nós começamos a dialogar mais abertamente. Assuntos que julgávamos mais delicados de serem abordados em conversas passam a aparecer mais frequentemente na oficina.

Desde o final do ano de 2016 a literatura como dispositivo principal cedeu lugar a outras estratégias, de experimentações grupais. Como direção, visávamos fortalecer a cogestão do oficinar com as

crianças-adolescentes. Radicalizar a perspectiva da participação. Experimentar com os participantes o Guia da Gestão Autônoma da Medicação. Como as questões do Guia e seu uso foram inicialmente pensados para o público adulto, nosso exercício era recolocar algumas dessas questões para o público infantojuvenil. Essa direção tem nos permitido trabalhar inspirados no Guia: com os modos como os participantes se veem e veem os outros (é nesse ponto que a questão étnico-racial desponta); o modo como se cuidam e são cuidados (aqui também comparece a medicação) e a relação com o bairro e o cotidiano onde moram; com o CAPSi (O que é o CAPSi? Como surgiu? Por que vêm a este serviço? O que fazem aqui? O que gostariam de aqui fazer? Quais trabalhadores as crianças conhecem? O que é um profissional de referência?). Pensar o serviço é tocar na questão do tratamento, dos outros espaços de circulação, dos profissionais envolvidos e de como os participantes dão sentido para essas relações. Um bom exemplo disso é a cena recente das crianças-adolescentes que tentavam lembrar quem eram seus profissionais de referência: um participante recorda-se de uma das estudantes da UFES, que já havia trabalhado na Oficina em outro momento, pergunta onde está, o que está fazendo agora, por que não retornou mais. Outro se lembra de uma profissional do CAPSi (que já o teria acompanhado como profissional de referência, e não está mais no serviço). Outro participante menciona uma médica de outra instituição da rede de saúde, que nesse e em outros encontros é recorrentemente por ele afirmada como "tendo descoberto o que realmente ele tinha". Sentimos aqui a importância de pessoas com as quais se contraiu em certo momento um vínculo e que não mais se vê ou encontra e quão pouco conseguimos, por vezes, poder falar a respeito e cuidar dessas passagens. Nesse tempo, conversando e lembrando dessas relações, as oficineiras percebem que as crianças-adolescentes ao falarem dos profissionais os estavam chamando de "profissionais de *preferência*", e não referência. O que não é uma modificação trivial. Perguntados sobre isso, eles dizem *"sim, profissional de preferência, aquele que você mais gosta"*.

Ficamos então a pensar que nem sempre acessamos como a criança organiza para si suas relações, qual o sentido criado. Quando escutam CAPSi, o que disso entendem? Quando ouvem ou se encontram com um profissional de referência, como sentem esse acompanhamento? O que significa ser referência e ser de preferência? E quais outros atores de uma rede podem ser incluídos *"na referência",* auxiliando no trabalho com a criança ou adolescente, por construírem com a criança e/ou a família vínculos de cuidado, de *"preferência"*?

A oficina também tem nos colocado outras questões, que aqui gostaríamos de conversar: como efetivamente partilhar o que se passa na Oficina com os outros trabalhadores do serviço no CAPSi? Como intensificar o acompanhamento compartilhado das crianças que frequentam a oficina com seus profissionais de referência e preferência? Para nós, a oficina não é algo que acontece somente lá na sala dos fundos do CAPSi, mas é algo que acontece dentro do CAPSi, conectado ao serviço. Sentimos que o encontro com os profissionais de referência é muito necessário e importante para que a oficina não se descole do CAPSi, para que as crianças estejam vinculadas não a uma oficina, ou a um profissional, mas ao serviço, a esse centro de Atenção. Sentimos que esse é um desafio constante no trabalho das políticas públicas com crianças e adolescentes, que é como não fragmentar o trabalho, o tratamento, o cuidado.

Para a maior parte dos participantes, a oficina, hoje, é a única atividade realizada no CAPSi. Por vezes sentimos que seria interessante a entrada de outras atividades complementares para intensificar o acompanhamento, e gostaríamos de pensar nisso com os outros profissionais.

Essas preocupações nos alcançam ainda porque estamos nos aproximando da finalização dessa oficina no CAPSi. Sabemos que é importante cuidar dessas passagens, tendo em vista o fato de que esse é um grupo de crianças e adolescentes que está junto desde o início da oficina. E ainda avaliar os efeitos do trabalho sobre todos nós.

Práticas de cuidado e cultivo da atenção com crianças[46]

luciana Caliman
Janaína Mariano César
Virgínia Kastrup

Este capítulo analisa uma experiência realizada no Brasil, na qual crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e outros problemas relacionais, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), participam de uma oficina de leitura de literatura. A proposta da Oficina da Palavra é oferecer uma alternativa ao uso da medicação como modo

46 Este texto foi inicialmente publicado como artigo, em 2020, na *Revista Educação, Artes e Inclusão*, *16*, 166-195. https://periodicos.udesc.br/index.php/arteinclusao/issue/view/772

central de tratamento, por meio de um dispositivo grupal e participativo de leitura e também de cuidado.

Cada vez mais os CAPSi(s) acolhem crianças encaminhadas pelas escolas: crianças sobre as quais é dito que não aprendem, não conseguem prestar atenção na aula, não param quietas, são agressivas e "impossíveis". No CAPSi da cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo, onde foi realizado o trabalho, muitas vezes o encaminhamento vem das escolas com a demanda explícita de um laudo médico e de prescrição de medicamentos. Outras vezes, as crianças chegam com algum diagnóstico e já são usuárias de psicotrópicos, inclusive de metilfenidato. O metilfenidato é, atualmente, o psicoestimulante mais consumido no Brasil e no mundo (Ortega et al., 2018). No estado do Espírito Santo, é incluído na lista de medicamentos especiais, sendo dispensado pelo Sistema Único de Saúde (Caliman & Domitrovic, 2013). No CAPSi de Vitória, sobressai na população atendida o número de crianças diagnosticadas com TDAH e de queixas escolares em torno dos problemas atencionais (Chaves & Caliman, 2017).

Os estudos emblemáticos de Conrad (1975, 2006) apontam o lugar central do par TDAH-metilfenidato nos processos de medicalização da educação e dos comportamentos infantis desviantes. No Brasil, o metilfenidato foi liberado para o tratamento do TDAH em 1998. Desde então, os números do consumo crescem ano após ano. Frente a esse cenário, os discursos acadêmicos e de profissionais da saúde e da educação encontram-se polarizados entre aqueles que defendem sem críticas o diagnóstico biomédico de TDAH e os que questionam a própria existência do transtorno (Ortega et al., 2018). Em um polo, o metilfenidato é visto como o tratamento mais indicado para o TDAH e para os problemas atencionais que dificultam a aprendizagem na escola; no outro polo, ele é descrito como a "pílula da obediência", exemplo maior de um indesejável processo de medicalização da educação.

Procurando ir além dessa dicotomia, o presente estudo reconhece que ecossistemas atencionais precários podem produzir problemas

atencionais e sofrimento na relação que certas crianças estabelecem com a escola, consigo mesmas e com os outros. No entanto, está fora de seu escopo discutir a notável expansão do diagnóstico de TDAH e os efeitos complexos e contraditórios produzidos na vida das pessoas diagnosticadas, seus familiares e instituições de pertencimento. Também não recusa a legitimidade do uso do metilfenidato em certas circunstâncias e projetos terapêuticos. Ao ir além da dicotomia legitimidade/não legitimidade do TDAH e do tratamento medicamentoso, problematiza as formas individualizantes de compreender e tratar dos problemas da atenção e a centralidade quase sempre ocupada pelo medicamento. Através da proposição de um dispositivo grupal de cuidado, dá-se relevo à dimensão conjunta da atenção e à importância de construir ecossistemas atencionais nos quais a atenção a si e aos outros é cultivada.

Para desnaturalizar a centralidade da medicação no tratamento dos problemas que envolvem a atenção, é preciso começar por colocar em discussão o que entendemos por atenção e seu funcionamento. Curiosamente, tal problema tem sido pouco considerado pelos estudos sobre o TDAH, que na maioria das vezes não se ocupam da discussão conceitual e consideram a atenção algo evidente, que dispensa conceituação. A referência a um funcionamento binário atenção-desatenção parece suficiente. No caso das queixas escolares, a atenção é entendida como uma capacidade individual de focalização, vista como condição para que a aprendizagem aconteça. Considera-se que a criança não aprende porque não presta atenção à tarefa, não está focada suficientemente nela. Todavia, como assinalaram autores como W. James (1950), H. Bergson (1922/2001) e S. Freud (1912), bem como os estudos atuais de P. Vermersch (2002), N. Depraz (2020), F. Varela (1993) e J-P. Lachaux (2013), a atenção possui diversos gestos e nuances, para além do binarismo atenção-desatenção e do gesto de prestar atenção a tarefas pré-definidas. A atenção é um processo bem mais complexo.

Tomamos como ponto de partida a perspectiva ecológica de Y. Citton (2014), T. Ingold (2018) e D. Boullier (2010), na qual a atenção não é um processo cognitivo individual e natural, mas tem uma dimensão coletiva e conjunta. A atenção é coletiva na medida em que resulta de um jogo complexo que envolve vetores heterogêneos – materiais, midiáticos, tecnológicos, políticos, econômicos e estéticos. Ela é também conjunta por ser produzida por meio de práticas relacionais. Sendo um exercício relacional basilar na constituição de nossa "co-respondência" com o mundo, ela assume um lugar fundamental na educação e na escola (Ingold, 2018). Veremos que tal exercício será de grande importância quando o objetivo é propor dispositivos de cuidado de problemas atencionais, voltados para a sua dimensão relacional, que sejam alternativas à centralidade do tratamento medicamentoso. Assim, na Oficina da Palavra, buscamos constituir um ecossistema atencional favorável, através do cultivo de uma atenção conjunta entre os seus participantes, capaz de acolher gestos atencionais distintos da focalização. A Oficina constitui um dispositivo grupal que acolhe a distração, movimento atencional frequentemente considerado prejudicial à aprendizagem. Assume-se o desafio de acolher a distração para produzir consistência relacional e maior concentração na experiência da leitura em grupo.

Partindo de uma discussão do que entendemos por atenção e apoiado numa perspectiva ecológica, este texto tem o objetivo de analisar a construção e os efeitos da Oficina da Palavra. A oficina foi realizada como uma pesquisa-intervenção baseada no método da cartografia (Deleuze & Guattari, 1980; Kastrup, 2015, 2019; Passos et al., 2009; Passos et al., 2014; Rolnik, 2014). A cartografia é um método de acompanhamento de processos que não separa a investigação da análise dos efeitos que ela provoca. O texto analisa a Oficina como um dispositivo de cultivo da atenção conjunta: uma prática de cuidado num ecossistema atencional favorável.

A ATENÇÃO PARA ALÉM DO ATO DE PRESTAR ATENÇÃO

A complexidade do funcionamento da atenção pode ser percebida de forma destacada nos estudos do final do séc. XIX e início do séc. XX. A distinção proposta por W. James (1950) entre foco e margem da consciência indica o caráter seletivo, mas também fluido da atenção. Uma das grandes contribuições de James é situar a atenção no contexto da teoria do fluxo da consciência. A atenção responde pelo movimento da consciência. O funcionamento da atenção voluntária opera por puxões, por sacudidelas que buscam recolocar repetidamente no foco uma atenção cuja tendência é escapar a todo momento. Ou seja, a seleção operada pela vontade e pelo eu encontra resistência para sua efetivação, demandando um esforço reiterado para manter-se no foco. Tanto o foco quanto a resistência a ele constituem gestos atencionais importantes. Segundo E. Husserl (1998), se experimentarmos fixar a percepção num único objeto, podemos ter a medida da oscilação a que somos acometidos, independentemente do esforço da vontade consciente. A percepção vagueia e escapa do objeto visado e somos então capazes de flagrar a presença da atenção. Para P. Vermersch (2002), a atenção é o fundo de flutuação da cognição.

Por sua vez, H. Bergson (1922/2001) aponta a existência de uma atenção à duração ou atenção suplementar, que não se confunde com aquela voltada para a vida prática e para os imperativos da ação. A atenção à vida prática está envolvida nas atividades ordinárias da vida cotidiana, sendo, portanto, utilitária. Já a atenção suplementar caracteriza um mergulho na duração, evidenciada sobretudo na arte e na filosofia. Na mesma época, embora num outro contexto, S. Freud (1912) estabelece o conceito de atenção flutuante, destacando-a como aquela a ser exercida pelo analista no *setting* clínico, posto que necessária à escuta sintonizada com as associações inconscientes trazidas pelo paciente. Enfim, a atenção, em sua complexidade e amplitude, vai bem além do ato mental de prestar atenção, que é mobilizado na realização de tarefas pré-definidas, na solução de problemas e na aquisição de informações.

Quando a atenção é considerada sinônimo de prestar atenção, frequentemente associada à focalização, a distração é, por vezes, tomada como seu oposto – um regime de falta de atenção. No entanto, quando consideramos a complexidade dos regimes atencionais, percebemos que a distração possui uma importante função no processo atencional. Segundo Jean-Philippe Lachaux (2013), a boa atenção é uma atenção fluida e não rígida, que consegue gerir sua flutuação, deixando-se capturar de tempos em tempos. Para Lachaux (2013), assim como para Yves Citton (2014), a distração pode ser emancipatória e nos proteger da bolha que nos isola: ela permite que o diverso (de nós e em nós) participe e tenha lugar na nossa rede atencional. Entendida dessa maneira, a distração não é sinônimo de desatenção. A distração é um funcionamento onde a atenção vagueia, experimenta uma errância, fugindo do foco da tarefa para a qual é solicitado e indo na direção de um campo mais amplo, habitado por pensamentos fora do lugar, percepções sem finalidade, reminiscências vagas que têm em comum o fato de serem refratárias ao apelo da tarefa em questão. É curioso notar que o distraído pode ser alguém extremamente concentrado, não meramente desatento, mas cuja atenção se encontra em outro lugar. Poderíamos dizer que ele experimenta uma concentração aberta, destituída de intencionalidade e foco, uma atenção que pode encontrar, mesmo sem buscar (Kastrup, 2004).

A concentração aberta é dotada de duração e é experimentada, por vezes, como um tempo de desaceleração e espera por algo que não é do conhecimento e nem está sob controle do eu. Nesta perspectiva, concentração não é o mesmo que focalização. Pode haver concentração sem foco, como na prática de meditação (Valera et al., 1993) e focalização sem concentração. Distração e dispersão são também gestos atencionais distintos. A dispersão consiste num repetido deslocamento do foco atencional, que impossibilita a concentração (Kastrup, 2004). Certa avidez de novidade impede a espessura temporal e a consistência da experiência. Aproxima-se, portanto, do que Boullier (2010) identifica como o estado de alerta, produzido pelas

inúmeras demandas e estímulos que invadem nosso cotidiano. Para o autor, esse estado de alerta produz uma contínua dispersão ou uma atenção apenas àquilo que surge como crise, como emergência, como digno de nota. Diferentemente da dispersão, o funcionamento errante da distração pode dar lugar a experiências de problematização e ter um papel importante nos processos educacionais (De-Nardin & Sordi, 2008), na medida em que possibilita a vivência de uma concentração aberta que acolhe e responde ativamente ao mundo, sem restringir-se aos limites pré-definidos da atenção que confere.

Sem pretender entrar no exame detalhado e na análise dos desdobramentos e limites de cada uma dessas contribuições, parece-nos pertinente apontar a existência de uma discussão já presente no final do século XIX e adensada nos dias atuais e que deve servir de guia para a análise e tratamento do TDAH e dos problemas atencionais no ambiente escolar. Nesta direção, a atenção vai muito além do gesto atencional individual de prestar atenção a um objeto. A questão que se coloca é como entender e cuidar de possíveis problemas atencionais que emergem na escola e em outras situações quando assumimos essa perspectiva.

OS ECOSSISTEMAS ATENCIONAIS E A ATENÇÃO CONJUNTA

Citton (2014) aponta que a atenção não é individual, mas, sim, individuante, coletiva e relacional. Em uma análise crítica do individualismo metodológico que marca os estudos da atenção e do TDAH, o autor define como mil folhas da atenção a superposição de mecanismos atencionais em múltiplos níveis entrelaçados e com funcionamentos bem diferentes entre eles. Um ecossistema atencional é um complexo folheado de atenções que coexistem, interpenetram-se e se coafetam. Este complexo é também composto pela miríade de gestos atencionais que podem nele se atualizar.

Essa visada nos leva a pensar que nunca prestamos atenção sozinhos. A atenção é conjunta quando nos grupos dos quais fazemos

parte, como em uma sala de aula ou uma oficina, somos influenciados pela atenção daqueles que estão em torno de nós. Levando isso em consideração, o cuidado voltado para os problemas atencionais se amplia e revela ser uma alternativa para a centralidade da medicação.

A atenção conjunta – *joint attention* – é estudada pela filosofia da mente e por pesquisas empíricas da psicologia do desenvolvimento, da aprendizagem e da cognição social (Scaife & Bruner, 1975; Tomasello, 2014). Ela é definida inicialmente como uma tendência em bebês, especialmente no final do primeiro ano de vida, de acompanharem a linha do olhar dos seus cuidadores, após estes últimos romperem o contato olho a olho com o bebê para observar algo presente no espaço em que ambos ocupam (Scaife & Bruner, 1975; Stern, 1998). A atenção conjunta é definida por uma estrutura triangular, envolvendo geralmente dois sujeitos e um objeto, estando relacionada com a cognição social.

Com uma abordagem fenomenológica, Natalie Depraz (2010) parece ampliar essa análise ao considerar que a atenção conjunta inclui *mutual awareness.* Esta não é apenas o olhar mútuo, onde um olha para o outro. Para haver atenção conjunta, não basta um seguir o olhar do outro em direção a um objeto. É preciso que o fato de dois sujeitos estarem presentes ao mesmo objeto seja manifesto e explícito para ambos. São identificados dois movimentos complementares: há atenção ao mesmo objeto e há atenção de um sujeito ao outro. A atenção partilhada é, então, um encontro dos sujeitos com o objeto e dos sujeitos entre si. O segundo movimento depende do primeiro. O laço entre os sujeitos repousa sobre a experiência de um mesmo objeto.

Há *mutual awareness* de partilhar um objeto, de viver/experimentar aquilo junto. Essa reciprocidade, no entanto, não é o mesmo que simetria, mas implica o cultivo de uma correspondência, na qual se experimenta a empatia, aqui entendida como disposição corporal de abertura conjunta. A partilha se dá sobre um fundo de disponibilidade e abertura, no qual torna-se possível entrar em ressonância e em vibração com o vivido, dispondo-se a acolhê-lo.

Segundo Citton (2014), a atenção conjunta ocorre em situação de copresença, tendo como características a reciprocidade (sem simetria), o esforço de sintonia afetiva e as práticas de improvisação. A atenção conjunta requer a copresença, sendo, portanto, um fenômeno presencial e local, experimentado por um número reduzido de participantes que se afetam mutuamente. Para explicar o esforço de sintonia afetiva, toma como modelo as situações de conversa, cuja etimologia do termo – *convertere* – sugere que se trata precisamente de saber inclinar-se, direcionar-se conjuntamente um para o outro. Citton destaca ainda a dimensão afetiva da atenção conjunta, que assegura a manutenção de uma conexão fundamental entre os participantes de um diálogo. É o afeto que faz a tecitura do vínculo e o prolongamento do contato, possibilitando a duração e consistência da troca atencional. Durante uma conversação, há um trabalho permanente de ajustamento recíproco entre a fala de um e a escuta do outro. Microgestos de simpatia, encorajamento, precaução ou acolhimento são percebidos nos encontros, criando uma atmosfera de ressonância afetiva. Ressonância que não pode ser pré-programada, demandando um trabalho constante de invenção. Assim, como última característica, a atenção conjunta ocorre no contexto de práticas de improvisação. Estar atento à atenção do outro é operar fora das rotinas e dos automatismos cognitivos, abrindo-se à imprevisibilidade dos encontros e à invenção conjunta.

Na atenção conjunta, a copresença, a reciprocidade, a sintonia afetiva e as práticas de improvisação e invenção se caracterizam menos como propriedades de ações do que como características que definem um ecossistema. O que define um ecossistema como favorável tem relação com o modo de interação atencional nele cultivado. O aspecto favorável de um ecossistema depende de como atenções coexistem, se interpenetram e se coafetam num folheado complexo. Por outro lado, um ecossistema é dito desfavorável quando, do ponto de vista da atenção conjunta, ele é precário e instável. Assim, o aspecto favorável ou desfavorável dos ecossistemas atencionais advém do

exercício dos princípios da atenção conjunta (reciprocidade, sintonização afetiva e improvisação), que favorece a experiência relacional e a copresença entre sujeitos e grupos. Citton (2014) aponta que a reciprocidade, por exemplo, presente na atenção conjunta é um antídoto para os problemas que possam advir de uma economia da atenção assimétrica e hierárquica, que precariza o aspecto relacional da atenção.

Nesta perspectiva, o autor afirma que mais que depositar nos pais a culpa do déficit de atenção de seus filhos, e, acrescentamos, mais que culpar a própria criança ou adolescente e mesmo os professores, trata-se de ultrapassar a posição de que esta é uma questão individual e pensá-la a partir do ecossistema atencional em jogo. No que concerne ao déficit de atenção ou ao diagnóstico de TDAH, este deve ser visto, ao menos em parte, como um sintoma da falta de reciprocidade atencional nas relações estabelecidas com as crianças: exige-se a atenção da criança, mas a ela pouca atenção é dedicada. O TDAH é entendido como sintoma da precariedade das conexões emocionais e afetivas mantidas com as crianças e da rigidez comunicacional que dificulta a possibilidade de invenção conjunta. São estas características que tornam famílias, escolas e grupos dos quais fazemos parte ecossistemas atencionais precários (Citton, 2014). Assim, para cuidar de problemas atencionais, torna-se necessário um trabalho conjunto de construção de ambientes ou ecossistemas atencionais favoráveis (Caliman & Prado, 2019).

EDUCAÇÃO COMO PRÁTICA ATENCIONAL

Ampliando a compreensão e o estudo sobre a face conjunta da atenção, encontramo-nos com sua complexidade. Citton (2014) se interessa pelos ambientes humanos, tendo em vista sua estruturação pela atenção presencial de uns aos outros. É nesse sentido que sublinha a importância da atenção conjunta no trabalho realizado na sala de aula. O objeto da aula é menos a informação a ser transmitida do

que a construção de uma direção, de um esforço conjunto no qual nós percebemos melhor por que nos esforçamos para perceber com.

As ideias de Tim Ingold (2018) vão na mesma direção. Em *Anthropology and/as education*, Ingold retoma questões que foram discutidas por John Dewey há mais de cem anos, mas que continuam centrais no debate educacional atual. Ingold reforça a crítica de Dewey às perspectivas que definem a educação como um processo de transmissão de conhecimento e situa a educação como uma prática de atenção. Não é por transmissão, mas pela atenção que o conhecimento é gerado.

O papel central da atenção foi apontado pela concepção da educação como transmissão de conhecimento. Nesta perspectiva, a atenção é vista como uma capacidade individual que possibilita a seleção e captação da informação transmitida. No entanto, quando Ingold problematiza a compreensão da educação como transmissão, a importância da atenção é ainda mais enfatizada – ela se torna, por excelência, o objeto da educação. O propósito da educação não é transmitir informação acerca de um mundo já dado, introduzindo conhecimento na mente vazia das crianças. É tornar o mundo presente, de modo que crianças e adultos, conjuntamente, possam "comunar", variando e produzindo conhecimento de forma responsiva e responsável. E este é um trabalho sobre a atenção.

Temos aí duas formas bem diversas de compreender a relação entre o conhecimento e a atenção, que alimentam projetos e práticas educacionais distintas e, por conseguinte, formas também diversas de cuidar das dificuldades dos processos atencionais. Na primeira, que compreende a educação como transmissão de conhecimento, encontramos uma atenção que deve colocar foco naquilo que já fora planejado e pensado, funcionando como um *check out*. Nesta perspectiva, a atenção é uma capacidade individual e natural, identificada a selecionar, prestar atenção e focar em uma informação transmitida pelo professor-emissor, que precisa ser adquirida pelo aluno-receptor. Se este caminho é interrompido, supõe-se que estamos diante de um déficit

atencional. Quando a atenção é assim definida, pouco ou quase nada é proposto como cultivo atencional e, nos dias atuais, quase sempre a única opção de tratamento é a prescrição farmacológica.

Na segunda forma de compreender o conhecimento, a tarefa educacional é tornar o mundo presente em sua comunalidade. Trata-se de uma perspectiva em que a atenção assume uma prioridade ontológica, sendo entendida como modo fundamental de estar no/com o mundo. Para Ingold (2018), quando cultivamos uma postura atenta ao/no mundo, correspondemos com ele, respondemos responsavelmente ao seu apelo de forma ativa. Nesta perspectiva, a atenção é o processo basilar da nossa constituição como seres relacionais. Segundo Boullier (2010), é na nossa postura atenta que manifestamos e criamos o laço que nos une e vincula a um ser/objeto. Fala-se de uma qualidade de presença e responsividade ativa ao que, do mundo, nos convoca. Como tal, a capacidade atencional resulta de um processo de aprendizagem que envolve sempre uma rede atencional em movimento. Dessa forma, o objetivo da educação não é chegar a uma consciência do ou sobre o mundo, mas nos levar a uma correspondência com o mundo (Ingold, 2018). Educar é cultivar uma consciência atenta não sobre o mundo, mas com o mundo. Trata-se, antes de tudo, de guiar a criança para o mundo, sendo, em última análise, uma prática de exposição e produção de sintonia com o mundo.

Para Citton (2014), a sala de aula deveria ser vista como um grupo de pesquisadores no processo de inventar uma nova forma de produzir sentido sobre um campo do conhecimento. Ela é um ecossistema atencional que, mais do que o professor, assume a posição de agência. E é nesta perspectiva que as características que possibilitam o cultivo da atenção conjunta tornam-se fundamentais. O professor (e diríamos, também o estudante), precisa aprender a sentir, reconhecer e modular as ressonâncias afetivas que estruturam a sala de aula. Antes de ocupar-se da informação a ser transmitida, precisa começar a estabelecer e, sobretudo, manter a conexão afetiva que possibilita àqueles que estão em diálogo estarem no mesmo

comprimento de onda emocional. É primeiramente em um nível emocional e afetivo que a conexão entre professor e aluno (e alunos entre si) é possibilitada. Quando a dinâmica em sala de aula privilegia a transmissão de conhecimento e a centralidade hierárquica do professor, há um comprometimento da criação de um ecossistema atencional favorável. Pouco ou quase nenhum espaço é dado à reciprocidade atencional e afetiva, à improvisação e invenção conjunta e ao ir e vir da distração.

