



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

DANIELE VASCO SANTOS

**DOS CURSOS DA VIDA E DAS VIDAS EM CURSO: PRÁTICAS DE
MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E SUAS RELAÇÕES COM CURRÍCULOS
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM CAPSI EM BELÉM DO PARÁ**

**Belém – PA
MAIO - 2017**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

DANIELE VASCO SANTOS

**DOS CURSOS DA VIDA E DAS VIDAS EM CURSO: PRÁTICAS DE
MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E SUAS RELAÇÕES COM CURRÍCULOS
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM CAPSI EM BELÉM DO PARÁ**

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Flávia Cristina Silveira Lemos, como requisito exigido para obtenção do título de Doutora em Educação.

**Belém – PA
MAIO - 2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Educação (ICED / UFPA)

S237d Santos, Daniele Vasco.

Dos cursos da vida e das vidas em curso : práticas de medicalização da infância e suas relações com currículos de profissionais de saúde em um CAPSI em Belém do Pará / Daniele Vasco Santos ; orientadora Flávia Cristina Silveira Lemos. – Belém, 2017.

226 f.

Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2017.

1. Universidades e faculdades – Currículos. 2. Pessoal da área de saúde mental – Formação. 3. Medicalização – Belém (PA). 4. Crianças – Desenvolvimento. 5. Biopolítica. I. Lemos, Flávia Cristina Silveira (orient.). II. Título.

CDD 22. ed. – 610.07118115

DANIELE VASCO SANTOS

**DOS CURSOS DA VIDA E DAS VIDAS EM CURSO: PRÁTICAS DE
MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E SUAS RELAÇÕES COM CURRÍCULOS
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM CAPSI EM BELÉM DO PARÁ**

]

Tese Doutoral apresentada na Linha de Pesquisa Educação: Currículo, Epistemologia e História do Programa de Pós-Graduação em Educação do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Flávia Cristina Silveira Lemos (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Educação – ICED-UFPA

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Almeida Corrêa (Examinador Interno)
Programa de Pós-Graduação em Educação – ICED-UFPA

Prof. Dr. Carlos Jorge Paixão (Examinador Interno)
Programa de Pós-Graduação em Educação – ICED-UFPA

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Gonçalves Vicentin (Examinadora Externa)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – PUC - SP

Maria Lívia Nascimento (Examinadora Externa)
Programa em Pós-Graduação em Psicologia - UFF

Prof.^a Dr.^a Estela Sheinvar (Examinadora Externa)
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana – FFP- UERJ

Programa de Pós-Graduação em Educação – ICED-UFPA
Prof.^a Dr.^a Gilcilene Dias da Costa (Examinadora Interna)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Pará e, em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGED/ICED (docentes, colegas de turma, funcionários da Secretaria e da biblioteca) pelo compromisso com a formação de professores-pesquisadores no campo educacional na Amazônia;

Ao CNPQ, pela bolsa de estudos concedida entre os anos de 2014 e 2017, que possibilitou a realização deste estudo;

À Prof^a Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos, pelas intercessões estabelecidas ao longo desses últimos anos que ultrapassam os espaços institucionais, pelas orientações inquietantes e inspiradoras. Sobretudo, pela imensa delicadeza com a qual anunciou que haveria obstáculos, por ajudar a saltá-los e por ter sido sempre uma das vozes mais fortes e alegres na torcida;

À Prof^a Dr^a Gilcilene Dias da Costa, Prof^a Dr^a Maria Cristina Vicentin, Prof^a Dr^a Maria Livia Nascimento, ao Prof. Dr. Paulo Sérgio de Almeida Corrêa e ao Prof. Dr. Carlos Paixão, pelas profícuas contribuições na banca de qualificação e na defesa;

Aos Professores do PPGED, em especial: à querida e sempre cuidadosa Prof^a Dr^a Sônia Araújo pelos debates possibilitados na disciplina Teoria Educacionais que me permitiram produzir formulações sobre higienismo e educação republicana; ao Prof. Dr. Paulo Sérgio de Almeida Corrêa, que tanto admiro, pela leitura atenta aos nossos trabalhos e pelo vigor investido na realização dos Seminários de Tese II, IV e na disciplina “Epistemologia e práticas investigativas”; à Prof^a Dr^a Wilma Baia Seminário de Tese I, pela delicadeza em nos fazer pensar a respeito das “dores da tese”; e Prof^a Dr^a Flavia Lemos pelas valiosas pistas que ajudou a construir no Seminário de Tese III e na disciplina “Modos de produção e dispositivos institucionais na educação”;

Aos colegas da turma Doutorado/2013 Linha de Pesquisa Educação: Currículo, Epistemologia e História pelos espaços de debates intensos terem sido sempre atravessados por grande alegria e parceria: Ana Carolina Franco, Geise Gomes, Elza Dantas, Iza Helena, Cleide, Ceres, Ivanildo, Goreth e Madison;

Ao Grupo de Pesquisa Transversalizando, pelo espaço vivo de construção coletiva. Agradeço especialmente: Vilma Brício, Franco Farias, Bruna Cruz, Thais, Feliciano, Fernanda Neta, Geise Gomes, Ana Carolina Franco, Jorge Moraes, Evelyn Ferreira, Antônio, Amanda Magalhaes, Lorena;

À Prof^a Dr^a Rosimere Dias, Anelice Ribetto e todas professoras-autoras do Subprojeto de Pedagogia da FFP/PIBID/CAPES/UERJ por me receberem, em 2015, nas arejadas rodas no Colégio Macêdo Soares, coletivizando as experimentações de uma formação inventiva nos territórios da universidade, escola básica e da formação de professoras, inscritas de muitos modos neste estudo;

À Prof^a Dr^a Estela Sheinvar do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana/UERJ, por me receber no curso “Cuidado de si” no curso Hermenêutica do Sujeito que muito ajudou a pensar as implicações éticas e políticas da pesquisa;

Às Profas Dras Katia Aguiar e Claudia Osório do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFF, pelas discussões sobre formação universitária de profissionais de saúde, estabelecendo diálogos entre análise institucional, estudos foucaultianos e as clínicas do trabalho nos Tópicos especiais em estudos da subjetividade; e à Profª Drª Lilia Lobo nos “Estudos da subjetividade: Foucault”;

À Rosi Dias pela poesia e leveza nas tessituras coletivas que resultaram na produção do artigo sobre as escritas fragmentárias na formação de professoras;

Ao Rony Farto pelo modo cuidadoso que realizou a revisão normativa do trabalho;

Aos amigos da saúde mental, pelas muitas travessias no exercício da *coragem da verdade* que ultrapassam espaços-tempos. Em Belém: Rodolfo Valentim, Susete Matos, Izabela Negrão, Marcela Azevedo, Elecilda Carvalho, Ester Sousa, Larissa Medeiros. Em Macapá: Janisse Carvalho, Michele Maleamá, Michele Oliveira, Adriele Sussuarana. No Rio, Alexandra do CARIM/UFRJ;

Ao coletivo de professores da Faculdade Estácio-SEAMA, em especial ao Alex Magalhães, Alzira Nogueira, Ane Cristine, Janisse Carvalho, pelas apostas, interlocuções e levezas;

Aos que foram meus alunos na Faculdade Estácio-Seama e IMMES, pela possibilidade de produzir problematizações sobre o fazer crítico da Psicologia;

À Profa. Dra. Angélica Maués do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Antropologia da UFPA, com que descobri o *anthropological blues* e o desejo por estudar relações de gênero; ao Prof. Dr Ricardo Mello (UFCE) pelas provocações feitas aos meus primeiros textos que até hoje ressoam nos meus trabalhos e à Profa. Dra. Josenilda Maués (ICED/UFPA) presença forte que me impulsiona às labaredas do intenso nas *escreleituras*;

Às trabalhadoras do CAPSI em especial, Neusângela, Fernanda, Maria de Jesus, Beth, pela disponibilidade em contribuir com a pesquisa e interesse em problematizar junto os processos de medicalização;

À Graça Costa (FASE), Solange Gomes (GMB), Maura Morais, Jandira Miranda, Soraia Pinheiro e Márcia Lopes, que muito me ensinaram e ensinam a respeito das lutas nos movimentos sociais;

Aos amigos de toda vida, com quem vivo os piores perigos e os mais belos saltos: Antonino Alves, Edson Nascimento, Priscila Cardoso, Alexander Lavin Molina, Susete Matos, Germana Morais, Tamar Parente, Lúcia Lima, Aléssio Dantas, Jean Roger, Alzira Nogueira, Marlon Santana, Lucimar Souza, Rafael Pavone, Angela Flexa, Cassio Diel, Lourdes Nobre;

Aos nossos abrigos no Rio: Ana Lídia, Maria Elisa, Marcos, tia Alice e tio Agrício, Monique, Déia, Luís Felipe, João Marcos, Clarice, Flavinha, Fábio e tia Glayce;

Aos nossos portos em Macapá: Lu e Francisco;

À Alyne Alvarez, por esse antigo laço forte de tantas pontas leves, soltas e belas. Laço que liga, enfeita, estende, contorna, sustenta...;

À Danielle Miranda, sagaz, debochada, corajosa. Meu amor avassalador, obrigada por todos saltos voos paradas travessias, que tanto me movem na criação de outros modos de existência;

À Cleidiane Barata pela presença atenta e amorosa na minha vida e de Vicente;

Ao Alex Wagner Magalhães por ter se lançado comigo sem recuar em nenhum momento e por todo amor que insiste em se transformar em rima;

À Evelyn Ferreira por ser a amiga-irmã incrível com quem experimento o espaço belo da amizade como experimentação, exercício de liberdade e criação;

À minha mãe Aracy, e irmãos Cibele, Adriano, Robert e Silvia, minhas moradas-itinerantes mais permanentes;

Ao Vicente, pequenino serelepe, meu amor indelével, por nossos encontros forjados nas infinitas decolagens e aterrissagens, povoados por dragões, fadas, cavalos alados, elfos, ninfas, madrâgoras, górgonas, samurais...;

Ao meu velho Jota, cuja letra não cessou de ser traçada nas linhas que atravessam meus percursos. Por toda música, alegria e lutas que me ensinou a travar!

Dedico este trabalho àqueles e àquelas cujas vidas se afirmam em sua potência, ainda que nas frágeis combinações. Em especial às crianças que emprestam parte de suas existências às narrativas aqui analisadas e produzidas.

RESUMO

Este trabalho emerge da inquietação acerca das práticas de medicalização voltadas à infância em um serviço de saúde mental e suas relações com os currículos dos profissionais de saúde. Na medicalização intensiva da existência, estratégias cada vez mais refinadas colocam em funcionamento práticas conduzidas por especialistas nos diagnósticos e intervenções voltadas aos desvios sociais, fundamentados em racionalidades patologizantes, psicologizantes e biomédicas. Dentre essas práticas configuram-se as políticas públicas brasileiras de saúde mental voltadas à infância e adolescência, materializadas nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSI, propostos oficialmente desde 2001, no âmbito da lei 10.216 que redireciona a assistência à saúde da população com transtornos mentais. Ao efetuamos acoplamentos entre práticas de medicalização com modos de subjetivação/objetivação de crianças e os discursos produzidos no currículo de profissionais saúde, constituímos o objeto de pesquisa. Partimos da constatação de que o próprio trabalho dos profissionais envolvidos se materializa tendo um currículo como base, e a partir de sua análise também é possível compreendermos os processos pelos quais tomam materialidade determinadas configurações que pretendem constituir sujeitos de determinados tipos. Sendo assim, as bases de sustentação para o desenvolvimento da tese foram resumidas nas seguintes formulações: Por meio de quais modos de subjetivação/objetivação crianças são constituídas como portadoras de transtornos mentais, em seus percursos no CAPSI? Em que medida os discursos que sustentam práticas de medicalização no CAPSI se encontram em correspondência com os currículos dos profissionais atuantes nesses espaços? Ao objetivo de problematizar práticas de medicalização produzidas no CAPSI e suas relações com os currículos de profissionais da saúde, desdobraram-se as seguintes finalidades: Analisar os modos de subjetivação/objetivação pelos quais crianças são constituídas como “portadoras de transtorno mental”; Problematizar os discursos medicalizantes produzidos pelos profissionais de presentes no processo de constituição de crianças “portadoras de transtornos mentais”. Como aporte teórico-metodológico foram utilizadas formulações de Michel Foucault a respeito das relações de saber-poder, biopolítica, governamentalidade e outros intercessores como Veyne (1998), Silva (2006), Veiga-Neto (2003), Corazza; Aries; Robert Castel, Jacques Donzelot. Os principais documentos analisados foram os prontuários produzidos no CAPSi e entrevistas com profissionais com a utilização dos princípios gerais de procedimentos arqueológicos como ferramentas metodológicas de pesquisa histórico-documental. Desse modo enunciamos a tese de que os modos de subjetivação e objetivação que produzem crianças “portadoras de transtornos mentais” são constituídos por meio de estreita relação com discursos medicalizantes forjados nos percursos curriculares de profissionais de saúde em suas formações oficiais, no cotidiano do serviço e em diversos âmbitos da vida.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil; Currículo; Medicalização; Infância; Biopolítica.

ABSTRACT

The following research was raised from medicalization practices focused on childhood care in a mental health service and its relationship with the health professional's curricula. Intensive medicalization has increasingly improved strategies that employ expert-oriented clinical practices and diagnosis concerning social deviations, based on pathologizing, psychologizing and biomedical rationalities. Brazilian public policies are among these children and adolescent's mental health practices at Children and Youth Psychosocial Care Center - CAPSI, which have been officially established since 2001, under the law number 10.216 that converts health care to population that suffers mental disorder. This research object was shaped by coupling medicalization practices with subjectivation/objectification modes of children and the discourses produced on health professional curricula. This study started at the point it was realized the professional's performance were based on some curricula, and from its analysis it is also possible to understand the processes by which certain settings that intend to frame subjects. Thus, in order to enhance this thesis, it was employed these issues: How can subjectivation/objectification modes find mental disorders in children at CAPSI? To what extent do the discourses which support medicalization practices at CAPSI correspond to the curricula of professionals working in these places? In order to look into medicalization practices at CAPSI and their relationship with the curricula of health professionals, the following purposes were developed: To analyze subjectivation/objectification modes whereby such children are diagnosed as "mentally disabled"; investigate medicalization discourses given by professionals who care children with "mental disorder". It was used as theoretical and methodological framework Michel Foucault's theory of power-knowledge, biopolitics, governableness, among other scholars such as Veyne (1998), Silva (2006), Veiga-Neto (2003), Corazza; Aries; Robert Castel, Jacques Donzelot. Main analysed documents were the medical records registered at CAPSI and interviews with professionals by using general principles of archaeological procedures as methodological tools of historical-documentary research. Therefore, it was asserted with this thesis that the modes of subjectivation and objectification which yield children with "mental disorders" are constituted through a close relationship with medicalizing discourses which have been given in the curricula of health professionals in their official education, daily service routine and in different fields of life.

Keywords: Children and Youth Psychosocial Care Center; Curricula; Medicalization; Childhood; Biopolitics.

RESUME

Ce travail est issu de l'inquiétude sur les pratiques de médicalisation de l'enfance dans un service de santé mentale et ses relations avec la formation des professionnels de santé. Dans la médicalisation intensive de l'existence, les stratégies de plus en plus affinées mettent en fonctionnement les pratiques qui sont conduites par les experts dans les diagnostics et interventions sur les déviances sociales, basées sur les rationalités de la pathologie, psychologiques et biomédicales. Parmi ces pratiques sont paramétrées les politiques publiques brésiliennes de santé mentale dédiées à l'enfance et l'adolescence, qui sont matérialisées par les "Centres d'Attention Psychosocial Infanto-Adolescent – CAPSI", qui sont proposées officiellement depuis 2001, selon la loi 10.216, laquelle redirige l'assistance à la santé de la population touchée par les troubles mentaux. En procédant à la réunion entre les pratiques de médicalisation avec les moyens de subjectivation/objectivation des enfants et les discours qui sont produits pour la formation de professionnels de santé, nous avons construit l'objectif de cette étude. Nous sommes partis de la constatation que le travail même des professionnels impliqués est matérialisé en considérant de leurs formations comme base, et à partir de son analyse il est possible aussi que nous comprenions les processus par lesquels rendent matérielles certaines configurations qui prétendent construire les sujets de certains types. Donc, les bases de sustentation pour le développement de la thèse ont été resumées dans les formulations ci-après: Par le biais de quels moyens de subjectivation/objectivation les enfants sont construits comme souffrant de troubles mentaux, dans leurs parcours dans le CAPSI? Dans quelle mesure les discours qui soutiennent les pratiques de médicalisation dans le CAPSI sont en accord avec la formation des professionnels actifs dans ces lieux? Par l'objectif de mettre en discussion les pratiques de médicalisation qui sont produites dans le CAPSI et leurs relations avec la formation des professionnels de santé, se sont révélées les finalités suivantes: Analyser les moyens de subjectivation/objectivation pour lesquelles les enfants sont constitués comme «souffrant de troubles mentaux». Mettre en discussion les discours de la médicalisation qui sont produits par les professionnels impliqués dans le processus de constitution des enfants «souffrant de troubles mentaux». Comme référence théorique et méthodologique ont été utilisées les formulations de Michel Foucault à propos des relations du savoir-pouvoir, de la biopolitique, de la gouvernance et d'autres intercesseurs à l'exemple de Veyne (1998), Silva (2006), Veiga-Neto (2003), Corazza ; Aries ; Robert Castel, Jacques Donzelot. Les principaux documents analysés ont été les dossiers médicaux qui ont été produits dans le CAPSI et aussi les entretiens avec les professionnels avec l'atualisation des principes généraux des procédures archéologiques comme outils méthodologiques de la recherche historique-documentaire. Comme ça, nous annonçons la thèse de que les moyens de subjectivation et objectivation que produisent des enfants «souffrant des troubles mentaux» sont constitué par étroite relation avec les discours de médicalisation forgés dans les parcours de la formations des professionnels de santé et dans leurs formations officielles, dans le quotidien du service et aussi dans plusieurs domaines de la vie.

Mots-clés: Centre d'Attention Psychosocial infanto-adolescent; Formation; Médicalisation; Enfance; Biopolitique.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSI – Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CESM – Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde
CIASPA – Centro Integrado de Assistência Social do Pará
CID – Código Internacional de Doenças
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DAPE – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
FUNPAPA - Fundação Papa Joao XXIII
GAM - Gestão Autônoma da Medicação
HCGV – Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna”
HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LDB - Lei de Diretrizes e Bases de Educação
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MS – Ministério da Saúde
PPGED – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará
PPGP – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará
PVC – Programa de Volta para Casa
RAAS – Ficha dos Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SEMEC – Secretaria Municipal de Educação Prefeitura de Belém
SESPA – Secretaria Estadual de Saúde Pública
STR - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS - Sistema Único de Saúde
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TR – Terapeuta de Referência

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URPS – Unidade de Reabilitação Psicossocial

SUMÁRIO

ENTREMEAR.....	11
1. MONTAR MÁQUINAS DE CONEXÕES.....	31
1.1 Clausuras, saídas e encruzilhadas.....	31
1.2 Dos dragões, exércitos e campos de batalhas.....	45
1.3 Dos itinerários errantes, das páginas des-ordenadas.....	54
1.4 Dos modos de percorrer territórios des-habitados, movediços, que des-viam..	65
2. OS PERCURSOS CURRICULARES INSCRITOS NAS PRÁTICAS VOLTADAS À INFÂNCIA: DIAGRAMAS BIOPOLÍTICOS DOS CIRCUITOS DE MEDICALIZAÇÃO.....	76
2.1 Urgências e emergências das infâncias protegidas, cuidadas, tuteladas.....	77
2.2 Currículos como cursos de vidas e vidas em curso.....	88
2.3 Diagramas biopolíticos.....	97
2.4 <i>Cursos-circuitos</i> das práticas de medicalização da infância	104
3. GESTÃO (NEM TÃO) CALCULADA DA INFÂNCIA.....	112
3.1. <i>A-colher</i> o que <i>curto-circuita</i>	112
3.2. Os trajetos dos/nos circuitos <i>internos</i>	124
3.3. As linhas de forças que cruzam os circuitos.....	137
3.4. Normalizar famílias, mulheres e crianças	153
4. CURRÍCULOS MEDICALIZADOS-MEDICALIZANTES E INFÂNCIAS..	164
4.1 Das travessias dos cuidados.....	164
4.2 Portos de passagens, pontos que trans-portam.....	171
4.3 <i>Trans-por</i> des-graus, <i>trans-formar</i> (n)as práticas.....	185
4.4 Travessar, trans-versar.....	198
TERMINAIS.....	210
REFERÊNCIAS.....	213

ENTREMEAR

Texto quer dizer *Tecido*; mas, enquanto até aqui esse tecido foi sempre tomado por um produto, por um véu todo acabado, por trás do qual se mantém, mais ou menos oculto, o sentido (a verdade), nós acentuamos agora, no tecido, a ideia gerativa de que o texto se faz, se trabalha através de um entrelaçamento perpétuo; perdido neste tecido – nessa textura – o sujeito se desfaz nele, qual uma aranha que se dissolvesse ela mesma nas secreções construtivas de sua teia. (BARTHES, 2006, p. 74-75).

Entre ofertar, percorrer, alimentar

Este trabalho emerge diante da inquietação acerca das práticas de medicalização voltadas à infância, em um serviço de saúde mental, e suas relações com os currículos dos profissionais de saúde. A noção de currículo, operada neste texto, o considera como percurso que envolve as dimensões culturais e dos modos de subjetivação. Currículos, oficiais ou não, escritos ou vividos, são práticas ine-narráveis, in-decifráveis e in-calculáveis (CORAZZA, 2009). Eis que meu percurso de tessitura da tese, como uma prática curricular, operou deslocamentos, inflexões, recuos, os quais acabaram por atravessar diversas tramas que aqui se inscrevem. Dissolvo-me nessa textura, para que seja possível dar passagem a entrelaçamentos perpétuos que atravessam e constituem este texto.

No período de escritura da tese, em um final de manhã, no mês de outubro de 2016, quando caminhando a pé, pelas ruas de Belém, retornava para casa, em face de imagens que desfilavam suas possibilidades de aberturas, passagens e forças, uma interpôs-se diante de mim, forte, vibrante. Era início da década de 1980 e a imagem é de meu pai estudando, em uma noite qualquer, após o trabalho, ou em um final de semana. Ante suas muitas horas de estudo, sabíamos, eu, meus irmãos e minha mãe, que um modo de ajudar em seus estudos era respeitar seu tempo, ficando mais silenciosos, não interrompendo.

A imagem comparece em um momento de produção da escrita mais intensa do texto da tese. Invoco a força do pai que tive, em suas lutas, seus movimentos de busca e expansão de vida – um homem negro, nordestino, que ingressa nas Forças Armadas, na década de 1960, como modo de obter estudo formal e trabalho para auxílio no sustento de seus pais e seus cinco irmãos –, como buscando a força dele em mim, para mim.

Na caminhada de retorno para casa que habito, em 2016, a casa da década de 1980, na cidade de Corumbá- MS, emerge habitando pensamentos e corpo que parecem se mover no mesmo ritmo. E eis que entra em cena a menina, de uns 5 ou 6 anos, silenciosa, em um quarto de estudos silencioso, segurando uma bandeja que coloca em cima da mesa e ali também se coloca. A olhar e lanchar um pouco com o pai que aceita alegremente o lanche, agradece e continua a estudar. A menina gostava de ser essa que ofertava, servia.

No momento em que a cena se movimenta em minha caminhada, parecendo comparecer como fonte de inspiração e força, em uma espécie de movimento inesperado, muda seu curso. A força que residia na contemplação de um pai que estudava se reverte em uma espécie de imobilização: uma luz envolta da poeira do tempo volta-se àquela que serve e oferta, no entanto, não está se alimentando ou recebendo.

Ofertar, servir e silenciar.

Absorvida por esses pensamentos, uma curva importante na caminhada foi feita e que começara muito antes daquela manhã. A imagem, em seu avesso, esboçou pontos de passagens para a tessitura deste texto, que transborda os quatro anos do curso do Doutorado, deslocando-me das cidades de Corumbá/MS, Belém/PA, Recife/PE, Macapá/AP e Niterói/RJ; compõe-se em intercessões estabelecidas com professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Educação/ICED/UFPA, grupo de Pesquisa, Estudo e Extensão Transversalizando, nas disciplinas cursadas na Universidade Federal Fluminense e Universidade do Estado Rio de Janeiro, no ano de 2015, nas leituras, com parceiros dos trabalhos de saúde mental, participantes da pesquisa, família, amigos conhecidos e desconhecidos – e, assim, forja-se a tessitura deste trabalho, em uma espécie de vinco que a desdobra em várias direções.

Entre deslocamentos afetivos e geográficos, outra trama em sua multiplicidade se compôs. Uma relação de forças e acontecimentos que até então não se articulavam apontou outra perspectiva de olhar *objeto de estudo*, buscando a operação de transversalizar para possibilitar outro modo de investigar que conjurasse oposições. Como nos mostra Deleuze (1998), operar pela transversalidade é permitir a intensificação de devires que estão presentes na pesquisa, “[...] devir é jamais imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade, não há um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar.” (p. 14).

Trata-se de uma tessitura que não faz referência a UM (DELEUZE, 1995), mas de uma dimensão coletiva, em sua multiplicidade, sem identificação de um “rosto”, um nome próprio referente a um indivíduo falante, um sujeito essencializado. Ainda que, em alguns momentos, o texto assuma o nome da autora, esse *eu* é muito menos uma história e mais uma função, como efeito de operações críticas complexas, conforme nos aponta Michel Foucault (2009). Uma função que se liga ao sistema jurídico e institucional, o qual articula o universo dos discursos e pode dar lugar a várias posições-sujeitos que diferentes indivíduos podem assumir. Assume-se aqui um reexame da noção de sujeito, em sua constituição enquanto uma função do discurso.

A menina que comparece no texto assume uma forma de memória como atividade, como ato, como o pensamento grego nos auxilia a pensar por meio da produção de uma flexão característica do que não é apenas guardado.

Memória como um acontecimento que se produz não apenas guardando, abrigando o brilho da verdade que iluminasse novamente aqueles que pronunciassem a sentença. Trata-se de uma forma de memória que “canta uma sentença e a faz brilhar em sua luz, ao mesmo tempo sempre nova e sempre a mesma. Uma memória de atividade, uma memória mais de ato que uma memória de canto. (FOUCAULT, 2006, p. 393).

São acontecimentos como efeitos, não substantivos ou adjetivos, mas verbos, sempre no infinitivo, em devir, que se esquia do presente e divide-se de modo infinito em *passado* e *futuro*. Não é da ordem dos corpos, mas não é imaterial, possui seu lugar e consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de elementos materiais (DELEUZE, 2000; FOUCAULT, 2002, p. 57).

Como efeito, o acontecimento ofertar-servir-silenciar-alimentar produz-se em uma dispersão, não sendo propriedade de um corpo, mas se efetivando no âmbito da materialidade da qual é efeito. O acontecimento atravessa a existência da autora, imprime-se no corpo que habito, como efeito de forças do mundo, de toda memória do mundo, produzida em diferentes espaços-tempos. Esta que fala abriga uma multidão barulhenta que insiste em ser ouvida a respeito das ofertas e silenciamentos, diante da produção de modos de cuidado que irrompem a indagar o que falam os que não são escutados, quais alimentos-medicamentos consomem os que não participam das refeições, quem os ofertam, quais ingredientes crescem e em quais condições o fazem, quais corpos são/estão des-nutridos.

Trata-se do esforço arriscado e íngreme de uma escrita como produção de vida. O esforço de pensar o pensamento, dando passagem para o devir, em sua intensidade. Escrita como inscrições de gestos, modos de viver que abraçam condições de existências em processos formativos, nos currículos como percursos de vida e que podem operar pelo que nos move e nos transforma.

Quando leio, em *O prazer do texto*, de Roland Barthes (2006), que o texto se produz em relação com a vida, em um jogo no qual os dados não estejam lançados, podendo produzir um estado de fruição que desconforta, faz entrar em crise e assume muitas vezes formas de deriva, encontro um fio, ainda que vacilante, para tecer a respeito das mudanças de curso para a produção da tese, movendo-me arrastada a ver e ouvir coisas que, em seus efeitos inesperados e sedutores, anunciaram a possibilidade de um texto como um tecido fresco, flexível, cheio de porosidades, granulados, que acaricia, mas também fere, corta.

A menina silenciosa que se alimentava nas ofertas decidiu falar e alimentar-se também do que serve. Que falem e se alimentem *mulheres, avós, trabalhadoras, mães, estudantes, professoras...*

Des-vias em cursos: vidas que atravessam a tese, a tese que atravessa as vidas

Em um brusco sobressalto, chegamos à praça. A Menina sai do quarto silencioso, deixa bandeja e ofertas, põe-se a brincar. É um domingo bonito de sol, alguns amigos conversam sentados na grama, aproveitando um dia de folga de trabalho, estudos e dos cuidados com filhos, quando, de repente, ouvem um choro desolador. É uma despedida. Um menino chora, duas adolescentes o assistem entre o tédio e a irritação, enquanto a mãe diz: “Eu falei, quem manda ser desobediente! Agora pare de chorar”. A cena não se desenrola, o menino chora cada vez mais alto, quando cada vez mais alto o seu balão ameaça voar. Ele, o balão, prende-se em uma árvore e os amigos em um dia de folga interrompem a conversa, prendem-se ao choro e à notória falta de paciência da mãe e das adolescentes em contornarem a situação.

Uma das amigas, também mãe de um menininho que ama balões, comovida com a despedida, começa a dizer: “Ô, meu amor, que pena o seu balão indo embora...”, ao que a mãe responde: “Bem feito pra ele, eu disse para amarrar no braço”. O menino chora mais, a mãe fica mais irritada e cada vez mais outras pessoas no entorno prestam atenção à cena. O menino corre em direção à nova amiga: “O meu balão quer ir embora”. Ela responde: “Poxa, é uma pena, isso é tão triste, vem cá me dar um abraço, uma hora os balões precisam ir embora lá para o céu dos balões, onde todos os balões perdidos se encontram”. Ele se acalma, ela oferece uma bala e ele oferece ao balão. Os dois juntos vão jogar a bala para o balão preso à árvore.

Assim, a amiga que conversava no dia de folga de estudos, trabalhos e de seu filho, torna-se A Menina e vai jogar bola com João, o menino. Depois de uns minutos o jogo de bola vira um jogo de subir nos monumentos da praça, que vira jogo de correr, de abraçar, de fazer cócegas até que a mãe de João, sem irritação e mais sorridente, diz: “Estou surpresa que você consiga brincar com ele, ele não para, é tão agitado, é hiperativo, e eu não consigo brincar”.

Um dia de folga, um choro, um menino “agitado”, uma mãe irritada, outros que assistem. Cena comum. Cada vez mais comum meninos e meninas agitadas serem mais que agitadas. São *desobedientes, desconcentradas, hiperativas... vão mal* nas praças, em suas casas, *vão mal* na escola. E vão aos especialistas e fazem uso de remédios. As

crianças têm usado cada vez mais psicotrópicos¹, frequentado cada vez mais terapias de toda ordem, cada vez mais, não apenas ligadas na televisão, mas em celulares, jogos eletrônicos, internet e todo esse conjunto poderoso de comunicação e entretenimento impregnados de práticas e discursos que convocam sujeitos ao consumo de objetos, *estilos*, modos de ser, condutas.