A partir de uma perspectiva ecológica que ultrapassa o viés individualista e naturalista da atenção, o cuidado dos problemas atencionais surge como um trabalho de cultivo de correspondência e atenção conjunta concentrada e aberta, envolvendo a construção de ecossistemas atencionais favoráveis. É nesta direção que realizamos o trabalho na Oficina da Palavra.

A OFICINA DA PALAVRA COMO UM ECOSSISTEMA ATENCIONAL

Com o objetivo de descentralizar o lugar da medicação no tratamento dos problemas de atenção e de relação, construímos um dispositivo grupal e participativo de cuidado – a Oficina da Palavra. A Oficina foi assim nomeada pelo entendimento que a palavra poética poderia comparecer de diversas formas – impressa e costurada em livro, caligrafada em papel, cantada em música ou falada. Nosso objetivo era promover o contato com a literatura como forma de movimentar palavras em nós – crianças, oficineiras e profissional do CAPSi –, criando um ecossistema atencional convidativo ao diálogo, à participação e à partilha de experiências. A direção do trabalho foi a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), criada no Canadá e transposta de modo contextualizado para o Brasil em 2010. A GAM tem como proposta colocar em discussão as controvérsias em torno do uso do medicamento e desconstruir a relação

hierárquica estabelecida entre usuários, familiares e profissionais de saúde mental[47].

A Oficina da Palavra foi um dispositivo de pesquisa criado para o desenvolvimento de um trabalho com crianças e adolescentes que vinham sendo atendidos no CAPSi. A partir de seu entendimento como dispositivo de cultivo de atenção conjunta, a proposta inicial foi experimentar a prática regular da leitura compartilhada da literatura, em voz alta e em roda. A Oficina ocorreu entre 2015 e 2017, acontecia uma vez por semana em uma sala ampla do CAPSi e cada encontro tinha, em média, uma hora de duração. Participaram dos encontros dez crianças e adolescentes, entre 8 e 15 anos, que, em sua maior parte, permaneceram até o fim do trabalho. O critério de inclusão era a criança ou o adolescente ser atendido pela instituição, ter disponibilidade para frequentar os encontros semanais e fazer uso regular de pelo menos um psicofármaco. A participação era indicada pelos profissionais do CAPSi, com o acordo dos responsáveis. A Oficina foi oferecida como uma atividade eletiva, não sendo obrigatória a participação. Havia um horário marcado para o trabalho, mas era permitido que a criança ou adolescente chegasse atrasado ou se retirasse antes do término da atividade.

Todas as crianças que participaram da Oficina eram usuárias da rede pública de educação e de saúde mental da cidade de Vitória.

---

47 A estratégia GAM no Brasil é praticada de forma coletiva, em grupo. Os princípios da autonomia e cogestão norteiam o modo de agir e se relacionar nos grupos GAM. A autonomia, nesse caso, não significa independência, ao contrário, se realiza na referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer (Kinoshita, 1996; Passos et al., 2013). É, portanto, uma autonomia que se constrói no grupo, com diálogo e negociação de pontos de vista e que pressupõe interdependência. A cogestão, por sua vez, "é a gestão que se faz junto" (Campos, et al., 2014, p. 10). Propõe produzir experiências compartilhadas entre todos os atores do grupo, procurando ampliar a comunicação e o diálogo sobre assuntos que usualmente são desconsiderados, como a experiência de uso de psicofármacos (Campos, et al., 2012).

Em sua maioria, crianças negras, moradoras da periferia da cidade e de instituições de acolhimento. Crianças acompanhadas por queixas escolares e também em situação de exclusão social. Algumas delas já faziam algum tipo de acompanhamento no CAPSi há mais de cinco anos, ou seja, sua experiência com a rede de saúde mental e com o uso de psicofármacos começara bem cedo em suas vidas. As três oficineiras, pesquisadoras-estudantes do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, e o grupo de pesquisa eram responsáveis pela seleção dos textos a serem lidos e demais elementos da dinâmica do trabalho, além do manejo dos encontros. Uma profissional de referência do CAPSi, indicada pelo serviço, participava regularmente da oficina. Todos os encontros foram registrados pelas oficineiras em diários de campo, que eram compartilhados com o grupo de pesquisa e discutidos em supervisões semanais. Ao longo deste texto, recorreremos a alguns trechos dos diários de campo.

A Oficina tinha como principal ponto de referência um tatame, onde a roda de leitura acontecia. Existia também uma mala cheia de livros infantojuvenis, mesas, cadeiras, instrumentos musicais e alguns brinquedos. A Oficina procurou ser um ambiente de vida, mais que um espaço pedagógico para a realização de tarefas específicas. Segundo J. von Uexküll (2004), o conceito de ambiente de vida (*Umwelt*) é distinto do de meio físico, pois só existe para o vivo que o habita. Na mesma direção, Ingold (2018) usa o conceito de ambiente, tal como formulado por John Dewey – o ambiente não é apenas o que nos rodeia, mas aquilo que nos faz variar e que, ao mesmo tempo, varia conosco.

Ingold dá o exemplo do astrônomo olhando as estrelas. Para este, as estrelas, embora distantes, fazem parte do seu ambiente – ele se preocupa com elas, se ocupa e se envolve com elas. Porque elas lhe ocupam, as estrelas fazem com que ele varie, na medida em que seu olhar vagueia de estrela a estrela.

> As estrelas questionam o astrônomo, despertam sua curiosidade, e ele é movido a responder. Essa resposta não é apenas uma reação, como se fosse um distúrbio da visão que irrompe na consciência, mas uma resposta que prolonga a tendência do próprio astrônomo que reside no desejo de conhecê-las melhor. (Ingold, 2018, p. 5. Tradução nossa)

Há um exercício atencional na criação de nossos ambientes de vida. Esse se dá mediante o cultivo de uma disponibilidade atencional através do qual objetos, pessoas e relações passam a ser objeto de (pre)ocupação uns para os outros – eles correspondem. O astrônomo corresponde com as estrelas, porque há o cultivo de uma "response ability". Para Ingold, esta habilidade de correspondência é uma aspiração, algo para ser construído conjuntamente, um esforço que demanda que cada um se abra para o outro ou se envolva com a preocupação do outro. Como veremos adiante, o conceito de correspondência evoca o de atenção conjunta, trazendo à cena as articulações entre humanos e não humanos.

Nesta direção, a Oficina da Palavra teve como objetivo criar um ambiente, um ecossistema atencional favorável, buscando produzir correspondência entre as crianças, oficineiras e crianças, profissional e oficineiras, todos com o livro e demais elementos ali presentes. Essa correspondência dependia de um trabalho de cultivo da atenção conjunta. Buscamos cultivar uma rede atencional múltipla e heterogênea, envolvendo humanos e não humanos. Visamos colocar em evidência e cartografar as mil folhas da atenção, procurando dar-lhes contorno por meio do cultivo de práticas de reciprocidade, sintonia afetiva e improvisação.

Foi frequentando a oficina com assiduidade que crianças e oficineiras passaram a fazer parte desse ecossistema e cultivaram a atenção conjunta. A aprendizagem por cultivo, tal como proposta por N. Depraz et al. (2003), possui uma face de novidade e outra de sedimentação e enraizamento. O cultivo se dá em sessões consecutivas

e regulares, tal como ocorre, por exemplo, na prática de meditação. Há repetição e algumas rotinas. O sentido da regularidade é criar um campo estável de sedimentação e acolhimento de experiências afetivas inesperadas, que fogem ao controle do eu. A regularidade das sessões tem como efeito a criação de uma familiaridade com tais experiências e, enfim, o desenvolvimento de uma atitude atencional de acolhimento. A noção de cultivo procura ressaltar que a aprendizagem resulta no aumento da força e da potência de gestos atencionais que já existem na cognição. Não parte, portanto, da ideia de déficit de atenção.

O CULTIVO DE CONTORNOS ATENCIONAIS

Os encontros começavam devagar, com a chegada das oficineiras. Elas se instalavam na sala e as crianças iam chegando. Antes da formação da roda, as crianças brincavam, interagiam e conversavam de forma mais ou menos livre. Por vezes, as oficineiras propunham uma brincadeira que pudesse ir convocando a atenção, como o jogo Morto e Vivo. Diante da palavra "morto", as crianças deveriam agachar e, diante da palavra "vivo", ficar de pé. Os comandos eram dados de forma sequencial e aleatória, sendo preciso que a criança estivesse de corpo presente no jogo e atenta às oficineiras e às outras crianças. Após algum tempo, tinha início a formação em roda.

Antes de começar a leitura, em alguns encontros era proposto o jogo da bolinha, no qual uma bolinha era jogada de um participante para outro, circulando entre eles. Quando alguém estava com a bola, era sua vez de falar brevemente para o grupo sobre algum assunto. O tema poderia ser sugerido por uma das oficineiras ou pelas próprias crianças. Coisas de que elas gostavam ou não gostavam, situações familiares e acontecimentos diversos surgiam nessa dinâmica. Esse era um momento de desaceleração dos movimentos sensório-motores e de ativação da atenção para o que o outro partilha, exercitando os princípios de uma atenção conjunta. Nesse momento, era

possível cada um aparecer com sua fala singular no grupo e também escutar uns aos outros. O jogo foi uma estratégia desenvolvida com o objetivo de dar um tempo para que as crianças deixassem o que estavam fazendo e se aproximassem aos poucos da roda e dos livros.

No entanto, nem sempre a criança dava sua atenção de imediato ou completamente ao que acontecia na roda. Uma cena do diário de campo descreve um desses momentos:

> Durante o jogo da bolinha nos apresentamos e pedimos a C. (criança) para que se apresente também. Ele se afasta um momento do brinquedo com o qual está envolvido, se apresenta e, quase que ao mesmo tempo, lança a bolinha para que outra pessoa fale. Volta então ao brinquedo e a bolinha segue na roda. Apesar de C. não estar sentado formalmente na roda, sempre que é sua vez de falar, ele retorna suavemente, pensa no que vai falar, fala, e depois volta ao brinquedo. Enquanto brinca com os carrinhos, parece não estar presente à roda, mas está (Trecho do Diário de Campo).

A presença à roda e ao brinquedo se alternavam e a atenção realizava um movimento de vaivém. Este movimento era acolhido na oficina e não imediatamente visto como problema, erro ou incapacidade. Não era, portanto, entendido como desatenção. Frente a uma proposição de atividade conjunta – diversa da tarefa pedagógica –, tratava-se de acompanhar o movimento da atenção. Cuidávamos para que ela voltasse à roda, observando o ritmo e a temporalidade de cada um e considerando a processualidade atencional. Buscava-se, então, acolher a distração e com ela ir aos poucos criando consistência na experiência partilhada.

Para que o cultivo da atenção conjunta pudesse se dar, a atenção das oficineiras também precisava ser cultivada. Utilizando em seu trabalho o método da cartografia, sua atenção deve ser concentrada e aberta. Definida como método por G. Deleuze e F. Guattari

(1980), a cartografia requer uma atenção de qualidade especial, para além da seleção de informações e da focalização voltada para a representação das formas. A atenção do cartógrafo detecta signos, afetos e forças circulantes, ou seja, pontas do processo em curso. A detecção e apreensão de material, em princípio desconexo e fragmentado, de cenas e discursos, requer uma concentração sem focalização e uma abertura que também não se furta à distração (Kastrup, 2019). Os diferentes gestos da atenção do cartógrafo possuem como diretriz o acesso ao plano coletivo de fluxos e forças moventes. Este plano é entendido como uma dimensão de virtualidade da subjetividade e do mundo, que coexiste com o plano das formas atualizadas e momentaneamente estabilizadas. A atenção cartográfica implica ainda a suspensão de julgamentos, expectativas e da busca de informações que fazem parte da atitude natural da cognição, devendo, por isso, ser cultivada. Uma das direções da oficina era dar contorno à atenção conjunta, concentrada e aberta, envolvendo crianças oficineiras e profissional do CAPSi. O desafio era produzir um ecossistema atencional favorável com crianças que chegavam com a atenção dispersa, pouco disponível à relação com outras crianças, com as oficineiras, com o livro e com a leitura em grupo.

Na oficina, não havia um protocolo a ser aplicado, mas a aposta num aprendizado a partir da experiência. O trabalho visava à construção de contornos, não de limites. Não raro, deparamo-nos com a suposição de que às crianças diagnosticadas com TDAH faltam limites. Ao mesmo tempo, sabemos que na escola, ficar no limite ou ter limites distingue aqueles que se enquadram às normas daqueles que precisam ser "enquadrados" por meio de práticas disciplinares que são, em última instância, práticas de controle da atenção e do comportamento. Trata-se de reforço dos limites. Neste contexto, a imposição e o reforço de limites tornam-se a direção do trabalho dos adultos com as crianças. Um trabalho que exige o foco atencional, tanto das crianças quanto dos professores e cuidadores. Diferentemente, na oficina, em lugar de procurar dar/impor limites, exercitávamos o cuidado

participativo, baseado em contratações provisórias e na construção de contornos para o trabalho grupal.

Lachaux (2013) discute a relação entre atenção e controle. Normalmente pensamos em dominar a atenção por meio do esforço da vontade. Todavia, a atenção voluntária totalmente focada e individualmente controlada é um mito moderno, que hoje é atualizado como mito do controle de si. Por outro lado, muitas vezes assume-se que a atenção pode ser controlada externamente através da imposição de limites. Colocando o problema do que devemos entender por controle, Lachaux (p. 13) traz o ensinamento de um mestre budista: se você quer "controlar" um carneiro ou uma vaca, comece por lhe dar muito espaço. Controle, neste caso, não é sinônimo de constrangimento, mas passa pela compreensão e pelo *lâcher-prise*, pelo desapego, pela abertura para acolher o que chega. A atenção é refratária à domesticação, mas pode ganhar contornos quando é cultivada conjuntamente, o que demanda um tipo de cuidado atencional.

Na Oficina da Palavra, fomos construindo um contorno atencional através de combinados e pactuações. Um tempo importante era destinado ao processo de contratação do que seria feito na oficina, no qual algumas rotinas eram conjuntamente pactuadas. Diferentemente da definição de regras e limites fixos, quase sempre estabelecidos pelos adultos que propõem às crianças a realização de tarefas pré-definidas, os combinados na oficina eram conjuntamente criados, sendo repactuados quando não produziam mais o efeito esperado. É o que podemos acompanhar em um trecho de diário de campo:

> Queríamos começar a ler os livros, mas vemos que os instrumentos musicais chegam mais e mais à roda. A demanda em relação à música tem chegado a nós com alguma frequência. Então, eu tento: "Bom, gente, antes de começarmos a ler, acho que podíamos fazer um acordo. Que só podemos tocar os instrumentos depois que a história acabar" (Trecho do Diário de Campo).

Combinações como esta eram realizadas e sustentadas no grupo. Não era a regra o que se resguardava, mas a capacidade de criá-la, discuti-la e transformá-la, a depender do movimento do grupo. Dependia, portanto, de negociação e decisões compartilhadas, cujo efeito grupal era o aumento do sentimento de pertencimento e de correspondência, por meio do cultivo da atenção conjunta baseada em relações não hierárquicas.

A criação conjunta do ecossistema oficina e a pactuação participativa permitiam criar contornos no lugar de limites. O limite restringe e impossibilita o movimento. Por sua vez, o contorno permite a criação de consistência grupal, possibilitando o acolhimento de experiências afetivas inesperadas, dando a elas espaço e também uma direção. Trabalhava-se, assim, criando uma relação com a regra na qual ela funcionasse mais como contorno-fronteira do que como limite-barreira.

> J. (criança) se levantou e foi novamente para a estante com brinquedos. Perguntou se a gente podia fazer uma banda e dissemos que ele podia trazer o pandeiro que já estava segurando e, com bastante cuidado, tocar alguma coisa enquanto eu lia a história, como uma trilha sonora. J. sugeriu que eu contasse a história cantando e aceitei a proposta. Durante o começo da história tudo foi cantado, com J. e Barbara (oficineira) me acompanhando no tambor e no chocalho (Trecho do Diário de Campo).

A insistência em fazer e refazer os acordos, quando necessário, compareceu como a melhor maneira de criar alguma disponibilidade para a leitura compartilhada e cultivar a atenção à experiência vivida na Oficina.

A LEITURA CONJUNTA DE LITERATURA

Durante todo o tempo de funcionamento da Oficina da Palavra, a leitura de literatura foi utilizada como elemento central no trabalho

com o grupo, ainda que em alguns encontros o livro tenha cedido espaço a outros dispositivos como lápis, canetinhas, tintas, cartazes, recortes, instrumentos musicais, brinquedos, fantoches e fantasias. Segundo Michele Petit (2008), a leitura requer uma atenção levemente distraída, como ocorre quando uma passagem do texto faz com que levantemos os olhos da página do livro. Para Petit, talvez seja isto o que há de mais essencial na leitura, acima da decifração de uma mensagem. Afinal, ler "tem a ver com a possibilidade de ir e vir, com a possibilidade de entrar à vontade em um outro mundo e dele sair" (p. 92). Embora Petit fale da leitura individual, a ideia de uma leitura que faz redes atencionais e comporta a distração é importante na nossa discussão sobre a leitura em grupo como prática de cuidado.

Na Oficina da Palavra, os livros e textos eram escolhidos com base no efeito inicial no grupo de pesquisa e nas oficineiras-pesquisadoras, bem como no possível efeito nas crianças. Buscamos ler livros que escapassem às histórias de significado único e às explicações fechadas. Trabalhamos com *livros esburacados*, que pudessem gerar passagem e abertura a outros modos de atenção e que suscitassem a invenção (Caliman et al., 2019). Experimentamos também fazer um uso *esburacado* de textos diversos, incluindo aqueles não explicitamente direcionados às crianças. Como estratégia de desaceleração cognitiva, por diversas vezes lançamos mão da apresentação demorada das ilustrações que acompanhavam o texto no livro. Juntos, inventamos diferentes modos de leitura. Ora líamos em conjunto, em voz alta, passando o livro de mão em mão na roda, dando vez para todos. Em outros momentos, uma das crianças ou uma das oficineiras fazia a leitura completa do livro. Houve vezes em que diferentes livros eram lidos em silêncio por cada um. Comentários, invenções e digressões eram muito bem-vindos. Nem sempre seguíamos a linearidade do texto. Vários ritmos conviviam: passávamos rápido por algumas frases e muito lentamente por outras.

As variações nos modos de ler aconteciam em consonância com as pactuações e acordos realizados com as crianças na Oficina,

exercitando a disponibilidade dos participantes à variação dos contornos atencionais. Para viver o que não estava pré-programado, tornava-se necessário um movimento de improvisação, característico da atenção conjunta. Ao abordar a prática da improvisação na educação, Citton (2014) afirma que a capacidade de invenção conjunta é determinante para que a sala de aula possa oferecer um ecossistema que mantém a atenção conjunta. As práticas de improvisação e invenção guardam um interesse pela descoberta de coisas não sabidas, não antecipadas até então. Ser atento à atenção do outro requer uma abertura ao risco de improvisar, deixando de lado rotinas pré-programadas.

Uma das dinâmicas de leitura consistia na proposição de que cada participante lesse uma página. O grupo era heterogêneo, existindo crianças com maior ou menor fluência de leitura. A ideia era que todos pudessem ler, ainda que por vezes isto ocorresse com a ajuda atenciosa da oficineira, quando surgiam dificuldades de leitura e compreensão. Também era respeitado o direito de não ler. A participação com a leitura em voz alta não era obrigatória. Esta podia se dar de outros modos, como na definição da ordem dos leitores, ouvindo ou simplesmente estando na sala, fazendo parte desse ecossistema atencional (Caliman et al., 2018). Como vemos no diário de campo:

> Naquele dia, no trabalho com o primeiro livro, L. (criança) não quer ler. Não insistimos. A leitura roda de novo, C. (criança) está empolgado. L. de novo não quer ler quando chega sua vez. Ela simplesmente faz um não com a mão, nervoso e arisco. Pergunto se ela tem certeza que não quer ler. Ela responde que não. Apesar disso, assume um papel de "maestro". É ela que dita quem lerá a próxima parte. De repente, L. começa a ler. As palavras são ditas baixinhas antes de serem pronunciadas para o mundo. Quando emperra em alguma palavrinha, Bárbara (oficineira) vem ao socorro e ajuda. Havia certa sinergia nessa leitura. Todos acompanhavam. Não era uma leitura perfeita, mas acontecia. Sem desistência, sem choro, com vontade e afeição.

> O livro termina. L. parece estar gostando mais de ler na roda. No segundo livro daquele dia sua leitura já é menos conturbada e nervosa, e ela já não pronuncia as palavras em voz baixa (Trecho do Diário de Campo).

Nesse encontro da oficina há improvisações contínuas: acolher a criança que não quer ler e que, em esforços sutis de ali se manter, vai primeiramente entrando em silêncio, depois dando certo ritmo à leitura ao escolher o próximo que lerá e, lendo baixinho, pronuncia as palavras para o mundo. Aqui o movimento de improvisação não se separa do esforço de sintonização afetiva entre oficineiras, crianças, livros e leitura, que vai possibilitando surgir a atenção conjunta. A leitura, mais que o ato de ler as palavras, é também uma leitura de gestos, atenção aos movimentos, às pausas, às iniciativas, ao tom e volume. Busca-se, assim, cultivar modos atencionais fluidos e em um ecossistema favorável, entendendo-os como efeitos e não condição de um processo de aprendizagem (Kastrup, 2004).

REDES DE ATENÇÃO NA LEITURA EM GRUPO

A oficineira é uma espécie de *outsider*, um ser de fronteira, de borda (Deleuze & Guattari, 1980; Kastrup, 2008a, 2008b). Ela não é um centro, mas uma das linhas que concorre para envolver o grupo de leitura. Sua posição é de certa independência. Ora ela está lendo para o grupo, ora é tomada pelo próprio texto literário, num movimento de vaivém. Ora exerce um tipo de liderança, ora revela-se solitária. Por ocupar esta posição de fronteira, é um diferencial do grupo. Ela bordeja o grupo e, quando ela assume uma firme aliança com o texto, força os limites do grupo, abre linhas de fuga e o conduz às transformações que nele têm lugar. Exerce assim uma função ativa e desempenha um papel diferencial e heterogêneo em relação às crianças. Sua atenção concentrada e aberta surge como condição importante para que as próprias crianças experimentem o texto literário (Kastrup,

2003). A onda provocada pela sintonia com o texto concorre para cativar a atenção das crianças:

> Naquele dia, tudo o que a gente tenta não funciona para cativar a atenção dos meninos. Só J. (criança) está atento, na expectativa do começo da história. A oficineira decide começar a história assim mesmo. Ela pega o livro 'Bruxa, venha a minha festa' de Ardem Druce (2008) e começa. J. aguarda atento. Ela começa lendo: "Senhora bruxa, por favor, venha à minha festa!". Jo. (criança) olha para a página com a imagem da bruxa, bate nela e diz: "Eu não quero ela na minha festa!". A oficineira segue com a leitura. Os personagens convidados para a festa vão chegando e, com eles, mudam os tons de voz usados para representar cada um. Nesse momento, C. e Jo. (crianças) já estão concentrados na história. Quando a árvore vai ser convidada, ela fala sussurrando. O sussurro fez com que os meninos se interessassem ainda mais. Todos se aquietam e chegam mais para perto, para saber o que a árvore ia responder. Todos ficam bem concentrados até o final da história. Parece que aconteceu algum tipo de contágio (Trecho do Diário de Campo).

A ideia de contágio remete ao conceito de imitação, formulado por G. Tarde (2001). Em Tarde, a imitação é definida pelas ideias de contágio e propagação. Segundo Stengers (1987), a noção de propagação, formulada no campo das ciências biológicas, tem o sentido da propagação de um vírus ou uma bactéria. Diferentemente da propagação em Termodinâmica, que tende à uniformização e a anular sua causa, a propagação biológica é propagação de sua própria origem. Cada ser infectado torna-se, ele próprio, um centro de propagação. A causa fica inoculada em seu efeito. O desenho desse processo, que se faz com múltiplos pontos de bifurcação, é uma grande rede. Note-se que se pensa aqui do ponto de vista do sucesso do vírus. O "vírus" é a atenção à leitura.

O contágio envolveu as crianças e também a oficineira leitora. Segue seu relato:

> Peguei esse livro porque estava eu mesma muito encantada com ele – era um dos meus livros preferidos enquanto criança. A riqueza das ilustrações e a consistência da história, ainda me emocionam, mesmo depois de adulta. O que aconteceu foi que comecei a ler sem muitas expectativas, mas com total entusiasmo. Pensava em fazer valer aquele encontro pelo menos para J. (criança), que prestava atenção. Mas alguma coisa aconteceu – não sei se foi o meu entusiasmo, o fascínio genuíno de J. frente à história, a ilustração monstruosamente realista ou se foi a mistura de tudo isso. Sem a gente chamar ou insistir, num movimento muito gradual, os meninos foram se deixando levar pela história (Trecho do Diário de Campo).

Todos os elementos descritos na cena apresentada parecem comportar a aposta na conexão sensível: era pelos afetos que as investidas eram feitas. O encanto da oficineira que se emociona com o livro, o fascínio da criança que lê, a força da ilustração, a leveza da postura das oficineiras que não insistem e não obrigam um certo tipo de presença, tudo isto se dá pelos movimentos intensivos dos afetos de vitalidade e pelo esforço de sintonia afetiva que impulsionam o contágio – todos foram "deixando-se levar". Sempre permeados pela improvisação e por uma atenção ao mesmo tempo concentrada e aberta, tais encontros abriam processos de cultivo da atenção recíprocos e imprevisíveis.

O MEDICAMENTO NA REDE DE CUIDADOS

A Oficina da Palavra, como um dispositivo de pesquisa, dedicou-se a fazer do cuidado um cultivo atencional. Ser atento à atenção do outro em suas investidas e derivas tornava inseparável o cuidado do

cultivo da atenção conjunta. A atenção requerida pelo trabalho de cuidado não é controle, mas, ao contrário, é a capacidade de cultivar a pessoa com suas próprias possibilidades e experiências e em situações sempre únicas. Não há no acompanhamento atento garantias de um fim esperado. Há o acolhimento do imprevisível, a possibilidade de abertura para o pluralismo das formas de relação e vida, as quais são atenciosamente acompanhadas. Neste sentido, a atenção é, por excelência, o gesto cognitivo do que Boullier (2010) define por cuidado cosmopolítico e que, a nosso ver, permite a ampliação das possibilidades de tratamento dos problemas atencionais.