Mães e pais cada vez mais irritados, cansados, muitos deles trabalhando mais de 8 horas por dia, enfrentando demorados deslocamentos para ir e voltar ao trabalho, mulheres acumulando funções casa-trabalho-maternidade. As redes sociocomunitárias antes existentes encolheram-se nas ruas e ampliaram-se nos computadores e celulares (BAUMAN, 2008). Nossas praças têm sido as redes sociais na internet, e lá cada vez mais rimos, brincamos, nos informamos e desfilamos vaidades com doses bem generosas de muitas poses. O espaço da rua, da praça tornou-se ameaçador, perigoso. Pode nos machucar, levar o que temos. Podem observar nossas falhas, lacunas, o que não temos ou não somos. Espaços ameaçadores, os públicos, paguemos então por segurança em *shoppings*, condomínios fechados, nos parques infantis. Paguemos por segurança, privatizando os espaços públicos.

Sueli Rolnik (1997) mostra que, diante de tantos acontecimentos que nos assolam, contemporaneamente, vivemos os vazios como efeito de falta e tomados pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento e até morte. Protegemo-nos das forças que abalam a ilusão de identidade, por meio de um mercado de drogas variadas, o qual sustenta e produz essa demanda de ilusão, promovendo uma espécie de toxicomania generalizada. Protegemo-nos anestesiando a vibratilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus afetos: *Não chore, João. Não fale com estranhos. Não incomode, desculpe incomodar. Obedeça!* Proteger, silenciar, ofertar, consumir, conter.

Forjar uma posição de menina que brinca na praça constitui o emaranhado de uma teia que diz a respeito ao que movia o pensamento em face das práticas de medicalização da infância, na construção do projeto de tese e, ao percorrer territórios outros, reencontra algumas centelhas lançadas por outros *meninos* em um *curto-circuito*. Durante a realização de estágio curricular em Psicologia, um grupo de

¹ Dados divulgados no *Boletim de Farmacoepidemiologia* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2012, apontam que, no Brasil, entre os anos de 2009 e 2011, o consumo de metilfenidato aumentou em 75%. O medicamento é utilizado no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

estagiários presencia um embate entre crianças em situação de acolhimento institucional, em um estabelecimento de assistência social, sob a gestão estadual, e seus cuidadores. Elas cortam o fornecimento de energia do prédio, sobem nos muros, chamando atenção dos moradores vizinhos. A equipe solicita intervenção de um serviço de saúde mental, através da narrativa-queixa que configura um “surto coletivo”, excluindo desta tudo que conecta o acontecimento às suas práticas, muitas vezes violentas.

O crescente encaminhamento de crianças aos serviços de saúde mental é acompanhado do também crescente aumento no consumo de psicofármacos pela população infantil, trazendo as indústrias farmacêuticas para o cenário da medicalização. Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes brasileiros sofram de transtornos mentais. Mediante esse encargo explicativo biomédico, os comportamentos considerados inadequados no âmbito escolar atrelam-se cada vez mais a uma causa orgânica, um déficit neurológico. Professores e outros agentes das equipes escolares formulam “diagnósticos”, contribuindo assim para a produção da medicalização dos problemas escolares e de aprendizagem, enquanto as relações que atravessam os modos como vivemos e nos interpelam, como sujeitos “produtivos”, “normais”, “adequados”, “saudáveis”, são postas de lado.²

Estávamos em 2012, ano em que o Conselho Federal de Psicologia- CFP elaborou um documento como subsídio para a campanha “Não à medicalização da vida. Medicalização da educação”,³ que chamava atenção para os processos de medicalização, tendo pautas elaboradas por pesquisadores de universidade públicas e privadas, profissionais das áreas da saúde e da educação, organizados no Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. O Fórum, articulado nacional e internacionalmente, objetiva compreender aspectos subjacentes ao processo de medicalização, alertando para o aumento considerável, entre a população de crianças brasileiras, de consumo de medicamentos – principalmente os psicotrópicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

² São postas de lado as exigências de uma economia globalizada e dos custos dos avanços tecnológicos que produzem uma nova relação espaço-temporal, transformado com o tempo em mercadoria e a velocidade, em valor econômico, impulsionando a busca desenfreada por lucro, gerando efeitos do desequilíbrio climático, poluição do ar e da água, devastação de enormes áreas de florestas e, conseqüentemente, a precarização das condições de trabalho e dispensa de trabalhadores, aumentando problemas provocados pelo desemprego, como a pobreza, precárias condições de saúde e moradia, e aumento dos índices de violência nas cidades (BAUMAN, 2010).

³ Disponível em: www.medicalizacao.com.br. Acesso em: 20.06.2012.

Um conjunto de produções acadêmicas apontava para a relação entre os discursos produzidos no contexto escolar, mais especificamente dos professores, e a constituição das crianças portadoras de transtornos mentais. Destes, destaco a Dissertação de Mestrado de Fabiola Colombani Luengo, *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. Defendida em 2009, objetivando a discussão da relação entre indisciplina e o diagnóstico de TDAH, a partir da queixa de professores, indica as relações entre as posições dos professores diante dos processos estigmatizantes voltados aos alunos que não se adaptam aos ritmos escolares, através das dificuldades no estabelecimento entre indisciplinas e transtornos, tendo como efeito o aumento no número de encaminhamentos aos profissionais de saúde.

O estudo de Helena Rêgo Monteiro (2006), denominada *A medicalização da vida escolar*, aborda o processo de medicalização no espaço escolar e seus efeitos, problematizando a psiquiatrização da demanda escolar que inclui um contingente significativo de crianças nos programas oficiais de saúde como portadores de transtornos mentais. A Dissertação aponta como o discurso higienista do início do século XX criou dispositivos médicos constituídos para o uso escolar, por meio dos quais professores investigam os corpos dos alunos.

E, por fim, tese de Katia Cristina Silvia Forli (2011) intitulada *Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico*, parte da relação na taxonomia dos transtornos ou distúrbios psicológicos com os transtornos de aprendizagem, para mostrar como parte da nomenclatura nosográfica incorpora o discurso dos educadores, ao designar entraves vividos por alunos na escola. O trabalho analisa as articulações entre saber e poder como fundamentação de práticas que associam loucura e fracasso escolar nas práticas pedagógicas que incluem a produção de relatórios de alunos que “vão mal na escola”, buscando demonstrar como a circulação do discurso psiquiátrico no campo da educação gera o esvaziamento do ato educativo, e é por ele alimentado.

Diante do que apontam tais estudos, a campanha de enfrentamento dos processos de medicalização da vida e as discussões que foram estabelecidas naquele ano a respeito dos processos de medicalização estavam em estreita relação com questões que atravessavam o contexto político esboçado e colaboravam com o que acompanhávamos,

nos campos de estágio no curso de Psicologia, nos trabalhos desenvolvidos como técnica responsável pelo Serviço de Psicologia e membro do Núcleo Docente Estruturante do curso. Assim, às questões forjadas no exercício da docência aliaram-se o interesse na temática da infância, constituído desde o início de minha atuação como psicóloga, no campo da assistência social⁴, as inquietações que emergiram de meu percurso como trabalhadora do campo da saúde mental e também as vertigens experimentadas, ao esperar meu primeiro filho.

A experiência de *ter* um filho imprimiu muitas marcas neste trabalho. Algumas sutis, indizíveis, outras notórias, avassaladoras. Dividir anotações dos cuidados de pré-natal com anotações de um projeto de tese (ainda no exercício da docência). Ceder ao ritmo de um corpo que mudava como um anúncio de um tempo marcado por outras velocidades. Amamentação, aulas, voos, bebê no colo, no berço, na cama, engatinhando, andando, correndo, na escola... Uma travessia entre aulas, cidades, produção de artigos, doenças, separações, mudanças de casa, de cidade, tarefas de casa... Percurso que muitas mulheres, trabalhadoras, estudantes, mães, donas de casa fazem, e que operava inflexões às questões que moviam meu pensamento, diante da temática da infância.

No século XXI, as conquistas das mulheres as levaram para quais lugares? Conquistas de/para quais mulheres? No campo social, político e cultural, o que está posto? E lá/aqui está(va)mos: a menina que ofertava e silenciava, a mulher habitando espaços concedidos cheios de interrupções, mulheres criando seus filhos sozinhas, avós criando netos, mulheres ofertando em seus trabalhos espaços de cuidado para filhos de outras mulheres, e as práticas de medicalização atravessando esses espaços-tempos, das práticas higienistas às ofertas de terapias de toda ordem, em cardápios variados de medicamentos psicotrópicos, por meio de estratégias de cuidado.

Talvez seja possível dizer que uma marca indelével se fez em torno das possibilidades de um desprendimento de si, como nos mostra Foucault (2004a): “[...] há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da

⁴ Meu primeiro trabalho como psicóloga foi no projeto do Governo Federal “Sentinela”, de enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças, no ano de 2002, no município de Parauapebas, situado a 719 km de distância de Belém. O município assenta-se na Serra dos Carajás, polo de mineração onde se encontra a Vale S.A. (antiga Companhia Vale do Rio doce). Entre os anos de 2004 e 2007, trabalhei em um projeto municipal de escola-circo, na cidade de Belém, que posteriormente passou a funcionar como um Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, e em Marituba, região metropolitana de Belém, também em um CRAS. Todos esses vínculos de trabalho eram contratos temporários.

que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir.” (FOUCAULT, 2004a, p. 196-197). Essa marca conectou pesquisadora e objeto de pesquisa de outros modos, outras redes se agenciavam por combinações que afirmavam sua potência.

Dessa forma, elegendo como foco de problematização o aumento das crianças diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais (e, conseqüentemente, o aumento do consumo de medicamentos psicotrópicos), sendo, em sua grande maioria, encaminhadas aos serviços públicos de saúde mental pela escola (ou por orientação/solicitação desta) e tratadas via medicação, tendo em vista o pedido em função de problemas de aprendizagem ou escolares (BOARINI, 2013; BOARINI; BORGES, 1998; BRASIL, 2005), o projeto de tese, submetido ao PPGED, no final do ano de 2012, objetivava analisar as práticas de medicalização como modos de subjetivação/objetivação, nos quais indivíduos são transformados em sujeitos de determinados tipos, a partir das relações saber-poder, e os currículos dos profissionais da saúde e educação como dispositivo que fabrica e institui os objetos dos quais fala – no caso aqui posto, noções como a de infância, desenvolvimento, aprendizagem, *normal e patológico* –, e também os sujeitos aos quais se dirige.

O Programa de Pós-Graduação em Educação PPGED/UFPA, cujo compromisso se constitui na formação de seu público-alvo, incorpora a preocupação com a realidade regional, por intermédio da interdisciplinaridade e da compreensão da complexidade do fenômeno educacional na Amazônia. O programa abrigava a linha de pesquisa “Educação: Currículo, Epistemologia e História”,⁵ composta por seu caráter multígeno e por ter sido o programa no qual eu realizara minha Dissertação de Mestrado⁶, indicava possibilidade de comungar problematizações e desafios de uma produção ainda inexistente, de sorte a percorrer esses territórios não tão demarcados da pesquisa, nos acoplamentos entre saúde e educação.

⁵Após levantamento das produções do programa, constatou-se, com pesquisa *online* no sítio do referido programa, a inexistência de produções que articulam as interfaces currículo, infância e saúde. No que tange a produções sob a égide das formulações foucaultianas, não foi registrada nenhuma produção que abrigasse preocupações com a temática e quanto às dissertações encontradas, ainda que todas tratem de questões curriculares.

⁶O campo dos estudos sobre o currículo fez parte das minhas inquietações, no Mestrado em Educação no PPGED/ICED/UFPA (2007-2009), quando pesquisei os modos de subjetivação colocados em funcionamento no currículo materializado em cartilhas formativas, produzidas por uma organização não governamental. As práticas educativas sempre estiveram relacionadas às minhas preocupações, por identificar uma prática privilegiada para a construção de novos modos de pensar e transformar relações sociais, seja nas escolas, seja em organizações governamentais ou instituições de ensino superior.

Os dois primeiros anos foram intensos, nesses diálogos, e apontavam para um *objeto* de pesquisa ainda não muito bem delimitado, assim como uma necessidade maior de apropriação teórica-conceitual, fazendo operar conceitos de modo mais consistente. Operar, considerado como uma ferramenta, como um fazer-criar, como uma ação relacionada à produção: “[...] o operar opera preferencialmente (mas não só) acontecimentalizações, problematiza em suas análises estratégicas as táticas para uma guerrilha de abertura possíveis.” (COSTA, 2012, p. 176). Serão, portanto, conceitos que permitirão perscrutar os arquivos, promovendo deslocamentos.

O texto elaborado para o Exame de Qualificação buscava abrigar questões sinalizadas nas reuniões de orientação, pelos membros da Banca, também pelos professores das disciplinas do Doutorado e pelos colegas de turma.

Em relação às disciplinas, as discussões feitas a partir da Educação Brasileira⁷ resultaram em um ensaio intitulado “Ideias higienistas nos escritos de José Veríssimo: apontamentos para pensar a educação no Pará”, cujo objetivo foi o de esboçar um breve ensaio sobre higienismo e educação republicana, na obra *A Educação Nacional*, de José Veríssimo Dias de Matos (1857-1916). Educador, crítico literário, gestor, Veríssimo foi reconhecido nacionalmente por suas discussões acerca do colonialismo português e sobre as políticas educacionais republicanas, no Brasil. Com base nos enunciados a propósito da aliança entre saúde e educação, destacados da obra, o trabalho apresentou seus elementos principais, enfatizou os traços das ideias higienistas e concluiu, apontando questões para debates sobre a origem de práticas higienistas, no Brasil, por meio do pensamento educacional.

Os Seminários de Tese,⁸ de uma forma geral, trataram da discussão a respeito da vigilância epistemológica diante da construção da tese, através do investimento na formulação de seus elementos principais. Sintetizo as seguintes “pistas”:

- A necessidade e a importância de o trabalho de pesquisa ser planejado – por um programa bem delineado –, com uma coleta de dados rigorosa e análises densas, bem fundamentadas;

⁷ Artigo apresentado como parte da avaliação da disciplina Teoria Educacional, do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPA, ministrada pela Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Araújo.

⁸ Seminários de Tese I, II, III e IV, ministrados pela Prof.^a Dr.^a Vilma Baia, Prof.^a Dr.^a Flavia Lemos e Prof. Dr. Paulo Sérgio de Almeida Corrêa.

- A necessidade de realização do estado de conhecimento, explicitando o que já foi produzido e por quais estratégias metodológicas, de sorte a justificar a relevância científica da tese, assim como seu ineditismo.

Fazendo referência à construção de uma caixa de ferramentas, destaco o processo de construção do objeto e dos elementos essenciais da tese, articulados em torno do desafio de construir espaços que abriguem a constituição das ferramentas. Trata-se desse espaço-momento em que visualizo a chave teórica foucaultiana, constituindo-se como uma linha de força e que traz reverberações ao trabalho, desde antes de seu nascedouro até seu momento atual. Nesse sentido, ressalto a participação no grupo de estudos, pesquisas e extensão, Transversalizando,⁹ ao qual me vinculo desde 2009.

O grupo opera interseções com diversos autores, objetivando problematizar práticas de saber-poder-subjetivação, através da “ontologia das práticas exercidas em estabelecimentos de concretização de políticas públicas brasileiras, de movimentos sociais e através da análise de documentos na temática de direitos humanos.” Além dos encontros de estudo, desenvolvemos e participamos de debates e intervenções políticas, nos espaços da cidade, relacionados às temáticas vinculadas às pesquisas que desenvolvemos; neste semestre, em específico, organizamos um cronograma de apresentação e discussão de todas as pesquisas em andamento (Graduação, Mestrado e Doutorado).

Todas as pistas oferecidas pela Banca, na ocasião do Exame de Qualificação, foram guardadas (ainda que estivessem presentes em muito do que movia meu pensamento) e mergulhei em outra travessia, em 2015, quando me mudei para a cidade de Niterói/RJ, a fim de passar um ano cursando disciplinas em programas de pós-graduação (na Universidade Federal Fluminense/UFF e Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ). O texto que abrigara formulações de um tempo em que estive entre Macapá e Belém, nos anos de 2013 e 2014, sofrera deslocamentos importantes, em sua costura invisível. Aliado ao Exame de Qualificação, a experiência em outra cidade e outros programas de pós-graduação operou deslocamentos que, ao longo do texto, tento materializar.

⁹ Grupo de pesquisa “Psicologia Social e Política: transversalizando filosofia, história e educação”, formado em 2008, tendo como líderes a Prof.^a Dr.^a Flávia Cristina Silveira Lemos e o Prof. Dr. Leandro Passarinho Reis Júnior.

No final da década de 1960, minha família paterna havia migrado da cidade de Penedo/Al para o Rio de Janeiro e, durante muitas de minhas mudanças de cidade, na infância, esta era uma espécie de porto no qual sempre passávamos um período. Ainda que, durante minha estadia, no ano de 2015, as longas distâncias (de Niterói até o campus da UERJ ou à escola em São Gonçalo na qual acompanhei um projeto de formação de professoras) imprimissem um esforço árduo para conciliar estudos com casa-filho-casamento-estudos, o bairro em que escolhemos morar permitia em muitos momentos uma circulação pela cidade, acessando espaços e serviços públicos (praias, parques, museus, praças, unidade básica de saúde), além de uma convivência comunitária com vizinhos, amigos do parquinho ou da escolinha.

A essa ligação afetivo-familiar, esse deslocamento geográfico somava o interesse nas discussões realizadas por um grupo professores do curso de psicologia da UFF, onde cursei duas disciplinas. Estas possibilitaram retomar questões importantes sobre operadores conceituais foucaultianos, de um modo geral, e também a respeito do entrelaçamento de questões saúde e trabalho. Também na UERJ, os estudos, durante o semestre, sobre o *Hermenêutica do Sujeito*, de Foucault (2006), leitura antes realizada no Grupo de Estudos Transversalizando, possibilitaram interrogar a noção de cuidado, articulada às práticas de medicalização.

Pensando a respeito das ressonâncias dos deslocamentos afetivos e geográficos, na tese, uma intercessão importante foi a estabelecida com o livro *Um teto todo seu* (2014), de Virginia Woolf, baseado em dois artigos lidos em 1928 para a Arts Society, do Newnham College, e para a ODTAA, do Girton College. Ao se perguntar sobre os efeitos da pobreza sobre a ficção e quais as condições necessárias para a criação da obra de arte, Woolf nos mostra que mal existiram mulheres ficcionistas, até o século XX, abarcando as regras do patriarcado, afirmando que as mulheres na ficção foram escritas por homens, enquanto, na vida real, eram trancadas, espancadas, jogadas de um lado para o outro. O ensaio argumenta que as mulheres, para escreverem ficção, precisam de um espaço livre de interrupções, recursos financeiros e validação social.

Woolf (2014) trata das adversidades, diante da produção literária feita por mulheres, do desencorajamento, das circunstâncias materiais em oposição, convocando mulheres ao trabalho de exercício da coragem e liberdade para escrever, colocando uma

fechadura na porta, implicando o exercício de pensar por si mesma, escrevendo sobre as vidas acumuladas sem registro, exercendo, assim, influência no mundo.

Os cachorros vão latir; as pessoas vão interromper; o dinheiro precisa ser ganho; a saúde vai sucumbir. Além disso, acentuando todas essas dificuldades e tornando-as mais difíceis de suportar, há a indiferença notória do mundo. (p. 76).

Absorvida pela ideia de um teto todo seu-meu, considerando a cena que abre este texto e os des-encontros da/na pesquisa, uma curva na caminhada foi feita para pensar a respeito das conquistas das mulheres, um século após a publicação do ensaio. Os documentos eleitos como fontes de pesquisa tratavam com grande centralidade das existências de crianças, mulheres – *mães, avós, profissionais de saúde, pesquisadora*.

Criar textos, tese, filhos, laços, práticas de intervenção. Meus deslocamentos afetivos e geográficos, em suas interrupções, no esforço de criação de espaços-tempos outros, deslocando posições menina-mulher-docente-estudante-esposa-mãe, encaixaram-se em meu tema de pesquisa. Era a vida atravessando a tese, a tese atravessando a vida, em uma afectação que faz vacilar o eu: “[...] afecto é uma efectuação de uma potência de matilha que subleva e faz vacilar o eu.” (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

Múltiplas entradas: o que ensaia, o que esfumaça, o que deixa vestígios

Diante das forças da infância que pedem passagem, habitando as incertezas, o indeterminado, um tempo outro, quando emerge como desgoverno, temeroso, uma rede composta por mães, pais, avós, professores, profissionais de saúde, da educação e da assistência social, estabelecimentos encarregados do *social* esboçam os circuitos os quais crianças percorrem, quando o que era de passagem (*Um espírito? Um momento?*) se torna um estado, muitas vezes, definitivo.

É uma infância, portanto, como noção construída com base em sistemas normativos nos quais são exercidas estratégias de saber-poder-subjetividade. Presos em

face das verdades em torno da infância, na medicalização intensiva da existência, estratégias cada vez mais refinadas colocam em funcionamento práticas conduzidas por especialistas nos diagnósticos e intervenções voltadas aos desvios sociais, fundamentados em racionalidades patologizantes, psicologizantes e biomédicas.

Dentre essas práticas, configuram-se as políticas públicas brasileiras de saúde mental, voltadas à infância e adolescência, materializadas nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSI. Propostos oficialmente, desde 2001, no âmbito da Lei 10.216, a qual redireciona a assistência à saúde da população com transtornos mentais. Esses estabelecimentos têm como características principais atender a crianças e adolescentes com transtornos mentais, em grupos e individualmente, como serviço de atenção diária, realizando oficinas terapêuticas, visitas, atendimento às famílias, atividades de integração da criança na família, escola, comunidade, ações intersetoriais (Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002).

Segundo a publicação *Saúde Mental em Dados*, de 2015, da Coordenação Geral de Saúde Mental, que apresenta informações sobre a Política Nacional de Saúde Mental, objetivando auxiliar a gestão dos 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes, os voltados para a população infantil e os jovens somam 201. Nos municípios onde não há os serviços específicos para infância e juventude, o tratamento passa a ser realizado pelas demais tipologias de CAPS, por ambulatórios de saúde mental e outros recursos existentes.

As equipes são formadas por médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Desse modo, ao efetuarmos acoplamentos entre práticas de medicalização como modos de subjetivação/objetivação de crianças e os discursos produzidos no currículo de profissionais de saúde, constituímos o objeto de pesquisa. Partimos da constatação de que o próprio trabalho dos profissionais envolvidos se materializa tendo um currículo como base e, a partir de sua análise, também é possível compreendermos os processos

pelos quais tomam materialidade certas configurações que pretendem constituir sujeitos de determinados tipos (MAUÉS, 2003).

Entendemos que a inexistência de teses e dissertações que estabelecem interseção entre práticas de medicalização e estudos sobre currículo, aliada ao fato de as produções acerca dos transtornos mentais, no campo da educação, em sua maioria, estarem centradas em explicações organicistas e reducionistas, atrelam-se às questões vividas como impasses nas escolas, de caráter orgânico, biológico e individual (BUENO; OLIVEIRA, 2013).

As incursões teórico-metodológicas em torno das temáticas da medicalização, currículo e infância, operadas aqui por meio das formulações foucaultianas, invocam a constituição de objetos de estudo em um exercício de problematização que ajude a pensar como um conjunto de respostas é produzido diante de um conjunto de problemas. Trata-se de uma tarefa analítica, um trabalho específico do pensamento (FOUCAULT, 2006), o qual nos coloca o exercício de interrogar os mecanismos que fazem aparecer dois lados, para dissolver a unidade ilusória de um lado pelo qual se tomou partido e daí passar para outro lado (FOUCAULT, 1977, apud ARTIÈRES, 2004, p. 35).

Por conseguinte, enunciamos a tese de que os modos de subjetivação e objetivação que produzem crianças “portadoras de transtornos mentais” são constituídos por uma estreita relação com discursos medicalizantes forjados nos percursos curriculares de profissionais de saúde, em suas formações oficiais, no cotidiano do serviço e em diversos âmbitos da vida. Consideramos, portanto, com as formulações de Michel Foucault, as práticas de medicalização como modos de subjetivação/objetivação nos quais indivíduos são transformados em sujeitos de determinados tipos, com base em relações saber-poder, e os currículos dos profissionais da educação e saúde como dispositivo que fabrica e institui os objetos dos quais fala – no caso aqui posto, noções como a de infância, desenvolvimento, aprendizagem, *normal e patológico* –, além dos sujeitos aos quais se dirige.

Assim, as bases de sustentação para o desenvolvimento da tese podem ser resumidas nas seguintes formulações: por meio de quais modos de subjetivação/objetivação crianças são constituídas como portadoras de transtornos mentais, em seus percursos no CAPSI? Em que medida os discursos que sustentam

práticas de medicalização no CAPSI se encontram em correspondência com os currículos dos profissionais atuantes nesses espaços?

Do objetivo de problematizar práticas de medicalização produzidas no CAPSI e suas relações com os currículos de profissionais da saúde, desdobram-se as seguintes finalidades:

- Analisar os modos de subjetivação/objetivação pelos quais crianças são constituídas como “portadoras de transtorno mental” e as práticas colocadas em funcionamento no CAPSI;

- Problematizar os discursos medicalizantes, produzidos pelos profissionais, presentes no processo de constituição de crianças “portadoras de transtornos mentais”.

Utilizamos pistas fornecidas pela arqueogeneologia foucaultiana, a fim de conduzir a pesquisa, produzindo estranhamentos, demolindo evidências, compondo diagramas que explorem relações de saberes e poderes. A escolha por tais pistas reside na possibilidade de, com elas, desconfiarmos das formulações filosóficas de “verdade”, como enfatiza Silva (2004), as quais se encontram em correspondência com a realidade, como uma instância a ser verificada empiricamente e que está na base das concepções que moldam os currículos. Não se trata de buscar confirmar a existência ou não dos transtornos mentais na infância ou de perfilar os currículos dos profissionais, em busca da origem dos discursos que sustentam práticas medicalizantes, mas de saber como essas práticas se constituíram e quais seus efeitos.

Ao escolher tais formulações como ferramentas teóricas e metodológicas, pomos em funcionamento a atitude da problematização como uma tarefa analítica, um trabalho específico do pensamento (FOUCAULT, 2006). Buscamos formular problematizações que nos ajudem a pensar como um determinado conjunto de respostas é produzido para um conjunto de problemas, dificuldades, colocando em análise como construímos um conjunto de práticas. Nas palavras de Foucault: “O trabalho do pensamento não consiste em denunciar o mal que habitaria secretamente tudo o que existe, mas em pressentir o perigo que ameaça tudo o que é habitual e tornar problemático tudo o que é sólido.” (FOUCAULT, 2003, p. 609).

Acreditamos que a relevância social desta pesquisa reside na possibilidade de articulação entre diferentes campos de saberes, tomando como referência estudos das práticas de intervenção no campo da saúde e suas relações com discursos produzidos nos currículos de profissionais, em uma perspectiva que se contrapõe à redução da experiência humana ao funcionamento cerebral. Tal perspectiva não esvazia as práticas voltadas à infância e todo o feixe de relações que esta engendra, ao individualizar questões sociais mais amplas e afastar a possibilidade de buscar nas relações históricas e sociais algumas compreensões para o sofrimento humano, traduzido como problemas de comportamento, de aprendizagem, decorrentes da constituição de famílias “desestruturadas”.

Assim, esperamos que as formulações aqui materializadas ressoem como convocação à inquietação e construção de apostas que objetivem compreender aspectos não evidenciados no processo de medicalização da infância, quer no âmbito acadêmico, quer com a população em geral – nas escolas, com grupos de pais e alunos, na rede de serviços governamentais de assistência social, nas associações de usuários de serviços de saúde, nas organizações governamentais, nas igrejas, na mídia televisiva, impressa ou eletrônica, dentre outros espaços –, para que haja reflexão em torno dos interesses em jogo, quando determinadas formas de saídas para a vida se apresentam.

Ademais, almejamos o debate em torno das políticas de saúde mental e desenvolvimento de trabalhos futuros, assim como para a constituição de práticas críticas diante das estratégias segregadoras, justificadas pela redução de questões sociais a problemas psíquicos. A análise das questões aqui postas pretende, ao promover acoplamentos entre as temáticas do currículo e práticas de medicalização da infância e educação, expondo paradoxos, possibilitando a emergência de singularidades e o rompimento de evidências, pensar a questão da medicalização da sociedade através da proposição de ações que ajam nas relações nas quais algo se produziu, nas relações que são habitadas no cotidiano.

A teia e os artifícios de uma montagem

No **Capítulo 1**, “Montar máquinas de conexões”, apresentamos a seguir princípios gerais de procedimentos arqueológicos como ferramentas metodológicas de pesquisa histórico-documental. Estabelecemos intercessões com as contribuições de Michel Foucault, com enfoque histórico-genealógico para análises de documentos-acontecimentos-discursos-saberes-poderes produzidos nas práticas no CAPSI e suas relações com os currículos dos profissionais de saúde.

O **Capítulo 2**, “Os percursos curriculares inscritos nas práticas voltadas à infância: diagramas biopolíticos dos circuitos de medicalização”, desenvolve a discussão em torno dos acoplamentos entre as práticas dirigidas à infância, no campo das políticas públicas, e os percursos curriculares dos profissionais de saúde como estratégias biopolíticas de medicalização. Partimos da noção de infância, como construção histórica e não naturalizada, em estreita aliança com saberes e discursos médicos, *psi*, pedagógicos, constituindo o campo das políticas públicas sociais voltadas aos sujeitos infantis. Em seguida, abordamos a dimensão curricular dos profissionais de saúde, como um acontecimento histórico, cujo funcionamento se opera por intermédio do saber-poder psiquiátrico, acionando estratégias disciplinares e da biopolítica, para, por fim, articular tais discussões aos processos de medicalização como modo de governo dos corpos e das populações.

No **Capítulo 3**, “Gestão (nem tão) calculada da infância”, traçamos a descrição dos percursos das crianças no CAPSI, por meio das análises dos prontuários, analisando as práticas de saber-poder-subjetivação pelas quais crianças são constituídas como portadoras de transtornos mentais, à luz dos conceitos foucaultianos de poder disciplinar, biopolítica e poder psiquiátrico, associados ao campo teórico de discussão da infância como construção social.

O **Capítulo 4**, “Currículos medicalizados-medicalizantes e infâncias”, problematiza as verdades que permeiam as práticas exercidas no CAPSI, em estreita relação com as verdades forjadas nos percursos curriculares dos profissionais que as produzem e narram, nos prontuários e entrevistas. Em função dos modos de cuidar e intervir efetivados por uma política pública, permitem pensar a relação dos cuidados operados no serviço, pelo acesso às verdades, ao mesmo tempo em que fornecem pistas e criam brechas para pensarmos quais outros modos de cuidado atravessam as práticas ou poderiam/podem atravessá-las.

Nas Considerações Finais, intituladas *Terminais*, apresentamos argumentos indicativos da pertinência do estudo e dos problemas de pesquisa que o conformaram, retomando algumas questões e tecendo ponderações a respeito das lacunas do estudo e do que aponta para novas pesquisas.

CAPÍTULO 1 – MONTAR MÁQUINAS DE CONEXÕES

A página tem o seu bem só quando é virada e há a vida que impulsiona e desordena todas as folhas do livro. A pena corre empurrada pelo mesmo prazer que nos faz correr pelas estradas. O capítulo que começamos e ainda não sabemos que história vamos contar é como a encruzilhada que superamos ao sair da clausura e não sabemos se nos vai colocar diante de um dragão, um exército bárbaro, uma ilha encantada, um novo amor. (Ítalo Calvino, *O Cavaleiro Inexistente*).

Ao interrogar a constituição de corpos infantis, em diferentes experiências históricas e por meio dos detalhes das práticas, promovemos incursões diante das rupturas e continuidades nas práticas de medicalização efetivadas pelas políticas públicas brasileiras de saúde mental voltadas à infância.

Para tanto, escolhemos documentos produzidos por especialistas em um estabelecimento de saúde e operamos análises, através de procedimentos arqueológicos como ferramentas metodológicas de pesquisa histórico-documental. Estabelecemos intercessões com as contribuições de Michel Foucault, com enfoque histórico genealógico para análises de documentos-acontecimentos-discursos-saberes-poderes produzidos nas práticas no CAPSI e suas relações com os currículos dos profissionais de saúde.

Apresentamos, a seguir, princípios gerais que, ao longo do trabalho, se desdobram em sua operacionalização no encontro com os documentos analisados, compondo diagramas, que não agem rerepresentando um mundo preexistente, mas produzindo novos tipos de realidade, de verdade. Diagrama em sua multiplicidade, devir, composto de relações de forças que constituem o poder, conectando diversos pontos e em direções variadas que apontam travessias diante de encruzilhadas, ilhas, exércitos, páginas desordenadas, estradas e das vidas que impulsionam e alimentam esse trabalho.

1.1 – Clausuras, saídas e encruzilhadas

As políticas voltadas à infância, no campo da saúde pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),¹⁰ se organizam nos seguintes eixos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido; desenvolvimento integral na primeira infância; prevenção de violências e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade; prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância. As equipes da Atenção Básica se responsabilizam, no território, por ações em função dos problemas que acometem a infância, baseadas nos indicadores de mortalidade infantil e de morbidade decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança, atendendo às especificidades de saúde por faixa etária (BRASIL, 2014).

No campo da saúde mental, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com a Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, a qual “[...] prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS”, com posterior regulação destes por meio de diversas normativas.¹¹ São seus objetivos gerais:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Configura-se, portanto, como uma rede que articula componentes da saúde (Unidade básica de saúde; Núcleo de apoio à saúde da família; Consultório na rua,

¹⁰ Instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Fundamenta-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, integralidade das ações, equidade, descentralização dos recursos, controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (BRASIL, 2004).

¹¹ Portaria MS nº 121/2012 (unidades de acolhimento), Portaria MS nº 122/2012 (consultórios na rua), Portaria MS nº 130/2012 (CAPSad III), Portaria MS nº 131/2012 (serviços residenciais terapêuticos), Portaria MS nº 132/2012 (reabilitação psicossocial), Portaria MS nº 148/2012 e Portaria MS nº 1.615/2012 (serviços hospitalares de referência), Portaria MS nº 3.089/2012 (que dispõe sobre o financiamento dos CAPS).

Centros de convivência e cultura), da atenção psicossocial estratégica (Centros de atenção psicossocial); atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de estabilização; Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde), da atenção residencial de caráter transitório (Unidade de acolhimento; Serviço de atenção em regime residencial), atenção hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Leitos de SM no hospital geral); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços residenciais terapêuticos; Programa “De Volta para Casa”), Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

Os CAPS integram a rede no eixo da atenção psicossocial estratégica, sendo regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, no âmbito do SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os CAPS funcionam em área independente de estrutura hospitalar (podendo localizar-se no conjunto arquitetônico de instituições universitárias ou dentro dos limites físicos de um hospital geral) e dividem-se por modalidades, cumprindo as mesmas funções, contudo, distinguindo-se por ordem de porte/complexidade e abrangência da população do município em que se encontra. As modalidades CAPS I, II e III possuem capacidades de atendimento diferentes, o que implica mudanças no quantitativo de profissionais, horário de funcionamento, financiamento, de acordo com a modalidade. Ressalte-se que os CAPS III, por serem serviços de atenção contínua, em funcionamento 24 horas, voltando-se igualmente aos atendimentos de situação de crises, diferenciam-se dos demais, não apenas por sua capacidade de atendimento, mas também por sua função. Também há os CAPSad, dirigidos para atendimento aos transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (que também funciona na modalidade III) e os CAPS,I direcionados ao atendimento de crianças e adolescentes.

Segundo o Informativo Eletrônico de Dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, o qual apresenta informações objetivando auxiliar a gestão, *Saúde Mental em Dados 12*,¹² publicado em 2015, houve uma constante ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária. Desde o ano de implantação dos serviços no Brasil, em 1989, eram 148 CAPS e, em 2014, são 2209. Os CAPSI eram 75, no ano de 2006, crescendo, em 2014, para 201. Cabe enfatizar que os cuidados destinados ao público infanto-juvenil são efetivados ainda nos CAPS I, naqueles municípios a partir de 15 mil habitantes.

O Ministério da Saúde define os indicadores de cobertura de CAPS, por 100 mil habitantes, como cobertura muito boa (acima de 0,70), cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).¹³ De todas as regiões do país, a Região Norte possui os índices mais baixos de cobertura, embora tenha taxa positiva de crescimento. O documento *Saúde Mental em Dados* ressalta que esses indicadores são menos sensíveis às peculiaridades da Região Norte, como a dispersão e a baixa densidade populacional, a grande extensão territorial, as dificuldades de acesso.

O Estado do Pará, com 8.073.924 habitantes, possui 73 CAPS.¹⁴ A RAPS, no Estado, é composta por um Residencial Terapêutico, uma Unidade de Acolhimento Adulto, Um consultório na rua, Núcleos de Apoio de Saúde da Família, porém, não há nenhum Centro de Convivência.

Em Belém/PA, a Lei Municipal de Saúde Mental nº 7892/1998, que reorienta o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, surge junto com o Movimento de Luta Antimanicomial - MLA núcleo Pará, no final da década de 1990. Data desse período a implantação de quatro CAPS (1 CAPS ad, 1 CAPS III, 1 CAPS I, 1 CAPS i). O governo do Estado, desde 2000, inaugurou mais cinco serviços que até hoje

¹²Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 05/01/2017.

¹³ “Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. Visto que a atenção em saúde mental é composta por diversos dispositivos e ações, cabe advertir que este indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.” (BRASIL, 2015).

¹⁴ Sendo 44 CAPS I, 16 CAPS II, 3 CAPS III, 1 CAPS AD III E 3 CAPSI.

permanecem sob sua gestão (1 CAPS ad e 4 CAPS II – sendo que, atualmente, um destes mudou de modalidade para CAPS III).

Os CAPS foram criados oficialmente com a Lei nº 10.216, de 16 de abril de 2001, que tramitou no Congresso Nacional por mais de dez anos e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e criando novos dispositivos. A lei se tornou um marco institucional, ao buscar o enfrentamento ao modelo de tratamento centrado na lógica das instituições totais, conforme delineou Irvin Goffman (1961), em *Manicômios, conventos e prisões*, como espaços dos estabelecimentos fechados, sem relações com o mundo externo, nos quais pessoas vivem por um longo tempo, obedecendo a uma sequência de atividades diárias impostas em um sistema de regras explícitas e um grupo de funcionários.

A lei abriga princípios dos movimentos sociais alimentados por experiências de países com França e Itália, protagonizados por usuários, familiares e trabalhadores da saúde pública, emergentes na década de 1980, cujos objetivos centrais se direcionavam à mudança nos modelos de tratamento existentes nos manicômios, onde viviam mais de 100 mil pessoas. Foi, portanto, o carro-chefe da reforma psiquiátrica brasileira, na virada do século, cujas matrizes principais foram a psiquiatria de setor francesa, a psicoterapia institucional e a psiquiatria democrática italiana. Estas criaram alternativas aos modelos dos hospitais psiquiátricos de longas internações, implantando experiências municipais consideradas exitosas, as quais possibilitavam a saída de pessoas dos manicômios, ofertando serviços de base comunitária para a população com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica, obra plural, múltipla, em processo, segue por caminhos bifurcantes, conforme aponta Tania Mara Galli Fonseca (2007). Campo de forças complexo e heterogêneo, constituído por meio de práticas discursivas em torno do problema da loucura, opera por conexões e rupturas diante da ordem hospitalar psiquiátrica, espaço localizável e real. Nas palavras da autora:

Quando observamos o atual manicômio em ruínas, encostamos em suas paredes e então procuramos nela cochichar algo para sustentar que também possamos, a partir desta institucionalização e desestruturação, encontrar ressonâncias que nos abram caminhos para a invenção de nós mesmos. Acreditamos que as dilacerações produzidas nos domínios da ciência, da cultura e do social podem

tornar-se passagens às virtualidades em latência e que poderão vir a ser agenciadas em atos criativos na invenção de formas para fazer a vida prosseguir. (p. 40).

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, nos espaços reais e localizáveis, estava em jogo o enfrentamento de um sistema de violação de direitos humanos mais básicos, perpetrado pelo Estado, em estreita aliança com médicos e outros profissionais de saúde, funcionários dos hospitais, familiares e sociedade. Um sistema no qual homens, mulheres, crianças – muitos sem diagnósticos de transtornos mentais – ingressavam, deixando para trás nomes, roupas, cabelos, relações familiares e comunitárias, e passavam fome, privações de diversas ordens, eram espancados, lobotomizados, forçados ao trabalho. Morriam de frio, doenças, do excesso de medicamentos e choques. Eram trabalhadores e trabalhadoras pobres, presos políticos, professoras primárias, homossexuais, alcoolistas, meninas grávidas, epiléticos, conforme denuncia um conjunto de produções acadêmicas, desde os anos 1970 até os dias atuais.¹⁵

Os chamados serviços substitutivos de saúde mental começaram a ser implantados em Belém, em 1998. Em 2002, conheci parte da história das políticas brasileiras de saúde mental, no Brasil, quando a referência técnica municipal de saúde mental, responsável pela gestão da política municipal, realizou um seminário que discutia as mudanças do modelo de atenção à população com transtornos mentais e os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira. Conforme assinala Rodolfo Valentim¹⁶ (2009):

Somente a partir do final da década de 90, com a criação do MLA, núcleo Pará, um cenário promissor no campo da reforma psiquiátrica no estado foi inaugurado em Belém, com a implantação e quatro CAPS – casas mentais e casa álcool e outras drogas, inéditos até o momento, que possibilitaram uma mudança no cuidado em saúde mental. Com o novo cenário político, inaugurado com a vitória do governo democrático-popular, o movimento da Reforma ganhou forças, realizando inúmeras ações: Criação da Lei Municipal de Saúde Mental (Lei 7892/98) baseada nos preceitos do MLA, Realização do I

¹⁵Destacamos *A Instituição Negada*, de Franco Basaglia (1985), *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), os filmes *Em nome da razão*, *Dá para fazer* e *Casa dos mortos*. No Pará, a tese de doutoramento de Sérgio Bandeira (2015,) intitulada *Biopolíticas de saúde mental, poder disciplinar psiquiátrico e modos de subjetivação de professoras primárias internadas como loucas*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Almeida. Também a tese de Alyne Alvarez Silva, *Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará*, defendida na PUC/SP, em 2015, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Vicentin.

¹⁶ Referência técnica municipal em saúde mental nos anos de 2002 -2004 e Coordenador Estadual de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas de 2007 a 2011.

e do II Encontros Estaduais da Luta Antimanicomial, do II Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental e do I Fórum Amazônico de Saúde Mental, ambos em Belém. (NASCIMENTO, 2009, p. 76-77).

Em um dos debates, o mote fora o recém-lançado (naquela época) filme *Bicho de Sete Cabeças*, drama nacional dirigido por Laís Bodanzky, cujo título faz alusão à música gravada por Geraldo Azevedo (regravada por Zeca Baleiro), que se refere a algo sem sentido, “sem pé, nem cabeça”. O filme conta a história de um jovem de 19 anos, em torno do drama de uma família de classe média, que é internado compulsoriamente em um manicômio, após ser flagrado com um cigarro de maconha, e sofre todas as mazelas perpetradas em nome do tratamento psiquiátrico. Da contenção mecânica ao eletrochoque, passa-se pelos efeitos pós-internação, nos quais o personagem experimenta situações de exclusão e rompimento de laços sociais, em uma produção cinematográfica baseada no livro *Canto dos Malditos*, uma autobiografia de Austregésilo Carrano Bueno, a qual se tornou emblemática aos envolvidos com o movimento de luta manicomial, no início dos anos 2000, contexto de aprovação da Lei 10.216.¹⁷

Arte como desnudamento da experiência, irrupção do elementar que nos afeta de modo intenso, cruel, desnorteante. Ali na tela, diante da vida de um jovem cujo corpo se debate, rebela-se, confinado, paralisa, resiste, nos afeta o esquecimento, a indiferença, o aniquilamento das diferenças. Afeta também, ao empreender o exercício de buscar subverter determinadas lógicas, ao “[...] corroer as formas e derreter carimbos; distrair plantonistas; implodir pílulas de compaixão; cozinhar vaidades; questionar os títulos dos experts enquanto vontade de verdade” existente nos modos de tratamento, violentos e excludentes, intrínsecos ao modelo manicomial (LEMOS; SILVA; SANTOS, 2012, p. 224).

Essa breve digressão serve para pensar as ressonâncias dos debates, em 2002, na ocasião do meu ingresso como psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde Pública - SESPA, em 2007.¹⁸ Após conhecer alguns Departamentos da SESPA, escolhi compor a

¹⁷Tanto o filme quanto o livro e a canção foram (e ainda são) objetos de publicações e muito utilizados nos processos formativos de trabalhadores e usuários em saúde mental, assim como nas atividades desenvolvidas (sejam oficinas terapêuticas, sejam assembleias, grupos de teatro ou grupos de reflexão), nos estabelecimentos de saúde mental.

¹⁸ Entre os anos de 2006 e 2011, o Estado do Pará teve uma expansão dos serviços substitutivos, aumentando de 23 para 53 CAPS existentes. A esse respeito, o então Coordenador Estadual, no ano de

Coordenação Estadual de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, por identificar uma possibilidade de exercício da profissão, em uma perspectiva política e ética, a qual se diferenciava dos outros espaços de atuação que havia experimentado. Percorrer o campo da saúde mental, como psicóloga do quadro de trabalhadores da gestão estadual, permitiu inflexões importantes operadas posteriormente, no exercício da docência, quando em uma instituição de nível superior no Estado do Amapá, em Macapá, além de ministrar disciplinas nos cursos de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Jornalismo e Publicidade, atuei como responsável técnica do Serviço de Psicologia, supervisora de estágios básicos e fui membro do Núcleo Docente Estruturante.

As críticas formuladas aos modelos de tratamentos pautados na lógica manicomial, os deslocamentos nos modos de pensar a loucura, o que se configurava como novas práticas em saúde, a proposta de uma gestão participativa dos serviços (conforme preconizavam as orientações do Ministério da Saúde) me colocavam diante de encontros que, a todo tempo, interpunham um movimento inusitado e avassalador de pensar, viver, circular, habitar a cidades e a existência. A potência desses encontros, em minha formação e atuação, desdobrou-se em um tempo-espço de formulação de novas questões, cujas ressonâncias puderam ser impressas nas questões formuladas nos modos de intervenção voltados à infância, nas políticas públicas de saúde mental, e a relação com currículos dos profissionais de saúde.

Não foi preciso muito tempo para ver que as “ruínas” dos manicômios ainda se faziam presentes e em pleno funcionamento, na recepção e produção dos loucos, quer em sua dimensão localizável, quer nos chamados manicômios – prisão pensamento e da vida, “manicômio mental”. Percorrer as arquiteturas do Setor de Internação Breve do Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna”,¹⁹ na Unidade de Reabilitação Psicossocial²⁰ e no

2009, afirmava que avanços eram necessários: “[...] o primeiro diz respeito à necessidade de construção da rede substitutiva em saúde mental, hoje restrita aos CAPS e à retaguarda hospitalar. É imperativo que os gestores municipais implantem o PVC, as RTs, os centros de convivência e cultura, o programa de geração de emprego e renda, a saúde mental na atenção básica, dentre outras ações. O segundo desafio é a expansão da rede CAPS. Existem hoje no Pará 41 CAPS.” (NASCIMENTO, 2009, p. 77).

¹⁹ Em 1989, com a construção do Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna” (HCGV), concebido como hospital geral, o mesmo passa a cumprir um novo papel para a assistência psiquiátrica no Estado, visando a acompanhar o processo de transformação da assistência em saúde mental, no Brasil (NASCIMENTO, 2009).

²⁰ Inaugurada em 1982, objetivava atender pacientes com transtornos mentais crônicos sem laços familiares, remanescentes do Hospital Psiquiátrico “Juliano Moreira”. Até 1992, estava ligado ao HC e, daí em diante, ao 1º Centro Regional de Saúde/SESPA, com 177 trabalhadores, os quais, até 2008 não conheciam as diretrizes da reforma psiquiátrica (SANTOS; SILVA, 2012).

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico²¹ foi uma travessia labiríntica, com luzes, sombras, portas trancadas, descobertas inusitadas, atravessada por sussurros, gritos, cirandas, canções, belos encontros e quase sempre acompanhada de um cheiro peculiar exalado por aqueles que consomem psicotrópicos, misturado ao que as arquiteturas manicomiais acumularam, ao longo de anos, numa composição de odores de fezes, urina, mofo.

Dessas travessias, destaco a experiência no processo de implantação dos primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado do Pará (SRTs),²² que acompanhei por mais tempo, de modo sistemático e contínuo (do processo de elaboração do projeto, às compras dos móveis, até a saída dos pacientes da unidade de reabilitação²³ e seus desdobramentos, como processo de constituição e formação dos cuidadores, articulação com CAPS de referência), permitindo a elaboração de interrogações diante do processo de reforma psiquiátrica, não apenas por meio das leituras que efetivava, do acompanhamento de trâmites burocráticos, mas do trabalho direto com os pacientes, com profissionais e inserção no movimento de luta antimanicomial.

²¹ Criado para tratamento de portadores de transtornos mentais que cumprem medida de segurança, no período de até três anos, conforme a lei de execução penal, abriga internos há mais de dez anos em função da perda de vínculos familiares e afetivos, dentre outros fatores. Em 2010, participei como representante da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Comissão Intersetorial de Estudos referentes ao HCTP (Portaria nº 364, publicada no *Diário Oficial* nº 31.635, de 30.03.2010). A comissão, com membros da SESPA e da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE), tinha como objetivo construir um diagnóstico que reorientasse a assistência aos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei.

²² De acordo com a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, esses serviços se constituem como moradias que se destinam aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem laços sociais e familiares.

²³ Após aprovação de projeto de implantação dos serviços, o Ministério da Saúde repassa aos Estados ou municípios, a cada STR, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), para aquisição de móveis, equipamentos eletrodomésticos ou para pequenos reparos no imóvel (BRASIL, 2004). Conforme esse documento do MS, o município de Belém possuía uma RT com 05 moradores, no entanto, segundo trabalhadores e gestores da política estadual de saúde mental, essa informação era referente à aprovação de um projeto capitaneado pela Prefeitura Municipal de Belém, no ano de 2004, que não efetivou sua implantação com a mudança dos gestores municipais. No ano de 2008, o Ministério da Saúde repassou incentivo financeiro para implantação de 2 RTs, conforme informação do Fundo Nacional de Saúde (disponível em: mswww.fns.saude.gov.br; acesso em 10.11.2008). A primeira fora implantada no ano de 2010, antes da mudança no governo estadual, juntamente com o Programa de Volta para Casa (que destina auxílio financeiro aos moradores das RTs). A segunda não foi implantada, até os dias de hoje, segundo informações no *Boletim Informativo sobre a Política de Saúde Mental* de 2015.

O processo implantação dos SRTs, no Estado do Pará, mesmo com o apoio e iniciativas da gestão,²⁴ foi marcado por entraves burocráticos, como a licitação da compra de móveis para casa, em relação aos recursos humanos e aluguel de casas. Tais entraves foram problematizados, ao estabelecer intercessões no Grupo de Pesquisa e Estudos Transversalizando, participando do curso oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia.²⁵ Algumas dessas problematizações foram publicadas em artigo intitulado “Práticas de poder no processo de implantação de serviços residenciais terapêuticos no Estado do Pará”, tratando do processo de implantação dos SRTs no Estado do Pará, pela análise de mecanismos que asseguram a manutenção de unidades de internação, apesar da reorientação da política nacional de assistência à saúde mental. Segundo a publicação,

Uma internação sem prazo de validade, para que não se tenha que sofrer diante do que não se suporta ver: a diferença, a vida sem os contornos pré-estabelecidos do como se deve viver e para quê, como aqueles que, atualmente, jazem confinados e/ou moribundos na URPS. A despeito dos deslocamentos que sofreu, esta não ruiu e se mantém de pé como estabelecimento que materializa a lógica do manicômio, da exclusão, da segregação, pronta a abrigar quem mais as malhas do poder capturar. (SANTOS; SILVA, 2012, p. 279).

O processo de desospitalização mantinha-se (e ainda se mantém) em estreita relação com o padrão asilar e tradicional existente desde o funcionamento do Hospital “Juliano Moreira” (1892 a 1984), o maior espaço de institucionalização da loucura em toda a Amazônia brasileira (BANDEIRA, 2015). Em virtude de um incêndio, em 1982, o Hospital “Juliano Moreira” foi desativado, em 1984, restando apenas um pavilhão e um anexo, o qual funcionaram, até 1989, como leitos de internação breve e atendimentos ambulatoriais e de emergência, quando, depois desse período, foi inaugurada a Unidade Psiquiátrica do HC, que permanece até os dias de hoje (BRAGA, 2009). Os pacientes remanescentes foram transferidos para o Centro Integrado de Assistência Social do Pará – CIASPA, inaugurado em 1982, administrado através de

²⁴ Em 2009, o então coordenador estadual apontava “[...] neste novo cenário político no Estado, não podemos deixar de destacar uma importante vitória para o avanço da Reforma, com a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do dia 13 de agosto de 2008, de 5 CAPS III, de 1 CAPS na região do Marajó e de 2 RTs, além de 8 Núcleos de apoio ao saúde da família, com um profissional de saúde mental em cada núcleo.” (NASCIMENTO, 2009, p. 77). A gestão posterior não levou a cabo a implantação dos CAPS III aprovados na CIB, constando 3 CAPS III em todo o Estado do Pará, sendo que dois desses serviços já existiam antes da nova aprovação na CIB.

²⁵ Disciplina “Processos de subjetivação, historia e política”, ofertada no PPGP, com a Prof.^a Dr.^a Flávia Lemos.

convênio entre Secretaria Estadual de Saúde Pública – SESPA, Fundação do Bem-Estar Social do Pará – FBESP e Polícia Militar – PM, localizado no município de Marituba, distante 30Km do centro da capital do Estado – Belém.

A demolição do prédio que abrigava o “Juliano Moreira” não impediu a manutenção das práticas manicomiais. Os mecanismos de poder incidiram naqueles corpos que habitavam a URPS, diante da vigilância hierárquica, do esquadramento e distribuição de corpos no espaço, dos exames, das punições. Ademais, outros mecanismos de saber-poder entravam no jogo e permitiam não apenas reger o espaço manicomial, isolando, encerrando, por meio das disciplinas, mas fazer operar mecanismos de segurança, regulamentadores, os quais abriram as portas do manicômio, integrando, deixando a vida entrar na ordem, sem o controle das disciplinas. Eram, sobretudo,

[...] lógicas que parecem contrapostas, se imaginarmos que a primeira deseja excluir os loucos e disciplinar seus corpos, longe dos olhos de todos e a baixos custos; e a segunda, apoiando-se na liberdade como condição de existência, na possibilidade de movimento e circulação do louco, pretende integrá-lo deseja torna-lo cidadão, o qual, atuando dentro de uma média considerada ótima, estabelecendo os limites do aceitável e apontando vantagens e desvantagens com relação às práticas de controle em termos de custo, visa quiçá a transformar esses loucos em produtivos, nas RTs, mas sem conseguir abrir mão do espaço do manicômio para ainda servir de depósito. (SANTOS; SILVA, 2012, p. 290).

Mais de 10 anos após a promulgação da Lei nº 10.216, não apenas os manicômios no Brasil não foram extintos em sua totalidade, como não foram garantidos deslocamentos consideráveis no tratamento social da loucura, no que diz respeito ao processo de patologização. Como apontam diversos estudos, entre os quais o de Benilton Bezerra (2007), os efeitos da reforma psiquiátrica brasileira, quando comparados aos regimes de liberdade, são notórios, no entanto, ao experimentar também os entraves da gestão a respeito, por exemplo, dos modos de financiamento, da formação de recursos humanos e formas de organização da atenção (atendendo à diversidade geográfica e cultural do país e modos diversos da clínica individual tradicional), temos pontos importantes de problematização.

Dessa maneira, pensamos a reforma psiquiátrica brasileira atravessada por diversos vetores, posições políticas e teóricas, por diversos interesses e objetivos,

envolvendo atores aliados a entidades voltadas para o poder psiquiátrico, estas representativas dos hospitais psiquiátricos públicos e privados, a indústria farmacêutica, ficando assim mais próxima de uma experiência de desospitalização, conforme apontam Prado Filho e Lemos (2007).

Apontar a reforma em sua proximidade com os processos de desospitalização e aliada a forças dirigidas ao poder psiquiátrico implica trazer aqui a questão que demarca, de modo fulcral, o poder psiquiátrico, reativando uma ordem normalizadora. Conforme salientado por Foucault (2006), é uma forma suplementar de poder que impõe, à loucura, uma verdade em nome de ciência médica, da psiquiatria e da força estatal, as quais buscam governar as ações, ultrapassando o hospital psiquiátrico.

É nesse sentido que começamos a entender que promover a desospitalização dos portadores de transtorno mental, criando novos dispositivos de cuidado, não é o mesmo que desinstitucionalizar a loucura. Quando aludimos a "instituição", não estamos nos referindo a um estabelecimento,²⁶ um local específico em um prédio, mas a um modo de funcionamento instituído, considerado como imóvel e imutável. A desinstitucionalização seria, portanto, questionar o que parece natural, questionar as verdades absolutas (LOURAU, 1993). Questionar, por conseguinte, a loucura como impossibilidade de pensamento e as práticas a ela relacionadas.

No que tange às políticas públicas brasileiras de saúde mental infantil e juvenil, Couto, Duarte e Delgado (2008), em suas análises das publicações oficiais do governo brasileiro, enfatizam que as políticas de saúde mental existentes estão associadas aos problemas da população adulta, de sorte que os números de serviços existentes contrastam com a magnitude dos problemas que demandam uma maior oferta na rede de serviços.

Os serviços disponibilizados à infância, no campo da saúde mental, os CAPSI, são descritos na Portaria nº 336/MS como serviços de atenção diária, cujas características principais são atender crianças e adolescentes com transtornos mentais, em grupos e individualmente, realizando oficinas terapêuticas, visitas, atendimento às famílias, atividades de integração da criança na família, escola, comunidade, ações intersetoriais. As equipes são formadas por médico psiquiatra, neurologista ou pediatra

²⁶ Em alguns momentos, empregarei o termo "serviço" relacionado aos CAPS, conforme utilização dos trabalhadores do campo de saúde mental.

com formação em saúde mental, enfermeiro, profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção).

Segundo a publicação *Saúde Mental em Dados 12* (2015), dos 2.209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes, os voltados para a população infantil e os jovens são 201. Nos municípios onde não há os serviços específicos para infância e juventude, o tratamento passa a ser realizado pelas demais tipologias de CAPS, por ambulatorios de saúde mental e outros recursos existentes.

As análises de Sanches e Amarante (2014), feitas com base em prontuários de crianças atendidas em um centro de saúde, reportam que problemas de comportamento são transformados em questões médico/psi, e os medicamentos surgem como contenção química, transformando os problemas do cotidiano de crianças em questões médicas. Os serviços da rede pública de saúde mental voltados à infância, ainda que operem como uma alternativa aos serviços pautados na lógica das instituições totais, têm recebido críticas quanto ao uso de medicamentos como primeira opção no modo de dar respostas como, por exemplo, soluções aos conflitos gerados na escola, quando não se obtém êxito em suas funções (BOARINI; BELTRAME, 2013).

Entendemos que esses serviços têm como alvo prioritário crianças cujos comportamentos são considerados desviantes e voltamos nosso interesse para o processo de medicalização que procura capturar os desvios, embora estes não se refiram a uma entidade nosológica, como condutas não adequadas às normas, a exemplo do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), cujos sintomas principais são a falta de atenção e a hiperatividade (CAPONI, 2013).

As crianças, como em uma das cenas que presenciei em uma das visitas ao CAPSI, estão no meio dos caminhos fazendo com que seus carrinhos andem, rindo do que colide, capota, do que emperra. Essas crianças, que só podemos ver quando atentos, parecem não ouvir ou não se importar com algum resmungo (e eles são tantos!), muito menos com o nome do menino que brinca ao lado e que talvez nunca mais voltem a encontrar. O que acontece com o que entra em curto? Quais direções se esboçam, no

estabelecimento de conexões em um circuito? Quais circuitos criam os que brincam, brigam, blindam, brindam?²⁷

Quando uma criança chega a um estabelecimento de saúde, não é para contar como vive, narrando seus feitos, como os que trazem alegria e orgulho à família, professores, vizinhança. Não relata uma apresentação de dança, na qual ela esteve radiante, uma brincadeira incrível criada amigos ou uma música que aprendeu a cantar. Como nos indaga Neruda (2008):

O 4 é 4 para todos?
 Todos os sete são iguais?
 Quando o preso pensa na luz,
 é a mesma luz que te ilumina?
 Já pensaste de que cor
 será o abril dos enfermos?
 (Pablo Neruda, 2008).

As crianças não chegam a um serviço de saúde para falar ou fazer perguntas. Quem fala é seu responsável (muito frequentemente mãe ou avó) para um especialista (muito frequentemente *uma*, já que grande parte das equipes nesses estabelecimentos é composta por mulheres), sobre quem é a criança, da onde vem, qual seu problema. Situa, assim, por quais motivos seu 4 não é o mesmo 4 de todos, quais as cores de seus meses, quando sua luz se tornou diferente da dos outros.

Os acontecimentos que, em seus circuitos casa-escola-família-rua-estabelecimentos de assistência social, educação e de saúde, estão “dando curto”, bloqueando, impedindo o que deveria ser percorrido, tornam-se uma narrativa *colhida* e produzida por especialistas em saúde mental, os quais, muitas vezes, assumem a posição de Guardiões da ordem (COIMBRA, 1995), Amoladores de facas (BAPTISTA, 1999) ou Gestores de risco (CASTEL, 1987) – sobre o que, no percurso daqueles corpos infantis, “curto-circuita”, fazendo assim a gestão dos riscos e perigos sociais. Nesse sentido, é possível pensarmos a respeito do que é considerado normalidade, na infância, quando os saberes atestados pela ciência constituem modos de subjetivação e definem estratégias de intervenção, no campo das políticas públicas oficiais.