O cuidado atencioso acolhe o pluralismo das formas de relação. O curioso é que isto significou a acolhida dos modos de relação das crianças com o diagnóstico de TDAH e com os medicamentos. O cultivo da atenção conjunta como modo de cuidado incluía tal acolhimento. Retirar a centralidade do medicamento do tratamento das crianças e adolescentes significava, paradoxalmente, romper com a invisibilidade de seu uso e de seus efeitos. A experiência com o medicamento é um dos fios da rede de atenção conjunta. Em um dos encontros da Oficina, uma criança comenta que dormiu na escola, por causa dos remédios que faz uso. Fala que faz uso de um pela manhã, antes de ir para escola, e outro à noite, "para dormir mesmo". E comenta: "Não sei se vocês perceberam, mas é por isso que eu não estava alegre na semana passada. Era por causa do remédio".

A conversa aponta que por mais que o problema do uso e dos efeitos da medicação não estivesse explicitado todo o tempo, ele estava presente para as crianças como questão e, por vezes, como incômodo. O menino consegue perceber, por um movimento de atenção a si, os efeitos do medicamento em seu corpo, na qualidade da sua presença, em seus afetos e desempenho. Consegue também fazer a diferenciação entre um estado medicado e um estado não medicado. Ao ser partilhada na conversa, a experiência com o medicamento convida aos outros participantes a trazerem também o modo como experimentam a medicação em suas vidas. Com isso, a relação com

o medicamento passa a fazer parte daquele ecossistema atencional que construímos na oficina.

A Oficina da Palavra permitiu uma circulação de vozes, atenções e afetos das crianças e adolescentes, contando suas vidas e enunciando desejos. Cuidar, nesse sentido, significava acolher as diferentes formas de pertencimento, para gerar confiança e abertura, de modo que cada criança ou adolescente pudesse participar e se sentir à vontade no grupo. E nessa prática as oficineiras, sem dúvida, tinham um papel importante, acolhendo as experiências mais diversas, por mais difíceis, diferentes e intensas que fossem. É essa atenção cuidadosa que permitia partilha e negociação, que chamava sempre e novamente a participação à conversa sobre o que se passava, à responsividade responsável.

Tal acolhida dependia não de controle, mas da criação conjunta de contornos atencionais em práticas diversas: no convite às crianças para construírem e desmontarem o espaço onde nos reuníamos, apropriando-se dele; no exercício difícil de acolhimento de movimentos caóticos, de irritação e discussões intensas entre elas; na conversa sobre medicamentos e na partilha de sofrimentos diversos, como não ter amigos, não se sentir compreendido, não ter uma casa. Como efeito, foi aos poucos surgindo uma grupalidade, um laço relacional, sustentado em múltiplos agenciamentos entre todos os participantes.

Enfim, na Oficina da Palavra circularam fluxos materiais, afetivos, literários e químicos. Sua configuração e seu contorno eram relativamente tênues e sempre passíveis de serem desmanchados. A atenção circulava entre participantes e objetos, configurando múltiplas composições, sempre provisórias. Nada se assemelhava a uma situação em que um sujeito presta atenção a um objeto ou tarefa, de modo fixo. Nada próximo a um modelo binário atenção-desatenção. A metáfora do foco de luz, tão comumente referida ao trabalho da atenção, não funciona aqui, tampouco o modelo individualista. Estamos diante de flutuações e pousos atencionais, múltiplas modulações, conexões e desconexões, de mil folhas da atenção.

REFERÊNCIAS

Bergson, H. (2001). Introduction (deuxième partie): de la position des problèmes (1922). In André Robinet (Éd.), **La pensée et le mouvant dans Œuvres** (pp. 1271-1330). Presses universitaires de France (pp.1271-1330) (Obra original publicada em 1922)

Boullier, D. (2010). **Por une conception cosmopolitique du care. Cosmopolitiques**. Laboratoire des pratiques l'écologie politique. https://blogs.mediapart.fr/dominique-g-boullier/blog/310810/pour-une-conception-cosmopolitique-du-care

Caliman, L. V., & Domitrovic, N. (2013). Uma Análise da Dispensa Pública do Metilfenidato no Brasil: O Caso do Espírito Santo. **Physis: Revista De Saúde Coletiva, 23**(3), 879-902.

Caliman, L. V., César, J. M., Rangel, V. B., Gonçalves, L. G., Simões, A. A. C., & Fernandes, A. N. (2018). O Cultivo Atencional como Exercício de Participação: Oficinar com Crianças na Saúde Mental. **Ayvu, Rev. Psicol., 5**(1), 42-66.

Caliman, L. V., & Prado, M. R. (2019). Prise de psychostimulants et attention: l'expérience de deux adolescents diagnostiqués TDAH au Brésil et en France. **La nouvelle revue, Éducation et société inclusives, 85**, 261-276.

Caliman, L. V., Rangel, V. B., César, J. M., Paterlli, M. C., Simões, A. A. C., Fernandes, A. N., & Gonçalves, L. G. (2019). Oficina da Palavra: literatura, infância e cultivo da atenção. **Pesquisas e Práticas Psicossociais, 14**(1).

Chaves, F. A. M., & Caliman, L. (2017). Entre Saúde Mental e a Escola: A Gestão Autônoma da Medicação. **Rev. Polis e Psique, 7**(3) 36-60.

Citton, Y. (2014). **Pour une écologie de l'attention**. Le Seuil.

Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Soc. Probl., 23**(1), 12-21.

Conrad, P. (2006). Expansion: from hyperactive children to adult ADHD. In P. Conrad (Org.), **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders** (pp. 46-69). Johns Hopkins University Press.

De-Nardin, N. H., & Sordi, R. O. (2008). Aprendizagem da atenção: uma abertura à invenção. **Revista Iberoamericana de Educación, 47**.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). **Mille Plateaux**. Minuit.

Depraz, N. (2010). De l'"inter-attention" à l'attention inter-relationnelle. Le croisement de l'attention et de l'intersubjectivité à la lumière de l'attention conjointe. **Symposium, 14**, 104-118.

Depraz, N., Verela, F., & Vermersch, P. (2003). **On becoming aware: A pragmatic of experiencing**. John Benjamin Publishing Company.

Druce, A. (2008). **Bruxa, bruxa, venha à minha festa**. Ilustrações: Pat Ludlow. Editora Brinque-book.

Freud, S. (1912). **Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique**. https://psycha.ru/fr/freud/1912/conseils_medecins.html

Campos, R. T. O., Passos, E., Palombini, A., Gonçalves, L. L. M., Santos, D., Stefanello, S., Melo, J., Silveira, M., Guerra, S., Sade, C., & Guerini, L. (2014). **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de apoio a moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE;

DP/UFF; DPP/UFRGS. http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces

Campos, R. T. O., Passos, E. Palombini, A., Leal, E. M., Serpa Juniro, O. D., Emerich, B. F., Marques, C. C., Santos, D. V. D. dos, Melo, J., Gonçalves, L. L. M., Surjus, L., Silveira, M., Arantes, R. L., Rodrguies, S., Otanari, M., & Carvalho, J. (2012) **Guia da Gestão Autônoma da Medicação GAM – Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf

Husserl, E. (1998). **De la sinthèse passive**. Jérôme Milon.

Ingold, T. (2018). **Anthropology and/as education**. Routledge.

James, W. (1950). **The principles of Psychology**. Dover.

Kastrup, V. (2003). Production de subjectivité dans un atelier de lecture au Brésil. **Chimères, 49**, 34-46.

Kastrup, V. (2004). A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia & Sociedade, 16**(30), 7-16.

Kastrup, V. (2008a). Sobre livros e leitura. In V. Kastrup, S. Tedesco & E. Passos (Orgs.), **Políticas da cognição** (pp. 241-266). Sulina.

Kastrup, V. (2008b). Cartografias literárias. In V. Kastrup, S. Tedesco & E. Passos (Orgs.), **Políticas da cognição** (pp. 267-295). Sulina.

Kastrup, V. (2015). La cartographie comme méthode: Pistes pour la pratique d'une recherche-intervention. **Bulletin de Psychologie, 536**(2), 125-134.

Kastrup, V. (2019). Le fonctionnement de l'attention dans le travail du cartographe. **Multitude, 75**(2), 135-144.

Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. M. F. Pitta (Org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil** (pp.55-59). Hucitec.

Lachaux, J. P. (2013). **Le Cerveau attentive**: Contrôle, maîtrise et lâcher-prise. Odile Jacob.

Ortega, F., Zorzanelli, R., & Gonçalves, P. V. (2018). Academic and professional Tensions and debates around ADHD in Brazil. In M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad & I. Singh (Eds.), **Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries** (pp. 186-207). Johns Hopkins University Press.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Orgs.). (2014). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum** (vol. 2). Sulina.

Passos, E., Palombini, A. L., Onocko-Campos, R., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C., Zanchet, C., Cervo, M. R., & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia, 41**, 24-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&tlng=pt

Petit, M. (2008). **L'art de lire ou comment résister à l'adversité**. Editions Belin.

Rolnik, S. (2014). **Cartografia sentimental**. Sulina.

Scaife, M., Bruner, J. S. (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. **Nature, 253**(5489), 265-266.

Stengers, I. (1987). Introduction: Propagation des concepts. In I. Stengers (Org.), **D'une scienece à l'autre: des concepts nomads** (pp. 9-26). Seuil.

Stern, D. (1998). **The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology**. Karnac Books.

Tarde, G. (2001). **Les lois le l'imitation**. Les empêcheurs de penser en rond.

Tomasello, M. (2014). Joint Attention as Social Cognition. In C. Moore, C. & P. J. Dunham. (Eds.), **Joint Attention: its Origins and Role in Development (1995)** (pp. 103-130). Psychology Press.

Uexkull, J. (2004). **Von mondes animaux et monde humain**. Pocket.

Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1993). **L'inscription corporelle de l'esprit**. Seuil.

Vermersch, P. (2002). L'attention entre phénoménologie et sciences expérimentales: Eléments de rapprochement. **Expliciter, 44**, 14-43.

Carta à palavra

Renata Coelho Tavares Imperial

Estimada Palavra,

Vivemos tempos difíceis... Lamento que seu valor no Mercado esteja em baixa. Escrevo esta carta com o intuito de lhe dizer o quanto você ainda é cara para muitos humanos, inclusive para mim. Sem você não seríamos humanos, não poderíamos fazer laços entre nós nem construir o que chamamos de sociedade. Quando nos esquecemos de fazer uso de sua função mediadora, nossas relações ficam desastrosas... Se você não comparece, muitas tragédias acontecem, por exemplo, a violência, que, aliás, é o seu avesso, destrói as relações entre os humanos. E para lhe dar um exemplo de sua importância, contarei a você uma experiência vivida há alguns anos, que foi marcante em minha trajetória profissional na saúde mental infantojuvenil.

Antes mesmo de nascermos, você, Palavra, faz parte do nosso vir a ser. Toda criança nasce banhada pelas palavras, pois são elas que irão nos constituir como sujeito. Pela palavra nossa história é construída e nos apropriamos dela. Cada humano, destinado a ser falante,

estará marcado pela forma como conseguiu se conectar à palavra e a fazer uso dela para encontrar seu lugar na família e no social. Quando uma criança de 2 anos não fala palavras, ficamos em sinal de alerta, tamanha a importância que há na conexão do humano com a palavra.

No início da juventude, precisamos ampliar o seu uso e o contexto em que a usamos. Precisamos escolher uma profissão, um trabalho e com isso inauguramos outro percurso de nossas vidas, rumo a outros horizontes. Muitos de nós temos a oportunidade de entrar numa Universidade, que é um outro contexto em que a palavra costuma ser valorizada. Foi na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) que tive a oportunidade de aprender sobre o valor de cada palavra e as marcas que cada uma delas deixa em nosso corpo-história. Dentre as inúmeras possibilidades apresentadas na graduação de Psicologia, a Psicanálise foi a que selou a palavra ao meu corpo-profissão, que me permitiu ofertar a sua escuta a vários sujeitos e em diferentes contextos (consultório, hospital psiquiátrico, hospital geral, Unidade de Saúde e CAPS).

Foi no Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória/ES, serviço que oferta cuidados em saúde mental às crianças e aos adolescentes, onde trabalho como psicóloga (psicanalista) desde 2012, que ocorreu uma experiência muito significativa em que você era o centro das atenções, a OFICINA DA PALAVRA.

Aqui cabe uma pausa para lhe falar sobre a criança e a forma como os adultos, muitas vezes, a entendem. Criança é um ser humano no início da vida. O nome dado a esse período é infância, que tem origem na palavra *infante*, que significa que o indivíduo ainda não possui a capacidade de falar. Existe uma concepção de que a criança é um ser humano que muito se fala sobre ela, mas pouco se escuta o que ela tem a dizer. Algumas pessoas acreditam que elas nem mesmo têm algo de relevante para falar. Peço para que tente imaginar como é isso: a criança é um ser humano, que nasce banhado pela palavra, a incorpora, se esforça para se conectar com ela, mas não é autorizada a fazer uso dela, ou a palavra que sai de sua boquinha não é considerada. Consegue entender isso? Confesso a você que tenho muitas dificuldades com essa concepção...

Voltando à OFICINA DA PALAVRA, cabe dizer que se constituiu como um dispositivo cuidadosamente gestado dentro da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Essa nos foi apresentada por Luciana Caliman, professora da UFES, que se aproximou do CAPSi em 2012 e convidou a equipe desse serviço a construir juntos uma proposta de intervenção da GAM com crianças, adolescentes e seus familiares. Estava posto o desafio de pensar a GAM para o público infantojuvenil, que até então não havia ocorrido em outros locais do Brasil e do Canadá, país onde a GAM nasceu.

Resolvemos usar o espaço do grupo de estudos que ocorria no CAPSi nas sextas-feiras, quinzenalmente, como ponto de encontro de alguns profissionais desse serviço com a Prof.ª Luciana e alunos da graduação de Psicologia e da pós-graduação em Psicologia Institucional. Nesse espaço, começamos a estudar e a conhecer a GAM e, a partir daí, decidimos que usaríamos o Guia GAM com os familiares de crianças e adolescentes que faziam uso de medicação psicotrópica e estavam em atendimento no CAPSi de Vitória. Tal proposta foi apresentada para os demais profissionais em uma reunião de equipe do CAPSi, para que opinassem e tivessem a chance de compor o trabalho.

O grupo GAM com os Familiares, como era chamado, ocorria semanalmente, nas quintas-feiras à tarde. Os familiares receberam um Guia GAM e foram convidados a responder às questões como se fossem seus filhos. As conversas eram guiadas pelas questões do Guia, mas quero ressaltar como você, Palavra, circulava livremente nas falas de todos os participantes (familiares, profissionais e alunos). Vivemos momentos marcantes, intensos e de muitos questionamentos. Aliás, cabe sublinhar como você comparecia em perguntas, e que perguntas... Não me recordo de todas, mas uma questão feita por uma das mães me marcou sobremaneira: "Quem é o meu filho? O meu filho é aquela criança que comparece quando está medicada ou quando já passou o efeito da medicação?".

Em paralelo à vivência do Grupo GAM com os familiares, outras tantas atravessaram os envolvidos na GAM. Vivemos os encontros

preparativos para o evento estadual preparatório para o Congresso Nacional de CAPSi, que aconteceria no Rio de Janeiro. Esse evento preparatório aconteceu na UFES e contou com a participação de atores locais e nacionais. Destaco a presença de familiares de crianças e adolescentes do CAPSi de Vitória e de atores nacionais como Cristina Ventura. Tivemos outros encontros com Cristina que muito nos ajudou a pensar sobre o campo da saúde mental infantojuvenil e o desafio de construir uma intervenção da GAM com esse público.

Ainda nessa perspectiva, tocados por esse desafio e pela enorme vontade de realizar uma in(ter)venção mais direta com as crianças e os adolescentes, o encontro com a "Bebel" propiciou evidenciar a questão: como enlaçar a literatura com a GAM? Foi um encontro inesquecível, que ocorreu em 2014. Bebel convocou-nos a materializar as palavras pela via da escrita. Naquele dia, consegui transmitir em palavras o quanto o meu corpo pulsava de uma outra forma, minha segunda gravidez. Aliás, destaco a contingência de duas gestações simultâneas: encontrava-me gestando uma criança enquanto o projeto da OFICINA DA PALAVRA também estava sendo gestado.

A OFICINA DA PALAVRA nasce, então, com essa proposta de ser um espaço de circulação da palavra, mediada pela literatura e tendo como orientação das intervenções a lógica da GAM. Seu nascimento ocorreu com o aval da equipe do CAPSi, que indicou quais adolescentes deveriam compô-la. Mais uma vez, foi ofertada a possibilidade de outros profissionais do CAPSi comporem a equipe da Oficina. Não pude acompanhar os primeiros encontros da Oficina, pois me encontrava de licença-maternidade, mas assim que retornei ao trabalho, me engajei, novamente, na proposta. Compunham a Oficina oito meninos, eu como psicóloga do CAPSi e três alunas da graduação de Psicologia da UFES[48].

Conto toda essa pré-história da OFICINA DA PALAVRA, no intuito de você, Palavra, ter uma dimensão do quanto foi

48 O número de adolescentes e de alunos da graduação de Psicologia oscilou ao longo dos anos da Oficina.

imprescindível nesse processo de construção dessa experiência. Sem você não teria sido possível ocorrer tantos encontros e desencontros, tantas reflexões, tantas conversas e tantas articulações, que possibilitaram a existência e a manutenção, por quase três anos, de uma vivência tão relevante.

Lembra que eu falei sobre como os adultos costumam lidar com as crianças? Em muitos momentos, eles não consideram o que elas falam. E essa lógica vale, muitas vezes, para os adolescentes também. Então estava posto o desafio de que os adolescentes da Oficina pudessem falar sobre si, sobre o que pensam, sobre as vivências deles com as medicações psicotrópicas, sobre as vivências na escola, na família e em outros espaços sociais. Usávamos a literatura como medidora desse processo de fala e de experimentação.

Quantas palavras e nomeações atravessavam os corpos dos adolescentes da Oficina: agitados, agressivos, autismo, sexualidade aflorada, dificuldade de aprendizagem... Afetos, diagnósticos, medicações, nomes próprios, suas histórias tão singulares (mas todos marcados pelo abandono)... Corpos pulsantes, corpo-palavra, palavra-corpo. Experimentamos aquilo que conhecemos pela teoria: que o corpo é o lugar privilegiado em que a palavra incide.

Você, Palavra, circulou e compareceu de inúmeras formas: na leitura dos livros; na construção de casas com os tatames de EVA (usados para forrar o chão da sala e torná-lo mais confortável), que ganharam um lugar muito especial para aqueles meninos; em vivências que enlaçamos palavras com sensações reais, tentando aproximar o relato da história com experiências, por exemplo, ruídos, barulhos, gotículas de água, percepções táteis etc.; nas conversas sobre cuidado de si e sobre sexualidade, em que usamos a *Caderneta de saúde do adolescente,* do Ministério da Saúde, como dispositivo disparador; desdobramos a história do Hobbit, cheia de mistérios, aventuras e magias, de diversas maneiras: em uma Oficina nos transformamos nesse personagem tão peculiar e peludo. Estávamos todos ali, independentemente da idade e das fases da vida, vivendo os seus processos

de (trans)formação? Enfim, gastaria páginas e páginas para transmitir tantas experiências que tivemos na OFICINA DA PALAVRA...

As Oficinas aconteciam no CAPSi nas quartas-feiras pela manhã. A equipe da Oficina se encontrava, semanalmente, com a Prof.ª Janaína Mariano para elaborar a vivência da Oficina anterior e preparar a próxima. Esses encontros foram fundamentais para sustentar a Oficina, pois nesses momentos construíamos as balizas da Oficina, visando mantê-la em conexão com a estratégia GAM. Aproveito para render homenagens a Prof.ª Janaína, que, com sua delicadeza firme, conduziu de forma brilhante e incansável o processo de supervisão da OFICINA DA PALAVRA.

Peço desculpas se me alonguei. Espero que esta carta tenha cumprido sua função, que eu tenha conseguido transmitir a você, Palavra, e a todos que se interessaram em ler esta carta, como seu papel é fundamental para todos os humanos e para cada um, em sua radical singularidade. Nesse sentido, espero também que esta carta tenha cumprido o seu papel de "tornar a conversa infinita e íntima, destinada a todos e a cada um".

Vitória, 20 de setembro de 2020.

Oficina da palavra: Literatura, infância e cultivo da atenção

Victoria Bragatto Rangel Pianca
Luciana Caliman
Janaína Mariano César
Alana Araújo Corrêa Simoes
Anita Nogueira Fernandes
Luana Gaigher Gonçalves
Merielli Campi Partelli
Adrielly Selvatici Santos

Michèle Petit (2009), antropóloga francesa, ao pesquisar experiências de mediadores de leitura em contextos de crise – sobretudo na América Latina –, constrói um amplo estudo, permeado pelas vozes e palavras daqueles que atuam no território, no qual descreve múltiplas potencialidades da literatura e do ato de ler na construção e na

reconstrução de si mesmo. Segundo Petit (2009, p. 272), "não podemos nos interessar pela realidade e desejar modificá-la senão após uma longa passagem pela fantasia, pelo imaginário". Nesse sentido, o acesso aos recursos da arte, da poesia e da literatura são direitos tão básicos e indispensáveis à vida humana plena quanto o direito à água ou à alimentação.

Sintetizando em um parágrafo as experiências de leitura com as quais teve contato durante sua pesquisa, a autora identifica algumas similaridades entre elas:

> Parece-me (...) que a eficiência desses programas deve muito ao fato de que as coisas não são fixas demais, de que não se pode reduzi-las a uma função, a um domínio (a educação, a formação cidadã, a saúde ou a transmissão de uma cultura, mesmo que todas elas façam parte dela) (...), de que é contemplada a possibilidade de surgir o inesperado, o imprevisto. (...) Trata-se de lugares coletivos, mas cada indivíduo é considerado como um sujeito que testemunha uma escuta, uma disponibilidade singular; o mediador recorre de modo privilegiado à voz de que dá vida aos textos, (...) os pertencimentos próprios a uns e outros são respeitados, assim como as falas que eles pronunciam; a escolha das obras propostas é bem pensada, baseada em um gosto pessoal pela literatura e uma experimentação de seus efeitos, assim como em um saber mais teórico, deixando também um lugar à intuição, à associação livre; o mediador (...) observa de maneira fina o que se passa durante as sessões (estando atento também ao que ele mesmo experimenta) e elabora sua reflexão através da escrita e da confrontação com outros praticantes. (Petit, 2009, p. 283)

No parágrafo citado, ressoam muitas das características de nosso trabalho, uma pesquisa-intervenção participativa realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória, no Espírito Santo, Brasil. Situamo-nos, assim, no panorama traçado pela

antropóloga, contribuindo para as pesquisas acerca do potencial da literatura e da arte como mobilizadoras de processos de transformação de si e do mundo. Partindo desse cenário amplo, delinearemos algumas especificidades desta pesquisa, que se produziu na interseção com campos diversos, dentre os quais destacamos a saúde mental infantojuvenil brasileira.

O CAPSi faz parte da rede integrada de cuidados em saúde mental que surge a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, entre o fim do século passado e o início deste. Ao lado de outros CAPS, representa uma aposta em um modo de cuidar que privilegia a inserção do usuário de saúde mental no território e o fortalecimento de seus laços comunitários, assim como da própria rede pública de saúde e assistência social. Trata-se, antes de tudo, de problematizar e deslocar a loucura do lugar de não saber, de deficiência e de ausência de sentido. Especificamente, o CAPS infantojuvenil lida com a saúde mental de crianças e jovens. Essa especificidade complexifica o cuidado a ser realizado. Em que medida somos efetivamente capazes de escutar a infância, e principalmente a infância "louca", "agitada", "impossível", considerando-a como legítimo outro? Além disso, nos últimos anos, observamos um crescimento no número de diagnósticos psiquiátricos e prescrições de psicofármacos para crianças, um fenômeno complexo que perpassa o nosso trabalho.

Assim, inseridas no cenário delineado, apoiamos nosso trabalho em uma estratégia de pesquisa-intervenção participativa denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A GAM materializa-se em um guia homônimo, composto de diversas questões que, no contexto brasileiro, são trabalhadas em grupo. Criado no Canadá, esse guia foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2010, a partir de uma articulação entre pesquisadores de diversas universidades brasileiras (Campos *et al.*, 2012). No país, com alguns deslocamentos em relação à proposta original, foram formados grupos GAM, que buscam criar condições que oportunizem e provoquem os sujeitos a se corresponsabilizarem no processo de produção de saúde e participarem

mais ativamente das decisões sobre o seu tratamento, estando, assim, articulados com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde – SUS (Renault, 2015). Dessa forma, no Brasil, a estratégia GAM desafia hierarquias cristalizadas, colocando o saber do usuário em diálogo com os saberes dos profissionais envolvidos em seu tratamento. O nosso desafio como grupo de pesquisa era atualizar e experimentar as diretrizes da estratégia GAM no campo da saúde mental infantojuvenil. Como incluir o saber do usuário que é criança? Como acessar e acolher a experiência infantil, criando espaços de expressão e reinvenção de si mais potentes? Como torná-la atuante e participativa nas decisões sobre o tratamento?

Com esse desafio, em meados de 2014, iniciou-se a elaboração, com profissionais do CAPSi, de uma oficina de literatura com as crianças do serviço. O trabalho com o infante exigia a criação de um dispositivo brincante, necessariamente inventivo e aberto à experimentação. Foi nesse momento que propomos a Oficina da Palavra com crianças e adolescentes, visando promover ao menos um primeiro passo em direção à construção da cogestão da medicação psiquiátrica, ao construir um espaço singular de expressão e acolhimento dos processos que perpassam seus vínculos e redes de relações (familiares, de amizade, educacionais, de tratamento e acompanhamento). Em março de 2015, começava a Oficina da Palavra, realizada às quartas-feiras pela manhã, contando com a presença de nove crianças, um profissional do CAPSi e três manejadoras, estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A Oficina finalizou-se em setembro de 2017.

As crianças chegavam até nós com diagnósticos diversos, tomando psicofármacos variados, definidas por muitos profissionais que com elas lidavam de "agitadas, hiperativas, difíceis, impossíveis". O objetivo da Oficina era acessar uma *experiência infantil em construção* e, inevitavelmente, contribuir para a criação de novas modulações, assumindo como direção ético-política o fortalecimento da inclusão

e participação das crianças usuárias de saúde mental na cogestão de suas vidas. Assim, a partir da utilização de materiais, tais como o livro e o texto literário, mas também desenhos, colagens, teatro, música e brincadeiras, buscamos cultivar "uma longa passagem pela fantasia, pelo imaginário" (Petit, 2009, p. 272), apostando que essa criação coletiva poderia ser vetor de transformações potentes no cotidiano. Neste capítulo, delinearemos as noções de literatura infantil e leitura, da maneira como as construímos no decorrer da pesquisa, e a importância do cultivo da atenção no trabalho com as crianças. Apoiados em trechos dos diários de campo produzidos por nós a partir dos encontros na oficina, buscamos explicitar os movimentos disparados no cotidiano com as crianças e o que esses trechos colocam em análise.

OFICINA: DA PALAVRA, DE LEITURA, DE LITERATURA

Começaremos com o principal dispositivo escolhido para ser trabalhado na Oficina da Palavra: a literatura. Visto que o trabalho era realizado com crianças, parece quase óbvio supor que utilizamos, exclusivamente, literatura *infantil*. Surge, então, a questão: do que falamos quando pensamos em literatura infantil? Percebemos, de início, que não é sem tensão que as palavras literatura e infantil são colocadas juntas. Analisando a relação semântica entre esses conceitos, Ana Maria Machado (1999), conhecida autora brasileira de livros ditos infantis, escreve que o infantil na expressão "literatura infantil", apesar de adjetivo, funciona não limitando ou restringindo o sentido do substantivo literatura, mas ampliando-o: a literatura infantil seria, portanto, não a literatura que é feita *apenas* para crianças, mas a literatura que *também* pode ser lida por crianças. Betina Hillesheim (2008, p. 121) dá um passo além para dizer que infantil é substantivo: "um bloco de infância que atravessa a literatura, saturando cada átomo infantil, estando na hora do mundo". Não se trata, portanto, de descartar a palavra infantil e considerar que tudo seja uma mesma literatura homogênea; na escolha da junção "literatura infantil", há

um recorte que se traduz muito mais na configuração de um plano problemático do que em limites rígidos de um gênero.

É na direção delineada que, para aproximar a literatura do infantil e vice-versa, Hillesheim (2008) recorre à noção de *menoridade*. A literatura infantil é "menor" não por ser feita para os pequenos ou por ser de pior qualidade, mas no sentido que o filósofo Gilles Deleuze dá ao termo. "Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior. No entanto, a primeira característica é, de qualquer modo, que a língua aí é modificada por um forte coeficiente de desterritorialização" (Deleuze, 1977, p. 25, como citado em Hillesheim, 2008, p. 34).

Essa inversão da palavra menor marca uma posição importante que tomamos, em conjunto com Hillesheim (2008), diante da literatura infantil, visto que é uma literatura frequentemente desqualificada, seja por uma subestimação do saber da criança – ocasionando encurtamento dos textos, simplificação da linguagem e censura de temas –, seja pela forte associação das obras com um fim pedagógico ou didático, que pode anular o literário. Perante esse panorama, cabe perguntar-nos sobre a potência que pode existir ou, antes, insistir, na literatura perpassada pela infância.

Na Oficina da Palavra, escolhíamos os textos com base em dois critérios principais: seu efeito em nós manejadoras e sua potência de propiciar aprendizagens inventivas, em contraponto às experiências de recognição de valores e preceitos morais ou edificantes. A esses livros, que escapam às explicações e definições predeterminadas e propõem, ao contrário, experiências de descoberta e invenção, poderíamos chamar de *livros esburacados*: pois dão passagem e abertura à experiência estética e acolhem a *menoridade* que perpassa a literatura. Embora seja possível encontrar livros assim nas prateleiras sob a etiqueta do infantil, acreditamos também ser possível fazer um *uso esburacado* de textos muito diversos, incluindo aqueles não explicitamente direcionados às crianças. Para atualizar esse *uso*, lançamos mão, na Oficina, de materiais diversos, tais como lápis, canetinhas,

tintas, cartazes, recortes, instrumentos musicais, brinquedos, fantoches e fantasias, além de estratégias como a apresentação demorada das ilustrações que acompanham o texto no livro e a invenção de outras formas coletivas de leitura. Segundo Petit (2009, p. 234), todas essas "artes múltiplas (...) participam de uma mesma experiência". Mais do que participar, acrescentaríamos aqui: elas ajudam a criá-la.

Com o tempo, essas outras materialidades ganharam mais espaço na oficina, também em resposta a um movimento das próprias crianças. No entanto, um fio que nunca se perdeu é aquele presente no nome que demos ao nosso espaço: embora o livro e a literatura pudessem estar ausentes de alguns encontros, a palavra – como conversa, narrativa, poesia – esteve sempre presente. Certo dia, por exemplo, jogamos xadrez, enquanto as crianças narravam o jogo como uma história. Em outros momentos, quando desenhávamos, íamos narrando a trajetória daqueles traços. Nos meses finais da Oficina, as histórias que nos ocupavam eram principalmente aquelas que as crianças contavam sobre suas próprias vidas.

Com essa multiplicidade e amplitude inventamos, em nossos encontros, uma experiência singular com a literatura, seja ela infantil ou não, que mobiliza, inclusive, outras maneiras de entendermos a leitura e a aprendizagem – compreendida não pela recognição de informações e adaptação a um mundo preexistente, mas pela invenção de novos mundos (Kastrup, 2007).

A noção de leitura com a qual trabalhamos também precisou ser construída e singularizada. Segundo Roger Chartier (como citado em Cabral & Kastrup, 2009), as práticas de leitura são múltiplas: existem muitas formas de ser leitor, e são muitos os sentidos a serem construídos a partir da relação entre leitor e texto. Essa compreensão enfatiza a margem de invenção possível na experiência com o texto literário.

"A leitura não é somente uma operação abstrata de intelecção; ela é engajamento do corpo, inscrição num espaço, relação consigo e com os outros" (Chartier, 1999 como citado em Cabral & Kastrup, 2009, p. 286).

> Tenho a impressão que ele não sabe ler direito ou não sabe ler quase nada, mas não rejeita o objeto livro ou as histórias, de um modo geral – presta atenção nas figuras ao longo da leitura, ou se deita perto de nós e manuseia os livros disponíveis, cheirando-os, arrumando-os, etc. Quando C. cheira o livro, nos focamos momentaneamente nele, aproveitando a experiência tátil. (Diário de Campo, 25/03/2015)

Petit (2009), em seus estudos sobre a leitura em contextos adversos, assume um conceito de leitura bastante amplo, que também difere de uma atividade puramente mental e coloca em cena todo o corpo. Ecoamos aqui com as ideias de Silvia Seoane (2004 como citado em Petit, 2009, p. 169), para quem a leitura interessa "como atividade social de negociação de significações, como prática polissêmica, coletiva, multívoca, polifônica". A leitura, antes de ser leitura de um texto, é uma "leitura do mundo" (p. 231).

Na Oficina, ora líamos em conjunto, em voz alta, passando o livro em roda, dando vez para todos; ora uma das crianças ou das manejadoras fazia a leitura completa do texto. Algumas vezes, vários livros eram lidos simultaneamente, em voz baixa. Comentários, invenções e digressões eram muito bem-vindos; nem sempre seguíamos a linearidade do texto. Vários ritmos conviviam: passávamos rápido por algumas frases, e muito lentamente por outras. As crianças se levantavam, rodeavam, brincavam, desenhavam... e voltavam para a história, ou não. Também fazíamos leitura de imagem, dando especial atenção às ilustrações que acompanhavam os textos e que contavam histórias próprias, nas quais as crianças não demoravam a embarcar.

> M. já observa a capa, que expõe um enorme dinossauro, e começa a rugir. Nós rimos. Ele pede: "Tia, abre o livro! Mostra a capa! Olha!" Abro o livro e o corpo do dinossauro aparece, onipotente. Os meninos já estão entusiasmados e J. arranca o livro de minha mão. (Diário de Campo, 09/09/2015)

> Não sei como, mas a ideia de fazermos uma história contada através de desenhos surge. Os meninos parecem se interessar. Eu digo que começaria. Desenho uma lua e uma ovelha nela. A. se prontifica a desenhar logo em seguida. Ele acrescenta umas nuvens. V. (manejadora) diz que a ovelha podia ter achado que eram outras ovelhas, já que elas eram parecidas. (Diário de Campo de 27/04/2016)

Desde o começo, consideramos que a palavra poética poderia comparecer de diversas formas – impressa e costurada em livro, caligrafada em papel, cantada em música, falada. Nossa questão era, assim, promover o contato com a literatura como forma de movimentar palavras em nós, criando nesse movimento novos contornos subjetivos e outras formas de habitar o mundo e com ele nos relacionar. Aos poucos fomos percebendo que esse trabalho envolvia o cultivo de novos gestos atencionais. A atenção é a interface que nos conecta ao mundo, aos outros e a nós mesmos (Citton, 2017), tendo um papel central na produção de subjetividade. Como estávamos atentos uns aos outros, ao texto, ao compartilhamento do espaço? Quais gestos atencionais precisavam ser cultivados para que a experiência com a literatura e com os outros, na Oficina da Palavra, fosse transformadora dos modos obstaculizadores de ser e estar?

OFICINA: CULTIVO DE OUTROS GESTOS ATENCIONAIS

A importância da atenção na Oficina da Palavra não se regula pelas demandas atuais de nossas sociedades contemporâneas quanto ao "estar atento", "focado", ou "do prestar atenção" com fins de cumprimento de tarefas, controle e mudança de comportamentos ou otimização da performance atencional (Caliman, 2008). Não se relaciona ainda a uma concepção individualizante da atenção, como sendo característica ou capacidade centrada de/em um sujeito. Nosso interesse nesse ponto, no oficinar, diz de uma perspectiva mais sutil,

interessada na atenção como processo basilar de constituição de si com o outro, experiência relacional. Na tradição a que buscamos vincular nossos estudos, a atenção é, sobretudo, um exercício coletivo e conjunto, intrinsecamente vinculado aos nossos processos de individuação (Citton, 2017).

Afirma-se, assim, o papel crucial da atenção na construção da disponibilidade que permite o compartilhamento e a ampliação da experiência. Partimos da ideia de que cognição e atenção são processos históricos, ou seja, que nossas maneiras de conhecer e de estar atento são temporais, coletivamente construídas e que não são as únicas possíveis. Compreender a atenção dessa maneira envolve, também, entendê-la como prática, passível de aprendizado, que abarca diferentes gestos atencionais. Maturana, Varela e Vermersch (citados por Kastrup, 2005) afirmam ser possível e importante cultivar um estado da atenção que denominam "devir-consciente", que diz respeito a um momento no qual "algo que nos habitava de modo implícito, difuso e virtual vem a aparecer no campo da experiência de modo explícito, claro e atual" (p. 48), evidenciando a processualidade da experiência. O devir-consciente é composto de três gestos ou atos: suspensão da atitude habitual; redirecionamento da atenção do exterior para o interior; e o *letting-go*, que dá lugar a um modo da atenção do tipo "deixar vir", que não busca, mas encontra, constituída por uma concentração aberta, destituída de intencionalidade e foco. Para Kastrup (2012), a experiência com a arte tem um papel crucial no cultivo desse gesto atencional. Ele difere da atenção seletiva guiada por interesses predeterminados, quase sempre relacionados à vida prática e funcional. A autora afirma que nesse ato atencional há o predomínio da recognição e consequente obturação dos elementos de surpresa no observado, impossibilitando o contato com a virtualidade que habita o mundo e o si. Diferentemente, no trabalho com a arte, tomaria lugar um outro gesto atencional, mergulhado na processualidade, possibilitando uma ampliação da experiência.

Partindo da experimentação de modos múltiplos de leitura e das reflexões acerca da atenção, na oficina, buscamos criar espaços de experimentação e cultivo de gestos atencionais que ampliassem nossos contornos subjetivos. Observamos que a maneira como iniciávamos os encontros era crucial para o cultivo de corpos interessados e disponíveis ao encontro com os outros corpos presentes. Percebíamos que a relação estabelecida entre as crianças era, muitas vezes, marcada por gestos violentos, de pouco acolhimento e inclusão. Assim, durante os primeiros meses de realização da Oficina, levávamos conosco uma bolinha azul, um tapete e uma mala antiga, cheia de livros. Sentávamos em roda sobre o tapete e, com a bolinha, iniciávamos uma brincadeira de conversação: um de nós iniciava um assunto e passava a bolinha. Quem a tinha em mãos deveria continuar a conversa. Essa era uma maneira de começarmos a nos conhecer, compartilhando algo sobre as nossas vidas: gostos, preferências, medos, episódios engraçados, tristes ou interessantes. Buscava-se exercitar um desprendimento ou alargamento inicial dos interesses de cada um para que fosse possível perceber/atender/acolher/incluir a emergência de uma outra relação com o outro. A essa etapa seguia-se a leitura dos livros que, por vezes, eram escolhidos pelas crianças, outras por nós. No começo, espalhávamos todos eles pelo tatame, como uma maneira de criar familiaridade com aquele material. Com o tempo, nossa aposta em planejar as oficinas em torno de um livro, texto ou temática firmou-se. A chamada "dinâmica da bolinha" cedeu lugar a exercícios e brincadeiras diversos: meditação, respirações, estátua, dança e xadrez, para citar apenas alguns. Essas práticas, por vezes, também se configuraram como disparadores de conversa entre nós.

> Tentamos começar então os exercícios de respiração que havíamos pensado. Começamos com respiração de alguém que se esconde de um zumbi. Depois com respiração de alguém que quer fugir. V. pergunta como é a respiração de zumbi. R. olha

> logo para ela, levanta as duas palmas das mãos viradas para o céu na altura do peito e responde: "Dã, zumbi não respira, né... Ele tá morto!" (...) Rimos mais um pouco e falo que eu queria propor a respiração de um pássaro, pois assim eu poderia virar um e fugir da horda de zumbis que estava vindo. J. já grita: "Não!" E de novo: "Não, não, não e não!" Olho para ele brava, pronta para comprar uma briga: "E por que não, J.?" Ele olha para a gente com uma cara triste e responde que ele não gosta de pensar em coisas de voar quando ele tá acordado, porque sempre que ele pensa, de noite ele sonha que está em um avião voando e o avião cai e ele morre. Olho para ele novamente, assustada com a veracidade de sua fala. Falo com o grupo: "Ah, vamos esquecer esse negócio de voar então, né, galera? Ninguém vai morrer hoje! (Diário de Campo, 21/10/2015)

A atitude de acolher as diversas maneiras de estar atento e de expressar-se é especialmente importante, visto que muitas das crianças participantes da oficina eram diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, portanto, dizia-se que padeciam de uma "falta de atenção" (atenção, aqui, compreendida exclusivamente como focalização). "Terminei de ler a história mesmo supondo que ele não estava escutando, parecia muito interessado no armário. B. perguntou a ele qual era o fim da história e ele disse que tinha esquecido, que tinha TDAH" (Diário de Campo, 18/03/2015).

Nossa busca era cultivar e acolher gestos atencionais disparadores de processos de invenção de si e do mundo, entendendo-os como efeito, e não condição, de um processo de aprendizagem (De-Nardin & Sordi, 2008). Positivávamos a *distração*, próxima ao ato de deixar-vir delineado por Maturana, Varela e Vermersch, na medida em que a distração indicava movimentos de deriva que mobilizavam a invenção por permitirem o fluxo entre ideias e imagens de temporalidades distintas. Segundo Michèle Petit (2009, p. 24), "esses momentos em que se levantam os olhos do livro" talvez sejam o que há de mais

essencial na leitura, acima da decifração de uma mensagem. Afinal, ler "tem a ver com a possibilidade de ir e vir, com a possibilidade de entrar à vontade em um outro mundo e dele sair" (p. 92).

Apesar de seu movimento de flutuação, a experiência da distração conserva fios de relação com o presente. De-Nardin e Sordi (2008) a contrapõem, com base nesse critério, a uma experiência de dispersão, que se caracterizaria por uma maior desconexão – algo como um pular "de galho em galho", que, na realidade, mantém a atenção como foco, porém direcionada a um excesso de elementos por curtos períodos de tempo. É importante assinalar que esses modos da atenção coexistem no campo: o desafio é saber transitar entre eles, cultivando ora uma focalização – que possibilita a aprendizagem pela recognição de elementos –, ora a distração que, nômade, coloca em jogo novas impressões, sensações e objetos, constituindo uma aprendizagem inventiva. A oscilação entre estes polos – "focalização – distração – retorno ao objeto" compõe a experiência de concentração, segundo De-Nardin e Sordi (2008).

Assim, em nossa leitura *esburacada*, embarcávamos em histórias inventadas a partir do detalhe de um desenho, e nem sempre chegávamos ao fim dos textos. Como foi dito quando acompanhávamos o pensamento de Chartier, as formas de leitura na oficina foram múltiplas; e em muito se distanciavam da imagem clássica do leitor – solitário, silencioso e focado. Nossa leitura era, frequentemente, se não sempre, coletiva, distraída e barulhenta.

Entre todos os tipos de leitura que mapeia, Chartier (como citado em Cabral & Kastrup, 2009) diferencia uma leitura de reconhecimento de uma leitura de descoberta. A leitura de descoberta seria justamente aquela que nos afasta da recognição; que, em lugar de nos apresentar esquemas finalizados de informação e resposta, nos coloca diante de um acontecimento que provoca estranhamento, surpresa e uma modificação na atenção.

> O quê? Uma pulga trapezista? O que é isso? Não pode ser!" ou "Nãااااão, tia! A joaninha tá feliz sim! Olha só para a cara dela, dá para ver! Tá bem pequenininha sim, só olhar de pertinho!" Estamos rindo bastante, apesar de tudo. Em certa página, diz-se que cabe no livro um avião a jato que despenca do céu. Os meninos imitam os barulhos do motor forte com as bocas. Entretanto, quando viramos a página, há um pequenino avião de papel lançado pela janela de um prédio que voa lentamente nos céus. (...) J. bate a palma da mão em sua testa e exclama: "AI MEU DEUS! Esse livro me enganou direitinho!", mostrando um sorriso envergonhado no rosto. Eu pergunto por que ele acha que o livro o enganou. Ele responde: "Ah, porque eu achei que era um avião de verdade, né! Mas é só um avião de papel!" Nessa hora, estala em mim um tipo de relação possível com o livro que eu não havia me dado conta: a leitura deixa, em certo ponto, de ser banal e óbvia, e passa a estranhar, perturbar, cutucar. (Diário de Campo, 09/09/2015)

Atos de surpresa e suspensão. Essa modificação na atenção dispararia o devir-consciente, caracterizando uma experiência de *breakdown*. Segundo Varela (como citado em Cabral & Kastrup, 2009, p. 291), essa experiência se dá "quando se vivencia uma quebra, uma bifurcação na recognição e é preciso inventar novas formas de ser e de viver". É nesse sentido que os modos e as práticas de cognição e de atenção se configuram como políticas cognitivas, pois estão enredados no processo de produção de subjetividades. A literatura, bem como outras formas de arte e ainda outras experiências – Cabral e Kastrup (2009) citam, por exemplo, a mudança para um país estrangeiro ou uma situação de perigo –, pode causar em nós bifurcações criadoras.

De-Nardin e Sordi (2008), pesquisando movimentos de *breakdown* em salas de aula, diferenciam dois modos dessa ruptura, com base no acolhimento ou não das experiências de problematização. Não basta, portanto, disparar uma descontinuidade atencional; a potência

dessa suspensão como possibilidade de invenção depende do que se faz a partir dela.

Certo dia, escolhemos ler um poema: "O ron-ron do gatinho", de Ferreira Gullar (2013). Levamos lápis de olho para pintar bigodinhos nos rostos das crianças. Mal começamos, elas encarnaram completamente os personagens: começaram a engatinhar, a miar e a brincar com novelos e bolinhas. Acolhemos esse movimento, tratando-os como gatinhos. Chegamos, inclusive, a ler o poema em "gatês" (ou seja, miando!) e houve momentos em que algumas coisas só puderam ser ditas nesse novo idioma, nova matéria de expressão. Petit (2009) compartilha uma maneira de compreender essa experiência:

> Pensemos mais amplamente, nessas encenações a que recorrem as crianças com frequência, depois de terem ouvido ou lido uma história. Elas não exigem um território específico, um espaço de recreação onde elas extravasariam antes de voltar às coisas sérias. É muito mais do que isso; o que está em jogo é a possibilidade de tornar o mundo habitável. (p. 95)

Na mesma oficina, os meninos sentiram vontade de construir uma casa, e assim o fizeram, retomando essa atividade em oficinas seguintes. Talvez, outra maneira de tornar o mundo habitável... Um movimento importante, quando somos perpassados por linhas de desterritorialização: é preciso criar territórios (Deleuze & Guattari, 2004). Se entendemos a literatura como uma "oferta de espaço" (Petit, 2009, p. 69), poderíamos dizer que nossa aposta era que as quatro paredes que delimitavam a sala da oficina pudessem se tornar o mundo inteiro, como no livro *Onde vivem os Monstros*, de Maurice Sendak (2014).

FAZENDO COM

Na Oficina, apostamos não apenas na construção de um espaço de experimentações, em que modulações atencionais pudessem acontecer

e dar lugar a momentos de *breakdown*, como também construímos um corpo (um corpo físico, nosso, e um corpo de práticas) capaz de acolher essas rupturas; um corpo articulado, imerso na experiência, íntimo do improviso.

> Durante toda a oficina deixamos os assuntos que J. iniciava rolarem. Se o que estávamos falando o lembrava de alguma situação ou de algo que ele gostava, a gente entrava no assunto e depois chamávamos sua atenção novamente para a dinâmica que estávamos propondo. (Diário de Campo, 18/03/2015)
> J. se levantou e foi novamente para a estante com brinquedos. Perguntou se a gente podia fazer uma banda e dissemos que não podemos ficar mexendo no material de música, mas que ele podia trazer o pandeiro que já estava segurando e, com bastante cuidado, tocar alguma coisa enquanto eu lia a história, como uma trilha sonora. J. sugeriu que eu contasse a história cantando e aceitei a proposta. (Diário de Campo, 18/03/2015)

Manter esse grau de abertura sempre foi, para nós, muito importante e ao mesmo tempo desafiador, pois nos colocava cara a cara com a incerteza. Assim, os encontros semanais de supervisão e a manutenção de um vínculo entre nós, manejadoras, eram pontos essenciais para o funcionamento da Oficina. O planejamento de cada oficina, depois que começamos a realizá-lo em torno de um texto disparador, pedia de nós tempo e cuidado na análise do que se passava, de maneira que estivéssemos em contato com as vontades e expectativas das crianças, mas também com o que gostaríamos de experimentar coletivamente. Mais importante do que procurar livros que reproduzissem temas ou vivências que imaginávamos que poderiam fazer parte do cotidiano das crianças, tentávamos atraí-las pelo que o texto havia provocado em nós: esse afeto era fundamental para o trabalho. Nessa direção, baseamo-nos principalmente no trabalho de Maria Izabel Pantaleão (2013), coordenadora de oficinas literárias

no Rio de Janeiro. Michèle Petit (2009) encontrou, nas experiências com que teve contato, proponentes de oficinas que também guiavam suas escolhas dessa maneira. Apostávamos, assim, em um "contágio" que se daria a partir do encantamento produzido pelo livro em nós e entre as crianças.

> B. põe [o livro] aberto de frente para a roda para que todos possam ter visibilidade sobre ele. A leitura se faz da seguinte forma: cada participante da roda vai lendo uma página em voz alta. B. começa, depois N., depois eu, C., R.... L. não quer ler. Não insistimos. A leitura roda de novo, C. está empolgado. L. de novo não quer ler quando chega sua vez. Ela simplesmente faz um não com a mão, nervoso e arisco. Pergunto se ela tem certeza que não quer ler. Ela responde que não. Apesar disso, adota um papel de "maestro". É ela que dita quem lerá a próxima parte. Fico pensando se faz isso somente para se esquivar da leitura, ou se é dessa forma que consegue participar do momento. Prefiro acreditar na segunda alternativa. Um pouco de tempo depois, N. também pergunta e a resposta é a mesma. (...) tenho a feliz surpresa de perceber que L. começou a ler. Fico vendo. *As palavras são ditas baixinhas antes de serem pronunciadas para o mundo.* Quando emperramos em alguma palavrinha, B. vem ao socorro e ajuda. Foi bem bacana perceber que havia certa sinergia nessa leitura. Todos acompanhavam. Eu, particularmente, estava me deliciando com ela. Não era perfeita, mas acontecia. Sem desistências, sem choros, com vontade e afeição. O livro termina. (Diário de Campo, 08/04/2015)
>
> Ela pega o livro *Bruxa, venha a minha festa* e começa. J. (1) está prestando atenção. Ela começa lendo: "Senhora bruxa, por favor, venha a minha festa!". J. (2) olha para a página que mostra a foto da bruxa, que, por sinal, era bem feia mesmo. Bate nela e diz: "Eu não quero ela na minha festa!" Mas continuamos a ler assim mesmo. Os personagens convidados para a festa foram mudando

> e, com eles, os tons de voz usados para representar cada um também. Nesse momento, C. e J. (2) já estão superconcentrados na história. Dissemos que aconteceu algum tipo de contágio. (Diário de Campo, 26/04/2015)

Percebemos que o livro e o texto literário, frequentemente, tornaram-se veículos de expressão e possibilitaram muitas conversas, as quais tentamos acolher. Conversar com as crianças e ouvir suas vozes ao contarem sobre suas vidas ou ao enunciarem suas vontades para o próprio planejamento da Oficina representam uma modificação em um certo "modo de fazer" contato com o infantil, tantas vezes marcado pela negação de seu saber, sobretudo no que tange a crianças usuárias de um serviço de saúde mental. Essas observações apontam para uma nova concepção possível acerca do papel desempenhado pela criança diante do seu próprio tratamento e para novas diretrizes no cuidado com essas crianças no sentido da produção de autonomia e valorização do saber infantil. Além disso, a nosso ver, os processos disparados pela Oficina possibilitaram o cultivo de outras relações no âmbito sutil da experiência do sofrimento e dos processos de saúde, por meio da construção coletiva de mudanças nos modos relacionais e atencionais. A arte e a leitura da literatura, no âmbito das experimentações realizadas na Oficina da Palavra, mostraram-se como dispositivos especialmente potentes nesse cultivo.

REFERÊNCIAS

Cabral, M. C. C., & Kastrup, V. (2009). Leitura de acolhimento: uma experiência de devir consciente. **Psicologia: Reflexão e Crítica, 22**(2), 286-293.

Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo, 13**(3), 559-566.