Os des-encantamentos, fascínios, interpelações e capturas experimentadas durante os percursos aqui narrados constituem a matéria-prima importante de como a

²⁷ Trecho produzido a partir de registro em diário de campo, em agosto de 2016, durante um tempo no qual crianças brincavam sentadas no chão da sala de espera do CAPSI.

narrativa de um percurso acadêmico-profissional toma forma, nas práticas de intervenção voltadas à saúde. Diante do encontro com *esses* outros (usuários, trabalhadores, políticas), apontam-se territórios percorridos e des-marcados em uma trajetória forjada entre cursos formais, oficiais, não-oficiais, escritos e vividos²⁸, invocando Sandra Corazza (2009) e Tomaz Tadeu da Silva (2004), em uma perspectiva de currículo como curso de vida, envolvendo as dimensões culturais e os modos de subjetivação, para além das questões formuladas a respeito do que se “acumula” como conhecimentos e/ou experiências. Uma caixa de ferramentas, portanto, advinda de muitos campos.

1.2 - Dos dragões, exércitos e campos de batalhas

As ferramentas teórico-metodológicas formuladas por Michel Foucault dão a direção deste trabalho, oferecendo pistas para analisarmos os mecanismos, efeitos e relações de diferentes dispositivos de saber-poder postos em funcionamento nas práticas que colocaremos em análise. Trata-se de uma tarefa genealógica que Foucault tanto versou em textos mais específicos, abordando diretamente o tema da genealogia, como o fez todas as vezes que apresentava uma nova pesquisa, como na aula de 07 de janeiro de 1976, no curso *Em defesa da sociedade* (1999):

Considero-me absolutamente obrigado, de fato, a dizer-lhes aproximadamente o que estou fazendo, em que ponto estou, em que direção [...] vai este trabalho; e, nesta medida, igualmente, considero-os inteiramente livres para fazer, com o que eu digo, o que quiserem. São pistas de pesquisa, ideias, esquemas, pontilhados, instrumentos: façam com isso o que quiserem. No limite, isso me interessa, e isso não me diz respeito. Isso não me diz respeito, na medida em que não tenho de estabelecer leis para a utilização que vocês lhes dão. E isso me interessa na medida em que, de uma maneira ou de outra, isso se relaciona, isso está ligado ao que eu faço. (p. 4).

²⁸Elizabeth Macêdo (2006) critica essa noção dicotômica produzida no campo de estudos brasileiros sobre o currículo. Tal noção divide entre proposta e prática, currículo forma e em ação, escrito e vivido, que tem implicações políticas, quando impossibilitam pensar para além da prescrição e de uma lógica hierárquica do poder. Embora a autora esteja formulando sua discussão sob a perspectiva dos estudos pós-estruturalistas do campo curricular que dialoga com Derrida, Lacan, Bhabha e Laclau, nós a trazemos aqui para ressaltar essa dimensão da noção do currículo que não o separa e não hierarquiza.

O projeto genealógico de Foucault, centrado na analítica do poder, esboça-se com base em estudos que resultaram no livro *Vigiar e Punir* (2008). Para Deleuze, em *Um novo cartógrafo* (2005), esse livro pode ser lido como sequência dos outros que o precederam ou como um marco decisivo, no qual apresenta uma nova concepção de poder, sugerindo o abandono de postulados que marcaram a posição tradicional da esquerda, como o poder propriedade de uma classe, o qual estaria localizado no aparelho de Estado, que agiria por violência ou ideologia e seria expresso nas leis. Há a dimensão produtiva do poder, em suas relações com os saberes. Ainda que se materialize como opressão, repressão, violência e dominação, o poder funciona em sua dimensão relacional, produtiva, que atravessa todos os corpos, de modo simultâneo às resistências.

A genealogia configura-se como anti-ciência, na busca de compreender os efeitos de poder dos discursos científicos. Em *A Microfísica do Poder* (2012), Foucault nos mostra que a genealogia promove a insurreição dos saberes dominados, descontínuos, considerados desqualificados, ativa esses saberes contra “[...] a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns” (p. 268). Em uma passagem do curso *Em defesa da sociedade* (1999), enfatiza o que entende por saberes sujeitados:

Por saberes sujeitados entendo conteúdos históricos que foram mascarados em sistematizações funcionais. Bloco de saberes históricos que estavam presentes e disfarçados no interior de conjuntos funcionais e sistemáticos e que a crítica pode fazer reaparecer. Também entendo uma série de saberes não conceituais: ingênuos, hierarquicamente inferiores, abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos. Saberes locais das pessoas, saberes desqualificados pela hierarquia dos conhecimentos e das ciências. (p. 11).

A ambição do poder que uma ciência traz consigo desqualifica saberes. Essa ambição é interrogada em uma análise genealógica que concebe o poder em termos de combate, confronto e guerra. Diversos dispositivos de poder se exercem na sociedade e produzem realidade, modos de sentir e pensar (FOUCAULT, 2012). Ao analisarmos documentos, nessa perspectiva, pensamos a insurreição dos saberes não tanto contra conceitos, métodos e conteúdos científicos, mas contra efeitos de poder vinculados às instituições e ao funcionamento dos discursos científicos organizados em sociedades

como a nossa, quer eles tomem forma em aparelhos pedagógicos, nas universidades, em redes teóricas, como a psicanálise, quer em referência a aparelhos políticos, como o marxismo. Nas palavras de Foucault (1995):

Chamemos se quiserem, de “genealogia” o acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, acoplamento que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas táticas atuais. [...] trata-se, na verdade, de fazer que intervenham saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instancia teórica unitária que pretenderia filtrá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome do verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência que seria possuída por alguns. (p. 13).

Desse modo, em vez de orientarmos a pesquisa para o âmbito dos aparelhos das ideologias, do Estado ou do edifício jurídico, direcionamos a análise do poder para o âmbito da dominação (e não da soberania), dos operadores materiais, para o âmbito das formas de sujeição, para o âmbito das conexões e utilizações dos sistemas locais dessa sujeição e para o âmbito, enfim, dos dispositivos de saber. Não há um princípio que domina. O Estado, nas sociedades contemporâneas, não é apenas uma forma de exercício de poder: há uma estatização contínua das relações de poder, em relações que se enraízam no conjunto da sociedade, por meio de ações sobre ações, de uns sobre outros, sejam estes outros indivíduos ou grupos. Diferentes formas de poder são definidas, de sorte que falar de estatização das relações de poder é dizer que estas foram elaboradas, racionalizadas e centralizadas como instituições do Estado, foram governamentalizadas (FOUCAULT, 1995).

Interessante destacar que o poder do Estado é uma forma de poder que individualiza e totaliza, combinando técnicas de poder. O Estado moderno ocidental integrou um tipo específico de poder muito antigo, o poder pastoral, o qual implica cuidar de cada um e de todos, com capacidade de direção das consciências ligadas à produção de verdade dos próprios indivíduos. Exercícios de poder são modos de ação de alguns sobre outros – só pode existir poder em ato. O poder se coloca em jogo de relações entre indivíduos ou entre grupos, espécie de ação que age sobre a ação dos outros, eventuais atuais futuras ou presentes:

Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar

reduzi-la. Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que “o outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim e o sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Conduzir condutas e ordenar probabilidade é no que consiste o poder. Governar é estruturar o eventual campo de ação dos outros. Nesse sentido, a liberdade é um elemento importante, porque o poder só se exerce sobre sujeitos, individuais ou coletivos, que têm diante de si um campo de possibilidades nas quais diversos comportamentos, reações, condutas podem acontecer. A liberdade aparece como condição de existência de poder, é um jogo complexo.

Assim, o poder não está em posição secundária à economia, uma noção positiva é assumida: “[...] o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais de verdade.” (FOUCAULT, 2008b, p.161). A noção de positividade relaciona-se à capacidade de uma ação produzir algo, sem ligar-se a um juízo de valor, em contraposição a uma “negatividade”. Operamos com a noção de poder enquanto produtor de realidade, fabricação de saberes e criador de modos de ser. Tais saberes operam por visibilidade e dizibilidade (LEMOS; CARDOSO JÚNIOR, 2009).

Nessa perspectiva, o poder não tem uma essência, não é um atributo que alguns possuem e exercem sobre outros. Poder produz verdades, positivities. E nos serve aqui para pensar como o cotidiano é capturado pelas instituições, por vias da resistência que se forjam nas relações. O poder produz verdades, afirma subjetividades. Há poder, porque há resistência, enfatiza Foucault (1995). Trata-se de saber por onde e como passa, entre quais pontos, segundo quais procedimentos e com quais efeitos:

Os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas essas relações, são circularmente o efeito e a causa delas, mesmo que, é claro, entre diferentes mecanismos de poder que podemos encontrar nas relações de produção, nas relações familiares, nas relações sexuais, seja possível encontrar coordenações laterais, subordinações hierárquicas, isomorfismos, identidades ou analogias táticas, efeitos encadeados que permitem percorrer de uma maneira ao mesmo tempo lógica, coerente e válida o conjunto dos mecanismos de poder e apreende-los no que podem ter de específico num momento dado, durante um período dado, num campo dado. (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Em *Nietzsche, a genealogia e a história* (2012), Foucault nos diz que a genealogia é pacientemente documentária, cinza, trabalha com pergaminhos embaralhados, marcando a singularidade dos acontecimentos, espreitando-os. Não há o traçado curvo de uma evolução, contudo, reencontrando diferentes cenas, se opõe às pesquisas de “origem”, como o lugar de verdade, uma vez que “[...] a verdade e seu reino originário tiveram sua história na história.” (p. 60). No lugar de busca de origens, temos análise da *proveniência*: não reencontrar em um indivíduo, em uma ideia ou um sentimento as características gerais que permitem assimilá-los a outros, mas descobrir marcas sutis, singulares, as quais se entrecruzam-, em uma rede difícil de desembaraçar.

A análise de proveniência permite pulular acontecimentos perdidos, reencontrar sua proliferação, através dos quais os conceitos se formaram. Não recua no tempo para reestabelecer continuidades, não mostra que o passado está lá bem vivo no presente a animá-lo. É demarcar acidentes, desvios, os erros. “A pesquisa da proveniência não funda, muito pelo contrário: ela agita o que se percebia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unido; ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo.” (FOUCAULT, 2012, p. 64).

Já o princípio e a lei singular de um aparecimento referem-se à *emergência*, o ponto de surgimento no qual se produz, em um determinado estado de forças, a entrada em cena de forças:

O salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e sua juventude. [...] enquanto a proveniência designa a qualidade de um instinto, seu grau ou se desfalecimento, e a marca que ele deixa em um corpo, a emergência designa um lugar de afrontamento; é preciso ainda se impedir de imaginá-la como um campo fechado onde se desencadearia uma luta, um plano onde os adversários estariam em igualdade; é de preferência – o exemplo dos e dos malvados o prova – um “não lugar”, uma pura distância, o fato que os adversários não pertencem ao mesmo espaço. Ninguém é, portanto, responsável por uma emergência; ninguém pode se autoglorificar por ela. Ela sempre se produz no interstício. (FOUCAULT, 2012, p. 68).

Retomar a análise na linha das tecnologias de poder, por meio da tarefa genealógica, possibilita reconstituir o funcionamento do texto, em função dos objetivos, das estratégias a que ele obedece e das programações de ação política que sugere, pois o

poder se articula às transformações econômicas e nos efeitos de saber produzidos em nossa sociedade pelos embates, choques, lutas. Nas palavras de Foucault (2008):

Trata-se simplesmente de saber por onde isso passa, como passa, entre quem e quem, entre que ponto e que ponto, segundo quais procedimentos e com quais efeitos [...] O poder não se funda em si mesmo [...] os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas essas relações, são circularmente o efeito e a causa delas, mesmo que, é claro, entre diferentes mecanismos de poder que podemos encontrar nas relações de produção, nas relações familiares, nas relações sexuais, seja possível encontrar coordenações laterais, subordinações hierárquicas, isomorfismos, identidades ou analogias tácitas, efeitos encadeados que permitem percorrer de uma maneira ao mesmo tempo lógica, coerente e válida o conjunto dos mecanismos de poder e apreende-los no que podem ter de específico num momento dado, durante um período dado, num campo dado. (p. 3-4).

Foucault, em *A arqueologia do saber* (2004), ao questionar as análises tradicionais do discurso em suas descrições das unidades seculares das histórias do pensamento, das ciências e das ideias, vai dar lugar a um modo de analisar e pesquisar que considera a irrupção dos acontecimentos em seus fenômenos de rupturas, perturbando as continuidades e estruturas fixas. Os discursos são práticas com suas próprias regras e especificidades. Foucault nos mostra o desenho de uma história descontínua, diferente da história geral, cuja memória milenar e objetos descontextualizados ocupam um lugar importante.

A trajetória arqueológica busca, pois, estabelecer princípios que norteiem as análises dos efeitos de poder ligados aos discursos científicos. Não relacionado estritamente às ciências, porém, ao saber e suas relações de poder, o discurso “faz coisas”, constituindo-se como um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2004a). São, portanto, práticas em sua concretude que fazem coisas, criam e destroem, por meio de relações de poder, um poder produtivo de realidades, de campos de objetos e rituais de verdades (FOUCAULT, 2006).

Em *Foucault revoluciona a história*, Paul Veyne (2008) assinala que é preciso entender as práticas como datadas, não uma instância oculta, misteriosa. Para analisá-las, é preciso desviar os olhos dos objetos naturais e ver abaixo das linhas de visibilidade, a fim de observar que cada prática vem das mudanças históricas. As

práticas, como conjunto da história, engendram o objeto que lhes corresponde, os quais são, portanto, seus correlatos. Para o autor, Foucault não descobriu uma instância nova, desconhecida:

Ele se esforça para ver a prática *tal qual é realmente*; não fala de coisa diferente da qual fala todo historiador, a saber, do que fazem as pessoas: simplesmente Foucault tenta falar sobre isso de uma maneira *exata*, descrever seus contornos pontiagudos, em vez de usar termos vagos e nobres [...] Somente a mostra como é verdadeiramente, arrancando-lhe a veste drapeada. (p. 251).

Como aponta Veyne (2008), se parte de tais práticas está “escondida”, é em função de partilharem da quase-totalidade de nossos comportamentos e da história universal. Estão, assim, abaixo da linha de visibilidade, mas existem coisas a serem explicadas, observadas com exatidão no que é dito, “[...] preconceitos, reticências, saliências, reentrâncias inesperadas. Acasos da história que estão ligados a outras práticas, práticas vizinhas.” (VEYNE, 2008, p. 251). Para ganhar visibilidade, é preciso passar pelo “fio da história” o que escapa ao nosso olhar, para que sua parte invisível possa ser evidenciada em sua singularidade, partindo dos detalhes das práticas de poder em seus procedimentos, instrumentos, estratégias (VEYNE, 2011, p. 31).

Assim, tem-se a chamada trajetória arqueológica, como promoção de reformulações, revisões e apontamentos, os quais estabelecem princípios para as análises genealógicas. Portanto, a arqueologia procura definir não pensamentos, temas, representações que se manifestam ou se ocultam nos discursos. Quando Foucault, em *A ordem do discurso* (2002), assevera que o discurso faz coisas, efetua, cria e destrói, está tratando dessa dimensão prática do discurso. É uma concepção de discurso que o toma como desordenado, em uma sociedade que cria procedimentos os quais almejam ordená-lo a todo tempo. Em nossa sociedade, a proliferação do discurso precisa ser dominada, de maneira que sua riqueza seja separada de sua parte mais perigosa, como se houvesse um temor pelos acontecimentos, por tudo que há, no “burburinho incessante e desordenado do discurso”, de violento, descontínuo, batalhador, perigoso.

Ao analisar os discursos como práticas (discursivas), não há a busca de um “núcleo” no qual se abrigam “verdades” que esperam serem descobertas em suas significações prévias. Não há a procura para reconstituir o que pôde ser pensado, desejado, experimentado pelos homens, não é o retorno ao próprio segredo da origem,

mas, sobretudo, a descrição sistemática de um discurso-objeto, em suas condições de possibilidades.

Dessa forma, esboçamos algumas linhas de força, alguns pontos chave, indicadores táticos, conforme pistas das formulações foucaultianas, que auxiliaram nas análises diante de questões que abordam posições de sujeitos dos especialistas ligados à ordem do discurso, a força de lugares institucionais, como as informações circulam e quais viram estatísticas, as entidades citadas nos documentos, dentre outras questões que buscam compor um diagrama como trama das forças.

Quando destacamos os modos como se constituem as crianças como portadoras de transtornos mentais, destinando a elas estratégias de intervenção, isso nos permite pensar o campo das políticas públicas de saúde mental voltadas à infância, fazendo operar estratégias de governo, por meio de mecanismos disciplinares e regulamentadores. As estratégias de governo colocam em jogo relações entre indivíduos e grupos, evidenciando o exercício de poder como um modo de ação de uns sobre outros, sejam eles indivíduos, sejam grupos (FOUCAULT, 1995).

Em *O Sujeito e o Poder*, Foucault (1995) afirma que o poder não foi a temática central de seus projetos, mas o sujeito, tomando formas diversas. Nas investigações com estatuto da ciência, objetivação como sujeito falante, nos estudos das práticas que dividem o sujeito em seu interior e o estudo dos modos pelos quais um ser humano se torna sujeito. Seus últimos trabalhos não implicavam uma construção de uma teoria do sujeito como substância, universal e soberano, contudo, como problematização da sua constituição em meio aos jogos de verdade e práticas de poder (FOUCAULT, 2006).

Embora não haja uma diferenciação clara, em Foucault, entre os termos sujeito e indivíduo, o primeiro refere-se a um indivíduo preso a uma identidade constituída em processos de subjetivação – que remetem aos procedimentos e práticas que tendem a fazê-los objetos e que os fixam a uma identidade (FONSECA, 2003; ORTEGA, 1999). Trata-se do questionamento da noção de sujeito e da ciência, que, ao instaurar a primazia da razão, coloca-se no lugar da produção dos conhecimentos verdadeiros e únicos, possibilitando a emergência da noção de sujeito (FOUCAULT, 1992, 1995, 1997, 2002, 2004a, 2004b). No conjunto das pesquisas sobre modos de subjetivação, Foucault problematiza e detalha as maneiras como o sujeito se institui:

Nos últimos livros trata-se de uma concepção de subjetividade sob a forma de relação consigo e não da auto-consciência [...] Foucault parece não dar muito valor a uma diferenciação conceptual entre os conceitos de *sujeito*, *si mesmo e indivíduo* [...]. Importante, porém, é o esforço de Foucault em recusar uma visão essencialista do sujeito em favor de um sujeito constituído autonomamente mediante práticas de si. (ORTEGA, 1999, p. 31-32).

Em “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”, entrevista de 1984, ao falar sobre seu curso *Hermenêutica do sujeito*, afirma que seu interesse se voltava à constituição histórica das diferentes formas de sujeito em relação aos jogos de verdade – jogo como um conjunto de regras de produção da verdade, isto é, um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função de seus princípios e das suas regras de procedimento:

Procurei mostrar como o próprio sujeito se constituía, nessa ou naquela forma determinada, como sujeito louco ou são, como sujeito delinquente ou não, através de um certo número de práticas que eram os jogos de verdade, práticas de poder etc. Era certamente necessário que eu recusasse uma certa teoria *a priori* do sujeito para poder fazer essa análise das relações possivelmente existentes entre a constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito e os jogos de verdade, as práticas de poder etc. (FOUCAULT, 2006, p. 275).

Aqui cabe a questão de Foucault (2006): “Por que só cuidamos de nós mesmos, através da preocupação com a verdade? O que fez com que toda cultura ocidental passasse a girar em torno dessa preocupação com a verdade, que assumiu várias formas diferentes?” (p. 280). Importante problematizar como esses jogos se situam com respeito às relações de poder, em certas práticas e instituições coercitivas, e como é possível “[...] impor regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o *ethos*, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação.” (p.284).

Para Fonseca e Muchail (2011), a proposta de estudar a filosofia grega é executada, então, como modo de caminhar em direção a outras práticas subjetivas que superem os procedimentos de *conhecimento de si*. São as condições que tornam possível o que viria a ser uma hermenêutica do sujeito, de que Foucault vai tratar, ao tomar o sujeito como eixo central do curso: o sujeito que se autoconstitui em práticas de si, não o sujeito cuja natureza já é dada, com identidade constituída. Como assinala os autores:

Se acentuarmos o movimento de *continuidade*, compreenderemos a incorporação das práticas de si pelo cristianismo na direção de uma hermenêutica do sujeito depois consolidada pelo cartesianismo. [...] Se acentuarmos o movimento de *descontinuidade*, compreenderemos a ruptura possível da hermenêutica do sujeito como passagem para outras alternativas. Poderíamos dizer que neste segundo sentido *A hermenêutica do sujeito* significa antes: *Para além da hermenêutica do sujeito* (p. 21).

As questões postas no curso *A Hermenêutica do sujeito* nos levam a problematizar os modos como somos constituídos, na sociedade moderna, ocidental, tecnocrática, por meio das relações sujeito e verdade. Cabe ressaltar que práticas de construção de si não se dão por dominação, mas fazem os indivíduos se constituírem a si próprios através de práticas e técnicas. O poder consiste de relações estratégicas, nas quais cada um procura conduzir o outro. Se há relações de poder é porque há liberdade e também estados de dominação – relações de poder encontram-se bloqueadas – e, entre esses, temos as tecnologias governamentais. Todavia, sempre há resistências e é preciso ver como e onde elas se formam (FOUCAULT, 2006c).

1.3- Dos itinerários errantes, das páginas des-ordenadas

Desde 2002, início de minha atuação no campo das políticas públicas de assistência social, tenho interesse na análise de documentos produzidos no âmbito das instituições que se encarregam do “social”. Recordo-me de interrogar a respeito da produção e utilização desses registros, por intermédio de questões como sua função, os modos como eram produzidos, as noções que neles circulavam (como exemplo as noções de família operadas no Centro de Referência em Assistência Social, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social- SUAS, um dos locais em que trabalhei), sobre o que era produzido nos atendimentos e as relações/diferenciações entre os discursos dos profissionais e dos sujeitos atendidos.

No percurso na saúde mental, não participava da produção direta dos registros a respeito dos pacientes e/ou usuários, embora tivesse acesso a eles nos momentos de supervisão e acompanhamento dos estabelecimentos. Quando estive à frente da

implantação das Residências Terapêuticas, entre os anos de 2007-2010, os prontuários dos pacientes eram fontes constantes de leituras e discussões, por parte das equipes de trabalho responsáveis pela construção de um “plano de saída” dos pacientes para as RTs. Esses momentos foram profícuos para pensar a produção desses documentos, quando parte da equipe buscava neles menções aos elementos perigosos dos comportamentos, os quais justificassem a permanência em uma internação indefinida, enquanto outros membros da equipe questionavam essas narrativas.

A produção desses documentos constitui uma luta singular travada em campos de batalhas belicosos. Foucault, em uma passagem sobre os documentos analisados em “Eu, Pierre Rivière que degolei minha mãe, minha irmã, meu irmão...” (1977), menciona a produção de casos como um “dossiê”:

Um acontecimento em torno do qual e a propósito do qual vieram a se cruzar discursos de origem, forma, organização e função diferentes... mas todos eles, e em sua heterogeneidade, não formam nem uma obra nem um texto, mas uma luta singular, um confronto, uma relação de poder, uma batalha de discursos e através de discursos. (p. 8).

Como indica Philippe Artières (1988), em seu artigo “Arquivar a própria vida”: para existir, é preciso inscrever-se. Inscrever-se nos registros civis, nos diários pessoais, nas fichas dos serviços de educação, saúde e da assistência social, dentre outros. Inscrever-nos em arquivos que exercem diversas funções, garantindo identidades, apontando o poder da escrita em nosso cotidiano, estabelecido desde o fim do século XVIII.

Uma certidão de nascimento que registra filiação, datas e localidades. Antes de nascer, havia um livro do bebê com fotos e alguns escritos? Uma pequena pasta arquivava ultrassons, resultados de exames, receitas médicas? Seus pais possuem quais cadastros que registram identidades, endereços? Como esses registros restituem suas vidas como percursos regulares, normais? Estes tratam de inscrições que exercem diversas funções. Estejam esses documentos arrumados, desarrumados ou classificados, sejam eles governamentais ou pessoais, fazem parte de existências e têm função social.

A noção de documentos que operamos os entende como mais do que “lugares nos quais se encontra algo sobre alguém” ou “fontes das quais se emanam verdades”, são entendidos como lugares que visibilizam produção de verdades e relações de saber-

poder. Suspeitamos de sua naturalização em uma atenção permanente às suas condições de produção. Para Foucault (2004), a história muda a posição sobre o documento, quando não o interroga em busca de um passado, ligando-o a uma memória milenar na qual residem lembranças. Salienta o autor:

Em nossos dias, a história é o que transforma os *documentos em monumentos* e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinham sido, uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjunto. (FOUCAULT, 2004a, p. 9).

Trata-se de documento-monumento. Nessa nova posição, os documentos adquirem um estatuto diferenciado, que não é matéria muda, inerte. Podem ser analisados a partir das relações que se estabelecem, em sua espessura própria, nas práticas sociais em que se inserem. Essa mudança de posição possibilita três consequências: a primeira refere-se ao não estabelecimento de relações causais entre acontecimentos datados, mas à constituição de séries que têm seus limites, tipos de relações específicas e elementos definidos. A descontinuidade é uma segunda consequência, a qual toma um lugar importante nas disciplinas da História, como conceito operatório. A terceira consequência diz respeito à impossibilidade de uma história global, que suponha relações homogêneas entre todos os acontecimentos, e de uma única forma de historicidade que compreenda um amplo espectro de estrutura, comportamentos e hábitos.

Todavia, eis o alerta para os problemas colocados, ao utilizarmos noções de série, descontinuidade e dispersão: há que se libertar das noções de tradição, desenvolvimento e evolução como princípios de classificação, universalmente reconhecíveis. Sínteses acabadas precisam ser postas em suspensão, pois há como o nó em uma rede, a interligação a outros discursos em um campo complexo, no qual não há uma origem secreta, um já dito, “[...] é preciso tratá-lo no jogo de sua instância.” (FOUCAULT, 2004a, p. 28).

Em *Arqueologia do saber*, Foucault (2004a) afirma que a noção de descontinuidade é, ao mesmo tempo, instrumento e objeto de pesquisa. Objeto de pesquisa, quando delimita o campo de que é o efeito, permitindo individualizar seus domínios. Não como uma fatalidade exterior, que é preciso reduzir, o dado, impensável,

que necessitava ser apagado, para que aparecesse a continuidade dos acontecimentos, conforme tomava lugar nas disciplinas históricas em sua forma clássica.

Desse modo, objetivando problematizar as práticas de medicalização produzidas no CAPSI e suas relações com os currículos de profissionais da saúde, elegemos como principal fonte documental as práticas materializadas nas produções feitas por especialistas, no Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência do município de Belém/PA e outros da rede de serviços socioassistenciais. Essas produções tomam forma de fichas de atendimento (nas quais psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais fazem registros de suas intervenções), fichas de acolhimento (preenchidas no primeiro atendimento no serviço), livro de ocorrência, registros de estudo de caso, laudos psiquiátricos, relatórios encaminhados pelas escolas e guias de encaminhamentos da rede de serviços socioassistenciais.

Nesses documentos, descrevemos e analisamos modos de subjetivação/objetivação pelos quais crianças são constituídas como “portadoras de transtorno mental” e das práticas colocadas em funcionamento no CAPSI voltadas às crianças, na relação com um campo de vizinhança com outras práticas que envolvem diversos atores e instituições, os quais não se resumem a uma unidade política estatal.

Materializam-se, em tais documentos, discursos erigidos em um feixe de relações, em um tempo descontínuo e em um espaço de dispersão, estabelecidas no interior do CAPSI – considerando as crianças, suas famílias, a equipe multiprofissional, a rede de serviços de saúde e socioassistenciais –, nas políticas efetivadas pelos órgãos oficiais de educação e saúde, assim como das formas de gestão local, dos financiamentos das agências nacionais e internacionais.

Também como modo de problematizar os discursos medicalizantes produzidos pelos profissionais presentes no processo de constituição de crianças “portadoras de transtornos mentais” e as relações com seus percursos curriculares, foram produzidos documentos, por meio de entrevistas, descritos e analisados como documento-monumento. Consideramos, portanto, a importância da construção de uma história do presente, sem fim biográfico ou autobiográfico, uma vez que esta é descontínua, não linear, sem finalidades, entretanto, volta-se à desnaturalização de objetos (LEMOS; CHAVES; PRADO FILHO, 2012).

Ao elegermos acionar os documentos do CAPSI, buscamos compor diagramas que nos possibilitem explorar relações de saberes-poderes que sustentam práticas de medicalização, as quais constituem crianças com transtornos mentais, construídos, lidos, utilizados pelos trabalhadores do CAPSI, por gestores (em âmbito municipal, estadual, federal), por outros estabelecimentos da rede de serviços educacionais, socioassistenciais (públicos ou privados), operadores da justiça etc. Adotamos, portanto, as ferramentas da arqueologia, porque entendemos, com Foucault, que este é o método próprio à análise da discursividade local, que promove reformulações, revisões e apontamentos como princípios para as análises genealógicas, como táticas para ativar os “[...] saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade.” (FOUCAULT, 2012, p. 270).

A posição dos profissionais, seja ela ocupada nos prontuários, seja na produção das entrevistas, refere-se a um lugar de quem enuncia um discurso a respeito da população que busca atendimento. Um discurso solicitado pelas instituições que atravessam o CAPSI, pelas políticas brasileiras oficiais de saúde mental para a infância, sendo o enunciado aquele que estabelece uma relação diferenciada com sua proposição e com aquilo que enuncia, pondo em jogo aquilo de que seu “tema” fala, não apenas o que é dito. Não há um indivíduo ou objeto específico como correlato, mas um conjunto de domínios onde objetos emergem. Analisamos os lugares ocupados por estes, quando manifestam um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo (FOUCAULT, 2004a).

Sobre os documentos produzidos pelos profissionais do estabelecimento de saúde, estão abrigados no CAPSI, ainda em uso corrente, sendo feitos e acumulados no exercício de suas funções. Partindo do campo da arquivologia, Castro (2008) demarca que o termo arquivo tem a acepção atinente tanto à instituição de guarda que possui um acervo de documentos (que recebe e guarda documentos provenientes de uma mesma fonte) quanto as unidades orgânicas que compõem esse acervo. Essas unidades também, em arquivologia, são nomeadas fundos documentais ou arquivísticos.

Foucault (2004a), ao frisar que “[...] a arqueologia descreve os discursos como práticas especificadas no elemento do arquivo” (p. 149), aponta o arquivo não como a soma de textos guardados, documentos de um passado, os quais testemunham a identidade de uma cultura, muito menos registros e discursos conservados por

instituições. O arquivo é a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares, que faz com que todas as coisas ditas se componham umas com as outras, segundo relações múltiplas, se mantenham ou se esfumem. Portanto, se há coisas ditas, não é preciso perguntar sua razão aos que disseram, porém, ao sistema de discursividade, às possibilidades e às impossibilidades enunciativas que ele conduz.