Campos, R. T. O., Palombini, A., Eirado Silva, A., Passos, E., Leal, E., Júnior, O., Marques, C., & Gonçalves, L. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 16**(43), 967-980.

Citton, Y. (2017). **The Ecology of Attention**. Polity Books.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2004). **Mil Platôs**. Vol. III: capitalismo e esquizofrenia. Editora 34.

De-Nardin, M. H., & Sordi, R. O. (2008). Aprendizagem da atenção: uma abertura à invenção. **Revista Iberoamericana de Educación, 47**(4).

Gullar, F. (2013). O ron-ron do gatinho. In R. Rocha (Org.), **Poemas que escolhi para crianças** (pp. 5-6). Salamandra.

Hillesheim, B. (2008). **Entre a literatura e infantil: uma infância**. Abrapso Sul.

Kastrup, V. (2012). A atenção na experiência estética: cognição, arte e produção de subjetividade. **TRAMA Interdisciplinar, 3**(1), 23-33.

Kastrup, V. (2007). **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Autêntica.

Kastrup, V. (2005). O devir-consciente em rodas de poesia. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF, 17**(2), 45-60.

Machado, A. M. (1999). **Contracorrente: conversas sobre leitura e política**. Ática.

Pantaleão, M. I. C. (2013). **Da paisagem literária à escrita inventiva** [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Passos, E., Palombini, A., Campos, R., Rodrigues, S., Melo, J., Maggi, P., Marques, C., Zanchet, L., Cervo, M., & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia, 41**, 24-38.

Petit, M. (2009). **A arte de ler ou como resistir à adversidade**. Editora 34.

Renault, L. (2015). **A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da Gestão Autônoma da Medicação** [Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://slab.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/06/2015_t_Leticia.pdf

Sendak, M. (2014). **Onde vivem os monstros**. Cosac Naify.

Carta de uma oficineira: vai ter barulho, sim!

Renata Nascimento Pozzatto

Fiz parte da Oficina da Palavra durante o ano de 2015, como estudante do curso de Psicologia e participante do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Participei do seu planejamento em 2014 e dos primeiros meses em que a oficina aconteceu em 2015. O nosso objetivo com a oficina era poder conhecer como era a experiência de crianças e adolescentes com o uso de psicofármacos, mais especificamente com o metilfenidato. Queríamos ouvi-las, saber o que pensam e o que sentem sobre usar esses medicamentos. Com essa ideia em mente, íamos uma vez por semana ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Bento Ferreira nos encontrarmos com um grupo pequeno de crianças e adolescentes que toparam estar com a gente.

Foram meses de preparação, com muitas ideias, arranjos e rearranjos. Pensamos a melhor forma de entrar em determinados

assuntos, o que poderia ser importante pra gente e o que poderia ser interessante para eles, afinal, desejávamos que eles quisessem estar ali. Resolvemos usar livros como material principal. Tanto por termos uma boa aproximação com o mundo da leitura quanto por acreditarmos que as histórias podem oferecer um bom material de discussão sobre o que se passa na nossa vida e nos nossos sentimentos. Queríamos que as histórias nos ajudassem a viajar juntos pelas nossas ideias e experiências para, assim, podermos saber mais sobre cada um presente ali.

Estávamos muito animados e planejávamos bem todos os encontros. Pensávamos com muita atenção no que seria lido e porquê. Passávamos um tempão lendo aqueles livros infantis, imaginando tudo que poderia vir nas conversas da oficina com cada história. É sempre esperado que na prática o planejado acabe sendo atropelado por algumas surpresas, o que eu não imaginava era que encontraríamos o inesperado que encontramos. Não conseguíamos ler os livros e na oficina se iniciava sempre um grande movimento de entrada e saída.

As crianças e os adolescentes se espalhavam pelo espaço do lugar. Entravam e saíam do tatame que montamos pra a roda de leitura, entravam e saíam das histórias que estávamos lendo, entravam e saíam das conversas que começávamos e, por último, entravam e saíam da sala. A vida na oficina não era sem essa entrada e saída constante e uma grande agitação. Passou, então, a surgir uma ideia de que, talvez, eles não quisessem estar ali e que, talvez, nosso trabalho não daria certo.

Os nossos planejamentos iam se desmontando nas oficinas. Em determinado momento, decidimos não ir mais com tudo pronto, mas, sim, com esse espaço mais aberto para sentir o que a oficina iria pedir que fizéssemos em cada dia. Depois disso, lembro-me de ter sido questionada por um profissional que nos acompanhou em um dia incrédulo com o fato de não ter planejamento: “Como assim vocês não sabem o que vão fazer?”. “Uma coisa a gente sempre sabe”, eu respondi, “vai ter barulho!”.

E não era isso, talvez, que precisávamos? Para ouvir sobre o outro, o importante é que ele não se cale, que ele se expresse. Na oficina, isso nem sempre vinha quando estávamos sentados ou lendo, mas vinha também de outras formas, as quais fomos percebendo ao abrir mão de buscar cumprir o planejado. Acabamos abrindo mais a escuta para essas outras formas de se dizer sobre si. Algumas falas sobre as experiências dessas crianças e adolescentes com o metilfenidato vieram nos momentos em que nossas leituras em conjunto eram feitas, mas muitas também surgiram nos momentos de correria e de bagunça. Não são todas essas também formas de se dizer o que se quer, o que se tem dúvida, o que se pensa e o que não concorda? Formas de pensar e mostrar o que se vive e sente.

Se pensarmos que psicofármacos são usados, em grande parte, para conter ou estimular alguns comportamentos, foi também tendo contato com esses comportamentos que pudemos questionar juntos o que se passava nessas cenas. Recordo-me de relatos importantes que vieram de momentos de recusa em participar da atividade ou de conflitos entre os participantes do grupo.

Mais atenta, fui descobrindo também que as crianças e os adolescentes queriam, sim, estar ali. Isso podia ser percebido durante a correria para entrar na sala e iniciar brincadeiras que não podiam esperar para começar ou quando eles já chegavam curiosos vendo tudo o que tínhamos levado. Percebi que eles gostavam de estar ali durante alguns abraços inesperados no meio da oficina ou um chegar pertinho na hora de ler, uma pergunta interessada ou uma boa piada no meio da leitura, um chamar para mostrar o que fez ou para perguntar se sabíamos sobre alguma coisa que eles estavam em dúvida.

O querer estar ali era mostrado também por eles voltarem toda semana. Ainda que sejam crianças e adolescentes e que fossem levados por seus responsáveis, é possível estar em algum lugar sem estar junto das outras pessoas, e isso não acontecia. Éramos um grupo. Um grupo que não parava quieto e que cada um tinha a sua forma de estar. Havia os que corriam mais e os que corriam menos, os que

queriam ler e os que queriam ler outra coisa. Com o tempo, cada um foi entendendo mais sobre esse jeito do outro.

As entradas e saídas continuaram sendo difíceis de lidar. Entender que esse movimento fazia parte do que éramos, porém, foi importante e possível. Acolhê-lo significava também acolher as crianças e adolescentes que estavam no grupo, ouvir sobre as experiências de todos e criar tantas novas.

Cultivo atencional como exercício de participação: oficinar com crianças na saúde mental[49]

Luciana Caliman
Janaína Mariano César
Victoria Bragatto Rangel Pianca
Luana Gaigher Gonçalves
Alana Araújo Corrêa Simões
Anita Nogueira Fernandes

Como estar *com* crianças em uma oficina, transformando a prerrogativa histórica de que elas têm pouco a dizer? Como estar *com* crianças

49 Este texto foi inicialmente publicado, em 2018, na *AYVU – REVISTA DE PSICOLOGIA*, *5*, 42-66. https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/27401/0

quando se diz que são impossíveis, incapazes de estar em grupo, de fazer amigos, de prestar atenção nas atividades, de estar presente, de *participar* de forma "apropriada"? As crianças das quais falamos não são quaisquer: são crianças e adolescentes usuários da rede pública de saúde mental da cidade de Vitória. Crianças negras, moradoras da periferia, em sua maioria. Crianças que vivem em abrigos. Crianças que fazem uso de Ritalina. Risperidona. Outros medicamentos. Crianças marcadas por queixas e demandas escolares. Crianças diagnosticadas com hiperatividade, déficit de atenção e autismo.

Este capítulo toma como superfície de análise uma pesquisa-intervenção que tem como campo de investigação o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Vitória/ES, no qual se experimentou a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um dispositivo grupal de oficina com crianças e adolescentes que fazem uso de psicotrópicos e frequentam a instituição. A prescrição de psicotrópicos, realizada hegemonicamente de modo hierárquico e individualizado, constitui-se, na atualidade, como um dos pontos cegos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Quanto à saúde mental infantojuvenil, esse é um aspecto que se torna ainda mais grave na medida em que a criança é, por um lado, considerada um ser em desenvolvimento, imatura para dizer de si e de sua experiência, e por isso encontra-se quase sempre alijada da participação mais efetiva no curso de seu tratamento; e, além disso, é marcada pela experiência de um diagnóstico de transtorno mental, sendo, portanto, duplamente tutelada: por ser criança e por ser considerada diferente, "anormal", "especial".

A Estratégia GAM, que inspira a pesquisa-intervenção realizada, tem como direção de trabalho a problematização dos processos de medicamentalização e medicalização da vida (Caliman et al., 2016), buscando cultivar o estabelecimento de outra relação com o uso de psicofármacos, considerando seus efeitos em todas as dimensões da vida daqueles que deles fazem uso (Onocko-Campos et al., 2013). Portanto, a GAM reconhece a experiência singular dos usuários no

uso e na relação com psicofármacos e propõe uma maior participação destes nos processos que envolvem o tratamento, a prescrição de medicamentos e seu acompanhamento.

A experimentação da estratégia GAM com crianças impunha desde o início um desafio político-metodológico[50]. Como cultivar a participação infantil considerando a singularidade do campo da saúde mental brasileira, território no qual estávamos intervindo e com o qual intencionávamos trabalhar? Embora o direito de participação da criança seja internacionalmente reconhecido – por meio da Convenção dos Direitos da Criança[51] – e legalmente garantido, seu exercício efetivo encontra inúmeros obstáculos e desafios (Soares, 2005). Fernandes (2016) localiza, junto ao aparecimento da Convenção, em 1989, o início do delineamento da área da Sociologia da Infância, que se dedica a pensar a criança e sua ação social. É nesse contexto que o termo "participação infantil" encontra uso corrente. Para Fernandes (2016), a participação não significa "permitir" que as crianças falem, mas "deve ser uma ação dotada de sentido para o sujeito, e que tenha implicações; implicações em termos de transformação social" (p. 188). Ou seja, para além da voz infantil, a participação também significa

---

50 A estratégia GAM tanto no Canadá quanto no processo de sua adaptação para a realidade brasileira é direcionada prioritariamente para o público adulto. No Brasil, foi inicialmente experimentada em dois tipos de dispositivo grupal: grupo de intervenção com usuários (GIU) e grupo de intervenção com familiares (GIF), contando em ambos com a participação de profissionais da saúde e pesquisadores universitários. A experimentação da GAM no CAPSi de Vitória foi a primeira tentativa de expansão da estratégia para o público infantil (Caliman et al., 2017).

51 O direito à participação é um dos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989). No entanto, é preciso notar que nesse documento oficial a participação diz respeito à expressão da opinião da criança, à participação e direito à voz em processos judiciais e administrativos que a afetem. Veremos que a ideia de participação que trabalhamos nesta pesquisa, apesar de incluir estes aspectos, não se limita a eles.

uma abertura dos grupos nos quais a criança se insere para efetivamente escutá-la, considerar o que diz como algo legítimo, que tem impacto sobre o grupo.

No campo da saúde mental, impõe-se inicialmente a necessidade de questionar a própria noção de participação. O que é participar? Como participar? Como participa a criança cujas formas de expressão encontram-se por vezes obstacularizadas ou fragilizadas? Muitas crianças chegam ao CAPSi objetificadas, marcadas por relações de violência e descuido, encarnando em suas falas e ações o lugar do déficit, da falta, da criança problema, pobre, marginal, diagnosticada com um transtorno mental. O deslocamento deste lugar de objetificação requer uma ampliação do conceito de participação e do próprio exercício participativo, visando incluir neles expressões mais sutis. Assim, veremos que neste trabalho a participação não corresponde somente ao acolhimento dos sujeitos em suas presenças visíveis, ou à inclusão de suas intenções e interesses. Trata-se da participação em um plano comum de afetos, que exige não só o envolvimento formal dos sujeitos que participam, mas um exercício conjunto de acolhimento dos ritmos vitais que surgem no encontro com o outro.

A proposição de um trabalho participativo com a criança usuária de um serviço de saúde mental exigia, para tanto, a criação de um dispositivo brincante, sensível, necessariamente inventivo e aberto à experimentação. Foi com essa proposta que desenvolvemos a Oficina[52] da Palavra, visando promover a cogestão da medicação psiquiátrica e abrir espaço singular de expressão e acolhimento dos processos

52 Na reforma psiquiátrica brasileira, as oficinas fazem parte dos dispositivos obrigatórios dos serviços, consideradas de extrema relevância no tratamento. Como uma experimentação alternativa ao modelo tradicional da clínica e ao modo asilar de tratamento, objetivam construir espaços que permitam que os sujeitos ocupem um lugar de cidadania que lhes foi contraditado por muito tempo, fortalecendo os paradigmas de reabilitação psicossocial e de desinstitucionalização propostos pela Reforma (Cedraz & Dimenstein, 2005).

que atravessam seus vínculos e redes de relações. Assumindo esta direção de trabalho, buscávamos afirmar uma prática problematizadora dos processos de medicalização e medicamentalização que, na atualidade, incidem fortemente sobre os corpos infantis (Caliman et al., 2016). O desafio era, portanto, experimentar e cultivar modos participativos de cuidar, sensíveis e atentos às expressões de sofrimento que atravessavam aquelas crianças e suas vidas.

A Oficina da Palavra teve início em março de 2015. Ocorria em uma sala ampla na casa onde funciona o CAPSi e tinha, em média, uma hora de duração. Participaram dos encontros, entre idas e vindas, um total de dez crianças e adolescentes, entre 8 e 15 anos, que, em sua maior parte, permaneceram até a finalização da oficina em outubro de 2017. Além das crianças, as oficinas também eram compostas por três oficineiras (pesquisadoras do curso de Psicologia da UFES), que se encarregavam do manejo e registro dos encontros, e por uma profissional de referência indicada pelo serviço[53].

Durante os quase três anos de existência da Oficina da Palavra, muitas foram as modulações vividas. No entanto, em certa medida, nos parece que em todas as oficinas experimentou-se (não sem dificuldades, não sem tensão) um exercício de lidar com o caos. Idas e vindas das crianças, agitação, interesses desencontrados, dispersão, vontades de outras coisas, estante de brinquedos, instrumentos musicais, computador e televisão, brigas, choros e desabafos, entradas e saídas da sala etc., etc., etc. Momentos e cenas frequentemente vividas e sentidas por nós como bagunça, como algo que atrapalha, acompanhadas

53 Na experimentação da estratégia GAM no Brasil, instituiu-se a noção de *manejo* para definir o trabalho de direção, coordenação e facilitação dos Grupos de Intervenção propostos, e de *moderador* para nomear aquele que inicialmente exerce o manejo. No contexto da oficina, optamos por chamar de *oficineiras* as estudantes de Psicologia que estiveram à frente do trabalho de manejo da oficina. Veremos, mais adiante, que o lugar centralizado do manejo foi deslocado e, ao longo da oficina, passou a se distribuir no grupo, operando como uma importante dimensão do exercício da participação.

tantas vezes da sensação de que "a oficina não rolou", "não funcionou". Por vezes, sentíamos uma completa dispersão e rompimento. Consequentemente, havia muito trabalho de retomada das forças, dos fios e, mesmo, das tensões. Foi preciso aprender a habitar essa dispersão, construir relações de confiança que, com o tempo, permitiram viver muitos momentos singulares, criando lugar para o que parecia não ter lugar.

Levar a sério a construção da participação com as crianças impunha um risco: de completa desterritorialização, de estar perdido na medida em que se olha para o outro convidando-o a interferir no processo. Até onde deixá-lo ir? Até onde ir com ele? Até que ponto o caos pode ter lugar, sem destruir a possibilidade de juntos criarmos novos territórios existenciais? Como produzir no caos um lugar respirável e vivível com o outro?

Fomos experimentando no corpo que, para que a oficina "rolasse" ou acontecesse, era importante incluir o inquietante armário de brinquedos, a bagunça, os instrumentos musicais, os movimentos, o caos. Exercício de uma postura aberta, não impeditiva ou rígida; trabalho de acolher um campo de forças e, com ele, a partir dele, oficinar. Percebemos ao longo do trabalho que a participação que queríamos cultivar não era apenas dos sujeitos (crianças, oficineiras, profissionais do CAPSi), mas dos acontecimentos, das questões, dos problemas. Sentimos que assumir essa direção de trabalho demandou de nós o exercício de um *ethos* atencional. Mas como isso se dá de fato? Como a Oficina da Palavra atua nesse sentido, e qual a relação entre participação e cultivo atencional?

Ao longo deste capítulo, veremos que se trata, em primeiro lugar, de cultivar um ecossistema atencional no qual a *atenção conjunta* torna-se uma via para a participação. Assim, a pista que aqui se evidencia é que *o exercício da participação em suas modulações mais sutis pode ser experimentando através de um cultivo atencional.*

A atenção tem sido tema recorrente e alvo de investimento tecnológico desde, ao menos, os séculos XVIII e XIX, ganhando cada vez

mais destaque na atualidade (Crary, 1999; Hagner, 2001, 2003; Caliman, 2008b). Para alguns estudiosos, estamos vivendo na época da economia da atenção, na qual a atenção tornou-se o bem mais precioso e raro (Citton, 2017; Davenport & Beck, 2001; Franck, 1998). Quando vinculada à perspectiva econômica, a atenção é pensada como capacidade individual e biológica, competência cognitiva que permite controle do comportamento e realização de tarefas. Requerida como condição de captação e busca de informações, a atenção torna-se requisito da aprendizagem pensada como resolução de problemas (Kastrup, 1999). Nessa tradição de pensamento, a experiência da atenção é subestimada, pois naturalizada como capacidade dada, vista como sinônimo de focalização. Filiando-se a esta compreensão, prolifera-se um processo de medicalização no qual outros gestos atencionais são considerados déficits, signos de um transtorno da atenção, frequentemente tratados através da ingestão de psicoestimulantes (Caliman, 2008b). Das crianças que participavam da oficina era dito que não eram capazes de estar em grupo, de concentrar-se, de prestar atenção, de relacionar-se. Algumas delas, diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), faziam uso de Ritalina, psicoestimulante indicado para o tratamento do transtorno.

Na contramão do que ouvíamos a respeito das crianças que frequentavam o CAPSi, propomos com a oficina um exercício de cultivo atencional diverso das práticas de treino individual da atenção que exigem imobilidade corporal e foco direcionado a uma tarefa previamente definida. Na tradição de pensamento a qual vinculamos nosso trabalho, a atenção é, sobretudo, um exercício coletivo e conjunto, intrinsecamente vinculado aos nossos processos de individuação (Citton, 2017) e, a nosso ver, uma via para o exercício da participação. É seguindo as pistas dos atravessamentos entre cultivo atencional e participação experimentados na Oficina da Palavra que este texto é tecido.

A ATENÇÃO CONJUNTA COMO UMA VIA PARA A PARTICIPAÇÃO

Nunca prestamos atenção sozinhos. Nunca, sozinhos, definimos a forma e direção da nossa atenção. Essa é a afirmativa que atravessa todo o argumento de Citton (2017), quando propõe que pensemos em termos de uma ecologia da atenção. A atenção é *coletiva* na medida em que resulta de um jogo complexo que envolve estratégias variadas, incluindo as midiáticas e capitalísticas, que, na atualidade, capturam e direcionam hegemonicamente nossa atenção. Mas ela é também *conjunta* quando, nos grupos dos quais fazemos parte, nos tornamos sensíveis uns aos outros, sendo influenciados e interferidos pela atenção daqueles que também estão atentos a nós ou que estão copresentes. Assim, em sua definição mínima, a atenção conjunta é experimentada quando prestamos atenção àquilo que é alvo da atenção do outro. Nos estudos da psicologia do desenvolvimento, ela designa o fato de quando uma figura parental inclina seu olhar para um objeto, o bebê direciona seu próprio olhar para o objeto em questão (Citton, 2017).

Para Citton (2017), diferentemente das situações nas quais há alguém no grupo cuja atenção e olhar direcionam o movimento, sem incluir e considerar a atenção e os interesses dos demais, a atenção conjunta pressupõe *reciprocidade.* Reciprocidade que não indica simetria quantificada, mas troca e interferência, relação na qual se abre uma brecha para que o outro *participe* e tenha lugar na criação dos interesses grupais, na constituição da experiência do grupo.

Além da reciprocidade, a atenção conjunta se caracteriza por outros dois fenômenos: o esforço pela sintonização/harmonização afetiva e as práticas de improvisação (Citton, 2017). O cultivo da reciprocidade atencional demanda de nós um trabalho delicado e contínuo de afinação que considera no outro os efeitos de cada ação ou fala, buscando estar atento aos ritmos, intensidades, olhares, expressões faciais... Ao mesmo tempo, essa afinação tem como condição de possibilidade o exercício de uma postura aberta, que acolhe o que está

em processo e que, a partir dele, cria e inventa junto com o outro, com quem se estabelece uma relação de sintonia.

Se nunca prestamos atenção sozinhos, como aponta Citton (2017), poderíamos, talvez, deduzir que a atenção conjunta como capacidade, habilidade ou função seria algo já disponível em nós. No entanto, ainda que seja um fenômeno que, no plano do desenvolvimento, ocorra já na relação entre bebês e pais (Stern, 1992), a atenção conjunta não está dada. A criança pequena *aprende* a seguir o olhar dos cuidadores em uma relação na qual os cuidadores também *aprendem* a seguir o seu olhar. Trata-se, portanto, de uma aprendizagem que precisa ser reinventada e cultivada em cada situação relacional.

Esse cultivo da atenção conjunta regula-se, no entanto, não pelas demandas atuais de nossas sociedades contemporâneas quanto ao "estar atento", "focado", ou o "prestar atenção" com fins de cumprimento de tarefas, controle e mudança de comportamentos ou otimização da performance atencional (Caliman, 2008a). Não se relaciona ainda a uma concepção individualizante da atenção, como sendo capacidade centrada em um sujeito. Nosso interesse pelo cultivo atencional no oficinar diz, então, de uma perspectiva mais sutil, interessada na atenção conjunta como processo basilar de constituição de si junto do outro: experiência relacional (Stern, 1992).

Quando uma criança aprende com seus cuidadores a apontar para algo ou seguir visualmente a direção do apontar, a atingir o alvo com seu olhar, a olhar de volta para o cuidador e a usar o *feedback* do rosto do cuidador para confirmar que chegaram ao alvo desejado, o que se compartilha não é o sucesso da *performance atencional* ou o alvo atingido simplesmente, mas as intenções, os estados afetivos, não conscientes e não necessariamente traduzíveis em palavra. Ou, como diria Daniel Stern (1992), os afetos de vitalidade. Nessa experiência, o que realmente está em jogo é o reconhecimento de que estados afetivos internos são formas da experiência humana, que são compartilháveis com outros humanos (Stern, 1992), o que permite que sintamos que nosso "mundo interior", em sua frequência

existencial, não é um território solitário. Assim, uma experiência vivida de modo fechado e obscuro pode ganhar a presença do outro ou de um coletivo (Brazão, 2008), e essa partilha permitir descristalizar modos de subjetivar e ampliar o existir.

É este processo de aprendizagem por cultivo que nos interessava com as crianças que participaram deste trabalho. Primeiramente, crianças historicamente constituídas em um sentimento de infância que as toma como seres incompletos e frágeis, precários diante dos adultos, e, por isso, incompetentes como sujeitos participantes de processos decisórios (Fernandes, 2016); e, ainda, crianças consideradas "desatentas", 'inquietas", "doentes", usuárias de um CAPSi; inseridas em um contexto em que as modalidades existenciais comparecem muitas vezes obstacularizadas. A perspectiva do cultivo da atenção com crianças nessa direção nos aponta que compartilhar intenções, presença e processos subjetivos é gerar uma via inclusiva em que, por desdobramento, o que se experimenta é a ampliação dos graus de participação, incluindo a criança como um legítimo outro no processo.

Estar em grupo, estar com outros aprendendo a tornar-se sensível a eles e *ao que se passa entre nós e eles*, parece-nos ser uma condição fundamental no processo de construção de ecossistemas nos quais a participação seja possível. Nesse sentido, acompanharemos os modos como o cultivo de uma atenção conjunta nos abre experiências sutis de participação, iniciando pelo exercício de uma *copresença*.

COPRESENÇA SENSÍVEL, FLUTUAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

Dentre as situações de atenção conjunta, Citton (2017) diferencia as que envolvem *presença* daquelas que ocorrem nos espaços virtuais ou sem a presença dos outros com os quais prestamos atenção. A coatenção presencial é caracterizada pelo fato de que diferentes pessoas, conscientes da presença das outras, interagem em tempo real dependendo da sua percepção da atenção dos outros participantes. Neste caso, no qual se enquadra a Oficina, a atenção conjunta envolve *o*

sentimento partilhado de uma copresença que é sensível às variações emocionais dos indivíduos envolvidos, abrindo uma via de acesso à alteridade como plano basilar de constituição relacional.

Muitas eram as copresenças que se atravessavam na oficina: das oficineiras entre si, que apostando no acolhimento do imprevisível e no exercício da invenção precisavam estar atentas umas às outras, cultivando a sintonia no manejo das situações; das oficineiras com as crianças e suas formas diversas de estar presente, seus jeitos de estar junto, de habitar aquele espaço institucional; das crianças entre si; das crianças com as oficineiras; das oficineiras com os profissionais do CAPSi que participavam da oficina; das crianças com os profissionais; de todos nós com o CAPSi; e ainda de todos ali com a materialidade da oficina, que durante muito tempo investiu no contágio da literatura como dispositivo potente de abertura de novos possíveis, na vida e no oficinar[54]. As possibilidades de "estar copresente" vão, portanto, se alargando: é possível estar presente com os outros, presente com os objetos, presente na experiência. Assim, com o intuito de ampliar a proposição que Citton (2017) nos oferece, nela incluindo as diversas possibilidades de estar copresente, escolhemos falar do cultivo de uma *copresença sensível às variações emocionais* que se dão no encontro entre indivíduos e mundos.