No Centro, os documentos analisados estão abrigados na sala de gerência, que também funciona como secretaria. Em seu conjunto, eles ordenam-se fisicamente em armários, caixas de arquivos, armários arquivos de ferro, pastas diversas, computadores, em um espaço de depósito finito e não muito amplo. Não foram estudados todos os arquivos, nem a instituição em si, mas tão somente aqueles documentos que descreveremos mais adiante.

O arranjo documental é único e sua circulação restrita ao estabelecimento, sendo consultado apenas por seus trabalhadores. Seu acesso foi negociado seguindo-se os trâmites formais, com entrevistas iniciais, apresentação da pesquisa, seguimento de “rituais” para sua consulta, como agendamento prévio com gerente do CAPSI, demonstração de interesse em conhecer as normas estabelecidas, o comprometimento explícito de descarte das imagens (em conjunto com a gerente do serviço, que foram feitas ao término da pesquisa), entrada e permanência na sala com a presença de outros funcionários.²⁹

Em seu conjunto, esses documentos seguem sua produção, acumulação e guarda, segundo critérios estabelecidos por diversas instituições, agentes e estabelecimentos que buscaremos evidenciar, de acordo com o seu aparecimento específico neste texto. A guarda dos documentos é uma operação que envolve seleção, produção de memória e avaliação de relevâncias, de acordo com os trabalhadores envolvidos no processo (agentes administrativos e gerente do CAPSI).

Os prontuários constituem-se como um conjunto de documentos reunidos em uma pasta, relativos à passagem dos indivíduos pelo estabelecimento de saúde. No CAPSI, eles estão separados no mobiliário para pastas suspensas e classificados pelos nomes das crianças e, em seguida, o técnico de referência no estabelecimento. Três armários com quatro gavetas cada um abrigam essas pastas.

²⁹ Esses “rituais” foram assumidos por mim, sem uma imposição da gerente ou algum trabalhador.

O trabalho inicial de perscrutar os arquivos do CAPSI foi realizado com a eleição dos prontuários utilizando como critério de inclusão as crianças matriculadas no serviço e ainda em atendimento, para descrever sua arquitetura (suas condições de produção, profissionais envolvidos, o que se elege como registro *verdadeiro*, composição geral das fichas formuladas), entendendo arquitetura como o movimento do tecido documental voltado aos modos de subjetivação-objetivação, porém, direcionado também ao seu campo de exterioridade compreendido como sua aparição, a emergência da queixa, dos transtornos, das práticas de cuidado operadas no serviço, e tudo aquilo que “[...] dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras.” (FOUCAULT, 2004a, p. 53).

Uma das primeiras inserções objetivou fazer a leitura geral dos prontuários de crianças e adolescentes matriculados no serviço, nos turnos da manhã e tarde, frequentando-o com intervenções de toda a equipe (há crianças atendidas em modo ambulatorial, apenas atendimento psiquiátrico e farmacêutico). Nesse momento, foram relacionados todos os documentos que compunham os prontuários, assim como a seleção dos prontuários apenas das crianças (faixa etária de 06 a 12 anos incompletos), moradoras da região metropolitana de Belém, ainda em atendimento no CAPSI (participam das intervenções formuladas por toda a equipe), com diagnóstico de transtorno mental, frequentando a escola, matriculadas no CAPSI entre o ano de 2006 até o corrente. Foram selecionados 25 prontuários.

Os documentos que compõem esses prontuários são os seguintes: Documentos dos responsáveis e da criança (comprovante de residência, certidão de nascimento, cartão do SUS, CPD, RG); Ficha de referência (encaminhamento de outros estabelecimentos de saúde); Ficha de evolução do usuário; Relatório da escola; Cópia das declarações de comparecimento no CAPSI; Ficha de encaminhamento para outros estabelecimentos de saúde; Termo de compromisso; Ficha do Plano Terapêutico; Produções das crianças (desenhos, textos); Laudo psiquiátrico; Documentos que justificam faltas nos atendimentos (como Atestado de internação em hospital, de comparecimento a outros atendimentos de saúde; boletim de ocorrência policial registrando assalto); Ficha de informações nutricionais; Laudo fonoaudiológico; Documento do CAPSI solicitando dispensa do responsável para comparecer aos atendimentos com os filhos; Requerimento de passe livre para o transporte interestadual

de pessoa carente portadora de deficiência; Ficha dos Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS.³⁰

Em um segundo momento, foi realizada a análise de 25 prontuários, procedendo-se a um traçado geral das características que constituem sujeitos aos quais se referem os prontuários, pela análise das fichas de “acolhimento”, idade, gênero, renda familiar, escola, série, queixa, procedência do encaminhamento e diagnóstico, conforme detalhado no Capítulo 3, seção 3.1. As fichas de “evolução” são os registros sobre as intervenções desenvolvidas e serão analisadas no Capítulo 3, seção 3.2.

As fichas de acolhimentos e as fichas de evolução são preenchidas por todos os profissionais do estabelecimento. Ainda que seja mantida certa regularidade, no preenchimento desses documentos, há algumas variações, como, por exemplo, alguns itens não preenchidos, principalmente os que requerem um nível maior de detalhe, e assinaturas sem o carimbo, como requerido nos estabelecimentos de saúde. Um carimbo que ateste a legitimidade do profissional de determinada área e, portanto, possuidor de condições para proferir um discurso verdadeiro, conforme Foucault aponta, em *A Ordem do discurso*, ao abordar a interdição como procedimento de exclusão operado em toda sociedade, na produção discursiva, como função de conjurar seus poderes e perigos: “[...] sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa.” (FOUCAULT, 2002, p. 9).

Os documentos produzidos por meio de entrevistas compuseram as análises, em estreita relação com a análise dos prontuários. As entrevistas foram realizadas entre o ano de 2016 (junho) e 2017 (fevereiro), em função de uma escolha metodológica que considerou a disponibilidade dos profissionais (que dispusessem de tempo e interesse em participar da pesquisa, sem que isso fosse uma imposição da gerência ou da pesquisadora), o percurso da análise dos prontuários que, de muitos modos, orientava as entrevistas e, por fim, o tempo de constituição de um vínculo com o serviço no qual

³⁰ Registro instituído a partir das Portarias nº 276, de 02 de abril de 2012, e nº 854, de 24 de agosto de 2012, as quais versam a respeito das informações relacionadas aos atendimentos efetuados pelos CAPS, como “[...] uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade na atenção psicossocial e para dar visibilidade à ampliação de acesso ao cuidado em saúde mental.” (BRASIL, 2015). Os modos de inserção das informações no sistema encontram-se em transição e em processo de apropriação, por parte dos territórios, motivo pelo qual o último informativo de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, publicado em 2015, não utiliza os dados dos RAAS.

essa entrada-permanência representava uma posição de pesquisadora, a qual será discutida na próxima seção. As entrevistas são, por conseguinte, a fabricação de arquivos formados por tramas de acontecimentos em história cheia de lacunas, com as quais aqui vamos estabelecendo relações, no cotejamento de seus vestígios.

Foram feitas 10 entrevistas, que tiveram duração entre 1h e 2h. Após apresentar os objetivos da pesquisa e questões relativas ao processo de medicalização, assim como concepções de currículo operadas na pesquisa, apresentava o TCL, perguntando se as entrevistadas permitiam audiogravá-las. A primeira entrevistada mencionou que não se sentia à vontade com a gravação e que, possivelmente, outros membros da equipe também. Essa primeira entrevista ocorreu em uma semana na qual a referência técnica municipal responsável pela gestão, vinculada ao setor da mesma (Núcleo de Promoção à Saúde - NUPS), havia marcado uma reunião, e a pauta causou certo tensionamento entre equipe e gestão.

Vale destacar que esses meses antecediam as eleições municipais e o prefeito, na época, seria candidato à reeleição. Era possível visualizar os efeitos desse tensionamento, no momento desse encontro, no que se referia à preocupação sobre os modos como as entrevistas seriam analisadas e publicadas (uma hipótese formulada na primeira entrevista, confirmada ao longo da investigação, quando emergiam recorrentes críticas formuladas à gestão). Os trabalhadores estariam falando de seus percursos, suas práticas e a respeito do serviço, e um aspecto que emergia nas entrevistas, como destacado no Capítulo 4, enfatizava questionamentos endereçados ao processo de gestão governamental.

As questões que iniciavam as entrevistas eram relativas ao percurso formativo dos profissionais (ano, instituição de ensino, pós-graduação, outros cursos) e como eles entendiam que essa formação atravessava suas práticas. Tratava-se de questão “disparadora”, a qual abria a entrevista em um espaço de conversa, no qual as outras questões eram formuladas a respeito do que não compreendia ou do que considerava importante aprofundar, de acordo com o que emergia e com os objetivos da pesquisa.

Outra questão formulada, repetida em todas as entrevistas, dizia respeito à formação não oficial e/ou acadêmica, que considerava como percurso de constituição das práticas no CAPSI. Essa questão emergiu igualmente após a primeira entrevista, quando a entrevistada fez menção às posições maternas ocupadas pelas trabalhadoras e

pelas mulheres cujos filhos eram atendidos no CAPSI. Passei a dar maior atenção a essa questão, uma vez que, na análise dos documentos, significava um elemento muito presente.

Cabe ressaltar que não procuramos, nos discursos, suas significações ocultas, como, por exemplo, saber quem são as crianças atendidas pelo CAPSI, contudo, as condições que possibilitaram a emergência dessas práticas e como elas objetivam indivíduos, corpos infantis, em crianças portadoras de transtornos mentais. Não há a procura para reconstituir o que pôde ser pensado, desejado, experimentado, a essência desses sujeitos, não é o retorno ao próprio segredo da origem, a uma fonte, mas, sobretudo, a descrição sistemática de um discurso-objeto (FOUCAULT, 2004a).

Nesse sentido, a escuta não funciona como *extração da verdade* com fins assistenciais, medicalizantes, educacionais etc., porém, como atenção aos enunciados, incluindo, além de palavras, objetos, suas propriedades, a maneira como pesquisadora e entrevistadas eram afetadas pelo/no encontro (ARANTES, 2012).

Assim, os discursos proferidos neles não são aqui vistos como atos de fala proferidos pelos profissionais que os preenchem constituem, mas nas práticas sociais em que se inserem. Interessam-nos os enunciados proferidos como um conjunto heterogêneo que envolve “[...] discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas.” (FOUCAULT, 2004a, p. 244).

Esses que falam, fazem-nos sobre outros, a respeito de outros. E pouco ou quase nada do que esses outros falam, fora dos critérios estabelecidos na ficha, tem visibilidade. Como um dos ditos que circulam no serviço, segundo as entrevistadas: o que não cabe no que fora prescrito está “fora da casinha”. Essa expressão refere-se aos que não se comportam segundo uma moral, expressão usada pelos profissionais, geralmente remetendo a pais e mães que não atendem ao esperado socialmente das posições maternas e paternas.

Ainda que sejam os profissionais a enunciarem tais discursos, nas entrevistas, e sejam seus nomes que assinam os documentos – e suas letras marquem o papel, em grafias por vezes indecifráveis, algumas vezes infantis, noutras desenhadas com rigor ou delicadeza – seus nomes próprios não são aqui entendidos como referentes a indivíduos

falantes, em suas essências. Seus nomes são mais uma função que um nome e uma história individual. E, como função, é exercida por meio de condições de práticas discursivas específicas, ligando-se a sistemas institucionais e jurídicos, articulando universos discursivos operados nessas fichas, em conjunto, formando um dispositivo que tem ditos e não ditos como seus elementos, de sorte a englobar enunciados científicos, proposições morais (FOUCAULT, 2004a, 2009).

A noção de autoria como função implica um reexame da noção de sujeito, em sua constituição enquanto uma função do discurso. O lugar que ocupa remete a várias posições-sujeitos que classes diferentes de indivíduos podem vir a ocupar. Trata-se da noção de autoria, portanto, como princípio de agrupamento do discurso, não como indivíduo falante (FOUCAULT, 2009).

Na aula inaugural proferida no Collège de France, intitulada *A ordem do discurso* (2002), Foucault adverte que as relações entre práticas discursivas e poderes que a permeiam serão abordadas de modo mais contundente, apresentando as exigências de método que significam efetuar análises das relações saber-poder, em suas condições, jogos e efeitos, interrogando as vontades de verdade, com base em alguns princípios que colocam o discurso com seu caráter de acontecimento, como práticas descontínuas que se cruzam e se ignoram (*princípio de descontinuidade*); que, onde julgamos conhecer seu princípio, sua fonte, é necessário reconhecer o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso (*inversão*), não sendo possível dissolver o discurso em um jogo de significações prévias que serão desveladas, porém, como uma imposição à materialidade (*especificidade*) e que, para compreendê-las, temos que partir das e nas suas condições de possibilidade, não até seu núcleo, sua essência (*exterioridade*) (FOUCAULT, 2002).

Aqui cabe um alerta feito por Foucault, em *Sujeito e poder* (1995), a respeito da análise das relações de poder em instituições. Parte dos mecanismos operados por uma instituição objetiva assegurar sua conservação. Há que se atentar para não buscarmos a explicação do poder pelo poder, mas a partir dele. Isso implica dizer o discurso proferido nos documentos analisados foram acolhidos em sua emergência de acontecimento e não em sua unidade. São efeitos de uma construção cujas regras precisam ser conhecidas, tendo seu lugar de quase-evidência questionado, “[...] nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido,

sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros.” (FOUCAULT, 2004a, p. 27).

Conhecer a singularidade dos acontecimentos, em uma perspectiva problematizadora da história, requer contemplar um movimento que não é cronológico, que está conectado por acontecimentos e não fatos que recuperam totalidades, interrogando o mundo e o que somos. Permite, como assinala Kleber Prado (2012), que interroguemos o mundo e o que somos, quando recusamos a linearidade, a natureza das coisas, a ideia de progressão. O acontecimento não está *a priori*, opõe-se a um fato social, não demonstra nada, produz-se nos olhares que o interpelam, não há regularidades, mas relações, práticas.

Assim, eis as pistas oferecidas pelas ferramentas foucaultianas: “[...] o exercício do poder não é um fato bruto, um dado institucional, nem uma estrutura que se mantém ou se quebra: ele se elabora, se transforma, se organiza, se dota de procedimentos mais ou menos ajustados” (FOUCAULT, 1995, p.246). Isso possibilita estabelecer pontos de análises das relações de poder em seus sistemas de diferenciações, em seus objetivos, modalidades instrumentais, formas de institucionalização, graus de racionalização.

1.4– Dos modos de percorrer territórios des-habitados, movediços, que des-viam

O fragmento de Ítalo Calvino, abrindo este capítulo, ofereceu à sua tessitura a metáfora de saída da clausura, que põe diante de encruzilhadas, para pensar o percurso de construção do objeto de estudo nos acoplamentos dos temas da saúde, educação e infância, por meio de meu percurso profissional como trabalhadora do campo da saúde mental e no exercício da docência no ensino superior. As encruzilhadas nas quais encontramos dragões e exércitos situam as ferramentas teórico-metodológicas e os campos de batalhas, forjados nas intercessões com as formulações foucaultianas, esboçam os itinerários de sujeitos infantis narrados nas páginas que des-ordenam documentos, prontuários, arquivos, produções de entrevistas.

Para encerrar este capítulo, versaremos acerca do percurso de territórios des-habitados da pesquisa, em seus des-vios, buscando visibilizar o transcurso de um

trabalho artesanal por pastas, armários, caixas, gavetas, memórias de computador, e produzidos nos encontros com as trabalhadoras, que não se esgotam no espaço infinito dos arquivos e transbordam para além de seu espaço físico finito. Nesse percurso, a cada novo encontro, instrumentos, métodos, modos, escrita, pesquisadora, objeto de pesquisa compunham uma tessitura refeita a todo tempo.

O CAPSI foi inaugurado em 1998 na cidade de Belém³¹; antes denominado “Casa Mental da Criança e do Adolescente”, vincula-se à Secretaria Municipal de Saúde, cadastrado no Ministério da Saúde, no âmbito da política nacional de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria/GM nº 2103, de 19 de Novembro de 2002. Localiza-se na Pedreira, bairro central, possui grande parte dos transportes públicos com pontos de paradas relativamente distantes, sem acesso fácil a outros equipamentos públicos, ainda que bem localizado do ponto de vista comercial. O CAPSI funciona de segunda a sexta-feira, no horário comercial, com equipe constituída por psicólogas (4), psiquiatra (2), assistente social (2), farmacêutico (2), enfermeiro (2), técnico de enfermagem (2), professor de educação física (2) e terapeuta ocupacional (2).

A primeira inserção no CAPSI foi no ano de 2014, antes do Exame de Qualificação da Tese. Nesse ano, realizei duas visitas: uma para conhecer o espaço e parte da equipe; na segunda visita, pude ter acesso aos arquivos e me detive durante algumas horas em uma leitura inicial. Na ocasião, a gerente do CAPSI disponibilizou-me alguns prontuários e fiz uma leitura geral, como modo de aproximação com o estabelecimento, com os documentos e trabalhadores, em uma espécie de abertura de jogo.

Alguns dos trabalhadores já conhecia anteriormente. Uma das psicólogas foi minha colega de graduação, no curso de Psicologia da UFGA. Fazíamos muitos trabalhos juntas e, após a formatura, mantivemos contato por meio de outros amigos

³¹Em Belém, no último Censo (2010), a população era de 1.393.399 pessoas (Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/belem/panorama>. Acesso em: 16/03/2017) Em 2014, o salário médio mensal era de 3.6 salários mínimos, um PIB *per capita* de R\$ 20.034,40. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 32%. A taxa de mortalidade infantil média no município era de 15.38 para 1.000 nascidos vivos. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 4.4, no IDEB. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.1, em 2010 (posicionava o município na posição 53, dentre os 144 municípios do Estado, e na posição 4499, dos 5570 municípios do Brasil). Das crianças de 0-8 anos domiciliadas em Belém, no ano de 2014, 47,1% vivem com renda domiciliar *per capita* entre 0 a ½ salário mínimo, 66,7% vivem em domicílios sem um dos elementos do saneamento (esgoto, água encanada, coleta de lixo) e 53% vivem em domicílio cujo chefe é do sexo feminino, com até ½ salário mínimo. (Fonte: IBGE/PNAD, 2014.)

comuns, dos encontros nos eventos envolvendo trabalhadores de saúde mental e, posteriormente, compartilhamos momentos, também com outras amigas psicólogas da SESPA (dividindo momentos de brincadeiras com as crianças e conversas agradáveis, no horto municipal). Uma enfermeira conheci no fim da década de 1990, quando fiz estágio na Guarda Municipal. Há também uma psicóloga, do turno da tarde, colega do Grupo de Estudos Transversalizando, com quem estabeleci maior contato, em 2015, quando cursamos a mesma disciplina na UFF. Uma terceira psicóloga reconheci das reuniões da época em que tinha maior inserção no movimento de luta antimanicomial.

Destaco essas relações, anteriores à entrada no CAPSI, para fazer pensar nesse trânsito no campo de pesquisa e da importância deste, não apenas no acesso aos documentos (prontuários e entrevistas), mas à permanência no estabelecimento. Estive lá muitas horas e não poderia tê-lo feito, sem a anuência dessas trabalhadoras. Suas disponibilidades em indicar onde estavam os documentos, em esclarecer dúvidas, em participar das entrevistas compõem uma trama forte deste texto e faz-se necessário dar-lhes visibilidade.³²

Além de conhecer pessoas da equipe, antes de entrar no CAPSI, possuía algumas informações do serviço em função do trabalho que desenvolvia na SESPA, as quais, quando reunidas, criavam a ideia de um serviço composto por equipes com laços fortes, com grande parte de seus membros tendo ingressado no serviço há mais de 10 anos, uma equipe que fazia muitas discussões internas sobre o serviço e atendimentos, que pautava questões com a gestão municipal a respeito dos entraves. Nesse sentido, penso que pude construir a entrada no espaço, explicando inicialmente os objetivos da pesquisa, ao entrar, e reiterando em outros momentos, mas também compartilhando dúvidas, questões, dificuldades, anseios. Esse aspecto da relação com trabalhadores, assim como aspectos ligados às características da equipe mencionadas anteriormente serão retomadas mais adiante, no Capítulo 4.

Esse modo de entrar e percorrer o CAPSI permitia, por exemplo, identificar – ainda que tenha perguntado posteriormente para gestora e membro da equipe do administrativo – como os arquivos do CAPSI têm uma itinerância dentro do prédio. Na sala da gerência, a qual é igualmente a sala dos agentes administrativos, onde ficam

³² Principalmente a gerente, a qual, além de muitas pistas, agendou as entrevistas, buscando conciliar os horários dos profissionais, diante de suas agendas de atividades.

telefone, computadores, impressora, armários e arquivos, havia muitos armários nos quais era preciso me deter mais especificamente (depois fui percorrendo documentos abrigados em outros locais). Estabelecia metas de trabalho, a cada dia, fazia registros dos resultados, em meu diário de campo, e inicialmente contabilizava quantos prontuários precisava consultar, no entanto, a cada dia que chegava precisava fazer uma nova contagem e conferir o que já havia olhado (pelo nome das crianças), porque, a cada vez, esse número mudava.

A itinerância dos prontuários no CAPSI e, em geral, nos serviços de saúde, atende a uma coreografia de cada serviço em função de como as equipes fazem seus registros. A cada estabelecimento, as equipes constroem modos de registrar. No CAPSI, algumas vezes, parte da equipe separa as pastas em que necessitam fazer registros e vão para alguma sala disponível e o fazem juntos. Embora cada profissional esteja fazendo seu registro, eles mantêm um diálogo aberto, em que trocam informações, discutem os *casos* ou outros assuntos referentes a acontecimentos nos serviços ou do cotidiano. Outros profissionais, como o farmacêutico e os psiquiatras, levam os prontuários para suas salas e, geralmente, fazem sozinhos os registros. Também os agentes administrativos usam esses prontuários, com frequência, para preencher os formulários estatísticos. Assim, esses documentos frequentemente estão percorrendo o serviço – e de um modo muito próximo aos caminhos que as famílias e crianças o percorrem: ora na sala de acolhimento, ora na sala de equipe, de atendimento individual ou de grupo, sempre (ou quase sempre) guiados por um profissional.

Se os documentos têm uma itinerância no estabelecimento, apontam igualmente para fora, em uma exterioridade que se esboça desde antes de sua construção até sua circulação. Envolvem-se em sua construção as recomendações oficiais dos órgãos federais, estaduais e municipais, os anseios das equipes locais de trabalho, os acontecimentos dos atendimentos. Fazem-no circular os profissionais que os preenchem-constroem, os grupos, quando os utilizam nas reuniões, os demais profissionais que os usam para orientar a construção de suas condutas clínicas, nos atendimentos, os agentes administrativos, quando preenchem as estatísticas em saúde mental.

Trata-se de práticas que ganham materialidade, tomando forma, movimento e vida. A tentativa de capturá-los em um número exato, de encontrá-los abrigados em um

lugar, apenas, encontrava, não raro, uma espécie de fracasso. Permiti-me acompanhá-los também, percorrendo esses espaços sempre que possível. Se essa itinerância parecia, em alguns momentos, uma errância, uma espécie de deambulação, como se diz dos sujeitos que, em crise psicótica, andam, movimentam-se, numa certa deriva, era o próprio movimento que era necessário acompanhar, em sua dimensão de acontecimento que diz das condições de possibilidade de sua produção. Ainda que, nesse serviço, não haja relato de documentos perdidos e eu os tenha encontrado, embora não em seu local destinado e no momento em que busquei, há momentos em que eles *não estão lá*. Assim como vemos documentos não preenchidos. Há lacunas, brechas, silêncios, invisibilidades.

Dessa forma, alguma familiaridade com as práticas, apesar de em uma posição mais “externa” e, portanto, de certo modo privilegiada para o exercício da problematização, contribuíram também para a constituição dos documentos analisados como um documento-monumento, tratado em sua espessura própria, a partir das práticas sociais em que se insere. Não são documentos mudos, inertes, têm suas regras de produção, circulação. São documentos vistos em seu movimento e nas relações que estabelecem com diversas práticas existentes. Transformados em monumentos, organizados em conjunto, inter-relacionados, os documentos são tomados em sua espessura própria, a partir das práticas sociais em que se inserem. Não é uma matéria muda, inerte, tem suas regras de produção, circulação (FOUCAULT, 2004).

De modo concomitante a essa posição problematizadora, ao percorrer o estabelecimento e seus arquivos, busquei respeitar os “rituais” de entrada e permanência no espaço, assim como uma posição de não julgamento das práticas dos profissionais e do CAPSI. Lancei-me ao exercício de uma posição não acusatória ou de denúncia que afirmasse uma prática outra, mais “verdadeira”, todavia, apontando as relações de saber-poder que, sobretudo, permitissem entender tais práticas, em uma perspectiva ética e política.

Lancei mão da ferramenta da análise institucional de implicação, como maneira de analisar lugares institucionais e sociais que ocupo, não apenas em função da pesquisa, mas no cotidiano, na vida profissional, na história. Tal análise propicia interrogar formas de pensar cotidianamente práticas de saber-poder-verdade que

operamos e seus efeitos. Para René Lourau (1993), a análise de implicação talvez seja o maior escândalo da análise institucional,³³ uma vez que as ciências se baseiam na não implicação ou desimplicação a partir dos afetos, desvios, na pretensão de objetividade. Dizendo de outro modo, não há um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento da pesquisa, em seu acontecimento de produzir conhecimento: há seu conjunto de condições, requer analisar a si mesmo a todo tempo. O pesquisador está implicado no campo e sua intervenção modifica o objeto de estudo e o transforma.

Inicialmente, havia considerado a possibilidade de realizar rodas de conversa com profissionais, no entanto, após uma primeira entrevista para entendimento das práticas e da produção dos documentos, deslocamentos foram operados em face dessa ideia. Antes de iniciar essa primeira entrevista, como uma ferramenta para o exercício da análise de implicação, produzi notas em diário de campo sobre meu percurso curricular, tomando alguns eixos utilizados no memorial, construído na ocasião do texto para o Exame de Qualificação da Tese. Tendo essas formulações sobre meu percurso, o texto da Tese começando a se esboçar, após a realização da primeira entrevista, experimentei uma espécie de estranhamento diante do que fora narrado e de que só me dei conta no momento da transcrição da entrevista.

O estranhamento se dera nos momentos da entrevista, quando de alguns elementos da sua formação a entrevistada não se lembrava (nomes de algumas disciplinas, professores), assim como comparecia, ante algumas questões, outro ritmo nas respostas que apontavam para um movimento de pensamento que parecia acompanhar sua produção. Todas as entrevistas foram acompanhadas de momentos de parada, uma solicitação para elaborar respostas, as quais apontavam outras questões. Considerei, então, que os encontros individuais possibilitariam um tempo mais singular para esse momento que se tratava de uma produção, não reprodução, e no espaço em grupo poderia encontrar-se afetado, sem muito espaço para que fosse desenvolvido/expandido, uma vez que o encontro em grupo acontece por outras vias.

³³ Sociólogo francês que popularizou a análise institucional clássica, no Brasil, ao fazer apresentação geral da análise institucional em sua visita à UERJ, na década de 1980. Refere-se ao campo da análise institucional como um campo de multirreferencialidade, o qual lança mão de diferentes métodos e conceitos para construir um novo *campo de coerência*. Com a análise institucional, foi possível introduzir o que a psicossociologia deixava fora dos grupos. A análise não se centra em um indivíduo ou no grupo, mas em um conjunto de processos sociais, não escondendo que é política (LOURAU, 1993).

Também a respeito do estranhamento, após retomar minhas notas sobre meu percurso curricular, situei que os modos de narrar os percursos nos momentos das entrevistas acessavam uma forma singular de produzir uma memória, assim como uma posição específica de enunciar um discurso. Eu, que estive na posição de trabalhadora, no campo da saúde mental, assumira igualmente a posição de professora e, na posição de pesquisadora, operava com outros elementos discursivos diferentes dos enunciados pelos entrevistados.

Situar essa diferença conferiu um modo de inflexão à análise, ao deslocar a observação desse acontecimento, não apenas como uma falta ou lacuna diante do que fora perdido ou esquecido, no percurso curricular e que eu julgara como importante e fundamental, para entender que outros elementos se forjavam nesses percursos: a formação acadêmica, institucional, assumia um lugar outro, em face daqueles que se posicionavam por longos anos nas práticas de intervenção, no campo de saúde mental. Tal acontecimento se mostra mais evidente, se compararmos, por exemplo, a entrevista narrada por uma profissional cujo exercício da pesquisa e da docência também havia realizado.

Por fim, um último ponto sobre as entrevistas com esses profissionais, que mantém estreita relação com essa posição de estranhamento: trata-se da forma como as entrevistas me afetavam e faziam deslocar os modos de entender os documentos. No Capítulo 3, mencionarei os abalos diante das leituras dos prontuários, quando alternava questionamentos, indignação, tristeza. No momento das entrevistas, algo interpunha a este olhar/percurso que agora formulo como outro modo de situar esses trabalhadores e as posições que assumem, ao produzir os documentos. Uma saída, talvez de uma maneira dicotômica de entender e analisar práticas discursivas, forjara-se quando estas se situavam a partir de outro lugar mais múltiplo, portanto, mais complexo.

É uma saída de um discurso-denúncia para uma posição mais difícil e, por conseguinte, arriscada, de não considerar algozes, culpados, constituir um rosto, mas pensar e efetivar outros modos de análises das relações saber-poder, em suas complexas linhas de força que se atravessam, excluem, se justapõem. Assim, registro aqui um modo de realizar a pesquisa e produzir análises, no qual há a incessante busca de não hierarquizar posições e saberes, ao mesmo tempo em que constitui esse acontecimento

como elemento importante para pensar os currículos desses profissionais, o que será analisado no Capítulo 4.

Diante dessa posição, em minhas presenças no CAPSI, também me permiti entrar em “conversas informais” e observações de cenas cotidianas, geralmente na sala de espera ou no jardim/parquinho, a que, ao longo do texto da Tese, faço menção. As conversas giravam em torno do que estava acontecendo no serviço, naquele momento, e, quando os trabalhadores ou usuários abriam espaço para me contar suas histórias, igualmente no serviço e sobre o serviço, eu não apenas escutava, como formulava novas questões. Ao “estar por ali”, quando trabalhava nos documentos ou esperando alguma entrevista, somente olhando alguma oficina ou algumas crianças circulando no espaço, vinham indagar sobre minha presença, quase sempre perguntando se eu era nova na equipe e, ao ouvir sobre a pesquisa davam continuidade à conversa.

Outro instrumento importante de investigação foi que produzi, desde o início do Doutorado, um caderno intitulado “caderno de pistas”, as quais se constituíam em anotações a respeito da pesquisa, no que considerava indicativo de caminhos a serem percorridos. Em quatro anos, foram dois cadernos que sempre levava às aulas, eventos, e abrigam questões formuladas nesses encontros com professores, colegas, outros pesquisadores e até colegas do campo da educação e da saúde mental (tanto de Belém, como de Macapá e Niterói/RJ).