Existimos nas relações que são reinventadas e cuidadas quando nos conectamos com as variações, com aquilo que difere *afetivamente*. Como estamos presentes? Como estamos copresentes? Com quem

---

54 Embora a oficina da palavra tenha se aberto à experimentação com materialidades diversas como música, pintura, desenhos, fantoches, movimentos corporais, teatrais, além do exercício contínuo da conversa, sempre se apostou na literatura e na arte como mobilizadoras de processos de transformação de si e do mundo (Kastrup, 2005). Em certo sentido, a experiência da leitura conjunta de textos literários esteve quase sempre presente, ora no centro, ora nas margens da oficina. Para uma análise minuciosa do papel da literatura na oficina da palavra, consultar o artigo "Oficina da Palavra: literatura, infância e cultivo da atenção" (Pianca et al., 2018).

ou o que estamos copresentes? Estarmos todos juntos atentos a uma tarefa é o mesmo que estar copresente? Estar copresente é estar atento a todos igualmente? Em que sentido o exercício da copresença nos dá pistas para a construção de um plano participativo?

C., criança[55] que chegara pela primeira vez no grupo, *está presente de outra forma,* assim começa o diário que narra um dia de oficina. Ele interage com os livros: percebe, cheira, manuseia... há um momento de copresença com o livro que, no entanto, é atravessado por outros movimentos. C. vai e volta, pega brinquedos, se interessa por outras coisas, circula pelo espaço. É possibilitado a ele estar ali com o lava a jato de carrinhos, é permitido ir e vir, habitar distraidamente as margens da história lida, sem ser obrigado a abandonar os outros elementos que compõem a experiência da oficina. Ela é, afinal, constituída pela ação de ler, bem como pela ação de ir e vir, dos movimentos, das velocidades. A atenção das oficineiras, antes centrada em Jo., outra criança, e em sua leitura do texto, desliza para incluir C. – elas prestam atenção em C. sem, no entanto, excluir Jo. de seu campo atencional. Jo. reclama: "*Vou parar de ler, ninguém está prestando atenção em mim e na leitura*!" É preciso que também Jo. perceba C. na cena, deslocando e distraindo-se, ao menos momentaneamente, do seu desejo de continuar a leitura e de ser o foco das atenções. Uma das oficineiras sugere que Jo. faça um resumo do livro para C., criando uma nova configuração na qual Jo. possa sentir a atenção do outro, ao mesmo tempo que se dedica a possibilitar que o outro preste atenção no que o grupo fazia junto, contando a história que era lida.

Algumas vezes, sentíamos que, por uma constelação de fatores, a história lida e partilhada assumia uma função importante no cultivo da atenção conjunta. Apesar dos brinquedos na mão (ou também

55 Ao longo do texto, com o intuito de melhor identificar as cenas e falas dos diários de campo, explicitaremos tratar-se de uma criança, oficineira ou profissional do CAPSi.

devido a eles), as crianças estavam *presentes na história*. Certo dia, líamos o livro *Bruxa, bruxa: venha à minha festa*, de Druce (2005), e, ainda que em meio ao caos de falas sobrepostas, uma sintonia parecia se manter. No diário de campo, uma das oficineiras se pergunta:

> O que cria e possibilita a sintonia? O meu entusiasmo na leitura da história? É a atenção de J. (criança) e fascínio pela história que atrai a atenção dos outros amigos? Ou é a força da própria história e de seus desenhos? Foi o jeito atencioso de Renata (oficineira) de trazer Jo. (criança) de volta? Tudo isso junto e um pouco mais?! (Diário de campo, 12/08/2015).

Todas essas estratégias pareciam comportar a aposta na conexão sensível às variações afetivas dos outros envolvidos, mesmo daqueles que pareciam não estar, mas que, na medida em que se reconectavam, indicavam que essa volta, esse redirecionamento, podia ser vivido; e que também sentiam que estavam ali de alguma forma, fazendo parte de tudo aquilo. Quando então nada parecia funcionar, quando as formas subjetivas colidiam violentamente – cada um queria fazer do seu jeito e não escutava o outro –, era pelos afetos que as investidas eram feitas. Não foram poucos os relatos das formas laboriosas, sensíveis e mesmo intuitivas através das quais as oficineiras *traziam as crianças de volta*. A copresença não era um estado fixo e contínuo na dinâmica do oficinar; ela variava, perdia-se, ia e voltava. Este parecia ser um exercício importante no cultivo da copresença: deixar ir, fazer vir. Reconectar demandava um exercício sensível e atento às variações emocionais que uma ou outra criança estava vivendo. Mas também era preciso deixar ir, abrindo mão da vontade de controle. Assim, esse ir e vir da atenção era vivido também pelas oficineiras.

Para Citton (2017), se queremos acessar o sentido mais profundo de certas palavras, signos e cenas, é importante que nos separemos de seu significado primeiro, mais óbvio e intencional. Para tanto, torna-se necessário cultivar uma atenção flutuante ou uma distração

emancipatória. A distração torna-se emancipatória quando fazemos dela uma oportunidade para a desconexão das pré-configurações presentes em qualquer tipo de expectativa (Citton, 2017). Citton (2017) recorre a Freud para dizer da importância da atenção flutuante. Para Freud (como citado em Citton, 2017), a atenção do analista deve ser, sobretudo, flutuante, na medida em que busca se desconectar ou distanciar do conteúdo transmitido pelo analisando para acessar o desejo inconsciente que atravessa as palavras. A atenção flutuante e a distração emancipatória permitem, portanto, que sejamos levados pelos efeitos de ressonância vividos na copresença com o mundo.

Principalmente nos primeiros meses de oficina, havia um trabalho imenso para que um fio de interesse mútuo fosse construído. Fios maleáveis, presenças flexíveis, que comportassem também a flutuação dessa experiência. Poderíamos falar de uma copresença flutuante ou distraída? É novamente com C. que aprendemos a indagar sobre isso. Certo dia, L., uma nova criança integrante, chega na sala, e as oficineiras propõem uma atividade de apresentação: cada um fala um pouquinho de si e, depois, lança uma bolinha azul para alguém da roda, que será o próximo a se apresentar. Enquanto isso acontece, C. não vê problemas em pegar o lava a jato de carrinhos e colocar, não no centro, mas não tão afastado da roda, para brincar. Quando C. é convidado a se apresentar também, ele se afasta um momento do brinquedo, apresenta-se e, quase ao mesmo tempo, lança a bola para que outra pessoa fale, voltando, então, para o que estava fazendo. A bolinha roda outra vez. Apesar de C. não estar sentado "oficialmente" na roda, sempre que é sua vez de falar, ele retorna facilmente, parece pensar de verdade no que vai falar, fala, e só então volta ao brinquedo. Como diz o diário que narra esse dia de oficina, C. parece não estar presente, mas está.

A atividade da bolinha parecia funcionar como um aquecimento (de nossos corpos, olhares, do estar junto em roda). Nem sempre trabalhamos com ela, mas durante um tempo ela foi importante para construir corpos mais sensíveis à presença dos outros e aos diversos

modos de se fazer presente e de participar. Ao longo da oficina, experimentamos outras formas de *aquecer*. Algumas planejadas em supervisões antes da oficina, outras que surgiam a partir das crianças e outras ainda que emergiam do próprio movimento do oficinar. Habitamos territórios como: jogos de xadrez, casas construídas de tatames, teatro, entrevistas, jogo de mímicas, desenhos animados, futebol, vôlei e, enfim, a própria conversa, e todos nos ajudaram a construir e exercitar uma *copresença sensível às variações emocionais* que se davam no encontro entre indivíduos e mundos que habitavam a oficina. No campo da saúde mental, a participação no nível da copresença é o possível para muitas crianças que nos mostram, portanto, que um grau de participação e de partilha atencional sempre pode ser exercitado. A oficina da palavra nos ajudou a perceber a importância e a legitimidade dessa experiência participativa.

IMPROVISAÇÃO, SINTONIZAÇÃO AFETIVA E PARTICIPAÇÃO NA OFICINA

Citton (2017) também aponta – ao lado da copresença, da reciprocidade atencional e da sintonia afetiva – mais um fator indispensável ao exercício da atenção conjunta: a improvisação. Prática não só presente na música e no teatro como no cotidiano de cada um de nós, já que faz parte do "simples" ato de conversar. Uma cena extraída dos diários de campo da Oficina nos ajuda a pensar na dimensão da improvisação no trabalho:

> O livro acaba e eu (oficineira) pergunto o que podíamos fazer agora. C. pergunta então se não poderíamos tocar música. A., outra criança, concorda e partem para a busca de instrumentos específicos. Ele pega um pandeiro e vai distribuindo chocalhos e outros instrumentos. C. pega o tambor de bateria, arranja dois pincéis, puxa uma cadeira e senta na sua frente. Quando vamos começar, J. chega. Dizemos que vamos começar e ele se

> interessa em tocar, mas fala que gostaria de tocar com um instrumento "desse tamanho, prata e que faz um barulho de chocalho tipo aquele ali", apontando para a mão de Renata (profissional). A., C. e eu imediatamente levantamos e o ajudamos até encontrarmos. Voltamos para os nossos postos e digo que eu iria contar "1, 2, 3 e já!" para começarmos e "Pediu pra parar, parou!" para terminarmos. J. "interrompe", falando que queria tocar com esse instrumento porque, na escola, ele começou a tocar com a professora dele. Ele conta que ela o ensinou a tocar e começa a fazer um movimento de vai e vem com a mão, que estabelece um ritmo. Sem querer, os outros meninos também começam a tocar no ritmo. Percebo então que a rigidez do "1, 2, 3 e já!" já perdeu para algo muito mais gostoso. J. agora é o dono do tempo da música. Começamos a tocar todos juntos no ritmo que ele estabelecia. Ele olha para mim e dá um sorriso. Sorrio de volta, como se desse suporte, e ele aumenta a velocidade. Todos acompanham e entramos num estado de euforia. Quando menos espero, C. grita: "Pediu para parar, parou!". E todos param. E levantamos os braços como se isso fosse uma conquista para nós, com exclamações de alegria. (Diário de campo, 12/08/2015)

A cena de uma roda em que cada criança segurava um instrumento diferente e é, por isso, responsável por um som, evidencia movimentos atencionais e práticas de improviso. A perspectiva de construirmos juntos uma música demandava que cada um *prestasse atenção* nos outros, em seus pequenos movimentos, nos ritmos e tempos que se impunham. Um elemento então indispensável para a atenção conjunta se manifesta aqui: o esforço pela sintonização afetiva, trabalho contínuo de afinação entre si e os outros. Na roda de música, era o *prestar atenção* aos sons dos outros, e às formas como eles compunham com o som que se podia fazer com o próprio instrumento. Quando J. olhava e sorria para a oficineira e ganhava um sorriso de volta, seu corpo se modulava, seu movimento ganhava confiança:

também ele podia saltar e improvisar, quando sentia que o grupo o amparava. Ele improvisava novas velocidades, enquanto seu colega improvisava – para espanto de todos – um movimento de parada, no auge da música, ao qual todos responderam. Dizemos que houve sintonia, pois houve, entre gestos díspares e dissonantes, a produção de um *comum* que permitiu que uns e outros se acompanhassem em um mesmo ritmo, bem como parassem no mesmo momento.

O ritmo aqui é o embalo do som que todos vão agenciando juntos, mas este caminha com uma afinação afetiva, como se todos, de alguma forma, compartilhassem da tecitura de uma movimentação afetiva, não sentimentalista. São afetos não exatamente pessoais, individuais, ainda que presentes em cada um dos participantes. Stern (1992) os chama de afetos de vitalidade ou, mais recentemente, formas dinâmicas de vitalidade (Stern, 2010), por funcionarem como um meio, um veículo que permite deixar passar as qualidades mais intrínsecas da experiência: forma, duração, intensidade. São, assim, menos estados emocionais bem delimitados, emoções por nós já catalogadas, e mais qualidades cinéticas, dinâmicas, movimentos mais globais: um crescendo, decrescendo, explodindo, enfraquecendo, surgindo... Alterações dinâmicas sutis que expressam mudanças em si e nos outros (Stern, 1992).

Cada um dos participantes da cena ia sintonizando seu estado afetivo mais sutil a partir dos outros, equiparando seu ritmo vital ao dos outros. Isso não significa imitar o outro ou reproduzir um mesmo comportamento, mas acompanhar um ritmo e modulá-lo juntos. J. foi quem inicialmente propôs, os outros acompanharam. O acompanhar possibilita fazer crescer, modular. J., que ditava o ritmo, passa a se imbricar no movimento, numa afinação que, quanto mais sintônica, mais aberta à improvisação. Todos estavam ali diferentemente, mas sintonizados à experiência em curso, em um compasso sentido na pulsação regular compartilhada durante um certo tempo. Mas ela se modificava, ganhava contornos diferentes em sua duração, sendo sutilmente equiparados; o ritmo se modificava em

velocidade, em um crescente experimentado por todos. "Comunhão intersubjetiva" (Stern, 1992), ou poderíamos chamar transubjetiva, onde afinar envolve não apenas deslizar para a vibração em que um indivíduo ou grupo se encontram, mas, uma vez nela, poder operar mudanças, desvios, geração de outros sons. Não há improvisação e invenção sem o trabalho de sintonização afetiva, isto é, sem construir e habitar um ritmo relacional.

Dito isso, qual seria a importância do improviso e da sintonia afetiva para a participação? Em que nível esses elementos da atenção conjunta contribuem para o desenho de possibilidades de participação? Acreditamos que a resposta para essas questões esteja justamente na disponibilidade para a acolhida. A abertura e a modulação atenta presentes nos corpos que improvisam marcam, sobretudo, a possibilidade de estar *com* o outro, de considerar válidos e comunicantes sua fala e gestos, mesmo os *menores*. Marcam, também, a vontade de continuar o diálogo, construindo novos sentidos, indefinidamente. Se o improviso é essencial à conversa, juntamente com a sintonia afetiva, os dois são igualmente essenciais à participação.

No entanto, como essa cena nos ajuda a perceber, a participação não corresponde somente ao acolhimento dos sujeitos em suas presenças visíveis, ou à inclusão de suas intenções e interesses. Elementos muito diversos estão em trabalho de conexão, sustentados por um fio trêmulo de tensão-convite a algo que ainda não se sabe, que está por vir: há o laço com uma professora, a reverberação de um aprendizado na escola, tateios com esses instrumentos musicais em outros encontros da oficina e atividades no CAPSi, ritmos singulares de percursos de vida muito diversos, tudo isso em ensaios de composição, tudo isso sendo convidado a participar de processos que, imperceptivelmente, vão nos modificando como sujeitos e coletivos.

Nesse ponto, podemos melhor dimensionar a torção quanto ao que comumente entendemos por participação. O que se desenha em um exercício de atenção conjunta é um plano participativo, que se constrói e se sustenta, mais do que a participação de alguém em

uma ação ou tarefa. Trata-se, portanto, da participação em um plano comum de afetos. Pede não só o envolvimento formal dos sujeitos que participam, mas uma acolhida de elementos díspares da vida e dos ritmos vitais. Da mesma forma, a atenção conjunta necessária à construção de um plano participativo envolve, para além do somatório de pessoas atentas a uma tarefa ou um propósito, a sintonia com uma relação transindividual que transcorre em uma situação grupal – atenção rizomática que abrange as relações atencionais das crianças entre si; das crianças e oficineiras; das oficineiras e profissionais; oficineiras entre si; todos e o CAPSi; todos e a materialidade da oficina. A nosso ver, a atenção cultivada assegura a manutenção de uma conexão fundamental entre sujeitos em diálogo, a tessitura do vínculo, o prolongamento do contato (Citton, 2017) que são pré-condições para qualquer tipo de troca participativa.

SUPERVISÃO: CULTIVO DA IMPROVISAÇÃO E SINTONIZAÇÃO AFETIVA

Se fôssemos desenhar os movimentos das crianças pela sala da oficina durante o curso de um encontro, raramente acabaríamos com pontinhos estáticos formando um círculo. É mais provável que a representação gráfica de tais movimentos se assemelhasse a rabiscos enérgicos, de cores diferentes, denotando idas e vindas que poderíamos ter declarado impossíveis, caso não as tivéssemos visto com os próprios olhos: menino em cima de armário, de árvore, escalando estante, embaixo da prateleira escondido ou se equilibrando em cima dos tatames, com a mãozinha esticada para encostar no ar-condicionado. Os gestos e as falas das crianças na Oficina não foram, jamais, previsíveis por nós: mais um fator que fazia a bagunça parecer sempre mais bagunçada. Se é impossível prever, como planejar? Como construir um fio de trabalho se nós, oficineiras, não podíamos parar o tempo, sair da sala, acessar textos, conversar com calma, pedir ajuda, refletir sobre qual seria o nosso próximo passo ou resposta?

Na Oficina, percebemos que a nossa abertura para a acolhida dos movimentos que pareciam caóticos, e a nossa capacidade como grupo para fazê-los reverberar em pontos de conexão, dependia diretamente da improvisação, do quanto o nosso corpo estava "quente" para enxergar e inventar saídas. A improvisação faz aliança com um lado de fora, caótico e vertiginoso (Deleuze, 2005), que quebra nosso controle e tentativa de fixidez. Essa aliança exige fazer morada em linhas inquietas, errantes, de modo a torná-las vivíveis. Do que dependia, então, a nossa confiança para improvisar? Que fios teciam a rede que podíamos ver abaixo de nós, toda vez que dávamos um salto abismal?

O trabalho de supervisão de cada encontro, sem dúvida, teve um papel importante na construção dessas práticas de improvisação. Se não era possível prever, podíamos construir narrativas sobre o que se passou – e, nesse processo, construíamos também novos sentidos para gestos e falas, nossos e das crianças, que, de certa forma, abriam em nós possibilidades de lidar com o que ainda viria. Um ponto-chave em nossas supervisões foi a busca por acessar a experiência vivida pela via do afeto, gerando também entre nós, oficineiras e pesquisadores, alguma *sintonização afetiva*; perguntando-nos o que aconteceu, mas também como aquilo nos fez sentir e como passamos a sentir o outro. Representava, de fato, um amparo saber que cada coisa vivida na oficina poderia ser pensada, sentida, elaborada com calma, ainda que posteriormente, e sentíamos que esse exercício era capaz de reverberar e gerar reposicionamentos nossos também no momento do oficinar. É um processo que não termina, e que também está em curso quando escrevemos este texto.

Improvisar mostrou-se algo muito diferente de um espontaneísmo. O caminho exigente e laborioso para fazer da improvisação um *êthos*, um modo de conduta, pedia continuidades, encontro, presença, estudo, disponibilidade, escuta não judicativa, ensaios. Como Citton (2017) indica ao falar da sala de aula e da livre *performance* como cenários sugestivos das dificuldades e promessas implicadas na atenção conjunta, há que haver um esforço de tender a alguma coisa

nova; um esforço de prolongamento em direção ao que está para ser visto, mas que nós não vemos, e que chegamos a ver porque partilhamos nossos pontos de vista, na medida em que vemos melhor porque nos esforçamos para ver *com*.

Por vezes, a ampliação da visão – "ver *com*" –, a partir da partilha de pontos de vista, nos levou a produzir planejamentos, algo muito trabalhado nas supervisões durante certo tempo. Mas até onde podemos planejar um encontro? Durante os três anos, oscilamos entre planejar as atividades com os "minutos contados" até não planejar coisa alguma. Percebemos que, com planejamentos muito fechados, muitas vezes precipitávamo-nos em uma frustração: por não termos conseguido provocar o interesse, por não termos "capturado a atenção", feito "dar certo", pelo encontro não ter acontecido da maneira como esperávamos. Por outro lado, esse tipo de planejamento nos oferecia um chão em momentos nos quais ainda estávamos aprendendo a estar juntas entre nós e com as crianças. Com o passar do tempo e nosso aprendizado, conseguimos dosar melhor até onde precisávamos planejar e também ficar mais confortáveis com a falta de planejamento, entendendo que ela não significa um *laissez-faire*. Era sentida e experimentada a cada oficina, e abria-se para acolher o movimento disparado no encontro anterior ou naquele em curso; para dar passagem, especialmente, aos movimentos nascidos ali entre todos. Nossa experiência foi, então, nos apontando a importância de um labor, da aprendizagem e do tempo como âncoras possíveis para as práticas de improvisação.

Apesar das supervisões, do planejamento, do tempo e da aprendizagem, ainda havia – e é preciso que haja – coisas que nos escapavam a cada encontro. Todo o esforço de investimento é para gerar uma familiaridade com essas forças errantes acessadas pela flutuação atencional, para acolhê-las no plano participativo de construção do oficinar. O que fazer, então? Essa pergunta fica, e há de ficar, sempre sem resposta.

PARTICIPAÇÃO: TENDÊNCIA PLURALISTA

A atenção conjunta é, por excelência, conexão. Não apenas porque vincula olhares, pessoas, mas porque, como propõe Citton (2017), conecta-nos em um sentido mais profundo: somos sensíveis às modulações atencionais, porque a atenção do outro nos toca em nosso "ser mais íntimo". Assim, visibiliza que uma ecologia atencional é, em última instância, relacionalista, envolvendo sempre uma rede muito complexa de elementos e sujeitos. Ao levar isso em consideração, o esforço atencional conjunto preocupa-se com as relações e se dispõe ao cultivo delas, em uma *tendência pluralista.*

Por vezes, desejamos que a oficina seguisse mais calmamente, de forma mais coesa, sem tantos acidentes, variações e movimentos. Sonhamos muitas vezes com encontros concentrados, em que todos olhassem para a mesma direção, desejassem o planejado e seguissem assim até o final... mas muita coesão é tão mortal quanto pouca coesão (Citton, 2017). Caminhar nessa corda bamba parece ser o desafio dos processos participativos. Acolher novos elementos sem abrir mão de um percurso de experiências vividas nos auxilia a pensar o que Citton (2017) chama *pluralist concern:* valorização maior de uma sensibilidade, quanto mais ela nos parece estranha e inicialmente incompreensível.

Muitos momentos no oficinar permitiram acompanhar esse exercício pluralista, de acolhimento do que parece estranho ou incompreensível. Pe. é uma criança que nos ajuda nesta análise. Ele chegou na Oficina um tempo depois de seu início. No primeiro momento, frequentemente adentrava o espaço da oficina e por vezes permanecia nele. Depois, foi se aproximando e parecia gostar de estar ali. Para as oficineiras e outras crianças, sua presença provocava estranhamentos e novos esforços, de modo que constituía um desafio para o oficinar. Em sua linguagem sem palavras, em seu corpo que se articulava de modos diferentes, Pe. convidava a um outro regime de encontro e sintonia. Pedia improvisações.

> Pe., em alguns momentos, parecia irritado e tentou se comunicar nos beliscando, arranhando, puxando nosso cabelo ou nossas roupas. Segundo Renata (profissional), ele tem agido assim há algum tempo, e a oficina vai ajudar a entendê-lo melhor, pois é um momento de acompanhamento do seu processo. Fora a oficina, ele só costuma estar pelo espaço coletivo, sem uma proximidade com algum profissional. Após várias arranhadas e beliscões, entendo que o que Pe. queria era, na verdade, que se parasse de falar com ele. Não que parássemos de interagir ou de tocar nele, mas apenas que parássemos de falar. Percebo isso quando, depois de algum tempo, chateada por estar toda arranhada, decido oferecer-lhe mais uma vez um pedaço de bolo. Ele agarra a minha mão e grunhe. Eu falo que entendi que ele não quer bolo e que não iria mais oferecer. A partir de então, até o final, quando fomos embora, meu contato com ele se restringiu a uma brincadeira com fantoches, na qual eu alternava as diferentes texturas na sua mão. Uma hora eu dispunha os cabelos do boneco, que ele arrastava entre os dedos, mas não gostava. Depois era a linguinha, os olhinhos, as mãozinhas e a minha própria mão. Mas sem palavras. As palavras eram demais, entorpeciam os sentidos. (Diário de campo, 17/02/2016)

Aprender a nos familiarizar com as diferenças que inicialmente nos incomodam implica, como lembra Citton (2017), nos desconectarmos de nós mesmos ou de uma cegueira relacional que nos atinge. Talvez, esse gesto solicite o manejo com uma sintonização afetiva cada vez mais fina e sutil. É assim que, de início, mesmo a contragosto dos outros meninos, Pe. foi sendo acolhido na oficina. Inicialmente, foram as oficineiras que experimentaram esse exercício, ensaiando a cada encontro entradas e gestos diferentes com ele. Seu chamado constante para ir para fora da sala e a irritabilidade que por vezes comparecia foram encontrando esforços de diálogo que passaram pelos gestos, pela mímica, pelo olhar. Tentativas muitas vezes frustradas, seguidas

de novas investidas, pequenos ajustes no jeito de chegar, de tocar, de se aproximar, reparando o que repele, o que conforta, o que aciona a cada dia. A estranheza em relação a Pe. será sentida pelas outras crianças que mal se aproximavam e, algumas vezes, perguntavam o porquê de estarem juntos numa mesma oficina e diziam: "eu não sou doido"; "eu não sou débil mental". Com o tempo, o trabalho de afinação e sintonização foi deixando alguns efeitos no grupo.

> Algo que me impressionou muito aconteceu: ao chegar, A. (criança) se sentou ao lado de Pe., uma criança em relação à qual ele já tinha demonstrado comportamentos e falas muito difíceis. Ao ver A., Pe. colocou os braços ao redor do seu pescoço e encostou a testa na dele; ao contrário do que eu esperava, A. fez algumas expressões de desgosto, mas não disse nada. Ao longo da oficina, ele ainda faria perguntas sobre o "funcionamento" de Pe.: "ele não fala, nunca?" Quando me pergunta isso, eu estou brincando com Pe., que estende as palmas das mãos voltadas para cima pra mim, e eu mexo os meus dedos para cima e para baixo. Naquele momento, eu tinha virado as minhas palmas para ele, testando se ele faria o movimento dos dedos sobre as minhas mãos. Na verdade, ele estende as dele ainda voltadas para cima sobre as minhas mãos. É quando respondo para A. que Pe. está falando, mas de outra forma: "Olha, ele está pedindo para eu fazer mais carinho nele, tá vendo?". A. não responde, mas não acha estranho o que falo. (Diário de campo, 17/02/2016)
>
> Ma. (criança) logo se embaralha com Pe. Eles ficam juntos na casinha de tatame que Jo. (criança) havia construído do lado de fora. Logo eles começam uma conversa. Apesar de Pe. realmente não responder com palavras, posso dizer que era uma conversa. O que Ma. dizia em voz alta não era desconectado do movimento que acontecia entre os dois. Tinha significado, tinha resposta, tinha um tempo de espera até falar de novo. (...) (Diário de campo, 27/04/2016)

> Pe. rouba a cena! Primeiro, vejo A. segurando a mão dele, olhando no olho e balançando Pe. no chão, como um berço. Pe. aproveita o apoio das mãos para fazer acrobacias com o restante do corpo, colocando os pés atrás da cabeça. Acho muito bonito o momento e, quando A. se aproxima de mim, falo que foi muito legal a maneira como eles conversaram. Ele parece não entender que aquilo foi uma conversa, mas eu falo da maneira como eles deram as mãos e se olharam. Ele não diz nada e parece pensativo. Um tempo depois, vemos Pe. *escrevenhando* no tatame. Ele resiste aos nossos esforços de colocar uma cartolina entre a caneta que segura e a borracha, e desistimos, entendendo que aquilo que acontecia era muito mais importante. Toda a oficina para. Nesse momento, todo mundo começa a olhar atentamente para os *escrisenhos* de Pe. (Diário de campo, 03/08/2016)

O encontro entre as outras crianças e Pe., entre ele e as oficineiras e entre todos e o oficinar nos aponta uma tendência pluralista, fundamentalmente relacional, frequentemente presente nesse exercício participativo inclusivo a que a oficina se dispunha. Não é participativo-inclusivo por remeter-se a Pe., necessariamente, tendo em vista que a ninguém escapava o diferenciar-se. Mas a via pluralista, participativa, era o trabalho de acolher não Pe., Jo., A., J., L., Ma. etc., mas a estranheza e o atrito que o encontro gerava. Não falar parecia estranho à maior parte das crianças ali, mas não só... às oficineiras também. É o que uma delas percebe depois dos arranhões e grunhidos, pedidos de silêncio, sem afastamento. Mas falar, expressar, também demandava de Pe. muitos exercícios.

Não são apenas Ma. e A. que são convocados a se deslocarem de suas posições subjetivas na relação com Pe. Permitir ser tocado, demorar-se no toque, embalar no toque, olhar nos olhos, ter o outro bem próximo de si, dos braços, do pescoço, do rosto, fronte a fronte, onde a atenção do outro (ao outro) nos toca em nosso "ser mais íntimo". *A. (criança) fez algumas expressões de desgosto, mas não disse*

nada. Ele, que tantas vezes tinha o que dizer, não disse nada. Para depois borbulhar em problemas... que indicam que houve uma experiência participativa *com* o outro. A. deixa-se tocar pela estranheza. Pe., ao mesmo tempo, também se desloca: acompanha Ma. em uma conversa, ainda que por vezes a palavra falada o incomode; "escrisenha" num raro modo de encontrar outras formas de expressão, permanece ali, não desiste nas tentativas iniciais de aproximação, mal recebidas pelas outras crianças. Plural aqui não é a criança Pe. ou qualquer um dos garotos. Plural é o encontro, os agenciamentos que vão se tornando possíveis. Plurais são os efeitos que produzem outra sensibilidade, outros modos relacionais. Plural é a participação experimentada. Não à toa o *pluralist concern,* do qual Citton (2017) nos fala, implica o trabalho de nos desconectarmos de nós mesmos, para assim aprender a acomodar e acolher o que inicialmente nos incomoda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos disparados pela Oficina possibilitaram o cultivo de outras relações no âmbito sutil da experiência do sofrimento através da *construção conjunta de mudanças nos modos relacionais e atencionais.* Percebemos a existência de uma corda bamba; o desafio anunciado de equilibrar movimentos de coesão e de dispersão. Para nos auxiliar ao longo do trabalho, divisamos algumas estratégias, tais como a manutenção de uma atenção flutuante; a escuta do outro em seus interesses e vontades; a conexão pela via dos afetos; a necessidade do planejamento e, também, o seu reposicionamento na acolhida ao imprevisível; e as supervisões grupais como momentos de respiro e fortalecimento de um corpo improvisante e sensível.

No encontro entre atenção e participação, ambas as noções se ampliam e ganham o contorno dos encontros concretos, a espessura efetiva do tempo de um trabalho. Por meio do investimento no cultivo de uma atenção conjunta – recíproca, copresente, sintonizada, improvisada –, construímos com as crianças possibilidades de

participação, de expressão e de escuta; não só na construção da Oficina, como no cotidiano do CAPSi e, por isso também, no que toca ao diagnóstico, à medicação e ao tratamento ao qual se vinculam.

Concluímos que o cultivo da atenção conjunta – da atenção aos outros, a nós e ao que se passa entre nós – é indispensável ao exercício da participação. A tendência pluralista juntamente aos movimentos de copresença, sintonização e improvisação possibilitam movimentos imprescindíveis de acolhimento, não apenas dos sujeitos em suas diferenças, mas da diferença produzida no encontro. Sendo esse, afinal, o desafio maior que acreditamos encontrar nos processos participativos. Nesse sentido, podemos ainda afirmar que a participação que reside no cultivo da atenção conjunta distingue-se ao ser gerada em um cuidado relacionalista – cuidado com um plano relacional, diferencial, que nos abre a outras alternativas de mundo conjunto.

REFERÊNCIAS

Brazão, J. C. C. (2008). **Entre Mim e Ti, Conosco o Que Há? A Relação Clínica uma Experiência Limiar** [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional da UFF. http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2021/05/2008_d_JoseCarlos.pdf

Caliman, L. V. (2008a). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo, 13**(3), 559-566.

Caliman, L. V. (2008b). Os valores da atenção e a atenção como valor. **Estudos e pesquisas em Psicologia, 8**(3), 632-645.

Caliman, L. V. (2016). Infâncias medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes? In S. Caponi, M. F. V. Valencia & M. Verde (Orgs.), **Vigiar e Medicar - Estratégias de Medicalização da infância** (pp. 20-46). LiberArs.

Caliman, L. V., Passos, E. H. P., & Machados, A. M. (2016). A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup & A. Machado (Orgs.), **Movimentos micropolíticos em saúde formação e reabilitação** (pp. 19-40). Editora CRV.

Caliman, L. V.., Peterle, P. H. S., & César, J. M. (2017). Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e saúde mental infanto-juvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais. In A. Leão, J. L. G. Santos & A. Costa-Moura (Orgs.), **Produção de subjetividade e institucionalismo: experimentações políticas e estéticas** (pp. 23-43). Appris.

Citton, Y. (2017). **The ecology of attention**. Polity.

Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-estar e Subjetividade, 5**(2), 300-372.

Crary, J. (2013). **Suspensões da percepção: atenção, espetáculo e cultura moderna**. Cosac Naify. (Obra original publicada em 1999).

Davenport, H., & Beck, J. C. (2001). **The Attention Economy – Understanding the New Currency of Business**. Harvard Business School Press.

Deleuze, G. (2005). **Foucault**. Brasiliense.

Fernandes, N. (2016). A participação infantil em foco: uma entrevista com Natalia Fernandes. **Psicologia em estudo, 21**(1), 187–194.

Franck, G. (1998). **Ökonomie der Aufmerksamkeit – ein Entwurf**. Carl Hanser Verlag.

Hagner, M. (2001). Psychophysiologie und Selbsterfahrung. Metamorphosen dês Schwindels und der Aufmerksamkeit im 19. Jahrhundert. In A. Assmann (Org.), **Aufmerksamkeiten (**pp. 241-263). Fink.

Hagner, M. (2003). Toward a history of attention in culture and science. **MLN (Baltimore), 118**(3), 670–687.

Kastrup, V. (1999). **A invenção de si e do mundo - uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Papirus.

Kastrup, V. (2005). O devir-consciente em rodas de poesia. **Revista do Departamento de Psicologia, 1**7(2), 45-60.

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D, V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva, 18**(10), 2889-2898. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013

ONU – Organização das Nações Unidas. (1989). **Convenção sobre os Direitos da Criança**.

Pianca, V. B. R., Caliman, L. V., César, J. M., Partelli, M. C., Fernandes, A. N., Simões, A. A. C., & Gaigher, L. (2019). Oficina da Palavra: literatura, infância e cultivo da atenção. In A. Neilson & Silva, J. E. (Orgs.), **Ensaiar arte e ciência para religar natureza e cultura** (vol. 1, pp. 73-91). Teatro do Frio - Pesquisa teatral do norte.

Soares, N. F. (2005). Os direitos das crianças nas encruzilhadas da proteção e da participação. **Zero-a-Seis,** 7(12), 1-10.

Stern, D. (1992). **O Mundo Interpessoal do Bebê. Uma Visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento**. Editora Artes Médicas Sul.

Stern, D. (2010). **Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development**. Oxford University Press.

Conversações afetivas e a afirmação de uma GAM-Criança

Eduardo Caron
Adriana Barin de Azevedo
Céline Cyr

Este texto é expressão de um encontro afetivo de conversações entre os três autores que se conheceram no Encontro Internacional da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) realizado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil, em 2018. A GAM foi formulada inicialmente no Quebec, em 1993, a partir da mobilização de usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental e acadêmicos preocupados com o respeito aos direitos humanos, à cidadania e ao protagonismo de pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica (Rodriguez Del Barrio & Poirel, 2007). No Brasil, a partir de 2008, a GAM constitui um posicionamento estratégico na área da saúde que

advoga a autonomia – individual e coletiva – e a participação ativa dos usuários nas decisões sobre o uso e o não uso de medicação psiquiátrica; um posicionamento que aposta na ampliação da rede de conexões existenciais e nas relações de gestão compartilhada de processos coletivos em saúde. Em 2018, o Encontro Internacional em Santa Maria reuniu um amplo conjunto de pesquisas e experimentações realizadas nos últimos dez anos neste campo.

Militante de movimentos sociais em saúde mental, Céline Cyr é uma das pioneiras da invenção da GAM no Québec, onde atua na Rede de Recursos Alternativos em Saúde Mental (RRASMQ). Docente e autora no campo das cartografias do cuidado e da Clínica Comum (Capozzolo et al., 2013) é a partir deste campo prático-conceitual que Adriana Barin de Azevedo se avizinha da GAM e participa como tradutora no Encontro Internacional na UFSM. A partir do trabalho na gestão de educação em saúde e práticas de apoio no SUS e da pesquisa de doutorado, em 2016, Eduardo Caron passa a integrar o grupo de Pesquisa Enativos do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (IPSI-UFF) e realiza pesquisas com o dispositivo GAM em diversos serviços de saúde pública.

A primeira conversação entre os autores deste texto, registrada em áudio, aconteceu num restaurante tradicional e antigo da cidade de Santa Maria, que guardava memórias de muitos encontros entre pesquisadores-docentes da universidade e convidados externos. Nesse encontro, estávamos tão mergulhados na partilha de experiências que fomos os últimos a sair do restaurante naquela noite. Dias depois, esse restaurante fechou as portas, no entanto, aquele encontro abriu algumas portas da memória e da composição afetiva que reverbera, neste momento, através desta escrita. Acessando questões comuns que fizeram pensar a GAM de diferentes maneiras, construiu-se uma conversação presencial e, posteriormente, virtual, por Skype e áudios de WhatsApp, que vibrou durante meses na centralidade da fala e que agora se materializa na escrita, como novo modo de registro das questões colocadas.

Dois temas, em especial, conduziram nossa partilha de pensamento e análise das experimentações com a GAM: o primeiro é o do dispositivo como espaço de fala; o segundo, o do campo heterogêneo de comunicação das diferenças neste espaço. O primeiro remete a forças que exigem expressão de sul a norte no globo. O segundo remete ao plano comum, aos meios intercessores e de tradução que a heterogeneidade comunicante põe em marcha no dispositivo.

Ao tratarmos desses temas, ao longo de nossos encontros a distância, rastreamos uma singularidade no processo de efetuação da GAM. Nas experiências construídas no Canadá e no Brasil, partilhadas entre nós e ecoadas em novas discussões, encontramos um movimento de abertura que incita novas experimentações e parece se desenhar nos grupos GAM pelos espaços de fala, pela instalação do campo heterogêneo de comunicação – que inclui modulações de sentido e tradução – e pela construção afetiva que permite novos modos de existir. É esta abertura, que se mostra como um gesto de criança que se arrisca em inventividades e parece delinear um devir-criança da GAM em muitas de nossas práticas, que propomos pensar neste texto.

ESPAÇO DE FALA

Assim como outras estratégias criadas no final do século XX, que contrariam a crescente medicalização psicofarmacêutica, a GAM propõe uma forma de ação e cuidado baseada na construção de espaços dialógicos em rede. Uma destas estratégias desenvolvida na Finlândia, o Diálogo Aberto (Bergström et al., 2017; Kantorski & Cardano, 2017), oferece uma forma de cuidado em momentos de crise – aqueles em que mais violentamente se atua sobre os corpos –, que permite a transposição do momento pela constituição de uma rede dialógica coletiva que agrega diversos atores implicados no acontecimento crítico, o que sustenta a continuidade da experiência em vez do seu abortamento neuroquímico.

Em outra perspectiva, os Ouvidores de Vozes (Kantorski et al., 2017; Ruddle et al., 2017) se deslocam para fora do campo do tratamento, isto é, não se propõem a diagnosticar e tratar patologias ou curar, e sustentam territórios existenciais em que ouvir vozes é uma experiência válida, não sintoma, constituindo redes de escuta e compartilhamento. No espaço dialógico agenciado pela GAM, emerge uma força de resistência que põe em jogo o poder psiquiátrico (Foucault, 2006), que se atualiza permanentemente pela prescrição de medicamentos psicotrópicos na guerra contra a loucura, visando à neutralização da experiência e à dominação do sujeito. No Canadá, na província de Québec, consolidam-se estes espaços de diálogo na experiência da GAM e, em Ontário, província anglofônica do mesmo país, utiliza-se a expressão "a safe space of open dialogue" (um lugar seguro para o diálogo aberto). O fato de se adicionar a palavra "seguro" indica um "perigo" em torno do tema e que ali é possível falar da medicação com tranquilidade e em segurança (RRASMQ/ÉRASME, 2014).

O senso comum na área da saúde repousa sobre a noção de doença mental e do seu "tratamento". É uma noção estabilizadora das condutas nesta área. Não somente o "tratamento", mas todo o dispositivo psiquiátrico e de saúde mental está voltado contra a doença para neutralizar sintomas, organizar e normalizar o sujeito. Neste esforço para embotar a experiência da loucura, a força da ação sobre os corpos – física, química, moral – coloca o usuário de medicamentos psiquiátricos na linha de frente da guerra contra a doença mental, sendo o primeiro a sofrer os seus danos. Os efeitos colaterais desta guerra aparecem no corpo dos usuários pelo uso da medicação e em suas vidas pela estigmatização que os condena a um sofrimento extremo.

Em nossas conversações, narramos uns aos outros nossas experiências afetivas, no trabalho e nas vivências com o sofrimento psíquico. De certo modo, esta escrita surge como uma tentativa de acolher, ecoar e fazer variar os afetos tristes que atravessam nossas histórias, construindo afetos alegres em espaços comuns de conversa. Do Brasil ao Québec, toda uma violência inaudita, naturalizada pelas

práticas de tratamento, é posta em questão quando alguma brecha se abre através de uma conversa, denunciando um enorme vazio e a falta de qualificação, de atenção, de visibilidade e enunciação sobre problemas e sofrimentos de diversas ordens implicados no uso de medicamentos psicotrópicos. Essa abrangência pan-americana e global da violência na era dos psicofármacos fez com que uma invenção nascida no Canadá (Onocko, Palombini & Passos, 2012) tivesse tamanha receptividade entre usuários de serviços de saúde pública no Brasil.

Ao se criar espaços de fala e pergunta sobre autonomia e uso de medicação, todo um mundo é posto a balançar e tremer. É possível sair da experiência privada e publicizar as sensações, compartilhar que o uso de medicação faz sentir-se impregnado, chumbado, com os músculos enrijecidos, como um robô sem coordenação; que os remédios causam reações que fazem cair no chão sem conseguir levantar-se; fazem sentir a boca babando, o corpo engordando, sem energia, sem ereção, sem sensibilidade, como uma boneca inflável, lento e sem memória. Faz sentir que a mente trabalha pouco e o remédio enlouquece mais, causa inquietação, tremores, ânsia de vômito, disenteria, cólicas. Dá preocupação com doenças que se pode ter de tanto tomar remédio, a destruição dos rins, diabetes, demência. O medicamento provoca medo, agindo como um tóxico que causa dependência e aprisiona a vida.

Medo de tomar remédios para toda a vida e reafirmar dia a dia, a cada dose, uma condição socialmente rejeitada de portador de transtornos mentais graves, de reduzir a existência a essa identidade. Sentir medo de ser internado novamente, pois o remédio não está fazendo efeito e, por isso, desejar tomar mais e tomar em vão para ver se consegue algum alívio. Muitos resistem ao regime psiquiátrico. A "não adesão ao tratamento" é um problema recorrente das equipes, embora, no final das contas, acabemos cedendo a uma receita diária que modula comportamentos, à produção de um corpo adaptado sentida como resignação.

Junto a inúmeras narrativas de violação da integridade, muitas vezes desde criança, nestas brechas do diálogo, ganham visibilidade a violência e o medo que circulam nas relações familiares e condicionam à dependência, à submissão, ao abuso físico e moral e à humilhação. Frequentemente a família aparece como uma instituição que produz estigma, em que o outro obriga a tomar remédios à força, chama a polícia, interna e autoriza atos médicos como eletrochoques. É possível, então, em um grupo de usuários de um serviço público de saúde, contar do preconceito e receio com que se é tratado nos serviços de Atenção Primária à Saúde, sujeito à agressão física, amarrado ou trancado atrás de grades nas Emergências Psiquiátricas e, quando se precisa da ajuda do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), não se é atendido.

A falta de apreço por essas vidas e corpos violentados, que passam despercebidos no cotidiano da vida social, começa a ganhar contornos. Ao se contemplar e pôr em jogo a experiência, qualifica-se a vida. Aí podemos dizer, então, que a GAM funciona como dispositivo na medida em que dá a ver e dizer o que antes era indizível e invisível (Deleuze, 2016), mais do que isso, permite acessar outras sensibilidades práticas[56] (Guattari, 1992), afetos de um corpo, os quais ainda não ganharam forma nem nome, qualificando as variações produzidas na experiência, abrindo espaço para ampliação de autonomia coletiva e engendrando outros modos de sentir, pensar e agir.

Nestes espaços de encontro e conversa cresce uma força pelo respeito a direitos humanos e cidadania. Os regimes de saber e poder a que nos sujeitamos, que concebem o indivíduo normal e doente,

---

56 Guattari (1992) traz a concepção de conhecimento prático como aquele referente às expressões e às percepções ainda sem forma, que ainda não ganharam sentido e que povoam os modos dos sujeitos afetarem e serem afetados em seus encontros. Segundo esse autor, trata-se "da apreensão de um 'clima', o de uma reunião ou de uma festa que apreendemos imediatamente e globalmente, e não pelo acúmulo de informações distintas" (p. 161).

podem ser desestabilizados e, fora do diagrama da doença, novas possibilidades de autonomia "na loucura" podem ser inventadas.

> A loucura precisa ser entendida, é uma coisa dentro de você que precisa sair. Um desabafo do nosso ser. Vai falar de mim? Deixa de me encher o saco! Hoje estou completamente são. (Ed Carlos, usuário-pesquisador da GAM, Caron, 2019, p. 156)
> Sou tomador de remédios. Eu devolvo para mim uma relíquia minha, de dirigir a minha condição de vida. Se eu não posso dirigir não tem problema, tem motoristas, tem trem, metrô, não é preciso a gente dominar todas as direções e manobras, estamos num plano de passageiro. (Silvino Prestes, usuário-pesquisador da GAM, Caron, 2019, p. 64)

O ponto crítico não é o julgamento ou a verdade prévia sobre o remédio, mas uma posição normativa do sujeito a partir de um lugar singular de quem tem uma experiência de "tomador de remédios". Para Canguilhem (2007), a normatividade é uma produção própria do vivo ao criar modos de relação variáveis que ampliam suas possibilidades de agir. Desse modo, é possível devolver a si uma "relíquia", uma autonomia na condução da vida que se opera em rede, num plano coletivo de transitoriedade, um "plano de passageiro" que afirma a necessidade do outro para tomar direções na vida.

Nesse plano em que, no encontro, emerge uma experiência comum, as condições existenciais de "sub-cidadania" e sujeição ao paradigma da doença podem ter atenção. Trata-se de acessar nos espaços de conversa uma potência comum, ou seja, a instauração de um campo de partilha de questões e memórias dos modos de vida ali presentes, em seus jeitos de agir, pensar e inventar saúdes. Nos encontros, o comum aparece pela afirmação da experiência de cada um em seus modos de transitar em territórios fora dos esquemas de negação da vida. Nos espaços de troca, encontra-se refúgio, alguma segurança para ficar cara a cara com a violência e se alegrar por sobreviver e

experimentar outras possibilidades de viver, mesmo que muitos de nós ainda sigamos tomando remédios.

Esse plano comum (Kastrup & Passos, 2014) não se limita ao uso de medicamentos, ao campo da saúde, do "transtornado" e da "desorganizado mental", embora seja aqui que estejamos tateando o problema. Nas múltiplas experimentações com a GAM, expandimos para fora destas bordas e vemos que o problema não pode ser localizado e individualizado, mas é de toda a sociedade e se conjuga com um amplo campo de subjetivação e de sujeição à violência, em que também entram em jogo o uso de outras drogas, questões de gênero, infância, adolescência, razão, educação, criminalização, raça e status social.

CAMPO HETEROGÊNEO DE CONJUNÇÃO

A outra questão que se colocava no modo de tecedura deste texto era posta pelas línguas das nossas falas – francês, português e inglês – e marcava lugares distintos em que éramos estrangeiros uns aos outros e buscávamos formas de comunicação. No Brasil, a GAM se iniciou pela comunicação entre línguas, e a primeira pesquisa se ocupou da tradução e adaptação do Guia GAM com a participação de usuários de serviços especializados de atenção psicossocial – CAPS II (Onocko et al., 2012).

Nestes dez anos, as conexões e articulações sul-norte – programas de estudo, viagens e encontros internacionais, como o que deu origem a este texto – e as experimentações que brasileiros foram realizando interferiram no campo de produção de saberes modificando formas de dizer e ver a GAM em diferentes línguas. As diferenças que se apresentam no campo criado pelas conexões que construíram a GAM nestes anos se exprimem pelas variações linguísticas – com versões do Guia GAM em francês, inglês, português e espanhol –, pela diversidade das culturas locais e regionais, dos modos de relação com a medicação psiquiátrica e da multiplicidade de sentidos que

vão sendo produzidos neste processo em cada modalidade de experimentação. Há, portanto, uma heterogeneidade que se produz num plano de conexões comum, em que o problema da "tradução" se recoloca sob diferentes perspectivas.

Um exemplo disso foi a invenção da imagem de um caracol minutos antes de uma apresentação em francês no Fórum Novas Abordagens em Saúde Mental em Curitiba – Brasil em 2018. A apresentadora francófona, Céline Cyr, relata que desde a infância nutre uma fascinação pelos moluscos gastrópodes, os caracóis, que, ao se moverem, expressam "o movimento da alma do mundo". Numa mistura de ternura, doçura e inocência com uma curiosidade sem defesas, o caracol expressa de forma sensível uma imagem que permite falar do dispositivo GAM. Naquela ocasião, três estudantes deram à Céline um caracol de pelúcia, uma imagem híbrida Brasil-Québec na composição de um modo de ver esse dispositivo.

Como um meio para lidar com dificuldades de tradução, esse exemplo explicita regimes de luz e linguagem[57] – de visão e enunciação – que constituem processos de saber, de objetivação e subjetivação. O coração deste exemplo é anímico, um animalzinho com o qual nos afetamos pela sua graça, assim como comumente as crianças são afetadas pelos desenhos e animais.

Neste exemplo, percebe-se que a tradução acontece como um processo afetivo, que envolve a captação de signos, de elementos não formados que entram em composição no contato entre as línguas. Neste processo, algo se perde para que uma nova percepção apareça, transmutando a GAM canadense em uma variação brasileira,

---

57 "O mundo é feito de superfícies superpostas, arquivos ou estratos. Por isso o mundo é saber. Mas os estratos são atravessados por uma fissura central, que reparte de um lado os quadros visuais, de outro, as curvas sonoras: o enunciável e o visível em cada estrato, as duas formas irredutíveis do saber, Luz e Linguagem, dois vastos meios de exterioridade onde se depositam, respectivamente, as visibilidades e os enunciados." (Deleuze, 2005, p. 128).

uma imagem que exige um pensamento por afetos, mais do que por representação.

Considera-se, então, que os problemas colocados pela tradução auxiliam a desconstruir a ideia de representação do outro, assim como põem em análise o etnocentrismo na antropologia. Segundo Eduardo Viveiros de Castro (citado em Kopenawa & Albert, 2015, p. 31), há uma transformação inevitável "suscitada por um trabalho de tradução, seja esta interlinguística, intercultural, intersemiótica, ou mesmo interpessoal – para não falar naquela obscura, incessante e equívoca tradução intrapessoal que se estabelece no tumulto de nossas múltiplas vozes internas". Algo se perde no processo. Mas, para além desta limitação, o autor invoca uma potência transformadora da antropologia, "a de ser a teoria-prática da descolonização permanente do pensamento" (Castro, 2018, p. 20). Descolonização que se dá quando se recusa "à redução epistemocêntrica do pensamento a um dispositivo de recognição: classificação, predicação, julgamento, representação" (p. 25). Ao invés da redução da fala do outro aos termos de um reconhecimento do mesmo – por exemplo, um diagnóstico –, numa outra política epistemológica, a tradução se produz ao ocupar outra perspectiva, implica uma mudança de posição, dizer e pensar de outro modo.

Pode-se dizer, portanto, que a necessidade de tradução se impõe quando há um hiato, um intervalo entre lugares separados que se deseja transpor, ou, transver, como diria Manoel de Barros (1996, p. 75): "O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê. É preciso transver o mundo". De início, buscam-se termos ou imagens de equivalência que possam criar sentidos afins, e, nesse processo, criam-se novos sentidos. Buscam-se entremeios em que diferenças de perspectiva possam ter relação e diferentes formas de expressão e de conteúdo se conectem para produzir um campo comum ou um campo comunicacional.