No encontro com os documentos e nas permanências no CAPSI, passei a produzir outro diário destinado especificamente a esses encontros e, com o passar dos dias, à medida que as anotações se avolumavam, percebi que havia outra ordem de anotações que não diziam apenas o que constava nos documentos, mas se referiam aos modos como eu era afetada nesse percurso. Considerei essa uma dimensão importante de ser registrada e inaugurei outro caderno – “afetações em campo” –, que em sua dimensão material, tomou a forma escrita e a forma audiogravada. Os registros em áudio foram produzidos a partir de momentos em que a escrita parecia travar, muitas vezes em função de uma expectativa de “conhecer”, saber.

Quando a escrita não se movia, tentando capturar sentidos, perseguir objetivos, os áudios pareciam permitir experimentar esse percurso em outro plano. Aqui, penso ter constituído um espaço *não-tese*, fora das enunciações previstas, prescritas, com uma maneira de experimentar a intensidade desses movimentos do afetar.

Alimentados pela força reativa que encarcera afetos em um saber e uma moral, caímos no engodo: se afetar, diferença; se diferença, ameaça à vida. A opção pode ser uma pesquisa normatizadora para reproduzir infinitamente o saber e termos, como pesquisadores, a morada na verdade. (LAZZAROTTO; CARVALHO, 2012, p. 26).

Não estava apenas destinando lugares para a produção de registros/novos arquivos, porém, constituindo um modo de percorrer o campo de pesquisa. Foi uma decisão de acatar cada desvio, cada entrave, suportar os riscos, tornando-os parte da pesquisa, incorporando assim o que travava na escrita como algo que se movia, agarrava-se a outros planos.

Durante o ano em que estive no Rio de Janeiro, participei durante um semestre do Subprojeto de Pedagogia da Faculdade de Formação de Professores (FFP/UERJ) do projeto “Saber escolar e formação docente na educação básica/PIBID/CAPES/UERJ”, coordenado pelas professoras Rosimere Dias e Anelice Ribetto. Voltado ao desafio de pensar e fazer formação em uma perspectiva ética, estética e política, o projeto atua com um grupo de alunas do curso de Pedagogia da Faculdade de Formação de Professores da UERJ (FFP/UERJ) e professoras de duas escolas públicas de educação básica³⁴, utilizando as ferramentas da análise institucional, da filosofia da diferença, das políticas de cognição, da pesquisa-intervenção, do método da cartografia, da formação inventiva de professores e da arte.³⁵

Participei, indo uma vez por semana aos encontros nos quais o grupo fazia planejamentos, reuniões de estudos, realização de oficinas e demais intervenções, com o trabalho coletivo envolvendo o campo de problematizações. Um dos aspectos do projeto que me chamava atenção era a produção dos diários de campo usados como ferramenta no percurso do processo de formação inventiva, em seu processo de experimentação, no qual as determinações escapavam num campo de possibilidades, invenção e criação.

Esses momentos foram profícuos, e trago a imagem dos encontros, em uma escola em São Gonçalo/Niterói/RJ, uma escola bonita, centenária, uma roda grande com a palavra circulando, embaixo de uma árvore. A cena de pessoas em roda embaixo de

³⁴ Há duas escolas parceiras, a saber: Colégio Estadual Conselheiro Macedo Soares (localizado no Barreto, Niterói) e o CIEP Municipalizado 411 (localizado no Engenho Pequeno, São Gonçalo). Ambas as escolas ficam no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

³⁵ Para maiores detalhes acerca dos trabalhos do Subprojeto de Pedagogia acessar: <https://www.facebook.com/pibidcursodepedagogiaffpuerj/?ref=bookmarks>; ou, ainda, ver Dias (2014), Dias, Peluso e Uchôa (2013), Dias et alii (2015).

uma árvore ilustra muito bem o funcionamento desse projeto, no qual a palavra circula e os ventos que trazem inquietações, afetos, problematizações, arejam sempre todos os espaços formativos, fazendo ressonâncias. Como efeito dessa inserção, produzi um artigo, em uma das publicações do Transversalizando, com a professora Rosimere Dias, onde incorporei em meu processo de pesquisa a prática de produzir diário, não apenas com as anotações e impressões do campo, forçando o pensamento a pensar, todavia, sobretudo, para mostrar o devir em sua intensidade, coletividade e possibilidade de deslocamentos.³⁶

As escritas nos diários se transformam em inscrições em nós, em gestos, em modos de viver outros que abraçam as condições existências da formação. Não perder o acontecimento significa pensar que a pesquisa, nessa perspectiva, se torna uma prática de produção de efeitos, de contornos, de sensações, de afetos, de sentido. Dessa maneira, os diários operam pelo que nos movem e nos transformam.

Em tal plano, a escrita fragmentária funciona como modo de não trancafiar essas sensações a um plano estrito do reconhecimento sem cessar, mas abrindo passagens para afetos outros. Inclui, assim, o que os registros iniciais no curso de doutoramento deixavam à margem: um conjunto de forças experimentadas no processo, as quais abriam passagens para afetos que fizessem a vida atravessar a tese e a tese atravessar a vida.

Recordo uma entrevista³⁷ em que Barthes (2004) usa a metáfora empreendida por Proust, para falar da atividade de escrever, como um trabalho de uma costureira fazendo um vestido. Uma atividade meticulosa, colhedora, construtora, que atravessa por vezes zonas de trabalho como muitos riscos. Foram experimentados, ao longo da feitura desta pesquisa, cansaços, ameaças de desistência, interrupções, retomadas, superações, forças inesperadas, impasses diante do que se pretende alcançar e o que efetivamente se consegue fazer, generosidade e alegria nos percursos.

A metáfora da costureira serve para pensar os diários que produzi se assemelhando a uma espécie de prateleira de atelier, com suas caixas, gavetas, abrigando o material de costura: agulhas, linhas, fitas, tecidos, botões... No entanto,

³⁶ “Invenção e formação de professores entre escritas e problematizações” (2015).

³⁷ Entrevista concedida ao *Le Monde-Dimanche*, 16 de setembro de 1979, publicada no livro *O grão da voz*, com o título “Ousemos ser preguiçosos”.

diferente da costureira que atende a uma solicitação de um cliente, aqui busquei atender às solicitações institucionais, dialogando com meu percurso, com os sujeitos em campo, estabelecendo intercessões. Enfim, encontrara uma forma de dispor do material de que precisava para uma montagem.

Contra a montagem – toda a exaustão de produzir o trabalho deve ser apagada, como se ele estivesse nascido lá. Quanto maior o hiato entre a montagem e o trabalho finalizado, melhor. A obra deve arrastar tudo consigo – a intenção, a ideia, o esboço, o livro de anotações, a biografia do artista e sua própria montagem. (RAMOS, 2002, p. 31).

Aliada a essas intercessões, a abertura para experimentar as variações dos afetos forjou convocações ao movimento de pesquisar na historicidade do tempo, a partir de questões que são feitas de vida. Busquei, assim, lançar-me a uma tessitura tal como uma obra que pertence a uma linguagem sem centro, sem revelação, na qual por vezes ninguém fala (ou todos e muitos falam, sem que seja possível identificar *alguém*), em um tempo “presente sem presença”. Ainda que a “pena” a correr nessas páginas tenha sido o computador teclado por aquela na qual habitam meninas, mães, psicólogas, professoras, mulheres profissionais da saúde, militantes do movimento antimanicomial...

O texto da tese, como uma obra que arrasta (ou tenta arrastar tudo), no entrelaçamento perpétuo como em um tecido, cuja textura ora alinhava, enreda-se, ora dissolve, esgarça, desbota, pretende pôr em análise as práticas que se voltam à infância e suas relações com percursos curriculares em suas clausuras, dragões, exércitos, ilhas encantadas e novos amores.

CAPÍTULO 2 – OS PERCURSOS CURRICULARES INSCRITOS NAS PRÁTICAS VOLTADAS À INFÂNCIA: DIAGRAMAS BIOPOLÍTICOS DOS CIRCUITOS DE MEDICALIZAÇÃO

Pense nisto: quando dão a você de presente um relógio estão dando um pequeno inferno enfeitado, uma corrente de rosas, um calabouço de ar. Não dão somente o relógio, muitas felicidades e esperamos que dure porque é de boa marca, suíço com âncora de rubis: não dão de presente somente esse miúdo quebra-pedras que você atará ao pulso e levará a passear. Dão a você – eles não sabem, o terrível é que não sabem – dão a você um novo pedaço frágil e precário de você mesmo, algo que lhe pertence, mas não é seu corpo, que deve ser atado a seu corpo com sua correia como um bracinho desesperado pendurado a seu pulso. (Júlio Cortázar, *Histórias de Cronópios e Famas*, 2009).

“Mamãe, é difícil crescer”, diz o menino, em seu terceiro ano de existência. “Por quê?”, pergunta a mãe interessada, mas suspeitando dos efeitos da entrada recente na escola, da retirada das fraldas e lembrando todas as costumeiras advertências: “Não faça isso! você agora é um menino crescido!”. Ao que ele responde: “Ora, os carros não falam de verdade, ninguém vê o Senhor Dragão, as fadas não existem e o Pégaso não mora na torre da igreja!” Dos célebres paradoxos formulados por Peter Pan a Alice, diante das relações do mundo adulto, quantas crianças nos endereçam essa formulação, cotidianamente? Eis o fragmento de um diálogo, desalojado de suas autorias, que marca, juntamente com o relógio-bracinho-desesperado de Cortázar, elementos importantes dos discursos a respeito das infâncias e das práticas que a elas se dirigem, em suas relações com os processos de medicalização.

Este capítulo desenvolverá a discussão em torno dos acoplamentos entre as práticas direcionadas à infância, no campo das políticas públicas, e os percursos curriculares dos profissionais de saúde como estratégias biopolíticas de medicalização. Partimos da noção de infância, como construção histórica e não naturalizada, em estreita aliança com saberes e discursos médicos, *psi*, pedagógicos, constituindo o campo das políticas públicas sociais voltadas aos sujeitos infantis. Em seguida, abordamos a dimensão curricular dos profissionais de saúde, como um acontecimento histórico, cujo funcionamento se opera por meio do saber-poder psiquiátrico, acionando estratégias disciplinares e da biopolítica, para, por fim, articular tais discussões aos processos de medicalização como modo de governo dos corpos e das populações.

2.1 – Processos de medicalização como estratégia biopolítica

Ivan Illich (1975) utiliza o termo *medicalização*, em seu livro *A expropriação da Saúde. Nêmesis da medicina*, afirmando pretender contribuir com seu ensaio, para que o médico não se transformasse em “[...] tratador de pacientes para a vida inteira” (p. 6); nessa linha, formula críticas contundentes à medicina, em função de sua intervenção na vida das pessoas: em nome da saúde, manifestar-se sob a forma de dependência pessoal e diminuição da autonomia dos indivíduos. O autor concebia a oferta de terapias médicas, psiquiátricas, pedagógicas, dentre outras, como um meio poderoso de controle social, visando ao reajuste às normas, através de intervenções que, “[...] em vez de mobilizar e ativar a capacidade do paciente para livrar-se do mal, ou a comunidade para cuidar dele, a magia médica moderna o transforma em espectador mudo e mistificado.” (ILLICH, 1975, p. 53).

Partindo da definição do termo *iatrogênese* (do grego *iatros*, que significa “médico” e *genesis*, “origem”), o autor vai abordar diversas consequências de acometimentos resultantes de condições nas quais médicos, hospitais e medicamentos se constituem como os agentes patogênicos. A iatrogenia é provocada por um conjunto de cuidados profissionais e tem como efeitos impotência, angústia, enfermidades, as quais reduzem a autonomia das pessoas e, por conseguinte, o nível de saúde da sociedade inteira. *Iatrogênese clínica* refere-se aos efeitos diretos da intervenção técnica do médico, quando contribui demasiadamente para que a sociedade seja menos sadia, ao intervir cada vez mais em domínios como alimentação, repouso, trabalho e lazer. A medicalização do orçamento, o aumento das substâncias químicas prescritas, a medicalização das categorias sociais, a medicalização da prevenção e a eliminação do *status* de saúde o autor chamou de *iatrogênese social*.

Dentre os argumentos que sustentam sua tese, Illich (1975) aborda diversos aspectos³⁸ os quais contrariam a ideia de que as taxas de mortalidade globais são efeitos

³⁸ Dentre os aspectos mencionados por Illich (1975), destacam-se a existência das moléstias infecciosas e a criação dos antibióticos, muito depois de as primeiras terem perdido sua atualidade, possibilitando a explicação de uma maior resistência individual ligada a uma melhor nutrição; a relação entre morbidade populacional e meio como determinante do estado de saúde (meio como habitação, trabalho, cultura,

da eficácia do ato médico. Para ele, nem a eliminação das causas de mortalidade nem o alongamento da vida podem ser atribuídos à ação profissional dos médicos. Pelo contrário, enfatiza que a naturalização do ato médico como o responsável pela cura, alicerces da prática médica contemporânea, jamais foi comprovada cientificamente. A expansão dos cuidados médicos traz impactos negativos, quando resultam em dor, invalidez e angústias, em uma mania generalizada de descobrir anomalias, no que o autor chamou de *não-doença iatrogênica*: originada em diagnóstico (muitas vezes baseados em erros médicos ou laboratoriais ou mesmo dos pacientes) e tratamento prescrito.

O nível de saúde da população associado à distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica foi uma forma de iatrogênese social, apontada pelo autor, uma vez que esta parece refletir cuidados no campo de saúde, quando criam essa ilusão de cuidado, porque o consumo de tais produtos se torna obrigatório, provocando dependência, eliminando escolhas alternativas e diminuindo possibilidades de lutas. Nesse sentido, o autor salienta o aumento considerável de prescrições das substâncias químicas associadas a princípios farmacêuticos, inaugurando essa relação do saber médico com o saber farmacêutico e, conseqüentemente, com a indústria de medicamentos e todo o poderoso mercado publicitário.

Illich (1975) assinala o quanto a produção da necessidade de cuidados médicos se torna naturalizada também pela medicalização das categorias sociais, quando cada etapa ou momento da vida passa a exigir um cuidado particular e, portanto, um consumo terapêutico não relacionado apenas ao médico, mas aos especialistas, de um modo geral. Nas palavras do autor:

O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a *concebe* o especialista burocrático encarregado de sua gerência. Em cada um desses lugares, o indivíduo é instruído para seguir o comportamento que convém a uma administração de pedagogos, de pediatras, de ginecologistas, de geriatras e às suas diversas classes de servidores. A riqueza de informações sobre o meio natural é degradada por sua especialização; a escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enriquecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções para aqueles que aí se

lazer, condições de saneamento); a exposição de custos dos cuidados distribuídos nas clínicas e hospitais particulares com financiamentos públicos, os quais, ao invés de abranger toda a população, beneficiam apenas quem pode pagar tratamento; a relação entre custos dos diagnósticos e tratamentos e seus benefícios, muitas vezes nulos ou duvidosos, quando não fazem aumentar dor e sofrimento.

encontram encerrados. O homem domesticado entra em estabulação permanente para se fazer gerir numa sequência de celas especializadas. (ILLICH, 1975, p. 45).

Nesse sentido, são necessários cuidados preventivos como coisas que se consomem e se estendem a pessoas com saúde perfeita, fazendo com que os não-doentes acabem igualmente pacientes, para o resto da vida. Trata-se da medicalização da prevenção, em um serviço de vigilância e diagnósticos precoces, os quais prometem o prolongamento da vida, antecipando, sobretudo, os adoecimentos. Atitudes ou comportamentos considerados estranhos são catalogados como anormalidade, em uma classificação que estende seu controle social às forças da natureza, tendo a Medicina o poder de atestar quem está ou não doente, em uma gerência burocrática da saúde pública.

Em *A crise da medicina ou crise da antimedicina?*, Foucault (2011b) faz referência à repercussão do livro de Illich, afirmando que esta se associava à opinião pública mundial acerca do problema do poder médico, na década de 1970. No entanto, coloca o problema sob uma perspectiva diferente: ao invés de formular a questão a propósito da conservação ou não da Medicina, interrogará seu modelo de desenvolvimento, a partir do século XVIII, situando as raízes históricas da crise da Medicina em sua prática social.

Para Foucault (2011b), Illich não elaborou muito bem os resultados que utilizou, em seu livro, já que os dados estatísticos não constituem provas e outros fatores precisam ser conhecidos:

Todos esses fatos, aos quais o material recolhido por Illich conferia grande notoriedade, referem-se à habilidade ou à ignorância dos médicos, sem questionar a própria medicina em sua cientificidade. Ao contrário, o que parece muito mais interessante e formula o verdadeiro problema é que se poderia chamar não só iatrogenia, mas iatrogenia positiva; efeitos nocivos dos medicamentos não se devem a erros de diagnósticos, nem à ingestão acidental dessas substâncias, mas à ação da intervenção médica no que ela tem de fundamento racional. Hoje, os instrumentos dos quais dispõem os médicos e a medicina em geral, justamente por sua eficácia, provocam efeitos, alguns puramente nocivos, outros incontrolados que obrigam a espécie humana a entrar em uma história aventureira, em um campo de probabilidades e riscos cuja amplitude pode ser medida com precisão. (p. 380).

Foucault (2011b), amparado em casos que ilustram o modelo de organização de saúde, elaborado nos anos 1940-1945, vai mostrar como a medicina – mesmo apresentando progressos – sempre funcionou trazendo consequências negativas e intencionando assegurar não apenas o direito à vida, mas o direito à vida com boa saúde, sendo o Estado seu encarregado e estando o indivíduo com boa saúde a seu serviço. Os corpos dos indivíduos em boa saúde – o cuidado com o corpo, relação entre saúde e doença etc. – tornam-se objeto de uma ação estatal, e a saúde integra-se nos cálculos macroeconômicos, sendo ainda objeto de disputas políticas.

Emerge assim, no século XIX, uma moral do corpo em forma de limpeza e higiene, visando à sobrevivência de crianças e, por sua vez, ao trabalho social e à produção. A Medicina passa, então, a dedicar-se a domínios diferentes dos que não são regidos pela doença, constituindo esta uma das características fundamentais da Medicina moderna. Importante ressaltar que, no século XVII, existiam aspectos não medicalizáveis, práticas corporais, morais, as quais não eram controladas nem codificadas pela Medicina, contudo, no século XIX, todo esse exterior passa a ser medicalizado. As práticas de medicalização da sociedade existem desde o fim do século XVIII, uma medicalização autoritária, cujo objetivo estaria vinculado à elevação do nível de saúde do corpo social, em seu conjunto (FOUCAULT, 2012).

No fim do século XVII, a Medicina se desenvolve por razões econômicas, sendo-lhe pedido que garantisse a manutenção da força de trabalho, objetivando o funcionamento da sociedade moderna. Atualmente, a economia política da Medicina produz riquezas, quando a saúde se transforma em um objeto de consumo:

A saúde tornada um objeto de consumo que pode ser produzido por laboratórios farmacêuticos, por médicos etc. – e consumido por doentes possíveis e reais – adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado. Assim, o corpo humano entrou duas vezes no mercado: primeiro pelo salário, quando o homem vendeu a sua força de trabalho; depois mediante a saúde. Por conseguinte, o corpo humano entra novamente em um mercado econômico, dado que ele é suscetível de saúde ou doença, de bem-estar ou de mal-estar, de alegria ou de dor, além de objeto de sensação, de desejo etc. a partir do momento em que o corpo humano entra no mercado por intermédio do consumo de saúde, parecem diversos fenômenos que provocam disfunções no sistema de saúde e da medicina contemporâneos. (FOUCAULT, 2011b, p. 389).

No século XVIII, a Medicina se caracterizou por meio de quatro grandes processos: o aparecimento da autoridade médica nas decisões relativas a uma cidade ou instituição, em uma manifestação da Medicina de Estado; o surgimento de um campo de intervenção diferente da doença (ar, esgoto, água); a introdução do hospital como aparelho de medicalização coletiva; o emprego dos instrumentos de mecanismos de administração médica (registros de dados, estabelecimento e comparação de estatísticas etc.). E foi graças a esses processos que a Medicina clínica adquiriu dimensão nova, convertendo-se em uma prática social.

As novas dimensões que caracterizavam a Medicina referiam-se ao alcance das técnicas pelas quais essa ciência se dispõe a alcançar os indivíduos, a população e também o saber médico centrado na própria história. Trata-se do conjunto do fenômeno da vida no campo de ação da intervenção médica. Uma medicalização indefinida esboça-se nessa ampliação do domínio do saber médico, quando, por exemplo, os pareceres médicos são demandas igualmente do campo do trabalho e da justiça, não apenas dos doentes. Saúde e doença constituem, assim, objetos a serem medicalizados, diga-se de passagem, uma intervenção autoritária da Medicina, com funções normalizadoras, no domínio de cada um e todos:

Se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, podemos afirmar que os médicos do século XX estão inventando uma sociedade da norma, não da lei. O que rege a sociedade não são códigos, mas a distinção permanente entre o normal e o anormal, a perpétua empreitada de restituir o sistema de normalidade. (FOUCAULT, 2011, p. 384).

Importante realçar, desses escritos de Foucault, que o fenômeno da população, efeito do crescimento demográfico na Europa no século XVIII e, portanto, da acumulação de homens, possibilita o surgimento do corpo dos indivíduos como portadores de novas variáveis pertinentes à sua gestão econômica, sendo, assim, necessário organizar dispositivos que assegurassem sujeição e o aumento da utilidade.

A noção de população aparece como elemento novo, com o qual essa tecnologia lida, como problema político, biológico, científico e de poder, surgindo, no XVIII, como elemento que nem a disciplina nem a teoria do direito, do indivíduo contratante e sociedade como corpo social, estabelecendo contratos voluntários ou implícitos dos

indivíduos, conheciam. Os fenômenos coletivos, em séries, em seus acontecimentos aleatórios ocorridos numa população, passam a ser levados em consideração, e mecanismos de previsões, estimativas estatísticas, de medições globais, passam a intervir nos fenômenos, em sua globalidade. O estímulo à natalidade, a diminuição da morbidade e a otimização de estados de vida passam por vias diferentes dos mecanismos disciplinares (FOUCAULT, 1999).

Nessa perspectiva, população se concebe como um conjunto de elementos nos quais se nota regularidade até nos acidentes. A população como um fenômeno da natureza é acessível a técnicas de transformação, quando esses acidentes são esclarecidos, calculados. Algo diferente se delinea na organização e na racionalização dos métodos de poder. Quanto mais se fala em população, mais se fala em governo. A emergência da população abre uma série de domínios de objetos para saberes possíveis: “A temática do homem, através das ciências humanas que o analisam como ser vivo, indivíduo trabalhador, sujeito falante, deve ser compreendida a partir da emergência da população em correlato de poder e como objeto de saber.” (FOUCAULT, 1999, p. 103).

Diante de problemas novos e específicos da cidade em torno das circulações, o problema do governo impunha-se no sentido de controlar tais circulações, anulando seus perigos. Diferentes da vigilância exaustiva que repercutem de maneira homogênea e contínua, os mecanismos de segurança tentam fazer com que as ações se deem sem que haja uma relação de obediência à uma vontade de um superior, soberano, agindo na população em um nível no qual a ação dos que governam é suficiente. Com efeito, tivemos os mecanismos disciplinares incidindo sobre os corpos e a emergência de uma biopolítica como tecnologia de regulamentação, encontrados em nível estatal e instituições subestatais como instituições médicas, refletindo sobre os fenômenos das populações (FOUCAULT, 2008b).

Os mecanismos de poder disciplinares e os mecanismos de regulamentação, como dispositivos de segurança, foram dois eixos importantes de reflexões de Foucault, operados no final dos anos 1970, quando ministrou uma série de cursos no Collège de France, publicados em três livros – *Em defesa da sociedade* (1999), *Segurança, território, população* (2008a) e *Nascimento da biopolítica* (2008b) –, nos quais se debruça em torno da história da governamentalidade, como a arte de governar condutas

por meio de estratégias de poder não centrado em entes universais, como Estado e sociedade civil.

No curso *Segurança, território, população*, Foucault (2008a) apresenta, como perspectiva geral, o estudo do biopoder como uma série de fenômenos e conjuntos de mecanismos que constituem as características biológicas fundamentais na espécie humana, que vai entrar numa estratégia geral de poder, no século XVIII, quando as sociedades modernas ocidentais voltam a levar em conta que o ser humano constitui uma espécie humana. A assunção da vida pelo poder é um dos fenômenos fundamentais do século XIX. Trata-se do biopoder, que cobre toda a superfície do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra, em uma espécie de estatização do biológico.

No curso, são tratadas as condições de emergência das tecnologias de segurança no interior dos mecanismos de controle social que têm por função modificar em algo o destino biológico da espécie, visando a assegurar a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos. Com essas tecnologias, surge um poder contínuo, científico, de “fazer viver”. O direito de intervir para fazer viver e, nos modos de viver, a partir do momento em que “[...] o poder intervém, sobretudo, nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder.” (FOUCAULT, 1999, p. 296-297).

Dizer que, no século XIX, o poder tomou posse sobre a vida, numa espécie de estatização do biológico, é dizer que o poder cobriu a superfície do orgânico ao biológico, do corpo dos indivíduos à população, mediante tecnologias disciplinares e tecnologias de regulamentação. A respeito dos mecanismos de regulamentação, cumpre observar que foi preciso que a população surgisse como um elemento, o qual nem a disciplina nem a teoria do direito conheciam. Esta última conhecia apenas indivíduo contratante e sociedade como corpo social constituído por contrato voluntário ou implícito dos indivíduos (FOUCAULT, 1999).

O poder disciplinar, quando objetiva o treinamento ortopédico dos corpos, “adestra” muito mais que retira e se apropria. Através dos instrumentos, o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame da divisão dos indivíduos no espaço, do

controle das atividades, da capitalização do tempo e da composição de forças para a obtenção de um aparelho eficiente, as técnicas disciplinares tentam reger os homens em sua multiplicidade, quando esta redundava em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados e eventualmente punidos (FOUCAULT, 2008b), por intermédio de exercícios regulares, meticolosos e rituais de verdade que produzem determinados tipos de sujeitos (FOUCAULT, 1999).

As tecnologias disciplinares centram-se nos corpos, em seus efeitos individualizantes, manipulando-os como foco de forças tornadas úteis e dóceis, ao mesmo tempo. As tecnologias regulamentadoras, dirigidas ao homem-espécie, em sua multiplicidade, em uma anátomo-política do corpo humano, uma biopolítica da espécie humana, em uma nova técnica, auxiliada por instrumentos diferentes, não suprimem a técnica disciplinar, mas embutem, integram e modificam. As primeiras se aplicam aos corpos individuais; as outras se dirigem aos homens como espécie. Desde o XVIII, essas duas tecnologias de poder são introduzidas com certa defasagem cronológica e são sobrepostas (FOUCAULT, 1999).

Foucault vai ressaltar que os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica, na segunda metade do século XVIII, são processos de natalidade, longevidade e mortalidade, juntamente com problemas econômicos e políticos, quando estes passam a ser medidos estatisticamente, com as primeiras demografias. Essa biopolítica não tratava apenas de problemas de fecundidade ou morbidade, todavia, da produção de saberes a respeito da forma, natureza, extensão, duração, intensidade das doenças em uma população, por meio de fenômenos levados em conta, trazendo uma Medicina com uma função de higiene pública e de medicalização da população, ao coordenar tratamentos médicos, centralizar informações, normalizar saberes:

Doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causas mortas mais frequentes, mas como fatores permanentes – e é assim que as tratam – de subtração de forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. (FOUCAULT, 1999 p. 290).

Mas não somente diante de problemas da reprodução, da natalidade e de morbidade intervém a biopolítica, o campo dos fenômenos que acarretam incapacidades, como velhice, acidentes e anomalias diversas. A intervenção biopolítica se fará através de instituições de assistência e com mecanismos mais sutis e racionais, como seguros, poupanças individuais e coletivas etc. e, por fim, com a preocupação dos meios de existência da espécie humana: geografia, clima, hidrografia, essencialmente o problema da cidade.

Esses são alguns dos pontos a partir dos quais se constituiu essa biopolítica, algumas de suas práticas e as primeiras das suas áreas de intervenção, de saber e de poder ao mesmo tempo: é da natalidade da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder. (FOUCAULT, 1999, p. 292).

Enquanto os mecanismos disciplinares se voltam à fabricação de corpos produtivos, em instituições como a escola, o orfanato, a prisão, os manicômios, os conventos etc., esquadrihando, examinando, vigiando e punindo os corpos dos indivíduos como objetos de intervenção dos dispositivos de poder, mecanismos de regulamentação focalizam os elementos considerados como positivos, em uma população, eliminando ou diminuindo riscos, como doenças, criminalidade e outras ameaças, intervindo nos cuidados com crianças, por exemplo, nas pressões sobre higiene, escolaridade, tendo como alvos os corpos e a população, em seus fenômenos e variações.

A direção aos acontecimentos aleatórios que ocorrem em uma população e os mecanismos capazes de intervir nesses fenômenos, em sua globalidade, extraindo forças e imprimindo positivities, são elementos importantes para pensar a biopolítica. São mecanismos que não se ligam a um corpo individual, porém, levam em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie, assegurando uma regulamentação. Assim, tecnologias disciplinares e regulamentadoras estão em níveis diferentes, mas podem ser articuladas. Foucault (1999) formula duas séries, ao comparar ambas as tecnologias: corpo-organismo-disciplina-instituições e população-processos biológicos-mecanismos regulamentadores-Estado. No entanto, destaca que, assim como as disciplinas podem ultrapassar o âmbito institucional, as regulamentações podem ser encontradas fora do nível estatal.

Invocamos aqui um alerta de Foucault, a respeito da fórmula esquemática de pensarmos soberania-território, disciplina-corpos dos indivíduos e segurança-população. Uma fórmula que não se sustenta, uma vez que encontramos o problema da multiplicidade em todas essas formas, seja ela de sujeitos, seja de um povo. Soberania se exerce sobre um território, também se exerce sobre corpos, sobre um povo. Assim como a disciplina se exerce sobre os corpos, no entanto, não é o indivíduo o dado primeiro sobre o qual ela se exerce, ela só existe na medida em que há uma multiplicidade e um fim, são maneiras de administrar as multiplicidades.

Por conseguinte, não há “eras” dos mecanismos legais-jurídicos, disciplinares e de segurança, isso não é uma série sucessiva que faz a anterior desaparecer, nas palavras de Foucault (2008a):

Vocês têm uma série de edifícios complexos nos quais o que vai mudar, claro, são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar ou, em todo caso, se complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou, mais exatamente, o sistema de correlação entre os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança. (p. 11).

Cada uma dessas tecnologias consiste, em boa parte, na reativação e transformação das técnicas jurídico-legais e das técnicas disciplinares, porque a segurança faz funcionar, além de seus próprios mecanismos, velhas estruturas da lei e da disciplina. Foucault vai nos dizer que temos, dessa maneira, uma história das técnicas propriamente ditas disciplinares e de segurança, contudo, há uma história muito mais global, das tecnologias. E, no caso das tecnologias de segurança, a questão posta é a relação econômica entre o custo da repressão e o custo da delinquência. Os dispositivos de segurança articulam disciplina, soberania e biopolítica, por meio de controles sutis que recobrem o cotidiano de modo individualizado, em vigilâncias a céu aberto, na gestão dos corpos e das populações.

Consideremos a gestão da anormalidade pela medicalização, com o saber-poder psiquiátrico incidindo sobre os corpos e a população, em seus efeitos regulamentadores e disciplinares. Faz, assim, a gestão e a ampliação das capacidades, acoplando o uso das técnicas disciplinares e biopolíticas de normalização social, a qual articula a norma da disciplina e a norma da regulamentação.

No curso *Em defesa da sociedade*, na aula de 25 de janeiro, Foucault (1999) vai deter-se na normalização, para abordar a oposição na distinção entre dispositivos de segurança e disciplina. Ao falar de lei e norma, ele adverte para a questão de a lei apresentar uma normatividade intrínseca, que não se refere aos procedimentos, processos, técnicas de normalização. Todo um sistema legal se articula com um sistema de normas, no entanto, nas margens e na contramão dos sistemas de lei, se desenvolvem técnicas de normalização.

No século XVII, as disciplinas, visando a adestrar e docilizar os corpos, se tornam normalizadas, não se restringindo aos limites de um estabelecimento específico, atravessando os corpos em uma rede de comunicação interdisciplinar. A disciplina normaliza, quando estabelece elementos de percepção e modificação, em um quadriculamento que decompõe indivíduos, lugares, gestos, tempos, atos, operações, em função de determinados objetivos, como as crianças mais calmas, concentradas, atendendo a comandos, obtendo melhores resultados, alcançando os objetivos propostos. Nas instituições pedagógicas, estabelece as sequências e classificações, demarcando inaptos, incapazes, normais e anormais, e delineando, com isso, os procedimentos de adestramento e de controle:

Coloca um modelo ótimo construído em fundação de um certo resultado e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, gestos, atos, conforme esse modelo, sendo normal quem se conforma a essa norma e anormal quem é incapaz. Fundamental não é o normal ou anormal, mas a norma: há um caráter prescritivo da norma e é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e anormal se tornam possíveis. (FOUCAULT, 2008a, p. 75).

Parte-se, portanto, da norma para distinguir normal e anormal. Já no conjunto de dispositivos de segurança, entra em jogo a norma da regulamentação. Foucault vai utilizar o fenômeno da inoculação, como um exemplo de mecanismo de segurança, para nos mostrar como se normaliza, no conjunto dos dispositivos de segurança. Na disciplina, o doente é tratado, isolado, evita-se o contágio, enquanto, na prática de inoculação, há o cálculo que possibilita saber se se inocula ou não, riscos de morrer da inoculação ou da varíola, vigilância dos que foram inoculados. Logo, quando a doença aparece numa distribuição de casos numa população, análises mais finas definem as

curvas normais globais das diferentes curvas anormais, enquanto as técnicas procuram reduzir normalidades mais desfavoráveis, mais desviantes.

Aqui, a noção de risco aliada à noção de caso individual, que integra o interior do campo coletivo os fenômenos individuais, vai permitir o cálculo que mostra as variações de indivíduos, idades, condições, lugares e meios, identificando o que é perigoso:

Caso risco perigo e crise noções novas que em seu campo de aplicação e nas técnicas que elas requerem novas séries de intervenção: não fazer demarcação entre doentes e não doentes, vai consistir em levar em conta o conjunto sem descontinuidade, sem ruptura dos doentes e não doentes. Vai ver nessa população qual o coeficiente de morbidade é provável ou mortalidade, o que é normalmente esperado, em matéria de acometimento da doença – taxas de mortalidade normal. (FOUCAULT, 2008a, p. 81).

Enquanto, nas disciplinas, se partia da norma para distinguir normal e anormal, aqui, as distribuições consideradas mais normais que outras vão servir de norma, estando, assim, no interior das normalidades diferenciais. A partir do estudo das normalidades, a norma é fixada. A sociedade da normalização inclui distribuir corpos, comparando, observando, corrigindo, eventualmente punindo terapeuticamente. O normal e o anormal são efeitos de uma partilha que os articula na mobilidade das relações de força. Esse processo amplia-se cada vez mais, através da expansão de exames e de procedimentos de vigilância pautados nas normas e desvios em relação a essas normas.

2.2 - Urgências e emergências das infâncias tuteladas, protegidas, cuidadas

Seduzidas pelas visões plurais da infância, a “[...] imaginar uma infância ainda por vir, de rememorar uma memória infantil do futuro” (KOHAN, 2015, p. 217), tomemos a cena, a “descoberta” de um mundo no qual os outros não compartilham a existência de dragões, fadas, cavalos alados, em um processo de experimentações, indeterminações e transbordamentos, como potência de novidade, enigma, mistério,

como condição que nos habita e não nos abandona, embora de modo silencioso ou imperceptível (KOHAN, 2015), quando se faz presente a condição de uma determinada infância contingente, artificial, arbitrária.

Tal condição é ofertada como um presente, um “reloginho” que se ata aos corpos como algo estranho, um novo pedaço precário e frágil de *si*. Aquilo que causa horror e espanto aos modos ocidentais, civilizados, que acopla às crianças as prescrições em torno do que deve fazer um “menino crescido”, em uma formulação da ideia de infância em seus ciclos, estágios, classificações e caracterizações, e, conseqüentemente, a um ordenamento discursivo e institucional. Eis a marca de um tempo colado aos indivíduos.

Visões de infâncias no plural. Como uma construção discursiva datada histórica e geograficamente, não abstrata, constituída, como prática discursiva e não discursiva, através da preocupação com o sujeito infantil como um problema social, econômico e político, alvo de ações médicas, morais e pedagógicas. Infâncias constituídas a partir de mecanismos de governamentalidade, instituindo posições de crianças, mães, pais, famílias, instituições educacionais, assistenciais e saúde (CORAZZA, 2004; CRUZ, HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

O que há de comum nos traços perfilados acerca da infantil, do que é (ou deve ser) uma criança, nesse tempo contabilizado em etapas, em um esquema classificatório que institui o reconhecimento de atributos comuns, diz respeito aos saberes e práticas de poder que criam sistemas normativos, autorizando procedimentos, materiais, métodos e instituições especializadas em cada uma das etapas da vida. Assim, a infância emerge, em seu sentido de urgência e de invenção, no interior de instituições associadas a ela, como a família e escola, acopladas a projetos de gestão da população (GONDRA, 2015; ARIÈS, 1981).

Façamos uma breve digressão a respeito dessa emergência e urgência, abordando quais sistemas normativos lhes são decretados, de sorte a nos permitir problematizá-los. Tal problematização, como salienta Julio Groppa Aquino (2015), favorece-nos a insurgência contra as substancializações discursivas sobre a experiência infantil, em sua bem-aventurança, consagrando-lhe o papel de sementeira de todas as coisas, ao mesmo tempo em que perpetua sua subalternidade. Infância como terra prometida e terra devastada. Façamos aparecer arbitrariedades e limites, explicitando

acontecimentos datados e explicáveis a propósito da infância e entendendo-a como dispositivo. Como aponta Veyne (2011):

O dispositivo é menos o determinismo que nos produz do que o obstáculo contra o qual reagem ou não reagem nosso pensamento e nossa liberdade. Estes se ativam contra ele na medida em que o próprio dispositivo é ativo; trata-se de um instrumento “que tem sua eficácia, seus resultados, que produz algo na sociedade, que está destinado a ter um efeito”. Ele não se limita a informar o objeto de conhecimento; age sobre os indivíduos e a sociedade, e quem diz ação diz reação. O discurso comanda, reprime, persuade, organiza; ele é “o ponto de contato, de atrito, eventualmente de conflito” entre as regras e os indivíduos. Seus efeitos sobre o conhecimento podem ser assim efeitos de poder. (p. 169).

Nesse sentido, podemos pensar a emergência da infância, com a criança tornando-se objeto de saber, atendendo às necessidades de poder: conhecê-la para governá-la (DORNELES, 2008). Impor modos de infância aos sujeitos infantis é o que efetivamente fizeram as ciências humanas e sociais, ao constituir a criança como objeto de estudo por uma série de disciplinas, discursos, pareceres, classificações. Lembremos, por exemplo, conforme nos aponta Freitas (2011), quando a Pedagogia se torna ciência da educação, falando em nome da criança, sendo “tomada de assalto” pela Psicologia, assim como o direito pela Medicina legal torna a criança menor de idade. A criança passa a ser um objeto de conhecimento conhecido e explicado e, conseqüentemente, objeto de intervenção, sendo seus corpos alvo de vigilância e controle. Com a emergência de uma moral do corpo, em forma de higiene e limpeza, a infância principia a ser medicalizada.

Como bem mostrou Philippe Ariès (1981), foram necessárias modificações na ideia de infância, no Ocidente, emergindo como uma trama histórica e social, quando, a partir dos séculos XVI e XVII, o pequeno adulto, sem função específica na família burguesa, se converte em um sujeito produzido e orientado pela razão, dependente, frágil, aprendiz, o qual precisa ser orientado, cuidado, ensinado, por ser incapaz de governar-se e cuidar de si mesmo.

A mudança da concepção da infância tem correspondência com uma reorganização no espaço familiar, na medida em que há interesse econômico e político na sobrevivência das crianças. Até meados do século XVIII, a família aristocrática e burguesa compunha-se de um feixe de relações de ascendência, descendência,

parentesco e alianças, as quais representavam esquemas de divisão dos bens e dos estatutos sociais. Uma nova composição familiar surge, como uma espécie de família nuclear centrada na relação direta entre pais e filhos, na qual estes devem ser educados para que sejam úteis para o Estado e passem por seu sistema de ensino (FOUCAULT, 2001).

Para a família operária urbana, originada de uma população à espera ou à procura de trabalho, no século XIX, outro tipo de campanha se formulou: a campanha sobre o casamento, que pudesse coibir a sexualidade extramatrimonial, ao consolidar a família operária, ao mesmo tempo em que buscava controlar a agitação política e a mobilidade urbana. A intervenção autoritária da Medicina marca-se, instaurando uma distância dos adultos e crianças, uma vez que a sexualidade adulta era considerada perigosa; é uma intervenção não apenas do médico, mas de outras instâncias de controle social, como o juiz, a polícia e o assistente social, objetivando proteger as crianças contra os perigos do ambiente familiar (FOUCAULT, 2001).

O livro de Jaques Donzelot, *A polícia das famílias* (1980), traz um importante capítulo a respeito de como as crianças passam a interessar, desde o século XVIII, a médicos, militares e administradores. Toda uma literatura voltada à *conservação das crianças* é produzida, colocando em questão os costumes educativos, como os hospícios de menores abandonados, a criação de filhos por amas de leite e da educação das crianças ricas, que enfraqueciam as elites e empobreciam a nação. As crianças pobres deveriam ser salvaguardadas, para tornarem-se úteis ao Estado – nas tarefas nacionais de povoamento de colônias, marinha, milícia – e, para as famílias burguesas, os médicos elaboraram livros sobre educação, criação e medicação das crianças.

A respeito da conservação das crianças, Donzelot (1980) assinala que, até o século XVIII, a Medicina não tinha interesse nas crianças e mulheres, ficando os processos ligados à reprodução destinados às domésticas, nutrizes, “comadres”. Quando, no fim do XVIII e início do XIX, a literatura médica se volta aos elogios da amamentação materna, denúncias das práticas de enfaixes de bebês, jogos infantis e tudo relativo à criação de espaços reservados às crianças se colocam, diante do olhar discreto e vigilante da mãe. O alvo era liberar as crianças das famílias burguesas das constrições, exercitar-lhes o corpo, proteger de perigos físicos e morais, do que pudesse desviá-las de seu desenvolvimento.

Para as famílias pobres, as denúncias voltam-se às práticas dos hospícios, quando o pensamento social e médico do XVIII formula que as práticas de abandono das crianças se encontram em um círculo maléfico:

Esses serviçais da cidade querem, então, viver acima de seus meios. Casam-se e têm filhos, quando sua situação não lhes permite criá-los, e os abandonam aos cuidados do Estado. As mulheres pobres dos campos, com isso, não podendo mais se casar, dedicam-se à indústria mortífera da amamentação ou, então resignam a vir como serviçais para a cidade e, ali, ofuscadas pela vida de suas patroas totalmente ocupadas em sair e enfeitar-se, morrem de vontade de fazer o mesmo, qualquer que seja o preço. (DONZELOT, 1980, p. 21).

As crianças dos hospícios não trazem benefícios ao Estado, quando essa população nem chega a uma idade na qual possa reembolsá-lo dos gastos que provocou. O hábito de as famílias ricas destinarem os cuidados das crianças a serviçais ocasionava certas impropriedades, como opressões e intimidades. Para Donzelot (1980), a força desses discursos, operados nos registros médicos e sociais, incita à conservação das crianças, estabelecendo conexões entre as teorias médicas dos fluidos e a teoria econômica dos fisiocratas. Na extremidade mais pobre, havia a ausência de uma economia social e, nos mais ricos, ausência de uma economia do corpo:

Em torno da criança a família burguesa traça um cordão sanitário que delimita seu campo de desenvolvimento: no interior desse perímetro o desenvolvimento de seu corpo e de seu espírito será encorajado por todas as contribuições da psicopedagogia postas a seu serviço e controlado por uma vigilância discreta. No outro caso, seria mais justo definir o modelo pedagógico como o de *liberdade vigiada*. O que constitui problema, no que lhe diz respeito, não é tanto o peso das pressões caducas, mas sim o excesso de liberdade, o abandono nas ruas, e as técnicas instauradas consistem em limitar essa liberdade, em dirigir a criança para espaços de maior vigilância, a escola ou a habitação familiar. (DONZELOT, 1980, p. 48).

Desse modo, conservar crianças significará a promoção de novas condições de educação que impeçam os efeitos nocivos das crianças educadas por serviçais e a entrega de crianças pobres à solicitude do Estado. Para além de uma mudança de imagem da infância, no século XVIII, reorganizam-se comportamentos diversos, operados em dois polos distintos e com diferentes estratégias:

O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais

e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de “economia social” todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia. (DONZELOT, 1980, p. 21-22).

Assim, no século XIX, a infância começa a ganhar visibilidade, uma vez que as preocupações relativas à preservação e à reserva de mão de obra começam a integrar o cenário social e político. Preocupações trazidas da Europa, com o poder soberano interferindo nas relações familiares. Nessa época, embora o monopólio no atendimento a menores ainda fosse de entidades privadas, percebe-se o fomento da participação do Estado, nesse campo, quando a infância é definida como objeto de ação e intervenção públicas.

Donzelot (1980) mostra como, no século XIX, novas normas são criadas para proteger a infância, a saúde e a educação, diante do que era considerado como abusos das famílias pobres. Novas leis irão organizar progressivamente a transferência de soberania da família e do poder paterno, o qual compromete tanto a moralidade quanto a saúde de seus filhos, à justiça e ao Estado, atribuindo ao juiz o poder de confiar a guarda de uma criança, quer à Assistência Pública, quer a uma pessoa ou à uma sociedade caridosa. Com a estrutura dos tribunais para menores (1912), vem o complexo tutelar que subtrai o poder materno e paterno, assumindo a justiça um lugar de centralidade no que ficou conhecido como patriarcalismo do Estado.

As punições vão cedendo lugar ao exame cada vez mais minucioso dos “menores”, através do auxílio do saber médico, que responderá em face da existência dos distúrbios, quando a “delinquência social” passa a atrelar-se aos sintomas de anomalias, estando a psiquiatria médica reforçando o complexo tutelar. Instaura-se, assim, uma infraestrutura de prevenção, iniciando uma ação educativa que possa, oportunamente, reter alguém do delito. A criança em perigo poderia se tornar perigosa: transforma-se, portanto, em uma criança “de risco”, estabelecendo o perfil do futuro delinquente. Estuda-se, dessa forma, o clima familiar, o contexto social que faz com que determinada criança se transforme numa criança “de risco”.

Nas práticas do complexo tutelar, seu trabalho efetivo cotidiano e suas manobras ordinárias, Donzelot (1980) analisa os meios utilizados pelo Estado com o objetivo de

proteger as crianças do seu meio familiar ou delas mesmas. Objetivando proteger a criança contra um meio inadequado, no qual lhe falta uma estrutura familiar, entra em cena o complexo tutelar, o qual entrecruza modelos caritativos, filantrópicos e médico-higienistas de assistência. Formam-se inquéritos sociais que constataam as situações irregulares, criam-se estratégias para regeneração do meio familiar ou restabelecimento das crianças ao meio, através de entidades recuperatórias. Nas famílias carentes, onde se torna inviável a criação dos filhos, por conta das circunstâncias ali formadas, a apelação para a assistência social à infância torna-se inevitável, bem como a sua intervenção. Por conseguinte, chega-se à conclusão de que o complexo tutelar é indispensável à família, no que diz respeito à proteção e ao policiamento desta, no intuito de se ter o ambiente adequado para a criação de crianças.

As profissões ligadas ao trabalho social aparecem no final do século XIX e início do XX. Assistentes sociais, psicólogos, orientadores, educadores especializados. Atuando em várias instituições, seu domínio de intervenção são as classes “menos favorecidas”, Donzelot (1980) vai nos mostrar que o alvo novo, nesse trabalho social, objetiva mais uma compreensão que uma sanção judiciária. Por conseguinte, a infância perigosa e também a infância em perigo.

No Brasil, a Roda dos Expostos, em termos de ações voltadas à infância, foi a primeira instituição oficial de assistência às crianças cujas famílias as abandonaram. Criada no período Colonial e sendo extinta apenas na década de 1950, mantinha o sigilo do expositor e o destino das crianças (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005). As legislações de 1927, Código Mello Mattos (Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927), com finalidade de “saneamento social”, e de 1979, o Código de Menores (Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979), consideram os *menores* objetos de intervenção em uma lógica correcional repressiva, cujas marcas do controle estatal se baseavam predominantemente no modelo centrado na institucionalização (VICENTIN, 2006).

No Brasil, na década de 1960, os “menores abandonados”, “menores de rua”, “menores em situação de risco” passam a ser alvo de práticas de cunho terapêutico e preventivo que modificasse a imagem do Estado, na produção de práticas de exclusão social. Os métodos pedagógicos e terapêuticos de “reeducação” e “reintegração” praticados por estabelecimentos como a antiga Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) começam a sofrer críticas, com a abertura política, quando se

amplia uma complexa rede de filantropia, fazendo a gestão dos “desadaptados” e “perigosos”.

Na década de 1980, o movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, ao influenciar a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988), garante a inclusão, na Constituição Federal de 1988, da responsabilização da família e da sociedade, diante dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Em meio aos acontecimentos de mobilização social, durante o período da ditadura militar, no Brasil, de 1964 a 1985, tornar crianças e adolescentes sujeitos de direito implicava a retirada das práticas de proteção social do âmbito da justiça, que, juntamente com equipamentos de assistência dos governos estaduais, polícia, organismos privados de cunho religioso, definiam os pobres como “irregulares”, criminalizando-os e constituindo práticas de intervenção na lógica da punição e julgamento (SHEINVAR, 2015).

Diferenciando-se dos Códigos de 1927 e 1979, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, inaugura um marco diferencial entre o Estado Ditatorial e Estado Democrático, quando crianças e adolescentes passam a ser sujeitos de direitos e não mais *menores*, em face de nova concepção de direitos e deveres pautados na doutrina de proteção integral. Os processos de violação de direitos principiam a ser antecipados, em uma nova fase desinstitucionalizadora, com abertura para participação popular, por meio da criação dos conselhos municipais, estaduais e nacionais dos direitos da criança e do adolescente (LEMOS, 2008).

No campo dos direitos humanos, há uma reorganização da política social de caráter compensatório e de defesa das identidades culturais, ante a promoção do desenvolvimento econômico (RANCIÈRE, 1996). E, embora a aprovação do ECA não tenha implicado, em curto e médio prazo, a implantação de suas diretrizes, novas práticas inauguram-se, assim como novas identidades sociais são categorizadas. Concepções sobre infância, políticas públicas, assistência, proteção, tutela, família, entre tantos outros conceitos, encontram na nova lei a formação de novos objetos (SHEINVAR, 2015).

Nesse tempo, entram os especialistas, para garantir que os males sejam evitados ou tratados, em uma perspectiva de proteção que fragiliza, em função do decreto de um futuro incerto, perigoso (NASCIMENTO, 2015; LEMOS, 2008):

Apesar da ruptura discursiva efetuada através do Estatuto, que prescreve propostas de gestão em meio-aberto e que defende a proteção sem a retirada das crianças e adolescentes das famílias de origem; muitos especialistas responsáveis pelas políticas de proteção às crianças e adolescentes se posicionam de forma divergente a este princípio. Estas discordâncias apontam para o embate de forças no âmbito dos discursos e das práticas de poder e subjetivação, em uma mesma sociedade. (LEMOS, 2008, p.102).

Buscar a proteção, conforme as propostas de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, assegurados por lei, requer a constituição de verdades a respeito dos melhores modos de afastar-se dos riscos, operando pela tutela, quando quem protege define o que é proteger, quais melhores modos de proteger, ao mesmo tempo em que estabelece os que não protegem, os que maltratam, abandonam, negligenciam e, portanto, devem ser punidos. Não apenas as crianças e os adolescentes, mas também as famílias, que agora se encarregam da proteção, sofrem no jogo da defesa dos direitos os efeitos de culpabilização e criminalização, quando escapam dos modelos instituídos.

Proteger crianças e adolescentes, como uma prática naturalmente boa, ocupa lugares naturalizados em diversos âmbitos da vida, nas escolas, famílias, judiciários, equipamentos de assistência social, conselhos tutelares, mídia. Questionar tais práticas implica interrogar as políticas públicas, os investimentos econômicos que as envolvem, a produção de saberes dos especialistas (NASCIMENTO, 2015).

A proteção integral torna-se uma referência regulatória e, em seu nome, todo um aparelho é criado. O que regular e como regular são questões que atravessam as estratégias de governo, em nome da regulação e da segurança, quando diagnósticos e correções são colocados em jogo, diante das degenerações, derrotas, doenças, com técnicas cada vez mais certeiras, nos campos pedagógico, biológico, *psi*. (SHEINVAR, 2015).

2.3 – Currículos como cursos de vidas e vidas em curso

A jovem estudante visita um setor de internação psiquiátrica.³⁹ Breve é sua visita e breve deveria ser a passagem dos pacientes ali. Então, outra jovem, descalça, com roupas de hospital de um tecido pesado, verde, se aproxima e busca algum contato. Diz o quão longa é sua estada e quão curto foi o tempo em que esteve com o seu bebê. Precisava sair dali. *Paciente, louca, desrazoada, pobre, mulher, mãe*, oferta uma prova do seu dizer verdadeiro: mostra à jovem estudante e todos ali presentes o leite em seus seios. Silencioso espanto se instala.

Estudante de Psicologia da UFPA, já em meu terceiro ano de curso, final dos anos 1990, 19 ou 20 anos, não fiz nenhuma menção de incredulidade a respeito da história. Ainda assim, na mochila, junto com os textos de psicopatologia que pouco dialogavam com aspectos históricos, econômicos e políticos, carreguei o espanto diante daquela desconhecida, delirante, fora da ordem, espalhando-o por longos espaços-tempos. A posição de estudante amedrontada, diante daquela que ofertava o seio, em um lamento na impossibilidade de alimentar.

Semelhante ao processo dos amoladores de facas, conforme posto por Luís Antonio Baptista (1999), havia no breve encontro uma operação cirúrgica que amolava a metafórica faca a separar loucos e sãos, racionais e desrazoados. Faca que separa, corta, fere, confina. Loucas, perigosos, ameaçadores. Quem são os amoladores de facas que fragmentam a violência do cotidiano e a remetem a casos individuais?

Estranhamento e individualidades são alguns dos produtos desses agentes. Onde estão os amoladores de facas? Já que invisíveis no dia-a-dia, a presença desses aliados é difícil de detectar. A ação desse discurso é microscópica, complacente e cuidadosa. Nunca dizem não, não seguem as regras dos torturadores, que reprimem e usam a dor. Ávidos por criar perguntas e respondê-las, por criar problemas e solucionar-los, defendem um humanismo que preencha o vazio de um

³⁹ Trata-se da primeira vez que visitei, como parte das atividades da disciplina de Psicopatologia, o Setor de Internação Breve do Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna”. No final dos anos 1990, o HC, além do SIB, possuía um Hospital-Dia e um Ambulatório de Saúde Mental. Os CAPS estavam em processo de implantação, no município de Belém, e, durante meu processo de graduação, não fez parte de nenhuma discussão, em alguma disciplina, o contexto da reforma psiquiátrica. Os estudos sobre processos psicopatológicos se davam em uma perspectiva pouco crítica dos processos de produção saúde-doença, ficando atrelados a uma clínica tradicional, centrada no indivíduo, descontextualizados dos processos culturais, sociais e econômicos.

homem fraco e sem força, um homem angustiado e perplexo, necessitando de tutela. (BAPTISTA, 1999, p. 46).

Discursos que circulam dentro e fora da academia, das mídias, nos corredores, serviços públicos, produzindo uma maldisfarçada fala neutra, esvaziada da “[...] implicação coletiva e da construção histórica e sociopolítica do olhar e do outro.” (BAPTISTA, 1999, p. 48). Trata-se de discursos cultuados como científicos, os discursos verdadeiros, os quais elegem quem pode dizer e quando, ao mesmo tempo em que produz os que são incompetentes, os que não possuem verdade alguma, os destituídos. Discursos universais, homogeneizantes, que buscam apagar as lutas incessantes de poder, por via de muitos recursos institucionais.

A jovem estudante, ao fazer operar sobre suas ações o discurso do louco perigoso, ameaçador, sem razão, imprimia em seu percurso formativo, em seu currículo, uma marca. Essa operação, advinda de outros percursos, atravessa as instituições formativas, professores, em uma trajetória que intersecciona atores, lugares, tempos, campos institucionais, práticas variadas. Esta é aqui invocada como um modo de evidenciar como o tema da loucura fora experimentado, durante meu percurso no curso de graduação em Psicologia, ao mesmo tempo em que apresentamos a concepção de currículo que iremos operar, neste trabalho.

Operamos com uma concepção de currículo que o considera como percurso, envolvendo as dimensões culturais e os modos de subjetivação, ampliando as questões formuladas a respeito do que se transmite como conhecimento, como se seleciona, aliando as formulações dos tipos de pessoas que se quer formar, transformar. A discussão curricular ocupa lugar central nas políticas de reformas educacionais, visto que se situa em uma posição estratégica, ao constituir projetos, visões de mundo, verdades, com efeitos nas salas de aula, fabricando objetos, efetuando inclusões de saberes e indivíduos (SILVA, 2004).

Essa concepção, inspirada em grande medida pela produção de Michel Foucault, foi incorporada ao pensamento curricular, no Brasil, com base em autores como Alfredo Veiga-Neto (2004), Jorge Larrosa (2004), Sandra Corazza (2001) e Tomaz Tadeu da Silva (2004, 2006), os quais assumem o currículo como uma prática engendrada nas relações de poder-saber. Deixa-se de concebê-lo com base em conceitos técnicos

referentes ao ensino-aprendizagem-desenvolvimento e destaca-se sua dimensão produtiva, formativa (LOPES; MACEDO, 2005),

No ensaio *O currículo como fetiche* (2006), Silva situa esse “alargamento” na concepção de currículo em relação a uma tradição crítica em educação, que compreendeu o currículo como central, na relação educativa. Corporificando nexos entre saber, poder e identidade, o autor utiliza a metáfora do fetiche – como algo que se carrega e a que se atribui poder – para propor uma noção de currículo que entende como subversiva, debochada, pós-humana.

Sem buscar desvelar seus ocultamentos, o autor considera, em suas formulações, que o currículo como fetiche confunde fronteiras, subverte, ridiculariza significados últimos, como os que atribuem autonomia aos sujeitos e os que essencializam o conhecimento. Pensar o currículo nessa concepção implica, por exemplo, problematizar a ideia de que os relatórios, “evoluções”, nos documentos produzidos por especialistas – por meio de anamneses, observações, atendimentos e outras intervenções – sobre os “casos” dizem respeito a conhecimentos acessados diretamente da realidade. Essa abordagem realista desloca-se para uma compreensão de currículo prática, produtiva, por meio de relações de saber-poder, como artefato que é. Isso implica, nas palavras do autor,

[...] tornar visíveis as marcas de sua arquitetura... da perspectiva de uma poética do currículo, ele não é visto como a pura expressão ou registro de uma realidade ou de um significado preexistente: ele é criação linguística, discursiva, de uma realidade própria. (SILVA, 2006, p. 66).

Referimo-nos, dessa maneira, aos currículos, oficiais ou não, escritos ou vividos,⁴⁰ cujos efeitos também podem ser evidenciados nas relações estabelecidas nas instituições assistenciais e educativas entre indisciplina e transtornos mentais, conforme enfatiza a pesquisa de Constantino e Luengo (2009), as quais têm, dentre outros efeitos, o encaminhamento de alunos para serviços de saúde, sobretudo de saúde mental.

⁴⁰ Elizabeth Macêdo (2006) critica essa noção dicotômica produzida no campo de estudos brasileiros sobre o currículo. Tal noção divide entre proposta e prática, currículo forma e em ação, escrito e vivido, que tem implicações políticas, quando impossibilita pensar para além da prescrição e de uma lógica hierárquica do poder. Embora a autora esteja formulando sua discussão sob a perspectiva dos estudos pós-estruturalistas do campo curricular que dialoga com Derrida, Lacan, Bhabha e Laclau, nós a trazemos aqui, para ressaltar essa dimensão da noção do currículo que não o separa e não hierarquiza.

Dizemos de currículos que subsidiam a valorização demasiada – nos processos de escolarização e em outras dimensões da vida – da ordem, da aquisição de habilidade e competências, através da repetição, das hierarquias, como únicos modos possíveis de alcançar os intentos educacionais. Dizemos também de currículos que colocam em funcionamento concepções de ciências – sejam elas humanas, sejam da educação ou da saúde – operando reduções, ao aderir aos processos de dominação, por meio de conceitos, teorias e técnicas que naturalizam indivíduos e sociedade. Tais concepções, segundo indica Maria H. Souza Patto (2009), reduzem questões sociais a problemas psíquicos, servem como instrumento de justificação de processos de exploração econômica, formam profissionais acríticos, os quais promovem adaptações e/ou segregações com seus instrumentos de medida, sem questionar processos que construíram concepções de inteligência e de normalidade que os presidem.

Como salienta Corazza (2009), é o currículo como curso-de-vida, vida-em-curso que se forja em cursos formais, oficiais, com suas propostas curriculares.⁴¹ Como vida em curso que abrange os percursos dos profissionais⁴² envolvidos nas redes de atendimentos às crianças com transtornos mentais, especialistas de toda ordem, quando colocam crianças na mira do poder psiquiátrico. Trata-se de perscrutar os modos como vidas-infantis-em-curso são medicalizadas, mais especificamente psiquiatrizadas, por meio dos cursos da vida de tais agentes, materializados nos discursos os quais narram os percursos de crianças no Centro de Atenção Psicossocial.

São práticas ine-narráveis, que se materializam em documentos nos quais são veiculadas in-decifráveis concepções de infância e desenvolvimento humano. In-calculáveis separações entre saúde e doença, normal e patológico. In-úteis diagnósticos que atestam “[...] prejuízos definitivos em suas habilidades escolares.”⁴³ E prescrevem: medicamentos, a via-crúcis dos atendimentos com especialistas, a correção de comportamentos, terapias em um cardápio variado. Nessa perspectiva, currículos expressam vidas com hábitos, verdades, rotinas, regularidades, objetos, posições de sujeito, ordens estabelecidas. Tensionam, abalam representações, se opõem às normalidades, criam fissuras, ferem padrões, operam multiplicidades, consideram

⁴¹ Sejam eles dos Cursos de Bacharelado, Licenciatura, Pós-Graduação *stricto sensu* ou *lato sensu*.