Vivemos esta experiência em nossas conversações, quando os ajustes tecnológicos operam como cortes provocando uma

comunicação fragmentada. Os encontros por Skype deram sequência à conversa iniciada no Brasil, mantendo a sensação de uma presença muito próxima. De todo modo, as trocas virtuais surgiam com modulações instauradas pelas interferências de sinal – próprias ao meio tecnológico – produzindo falas entrecortadas, interrupção do tempo de enunciação de um pensamento e de tradução da língua estrangeira. Estas "falhas" de comunicação afirmavam-se como potentes modos de conversa. As trocas de ideias se davam nos entremeios, sem sobreposição de línguas, ecoando um não entendimento necessário, um pensamento que se agitava na combinação de forças para ganhar formas não previstas. Não era possível representar rapidamente a fala do outro, e justamente por isso um modo singular de contato era acessado, como pensamentos que se abraçam sem se identificarem. A comunicação como campo comum entre línguas permitiu pensar a experiência da GAM a partir destes deslocamentos geográficos, linguísticos e afetivos.

Percebíamos que o instrumento de comunicação – computador, celular e seus programas de áudio-vídeo – é o veículo material que propicia o encontro extensivo pela voz/imagem e sustenta algo que é da ordem do intensivo, ou seja, uma conversa afetiva que desliza e desvia enunciando uma leitura do próprio dispositivo GAM. Este descompasso ou ruído comunicativo do meio tecnológico nos permitiu pensar a GAM como um "instrumento", um meio extensivo que opera como um pretexto para acionar outra língua, outra sensação, outra intensidade. Um espaço, um guia, um instrumento, um grupo de encontro e partilha de experiências, usados para acionar uma abertura a questões vitais impensadas, imprevistas, fora de meta, finalidade ou programa.

Consideramos o grupo GAM como a instauração de um campo de heterogênese, através do qual se ativa dentre os partícipes a vontade de partilhar as sensações do que se passa consigo. Tecemos uma rede tênue que sustenta a afirmação da experiência, seja ela qual for, sem interpelá-la ou avaliá-la. Os lugares de uns e outros variam:

lugares de fala, de ressonância, aliança, contágio, lugares de passagem e expressão de experiências loucas, estranhas e diversas. A comunicação neste campo e o ato de traçar um plano comum são compostos pela relação de forças em conexão e em tensão, de ruídos e interferências que mobilizam um trabalho de tradução em múltiplas dimensões – da intrapessoal à intersemiótica – capaz de produzir câmbios de perspectiva e de dizibilidades.

EXPERIMENTAÇÕES DA GAM

As pesquisas com a GAM no Brasil, na última década, partiram de um arcabouço teórico-metodológico produzido anteriormente no Québec, cujo processo de tradução no Brasil introduziu, desde o seu início, variações que potencializaram uma condição de abertura a experimentações.

Neste caso, a tradução pode fazer existir novos possíveis, novas articulações tanto para quem é o porta-voz quanto para aquele que traduz. Nesse "entre-captura", fazemos existir o que só existia como virtualidade. Eis então o belo mal-entendido da tradução: traduzir o que não existe ainda, para dar-lhe chance de existir (Kastrup & Passos, 2014).

Uma variação decisiva foi que, ao contrário do guia canadense, a primeira versão brasileira do Guia GAM não toca na retirada da medicação que consiste na etapa conclusiva do original. O que *a priori* poderia ser visto como algo a menos, ou parecer uma perda, não impediu a invenção de articulações impensadas. Em experimentações que vem sendo realizadas, o problema da retirada, embora possa se atualizar durante o percurso, não ocupa um ponto de culminância no dispositivo e, nessa condição, muitos outros horizontes de ação ganham visibilidade pela ampliação da autonomia construída em comum. O dispositivo, então, se orienta pela expansão da autonomia e pela abertura para fazer existir novos possíveis, inclusive em outros territórios e com outros públicos além daquele

originariamente definido, a saber, usuários de Centros de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS II e III –, segundo o Ministério da Saúde, serviço de assistência especializada a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

O Guia brasileiro, ao não se orientar pela meta da retirada da medicação, dá ênfase, então, ao tema da autonomia na gestão das condutas em saúde mental de modo ampliado, o que, evidentemente, inclui o problema da retirada. Como toda ação de retirada de medicação, ao fim e ao cabo, é um procedimento individual, as experimentações brasileiras deixam maior margem para o compartilhamento e ações coletivas. Esta diferença abre um leque de deslocamentos e variações que permite a inclusão de uma multiplicidade de temas de suma importância para a ampliação de autonomia, bem como a apropriação do dispositivo em diversos espaços de cuidado com diferentes públicos, como pontuamos a seguir.

No CAPS III na Capela do Socorro, em São Paulo, os participantes da GAM mobilizaram-se em torno do tema do trabalho e realizaram dois fóruns sobre trabalho e geração de renda, o que deu origem a uma rede de economia solidária no território, e a GAM, então, passou a fazer no CAPS um grupo de culinária e outro de pintura de camisetas cujos produtos eram vendidos nos eventos da rede. Neste percurso, um usuário retirou totalmente o uso de remédios e dois diminuíram as doses.

No CAPS III Álcool e Drogas na Vila Brasilândia, em São Paulo, o problema do uso de medicação psiquiátrica conjuga-se com o de outras drogas e, no espaço da GAM, os usuários encontram forças para constituir um território de proteção, respeito e valorização da experiência e da vida que consideramos "redutor de danos", em que o tema da violência, do uso de drogas, abstinência, "recaídas" e autonomia mobilizam o dispositivo. Também em Toronto, no Canadá, um grupo de apoio integra a abordagem GAM e a redução de danos, de modo a tratar da qualidade de vida das pessoas levando em conta os

diferentes tipos de psicotrópicos – prescritos ou ilícitos. Este grupo se intitula "My mind is my own!".

Em São Paulo, no Rio Grande do Norte e na Paraíba (Arraes-Amorim et al., 2019) também foram realizadas experimentações com a GAM em unidades de Atenção Básica, nas quais se conjugam uma crescente prescrição e dispensação massiva de psicofármacos e a falta de espaços de cuidado em saúde mental. Nessas unidades, os grupos da GAM acolhem uma grande diversidade de pessoas em sofrimento. O problema da autonomia em relação ao uso de medicação se torna ainda mais complexo, pois inclui o uso aditivo de antidepressivos e benzodiazepínicos, além de problemas em relação aos medicamentos não psiquiátricos de uso contínuo.

As experimentações em São Paulo têm envolvido uma grande diversidade de profissionais – incluindo clínicos gerais, que são os grandes prescritores de psicofármacos na Atenção Básica – e trabalhadores com ensino médio, como agentes de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa participação junto aos usuários, num espaço dialógico que promove autonomia, afetabilidade e protagonismo distribuído, tem feito da GAM um espaço de formação e apoio a esses trabalhadores e produzido mudanças nas práticas de cuidado.

Em Vitória, no Espírito Santo, o trabalho em oficinas com crianças e grupo de familiares em um entro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) fez existir novos possíveis num território em que, segundo Caliman[58], "o ponto cego que a GAM visa cuidar é ainda mais cego, ou um nó ainda mais apertado quando pensamos no campo da saúde mental infantojuvenil". A valorização das formas de expressão e de conteúdo compartilhadas pelas crianças nessas oficinas fez deslocar relações de tutela e infantilização, o que possibilitou a ampliação da atenção e a criação de um campo comunicacional com palavras,

---

58 Trecho da apresentação de Luciana Caliman na mesa: Aberturas da GAM outros domínios de intervenção. Encontro Internacional Gestão Autônoma da Medicação, Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

ritmos, som de instrumentos, gestos e expressões corporais (Caliman, César, Pianca, Simões et al., 2018).

Podemos relacionar esses vários campos experimentais da GAM no Brasil com uma inventividade e afetividade comum às crianças. Este afeto crianceiro também emergiu durante uma apresentação de trabalhos no Encontro Internacional da GAM no Brasil, em 2018, em Santa Maria, em que um dos participantes, ao comentar a frase do Guia "eu sou uma pessoa, não uma doença", disse: "eu sou uma criança! Não uma doença". A afirmação da criança, ao mesmo tempo que "traduz" a versão original, "eu sou uma pessoa", também a subverte. Na criança, "a pessoa" ainda não está "formada". Conhecemos os esforços dirigidos para superar uma condição originária – uma natureza "animal" primitiva – pela educação da criança, para que ela venha a ser uma "pessoa civilizada". Acredita-se que muitos obstáculos precisam ser transpostos e "desvios" interditados e corrigidos na infância e adolescência para que se constitua uma "personalidade sadia" e normal. Quando a experiência da criança é valorizada – inclusive as experiências "desviantes" de crianças que frequentam um CAPSi –, ganha visibilidade certo campo de "normalidade" em torno da noção de pessoa, reivindicada contra a doença na frase do guia. *A priori*, a experiência da criança não tem validade, a não ser se autorizada por uma pessoa adulta e "normal". Ao afirmar "sou uma criança!", afirma-se todo um território existencial renegado – infantil, primitivo, bruto, desarrazoado, inconsciente, fantasioso –, fora dos limites da realidade e da normalidade da "pessoa". De outro modo, aqui o problema da tradução se recoloca ao conhecer uma criança interlocutora. Este problema transcende a linguagem, porque frequentemente as crianças fazem usos incomuns da língua e se valem da comunicação de outros modos de expressão, outros focos de atenção e de atuação vocal e corporal, por exemplo, a imitação de animais.

No campo da saúde mental infantojuvenil, como sugerem Caliman, César, Pianca, Gonçalves et al. (2018), frequentemente a criança é tratada como aquela que está ausente, por estar em falta em relação a

alguma capacidade (cognitiva, psíquica, física) ou por não poder participar do seu próprio cuidado. Quase não se escuta o que ela tem a dizer, pois não lhe damos o estatuto de alguém que teria algo a dizer. No entanto, é justamente a garantia de espaços nos quais a criança possa se expressar enunciando o que sente e pensa que permite construir um cuidado e afirmar a vida de outra maneira.

Silvino[59](citado em Caron, 2019, p. 74), comentando a mesma frase do GUIA "eu sou uma pessoa, não uma doença", declara: "Sou um arquivo vivo. Não é 'sou uma pessoa': sou várias!". Podemos dizer, portanto, que essas expressões – sou uma criança; sou várias – são variações de um motivo comum – elementos do Guia GAM. Estas variações aparecem em diversas experimentações, em modos de cuidado, invenção de grupos de culinária, de pintura de camisetas, de formação de trabalhadores, relações entre usuários etc. – alargando a proposta inicialmente construída.

Nesse sentido, a GAM se torna um grande pretexto para uma multiplicidade de experimentações intensivas. Para além das forças molares, históricas, institucionais, do campo dos direitos e das políticas públicas, o que este dispositivo permite vibrar é o encontro com as intensidades, acessando uma zona de vizinhança com a condição criança da vida que coexiste em nós, com um devir-criança, como nomeiam Deleuze e Guattari em *Mil Platôs* (2012):

> (...) independentemente da evolução que a puxa em direção ao adulto, haveria na criança lugar para outros devires, "outras possibilidades contemporâneas", que não são regressões, mas involuções criadoras, e que testemunham "uma inumanidade vivida imediatamente no corpo enquanto tal", núpcias antinatureza "fora do corpo programado". (p. 68)

59 Silvino Otavio Prestes, pesquisador da GAM, usuário do CAPS Capela do Socorro em São Paulo.

A criança é aquela que encontra em todos os elementos de seu território coordenadas que lhe permitem traçar trajetos, ser afetada de diferentes maneiras, como salienta Deleuze a respeito da experiência do pequeno Hans, considerando os movimentos que a leitura da psicanálise não valorizou. Segundo Deleuze (1997), o pequeno Hans estava atento "a rua e suas matérias, como os paralelepípedos, seus barulhos, como o grito dos mercadores, seus animais, como os cavalos atrelados, seus dramas (um cavalo escorrega, um cavalo cai, um cavalo apanha...)" (p. 73), compondo neste percurso, e a partir de certo modo de afetar e ser afetado, sua condição existencial.

É neste campo de potência de vida que propomos pensar um devir-criança próprio às práticas que fazem da GAM um dispositivo de invenção e composição de encontros diversos.

AFIRMANDO UMA GAM-CRIANÇA

As experimentações que vão se fazendo com a GAM, em diferentes culturas, permite enunciar que este dispositivo força a pensar em um problema que é de toda a sociedade e não só do campo da saúde mental e do debate sobre a medicação. Pelos espaços de fala e o campo comum que se instaura produzindo outras vozes, há um deslocamento da condição de medo dos usuários para um lugar de invenção e descoberta de seus modos de sentir e pensar, de seus problemas vitais.

Como vimos nas experiências desenvolvidas no Brasil, relatadas anteriormente, há um devir-criança que afirma a vida em formas de libertação, de escolha afetiva que se faz de modo lento e doce como um caracol.

As crianças nos conduzem a olhar para a experiência de outro modo. Elas fazem perguntas de modo criativo, combinando elementos inusitados, ligando uma coisa com outra, instaurando relações sem pé nem cabeça, sem liame necessário, sem utilidade garantida. Esta ordem experimental da vida permite descobrir sensibilidades ainda não acessadas, conhecer a capacidade afetiva na relação com as coisas do mundo.

As crianças encorajam a fazer tentativas, sem temer o que pode dar errado, sem se incomodar com o ruído na comunicação, acolhendo a falha, o tropeço como parte da capacidade de captar signos e ser forçado a pensar e a diferir de si mesmo.

Quando a criança adoece, podemos dizer que é a capacidade inventiva que se torna impedida de afirmar sua força. Portanto, dizer "Eu sou uma criança e não uma doença" é um modo de fazer nascer questões que existiam em processo larvar e que pedem espaço para se desenvolver.

Encontrar este devir-criança é descobrir uma abertura a experimentações, retomando a pergunta pelos corpos sensíveis, que desaparecem pelo efeito químico dos remédios, pelo efeito moral das relações, pelas violências diversas que permeiam os modos de vida restritos à identidade da doença mental. Um encontro com uma criança que coexiste em nós, em uma zona de vizinhança acessando sensações sem forma, desacelerando a percepção das coisas para entrar em contato com um brincar que faz liames impensados com o dispositivo GAM.

As experimentações com a GAM incitam, assim, uma atenção ao que se passa no corpo e na mente, percebendo que pouco sabemos a respeito do que eles são capazes. Se a medicação faz ver o negativo da vida, aquilo que um corpo não pode, não aguenta e a que ele está limitado, nos grupos e nos espaços de fala, a pergunta desliza para um caminho afirmativo, instaurando um plano comum de questões que acolhem as dores e alegrias, os modos de reagir, reexistir e reinventar uma história de vida em suas muitas expressões, para além do campo da saúde-doença e do tratamento.

Podemos dizer que em todo o lugar uma GAM-criança ativa invenções que proliferam em cada prática de cada grupo e nos levam a pensar forças e modos de cuidado ainda por vir. Como sugere Orlandi (2018), as crianças é que insistem no recomeço do novo, na invenção da vida: "há coexistência intensiva entre uma criança e um mundo, entre uma criança e um pensamento que não abandona a pergunta pelo recomeço do novo, recomeço inimaginável sem a vida que varia e se intensifica a partir dessa mesma coexistência" (p. 103).

REFERÊNCIAS

Arraes-Amorim, A. K., Moraes, M., & Mello, R. P. (2019). **Direitos Humanos, Participação Social e Cuidados em Saúde***:* redes de experiências grupais em gestão autônoma de medicação. Resumo de comunicação Oral. IV Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental. ABRASME.

Barros, M. (1996). **Livro sobre nada**. Record.

Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, Taskila, J. J., & Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. **Psychosis, 9**(4), 310-321.

Caliman, L. V., César, J. M., Pianca, V. B. R., Simões, A. A C., & Fernandes, A. N. (2018). Produção de saúde e participação com usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. In J. Gobo. (Org.), **A psicologia frente ao contexto contemporâneo** (vol. 2, pp. 139-149). Atena.

Caliman, L. V., César, J. M., Pianca, V. B. R., Gonçalves, L. G., Simões, A. A. C., & Fernandes, A. N. (2018). O Cultivo Atencional como Exercício de Participação: Oficinar com Crianças na Saúde Mental. **Ayvu, Rev. Psicol., 5**(1), 42–66.

Canguilhem, G. (2007). **O normal e o patológico**. Forense Universitária.

Capozzolo, A. A., Casetto, S. J., & Henz, A. O. (2013) **Clínica comum, itinerários de uma formação em saúde**. Hucitec.

Caron, E. (2019). **Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo** Tese de Doutorado,

Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital de teses e dissertações da USP. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-27032019-160437/pt-br.php

Castro, E. V. (2018). **Metafísicas Canibais**. Ed. N-1.

Deleuze, G. (1997). O que as crianças dizem. In G. Deleuze. **Crítica e Clínica** (pp. 73-79). Ed. 34.

Deleuze, G. (2005). **Foucault**. Brasiliense.

Deleuze, G. (2016). O que é um dispositivo? In G. Deleuze. **Dois Regimes de Loucos – Textos e entrevistas (1975-1995)** (pp. 359-369). Ed. 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2012). **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia** (vol. 4). Ed. 34.

Foucault, M. (2006). **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France**. Martins Fontes.

Guattari, F. (1992). **Caosmose***:* um novo paradigma estético. Ed. 34.

Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2017) Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde Debate, 41**(112), 23-32.

Kantorski, L. P., Antonacci, M. H., Andrade, A. P. M., Cardano, M., & Minelli, M (2017). Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em Debate, 41**(115), 1143-1155.

Kastrup, V. & Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.), **Pistas do**

método da cartografia: A experiência da pesquisa e o comum (vol. 2, pp. 15-41). Sulina.

Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). **A queda do céu – palavras de um xamã yanomani**. Companhia das Letras.

Onocko Campos R. T., Palombini A. L., & Passos E. (2012). **Guia da Gestão Autônoma da Medicação**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS. https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf

Onocko Campos, R. T. Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C. & Stefanello, S. (2012) Adaptação Multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunic. Saude Educ, 16**(43), 967- 980.

Orlandi, L. B. L. (2018). **Arrastões da Imanência**. Editora Phi.

Rodriguez Del Barrio, L., & Poirel, M. L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. **Nouvelles Pratiques Sociales, Montreal, 19**(2) 111-127.

RRASMQ: Regrupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. http://www.rrasmq.com/presentation.php.

RRASMQ/ÉRASME (2014). **Supporting GAM practices: Gaining Autonomy & Medication Management in Mental Health**. A Handbook. http://www.rrasmq.com/GAM/documents/Guide-REP-ANG_2014-04.pdf

Ruddle, A., Mason, O., & Wykes, T. (2017). A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change. **Clinical Psychology Review, 31**(5), 757-766. https://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21510914.

Sobre as(os) autoras(es)

Adriana Barin de Azevedo

Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Pesquisadora vinculada aos grupos de pesquisa Laboratório de Estudos e Pesquisa em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS), da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (UNIFESP-BS), e Análise Institucional e Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Vem desenvolvendo pesquisas no âmbito da psicologia relacionadas aos temas da ética, da clínica, da formação e da saúde mental.

Adriana Marcondes

Docente no curso de graduação e pós-graduação no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Serviço de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da USP.

Adrielly Selvatici Santos

Psicóloga graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atua com psicologia clínica e institucional no âmbito das políticas de assistência social.

Alana Araújo Corrêa Simões

Apaixonada por hábitos, processos de criação e pesquisa, é psicóloga clínica, graduada em Psicologia (2018) e mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo. Tem experiência nos campos da Psicologia e da Estética, atuando, principalmente, nos seguintes temas: loucura,tempo, inconsciente, arte e cidade.

Analice de Lima Palombini

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ), docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com atuação nos cursos de graduação em Psicologia, pós-graduação em Psicologia Social e Institucional e residência em Saúde Mental Coletiva.

Anita Nogueira Fernandes

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atualmente, trabalha como psicóloga clínica a partir de uma direção psicanalítica, atuando principalmente na área da saúde mental infantojuvenil.

Camila Mariani Silva

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com pós-graduação *lato sensu* em Transdisciplinaridade e Clínica (Saberes/ES), em Atenção Primária à Saúde (Universidade Vila Velha – UVV/ES) e em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa). Mestre em Psicologia Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Servidora pública no município de Vitória/ES, atuando em Caps II. Participante do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial.

Céline Cyr

Ativista, trabalhadora, formadora e pesquisadora, sendo uma das pioneiras no trabalho com a GAM no Canadá. Mestre em Trabalho Social pela Universidade de Montréal, atua junto ao serviço alternativo de tratamento em saúde mental PRISE 2, à Federação de abrigamento para mulheres, à Universidade TELUQ e Ação Autônoma e ao Coletivo de Defesa dos direitos em saúde mental.

Eduardo Caron

Psicólogo clínico e cineasta, doutor pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É pesquisador e coordenador de programas de formação e implementação da Gestão Autônoma de Medicação. Supervisor e facilitador de Educação Permanente em Saúde na Saúde Mental e Atenção Básica do SUS. Coordena projetos de saúde do adolescente, cultura de paz e prevenção do abuso de substâncias.

Eduardo Passos

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992). É professor titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Desde 2009, compõe a equipe de pesquisadores brasileiros que traduziram, adaptaram e validaram o Guia de Gestão Autônoma de Medicação (GGAM). Participou da criação do Guia do Moderador dos Grupos GAM, ferramenta de capilarização da estratégia GAM. Integra o "International Observatory of Gaining autonomy & Medication Management practices: collaborative network of knowledge production, support and development". Coordena o grupo de pesquisa "Enativos: conhecimento e cuidado" no departamento de psicologia da UFF.

Felipe Alan Mendes Chaves Ferreira

Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES). Referência Técnica Municipal em Saúde Mental do município de Mucurici, Espírito Santo.

Gisele Vicente da Silva

Pedagoga, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva – residência (UFRGS), mestra em Psicologia Social e Institucional e doutoranda em Educação. Compõe a equipe do Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD IV Centro Céu Aberto de Porto Alegre.

Gleidiomar Goncalves Martins Tavares

Mãe(avó) de Adryan Martins. Usuária do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi/ES). Compôs o Grupo GAM.

Henrique Torres Neto

Médico psiquiatra e psicanalista com pós-graduação e mestrado em Filosofia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Janaína Mariano César

É professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (UFES/PPGPSI). Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ). Como pesquisadora, desenvolve seu trabalho na vinculação com a Rede de Estudos de Práticas Conectivas em Políticas Públicas (Conectus). Dedica-se à atuação e aos estudos relacionados aos processos de produção de subjetividade, processos formativos, ética, processos grupais e clínico-institucionais.

Jéssica Mariana Parrilha da Silva

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES). Atua na linha de pesquisa de saúde, subjetividade e clínica. Vincula-se ao grupo de Pesquisa em Arte, Subjetividade e Tecnologia (PAST/UFES).

Joyce Paula de Souza Pereira Ferreira

Psicóloga clínica e hospitalar. Mestre em Psicologia Institucional (PPGPSI-UFES). Pós-graduação em Terapia Cognitivo Comportamental e Neuropsicologia. Docente do curso de Psicologia da Faculdade América. Atua no campo da Avaliação Psicológica Ocupacional e do Trabalho.

Karla Rosa Guimarães

Mãe de Gabriel. Usuária do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi/ES). Compôs a experiência do Grupo GAM.

Laura Anelise Faccio Wottrich

Psicóloga, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva – residência (UFRGS), especialista em Saúde (SES/RS) e mestra em Psicanálise, Clínica e Cultura. Integra a equipe do Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e atua em consultório particular.

Luana Gaigher Gonçalves

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e psicanalista em formação. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional – PPGPSI/UFES (bolsista FAPES). Desde a graduação, tem se dedicado a pesquisas e projetos no campo da saúde mental e saúde mental infantojuvenil, sendo este último campo da pesquisa de mestrado, na qual trabalha a participação de crianças e familiares no cuidado de saúde mental em interlocução com a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação.

Luciana Caliman

Professora associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES). Pós-doutora pelo Centro de Estudos Sociais (CES) de Coimbra, Portugal, e pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integra a Rede

de Estudos de Práticas Conectivas em Políticas Públicas (Conectus). Dedica-se à pesquisa da atenção e dos processos de medicalização e medicamentalização atuais, orientando-se por uma perspectiva ecológica da atenção e pelo ethos do método cartográfico.

Maria Cristina Vicentin

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora doutora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP. Tem experiência em Psicologia, com ênfase em Análise Institucional, atuando principalmente nos âmbitos da Reforma em Saúde Mental e dos Direitos da Infância e da adolescência.

Merielli Campi Partelli

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com especialização em desenvolvimento na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, oferecida pela UFES em parceria com Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Nívia Alves Mota

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo; especialista em Atenção Primária pela UNIVIX – Faculdade Brasileira; assistente social do CAPS II – Serra/ES; conselheira municipal de Saúde de Serra/ES pelo seguimento dos trabalhadores de Saúde de Serra de 2009 a 2015; integrante do Grupo Condutor da RAPS municipal de Serra/ES; e moderadora do GI GAM no grupo de usuários do CAPS II de Serra.

Pedro Henrique Sena Peterle

Psicólogo graduado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com especialização em Acupuntura. Apaixonado pelos saberes orientais, é entusiasta, praticante e professor de práticas integrativas e complementares na saúde, como a medicina chinesa, meditação, Taichichuan e Qigong.

Ricardo Burg Ceccim

Educador e sanitarista, pós-doutor em Antropologia Médica, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – área de educação em saúde – no Programa de Pós-Graduação em Educação.

Renata Cardoso Centena

Enfermeira, pós-graduada em Saúde Mental Coletiva – residência (UFRGS), enfermeira no CAPS AD III de Vila Nova, Rede Municipal de Porto Alegre.

Renata Coelho Tavares Imperial

Psicanalista. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-graduação em Família pela Faculdade de Direito de Vitória e em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Fiocruz. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES. Cartelizante da Seção Leste e Oeste em Formação (SLOF) da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP). Pesquisadora do Programa de Investigação Psicanalítica do Autismo – PIPA (e rabiola). Fundadora da OSCIP Núcleo de Referência. Servidora efetiva da Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, desde 2007. Atua no CAPS Infantil de Vitória/ES desde 2012.

Renata Nascimento Pozzatto

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Psicanalista em formação. Especialista em Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, oferecida pela UFES em parceria com Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM). Atua como psicóloga clínica em Vitória e Vila Velha no Espírito Santo.

Rosemarie Gärtner Tschiedel

Psicóloga, doutora em Psicologia Social (PUC-SP), professora associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – nos cursos de graduação em Psicologia e pós-graduação em Psicologia Social e Institucional.

Victoria Pianca

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-graduação em Design Gráfico pela UNICAMP.

Virgínia Kastrup

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e bolsista PQ do CNPq na área de psicologia cognitiva. Suas pesquisas articulam-se em torno do problema da invenção, com desdobramentos sobre a aprendizagem, a atenção, a arte e a deficiência visual. Membro do grupo de pesquisa CNPq Cognição e Subjetividade.

GRAŪNA EDUFES