⁴² Estes incluem suas experiências profissionais, formações em serviço, capacitações, participações em eventos, grupos de que participam, literatura, filmes e/ou programas de TV que consomem...

⁴³ Trecho de laudo psiquiátrico em prontuário de uma criança do CAPSi.

realidades, criam ilusões, distanciam-se da ciência oficial e do aparelho de Estado (CORAZZA, 2008, 2012).

Há, pois, estreita relação entre os discursos medicalizados colocados em funcionamento nos currículos dos profissionais e suas práticas, as quais contribuem para a constituição, por vias da medicalização da infância. E, nessa produção, é possível identificar os atravessamentos da lógica de mercado que as instituições de ensino superior têm promovido, através da oferta de capacitações cujos objetivos versam sobre o desenvolvimento de habilidades e competências.

O que esperar de um processo de formação, em um mundo no qual a aceleração do tempo e a diminuição de espaços possibilitou a maior difusão e, portanto, a hipersaturação das informações que disputam atenção? Quais profissionais se forjam nessa lógica do consumo, que necessita de objetos e relações que sejam descartadas, para que novas e mais sejam adquiridas? Como a lógica privatista da resolução de problemas se presentifica, no cotidiano da prática desses profissionais?

Para pensar a função que assume o currículo desses profissionais, há que se problematizar os processos formativos pelos quais tais práticas são constituídas e, logo, a educação no ensino superior, que se encontra atualmente cada vez mais atrelada a uma lógica de mercado, no qual a educação é um produto negociável. Dias (2011) destaca que a perspectiva da problematização é comumente afastada, quando tomam lugar as subjetividades padronizadas que possuem habilidades e competências e a lógica da intervenção para a resolução de problemas pontuais. Assim, trata-se de uma formação marcada por uma lógica de saber reduzida às informações em um automatismo de pensar, ensinar e aprender, “com êxito”, onde predomina o *informatarismo*, o qual aprisiona o pensamento:

Pela essencialização da informação no mundo de hoje, é possível estabelecer um discurso universalizante e único da informação, impulsionando a produção econômica e social geral, criando o que chamo de informatarismo, que se utiliza de sistemas técnicos, comunicacionais e informacionais para reduzir o conhecer à informação. Assim, o informatarismo, porque se vive uma nova fase de totalitarismo da informação. O sistema político utiliza sistemas informacionais contemporâneos para produzir a atual sociedade da informação, que conduz todos a formas de relações de consumo comunicacionais inexoráveis, não aceitam discussão, que exigem obediência imediata. (p. 95).

Transformar as informações sobre transtornos, por meio da descrição de sinais e sintomas, em um suposto “diagnóstico” dos alunos, parece ser um imperativo nas escolas, atualmente. Estariam, por exemplo, as pós-graduações lato sensu, no campo da educação inclusiva, ofertando essa habilidade de diagnosticar? E as formações continuadas promovidas pelas Secretarias de Educação, quais aptidões buscam desenvolver? E o que dizer da mídia televisiva, difusora das descobertas da Medicina sobre o funcionamento do cérebro? Quais experiências negam, intencionam colocar em desuso?

Todos esses processos formativos trazem, em grande medida, como assevera Dias (2011), aspectos da sociedade de capacitação, fundamentada na lógica da empresa, reverberando o que está presente no mercado. São capacitações que pretendem desenvolver habilidades para gerir, no trabalho e na vida, as turbulências causadas pelas mudanças aceleradas as quais todos nós vivemos, contemporaneamente, como assevera a autora:

[...] a experiência, na cultura do novo capitalismo, é capturada e superficialmente tratada como entretenimento de curto prazo e prazerosa, seja pela mediação dos eletrodomésticos, da informática, da sexualidade, do turismo, seja pela lógica da composição do talento ideal, que precisa viver, continuamente, a capacitação para se adaptar às constantes modificações do capitalismo. Num contexto turbulento e ambíguo, a lógica da sociedade da capacitação penetra o mundo da formação, projetando, na vida e no trabalho, adultos faltosos e endividados que caminham a reboque dos modos ideais de funcionamento criados pelos mercados atuais. Com o intuito de se adaptar a tais modos ideais de funcionamento, os adultos compram seu acesso nos infindáveis cursos realizados no decorrer de suas vidas, que não necessariamente garantem seu acesso e sua adaptação. (DIAS, 2011, p. 120).

A formação que buscamos problematizar reduz a capacidade de crítica e reivindicação, através do poder disciplinar que ensina comportamentos de submissão às leis e normas, conforme indica Foucault (1999). Como as táticas de poder operam não apenas por cerceamento e retirada, mas na positividade, produzindo sujeitos, os processos formativos contemporâneos estão atravessados pela mundialização da economia, na qual o indivíduo, do ponto de vista da produção, necessita investir em si próprio, para que obtenha, cada vez mais, “uma adaptação potencial portátil” (SENNETT, 2006), a qual o liga aos funcionamentos do mercado e do capital.

Assistimos (e somos atravessados), desse modo, da educação básica à superior, ao avanço da sociedade da capacitação que, na lógica empresarial, desenvolve habilidades capazes de gerir trabalho e vida: precisa-se garantir as capacitações de toda ordem que garantam acessos e prometam sucesso (DIAS, 2011).

Dessa maneira, problematizar os currículos de formação desses profissionais requer interrogar sua dimensão produtiva, como uma prática engendrada nas relações de poder-saber, ao contrário de perguntar por seus conceitos técnicos referentes ao ensino-aprendizagem-desenvolvimento. Não há o intuito de desvelá-lo, a fim de que possa ser conhecido o que foi ocultado. A operação é inversa ao do crítico educacional: não há desvelamento ou denúncia de uma consciência alienada para uma consciência lúcida, mas a compreensão de que é possível o convívio com suas indeterminações e paradoxos (SILVA, 2004).

Em sua dimensão produtiva, o currículo pode ser assumido como dispositivo⁴⁴ pedagógico envolvido com as mudanças dos indivíduos aos quais se direciona, sendo forjado por disputas que procuram estabelecer discursos verdadeiros, os quais excluem o que não pode ser dito e separam quem pode falar. Atendem, portanto, a “vontades de verdades”, apoiadas em uma rede de instituições, de sorte a exercer sobre os outros discursos certo poder de constrangimento. Materializam elementos heterogêneos em sua preocupação, por exemplo, de como deve uma criança desenvolver-se, enunciando modos de intervir (FOUCAULT, 2004a).

Dizemos também de currículos que colocam em funcionamento concepções de ciências – sejam elas humanas, sejam da educação ou da saúde – operando reduções, ao aderir aos processos de dominação, por meio de conceitos, teorias e técnicas que naturalizam indivíduos e sociedade. Tais concepções, conforme Maria H. Souza Patto (2009), reduzem questões sociais a problemas psíquicos, servem como instrumento de justificação de processos de exploração econômica, formam profissionais acríticos, os quais promovem adaptações e/ou segregações, com seus instrumentos de medida, sem

⁴⁴ Este é entendido como “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.” (FOUCAULT, 1998, p. 244).

questionar processos que construíram concepções de inteligência e de normalidade que os presidem.

Como mostra Foucault (2012), é preciso denunciar focos de poder, falar publicamente, forçar as redes de informação institucional, designar alvos, nomeá-los como uma primeira inversão de poder, em uma luta diante das violências cometidas microscopicamente, no cotidiano. Sobretudo, a respeito de infâncias. O que os amoladores de faca ou seus similares, no caso da saúde mental, os diagnosticadores de plantão e seus carimbos, têm em comum é a presença camuflada dos atos que retiram da vida o sentido de experimentação e criação coletiva:

O que os amoladores de faca têm em comum é a presença camuflada do ato genocida. São genocidas, porque retiram da vida o sentido de experimentação e de criação coletiva. Retiram do ato de viver o caráter pleno de luta política e o da afirmação de modos singulares de existir. São genocidas porque entendem a Ética como questão de polícia, de ressentimento e do medo. Não acreditam em modos de viver, porque professam o credo da vida como fardo ou dádiva. (BAPTISTA, 1999, p. 49).

Trata-se de um conjunto de práticas que se encarregam do que Robert Castel (1987) chamou de gestão previsível dos riscos, em sua análise, na década de 1970, sobre os deslocamentos da Psicanálise e da Psiquiatria, quando implantaram novos serviços comunitários em substituição a um modelo predominantemente hospitalocêntrico e de internação. Novas práticas de gestão social emergem, sendo praticadas por novos especialistas, os quais gerem problemas sociais, através de particularidades, em uma passagem das instituições totalitárias para o totalitarismo do mundo *psi*.

2.4 – *Cursos-circuitos* das práticas de medicalização da infância

Em relatório publicado em 2016, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aponta a situação mundial de crianças: representam 34% do total da população dos países de baixa e média renda, mas são 46% da população que vive com menos de US\$ 1,90 por dia; a cerca de 124 milhões de crianças é negada a oportunidade de entrar na escola e completar os estudos; 38% das crianças em escola primária não

aprendem a ler, escrever e fazer contas aritméticas simples; aproximadamente 150 milhões de crianças menores de 14 anos estão envolvidas em trabalho infantil. Diante desse quadro, o documento apresenta a estimativa de que, em 2030, quase 70 milhões poderão morrer antes de completar 5 anos, mais de 60 milhões de crianças em idade escolar primária estarão fora da escola, 750 milhões de mulheres.

No Brasil, em 2010, havia 39 milhões, 25 mil e 835 crianças de 0 a 12 anos, encontrando-se na Região Norte a maior proporção, seguida da Região Nordeste.⁴⁵ Segundo publicação “Desafios na infância e adolescência no Brasil”, produzida pela Fundação Abrinq e Save the Children, a Região Norte possui os piores indicadores do país, no que concerne ao acesso à água e esgoto, gravidez na adolescência, cobertura de Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, mortalidade infantil e na infância, e acesso à creche.

As crianças que compõem essas estatísticas, localizáveis, mensuráveis, formam um corpo múltiplo associado a uma população infantil. Taxas de nascimentos e mortes, localização, sexo, cor, doenças. Em suas medidas globais, a população infantil constitui-se mediante a intensificação de saberes relativos à Demografia, à Medicina e à Ciência das Cidades, os quais permitam assegurar a produtividade dos corpos e a regulação da população em geral (GONDRA, 2004). Diante dos quadros de vulnerabilidade e risco, as administrações autoritárias das populações fazem a gestão do que se considera “fragilidades individuais”, propondo intervenções formadas nas relações de saber e poder, em um campo de práticas articuladas pela rede de proteção e garantia de direitos.

No campo da saúde mental, as estratégias voltadas ao público infantil encontram crianças cujos sofrimentos se inserem em uma trama para além de fenômenos endopsíquicos. Estão frente a uma sociedade que não aceita choro, tristeza, sofrimentos, ao mesmo tempo em que o consumo, o alto desempenho e a saúde são buscados como salvação, constituindo subjetividades medicalizadas (LEMOS, 2014). Ao “fazerem crises” nas famílias e instituições, conforme aponta Vicentin (2006), têm a potência de desafiar o mundo adulto a interrogar suas posições.

Para Castel (1978), se o sistema asilar fazia a gestão dos que afetavam a ordem social, no caso das crianças, sob tutela da família, não se configurava uma assistência psiquiátrica da infância, quando as famílias assumiam grande parte da assistência

⁴⁵ Disponível em: www.ibge.gov.br/especiais/criancas-no-censo-2010. Acesso em: 20/03/2017.

material. A entrada da criança e do adolescente no campo da saúde mental se dá no século XX quando se constituirá uma clínica da infância. Com a política de saúde mental no paradigma da legislação vigente, amplia-se a possibilidade de atenção integral à saúde às crianças.

Vicentin (2006) ressalta que, nos fóruns e colegiados de saúde mental, as avaliações apontam para a necessidade de discussões e planificações específicas para a atenção à infância e adolescência, sem correr o risco de se restringirem aos serviços “especializados”, como o CAPSI, ambulatórios de especialidades e serviços ligados a instituições de formação (clínica-escola, hospitais universitários).

Boarini e Beltrame (2013), a partir de um levantamento estatístico dos casos que envolviam queixa escolar e de entrevistas com os trabalhadores do serviço, constataram que a dinâmica do CAPSI respaldava o atendimento de um número expressivo de casos de queixas escolares tratados via medicação. São crianças encaminhadas pela escola em função da alegação de que apresentam sintomas de transtornos, como déficit de atenção e hiperatividade – TDAH – ou distúrbios de conduta, acolhidas no CAPSI como portadoras de transtornos mentais e, após passarem por consultas médicas e psiquiátricas, são encaminhadas para exames que resultam em prescrição de medicamentos. Um ponto importante da crítica realizada pelas autoras refere-se ao uso do medicamento como forma de dar respostas, como solução rápida, aos conflitos gerados na escola, quando não se obtém êxito em suas funções. Assim, o CAPSI estaria funcionando como um dispositivo para obtenção do medicamento.

Já as análises de Sanches e Amarante (2014), feitas a partir de prontuários de crianças atendidas em um centro de saúde, reportam que problemas de comportamento são transformados em questões médico/*psi* e os medicamentos surgem como contenção química, transformando os problemas do cotidiano de crianças em questões médicas. No campo da saúde mental direcionado para a infância, entendemos que esses serviços têm como alvo prioritário crianças cujos comportamentos são considerados desviantes e, neste texto, voltamos nosso interesse para o processo de medicalização que procura capturar os desvios, embora estes não se refiram a uma entidade nosológica, como condutas não adequadas às normas, a exemplo do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), cujos sintomas principais são a falta de atenção e a hiperatividade (CAPONI, 2013).

A despeito de terem sofrido os deslocamentos operados pelo movimento da reforma psiquiátrica, este considerado como um campo de forças em sua multiplicidade, o qual opera por conexões e rupturas com a ordem hospitalar psiquiátrica, a derrubada dos muros dos manicômios e a implantação da legislação vigente não garantiram que processos de exclusão fossem praticados. Os processos de medicalização em meio aberto crescem, na atualidade, com os regimes de enunciativos acerca dos transtornos mentais, contemplando, por meio de processos de objetivação e subjetivação, desvios sociais, difundindo efeitos normalizadores e medicalizantes, no cotidiano. A política efetiva-se de maneira universal, medicalizante, homogeneizadora, em modelos instituídos de assistência especializada, discursos moralizadores, culpabilização e criminalização, ao impor espaços reservados aos que não se encontram em condições ditas como normais (LEMOS, 2014).

No ano de 2012, o Brasil assumiu o segundo lugar dentre os países que, no mundo, mais consomem Ritalina, medicamento conhecido como “droga da obediência”, por seus efeitos “calmantes”, quando prescrito para crianças diagnosticadas com hiperatividade. Foram consumidas quase dois milhões de caixas de medicamentos (DECOTELLI; BROHER; BICALHO, 2013). Tendo em vista que a indústria farmacêutica é, atualmente, a segunda mais lucrativa, perdendo apenas para indústria bélica, é possível pensar o controle médico estreitamente associado aos dispositivos farmacológicos, os quais envolvem distribuições de amostras grátis, convencimento de médicos para aumento de prescrição de suas marcas, até financiamento de congressos e pesquisas (ORTEGA, 2009).

No que concerne às drogas oferecidas pela indústria farmacêutica, não está em jogo a declaração de sua inutilidade, mas o questionamento à vinculação de todo modo de vida a um correspondente bioquímico, aumentando assustadoramente o processo de medicalização pela patologização dos indivíduos, reduzidos à dimensão biológica e desconsiderando todos outros âmbitos da vida. Trata-se da problematização dos processos de farmacologização, entendendo-os como o consumo de medicamentos adicionados ao controle médico, atravessados por componentes como empresas de biotecnologia, *marketing*, universidades, as quais produzem tecnologias que operam nos corpos e na vida como mecanismos de controle, legitimados política e socialmente, em estreita relação com os modos de subjetivação (GALINDO; LEMOS; GARCIA; VILELA, 2015).

Concebemos o aumento do consumo dos medicamentos como parte do processo de medicalização, operando por articulações de mecanismos de controle e regulação biopolíticos, com base na normalização, a qual objetiva interferir na construção de conceitos, normas, costumes – sexuais, alimentares, de higiene e habitação – e comportamentos, reduzindo a vida a seu aspecto orgânico, biológico. Assim, questões não médicas (apartadas de âmbitos que atravessam a vida das pessoas, como a política, a economia e a cultura) são transformadas em “transtornos”, “distúrbios”, os quais, quando diagnosticados, requerem uma série de prescrições, incluindo uma ampla oferta de medicamentos e terapias não medicamentosas. No entanto, a medicalização não se restringe à patologização e pode operar na gestão preventiva da saúde, administrando perfis que precisam ter suas performances potencializadas, ampliando habilidades e produtividade.

Nikolas Rose (2008), buscando compreender a constituição da Psicologia, durante o século XX, afirma-a como uma “ciência social” que promove uma “psicologização” das vidas individuais e coletivas, ao inventar e transformar diversas ideias em termos psicológicos, sendo uma técnica de regulamentação, em seu conhecimento sobre as pessoas, com o objetivo institucional de administrá-las, moldá-las e reformá-las. Eis o que o autor chama de psicologização da vida coletiva (que está para além da individualização): seres humanos passam a se entender como habitados por um profundo espaço psicológico, passam a falar de si mesmos, descreverem-se em termos de inteligência, personalidade, neuroses, depressão, trauma, extroversão, introversão; e a ideia de grupos grandes e pequenos permite que práticas da indústria ao exército sejam entendidas em termos psicológicos das dimensões interpessoais, assim como tudo mais passa a ser balizado em termos psicológicos: problemas sociais, como preconceitos, criminalidade, pobreza.

Ao tratar a respeito da Psicologia social, após a Primeira e Segunda Guerra, nas pesquisas sobre trabalhos com grupo, passando pela noção de empreendimento, construindo e regulando as ações humanas, o autor culmina, afirmando que o espaço profundo *psi* se achata, emergindo o fortalecimento de uma “subjetividade cerebral” com as novas tecnologias de imagem, Psiquiatria biológica, a Neuroquímica e a Neurobiologia.

Nesses tempos velozes (e vorazes) das subjetivações neoliberais, formas sutis no cotidiano organizam-se por meio de racionalidades medicalizantes, tentando adestrar subjetividades e silenciar resistências, gerenciando riscos e ordenando os desvios forjados na patologização das existências:

[...] esta racionalidade abre brechas para a capitalização da vida e para a expansão de novos mercados de saúde. Neste aspecto a saúde parece ser uma religião da atualidade E move um crescente investimento altamente lucrativo da prevenção, da gestão de riscos, do aumento de desempenho pelo uso de medicamentos, exercícios, psicoterapias, treinamentos, cursos, cirurgias, boutiques de bem-estar, receitas de sucesso de relacionamentos e dietas pautadas na rentabilidade das performances a governar e comercializar. (GALINDO; LEMOS; GARCIA; VILELA, 2015, p. 23).

Diante da justificativa de proteção ou prevenção dos riscos, individualizam-se os desvios da norma, culpabiliza-se, vitimiza-se, criminaliza-se, por meio de um conjunto de forças, discursos, que atravessam espaços criados para serem não jurisdicionais. Controle e tutela estão sempre presentes em serviços que dão forma às políticas públicas de assistência e proteção à infância:

Uma proteção que, ao invés de positivar cada momento da vida, fragiliza a infância, a adolescência e a família pelo medo de um futuro incerto e perigoso, que precisa de especialistas para evitá-lo ou para tratar males já instalados. Com isso, famílias assustadas abrem mão de sua autonomia e, quanto mais estiverem distantes do mercado e do consumo, tão mais carentes e faltosas são consideradas, sendo ao mesmo tempo qualificadas de perigosas e vulneráveis, males cujos riscos urgem intervenções tanto curativas quanto preventivas. (NASCIMENTO, 2015, p. 283).

Proteção, portanto, como um modo de governar condutas, como uma estratégia biopolítica, tecnologia regulamentadora da vida, a qual objetiva assegurar a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos, atua em diferentes espaços, como escola, abrigos, famílias, atuando pela disciplinarização que produz saberes e no estabelecimento de estratégias de regulação dos corpos, em seus efeitos individualizantes, manipulando-os como foco de forças tornadas úteis e dóceis, ao mesmo tempo. (FOUCAULT, 1999).

As normas cruzam de modo ortogonal a norma da disciplina e da regulamentação, sendo o elemento que será aplicado, da mesma maneira, ao corpo e à

população, possibilitando a um só tempo controlar os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica e a ordem disciplinar do corpo, modulando condutas no exercício de ação sobre ação, no qual há resistências no mesmo movimento.

Em uma racionalidade biopolítica que opera mais pela economia do que pela noção de sujeito de direitos (FOUCAULT, 2008a), as práticas direcionadas à infância sustentam-se, assim, no complexo tutelar e fazem a gestão dos riscos, ao operar na relação entre o sujeito de direito e o sujeito econômico, assinalando o caráter de produção e em investimento sobre os corpos que as prescrições disciplinares operam em suas recomendações (LEMOS, 2016).

Lemos (2016), ao analisar as práticas do Fundo das Nações Unidas para a Infância voltadas às crianças e adolescentes, no Brasil, enfatiza como a esfera dos direitos não está restrita à garantia de direitos por si só, mas se volta às preocupações securitárias em âmbito mundial, capturadas pelo mercado. A arte de governar, ao articular um complexo tutelar, por meio de paradigmas da caridade, filantropia moralizante, Medicina higienista e utilitarismo liberal, promete melhorias dos modos de vida, através da educação, saúde, justiça e trabalho, fazendo operar a sutileza da sujeição disciplinar que dificulta as revoltas.

Governar crianças, famílias, mulheres. Governar uma casa, um Estado. Governo como direção de conduta. Governo que se liga a objetivos morais, políticos, sociais e, portanto, constitui modos de subjetivação – como um conjunto estruturado por uma racionalidade prática e governado por objetivos que transformam indivíduos em sujeitos de variados tipos – forjados por estratégias disciplinares e biopolíticas. Essas relações de poder se voltam aos corpos dos indivíduos e ao corpo-espécie da população, sobretudo quando intencionam alcançar transformações, a partir da intervenção no campo das chamadas políticas públicas.

Noção de governo, o qual, tendo como alvo a gestão das populações, passa a ser exercido por todos nós, não apenas pelo Estado. Nem o Estado nem sujeitos ou classes sociais detêm única e exclusivamente essa capacidade de produção, ou seja, o poder permeia todo o corpo social, a partir de diferentes focos (FOUCAULT, 1998). As relações de poder enraizadas no conjunto social, pela possibilidade de ação sobre a ação dos outros, com formas e lugares que se superpõem, anulam-se, entrecruzam-se, em relações que foram, nas palavras de Foucault, “[...] governamentalizadas, ou seja,

elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob a caução das instituições do Estado.” (p. 247).

Para Foucault (2012), a noção de governamentalidade possibilita pensar uma racionalidade de governo para além da esfera do Estado, na medida em que ela quer dizer três coisas:

- 1- O conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais ou dispositivos de segurança.
- 2- A tendência que em todo o ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.
- 3- Resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (FOUCAULT, 1979, p. 291-292).

Nessa perspectiva, dizer que o Estado foi governamentalizado implica pensar que as práticas de governo não se restringem a uma unidade política estatal, mas que se constituem diante de uma composição de redes de governamentalidade, que, ao atuarem na proteção da criança e do adolescente, acionam técnicas disciplinares, biopolíticas, fazendo a gestão dos riscos e sustentadas em um complexo tutelar. A noção de governamentalidade permite pensar nas relações estratégicas que são tecidas em rede, nas práticas concretas, como um conjunto que considera o governo de si e dos outros.

3. GESTÃO (NEM TÃO) CALCULADA DA INFÂNCIA

Este capítulo descreve e analisa as práticas que constituem crianças como portadoras de transtornos mentais e as estratégias de intervenção que fazem a gestão da anormalidade, ampliando capacidades, por meio de uso das técnicas disciplinares e biopolíticas de normalização social. Toma como ponto de partida as práticas de *acolhimento* e as estratégias de intervenção voltadas às crianças e suas famílias, descritas nos documentos produzidos no CAPSI, destacando os campos discursivos que os atravessam e justapõem, assim como as linhas de força que atravessam sua constituição, diante dos processos de normalização de crianças, famílias e mulheres.

3.1 - *A-colher o que curto-circuita*

Acolhimento: recepção, hospitalidade, modo de receber, abrigo, amparo, asilo, guarida, resguardo. Nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde brasileiro, as práticas de acolhimento, no momento de chegada dos que solicitam atendimento, são uma espécie de ponto de partida para as intervenções, conforme apontam as publicações do Ministério da Saúde:

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. [...] Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. (BRASIL, 2013, p. 25).

Primeiramente é importante lembrar o princípio do SUS de *acesso e acolhimento universal*, direito de todo cidadão. Mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive. É um momento privilegiado para o estabelecimento de vínculos, para a escuta respeitosa das questões que preocupam a família, para escuta do que a própria criança ou adolescente tem a dizer ou transmitir, assim como é uma oportunidade imprescindível para o recolhimento dos pontos relevantes que poderão orientar o trabalho a ser feito e a resposta a ser dada. (BRASIL, 2013, p. 106).

Nos CAPS, é nomeado “acolhimento” o atendimento aos que buscam o serviço, seja pela primeira vez, seja após um período sem ter comparecido aos atendimentos, seja ainda em casos de crises psicóticas, quando fazem uso dos leitos-reposo ou leitos-observação (no caso dos CAPS III, 24horas).⁴⁶ Esse atendimento não precisa de agendamento prévio e recebe a população em geral, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento. É comum, em muitos CAPS em todo o país, ser utilizado o mesmo termo para nomear também o local/sala onde acontece esse atendimento e o documento onde se faz o registro: sala de acolhimento e ficha de acolhimento.

Destacamos os usos do termo, para tomá-lo como dispositivo que agencia práticas de saber-poder-subjetivação e, assim, problematizar os modos como os sujeitos se constituem portadores de transtorno mental, através de estratégias de governamentalidade. O acolhimento, mais que um espaço no qual um atendimento se dá, mais que o ato de receber, mais que uma ficha que se preenche, será aqui entendido como ponto de passagens de diversas práticas e discursos, não um espaço-tempo no qual há uma origem dos acontecimentos.

A publicação *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*,⁴⁷ traça a seguinte orientação para o acolhimento:

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. (BRASIL, 2004).

⁴⁶ Acolhimento noturno = permanência do paciente no CAPS, para repouso ou observação, durante o período de até sete dias ininterruptos ou dez dias descontínuos, em um período de 30 dias. (BRASIL, 2004).

⁴⁷ Publicação destinada “[...] a informar aos profissionais de saúde, gestores do SUS, sobre o que são e para que servem os serviços de saúde mental, chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, com tiragem de 15.000 exemplares e elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/ Ministério da Saúde (MS). Trata-se de uma publicação que versa sobre origens e funcionamentos dos CAPS, sobre participação dos usuários e suas famílias, as oficinas, medicamentos, questão da rede e território. Na época em que trabalhei na SESPA/Pará e SESA/AP, era um documento muito utilizado, tanto no processo de produção dos projetos de implantação dos CAPS quanto nas formações com profissionais de saúde, da rede e também com usuários dos serviços.

Chegar, ser acolhida, falar do sofrimento, ter um diagnóstico e um projeto terapêutico. No CAPSi, no qual se encontram e são produzidos os arquivos pesquisados neste trabalho, nesse primeiro momento de entrada no estabelecimento, busca-se produzir um saber a respeito desses indivíduos – crianças e suas famílias – em certo nível de detalhe: território ao qual pertencem, condições de moradia, suas vidas produtivas e laborais, situação escolar, aspectos do seu desenvolvimento neuropsicomotor, relações familiares, queixas a respeito do adoecimento. Trata-se de aspectos que possibilitam decidir para quais indivíduos – no nível dos corpos individuais e da população – a política, como governo de condutas, deve incidir.

Após atravessar uma varanda, situada no imóvel destinado ao funcionamento do CAPSi, há uma sala que serve como recepção aos que aguardam os atendimentos. Este é um espaço situado em uma disposição central que dá acesso ao banheiro, à sala da gerência, à escada que leva ao segundo andar, à cozinha, à sala da farmácia e à sala de acolhimento. Outras salas também podem ser usadas para esse primeiro atendimento, quando há muitas pessoas aguardando ou quando há outro profissional utilizando o espaço (geralmente o psiquiatra).

A sala de acolhimento possui uma mesa, duas cadeiras, uma estante pequena colorida de plástico (para brinquedos e/ou livros, mas está vazia) e duas de suas paredes recobertas por tecido de chita colorido, que cria uma atmosfera alegre ao espaço. O acolhimento funciona com um profissional, escalado previamente, que naquele turno fica à disposição em alguns horários especificamente para o acolhimento.⁴⁸ Muitas vezes, se não há pessoas para atender, no acolhimento, o profissional ocupa esse tempo produzindo os registros de atividades realizadas, seja nos prontuários (conforme o termo utilizado no campo da saúde: evolução), seja no livro de ocorrência,⁴⁹ desenvolvendo alguma tarefa de curto tempo (fazendo ligações e atendimentos pontuais, selecionando pastas, organizando alguma atividade, estudando algum texto para o trabalho) e/ou, eventualmente, envolvido em alguma conversa informal com outros trabalhadores, no celular (redes sociais) ou em alguma leitura relacionada a seus outros interesses (como referentes a estudos para concursos públicos, outra graduação ou pós).

⁴⁸ Neste CAPSi (e em muitos outros), não participam psiquiatras. Alguns serviços justificam em função da grande procura por atendimentos, outros problematizam as formações dos profissionais para essa atividade de escuta; quando há espaço para muitos serviços, os profissionais dizem se consideram viável exercer essa função ou não.

Ainda que, em documentos oficiais, como *Saúde mental no SUS* (2004), haja recomendação de que o acolhimento seja feito preferencialmente em conjunto por dois membros das equipes, em função da grande busca por atendimentos e muitas vezes a equipe trabalhar com o número mínimo, essa recomendação dificilmente é atendida (salvo os casos em que os CAPS estão em processo de implantação – as duplas se formam, frequentemente, com profissionais com mais experiência, juntando-se aos que estão ingressando no campo da saúde mental – ou também serviços 24h, em casos de acolhimento a pessoas em situação de crise). Quanto ao CAPSI, apenas um profissional faz o atendimento.

Durante meu percurso no campo da saúde mental, pude participar, em diversos momentos, de discussões a respeito das práticas de acolhimento nos CAPS, tanto nas atividades de implantação como monitoramento dos Centros – no período em que atuei na equipe de Coordenação de Saúde Mental (em Belém/ PA e Macapá/AP) – nos encontros de supervisão clínico-institucional⁵⁰ e quando em atividade de supervisão de estágio, no curso de formação em Psicologia.

Quando as equipes, em seus percursos acadêmico-profissionais, ainda não desenvolveram trabalhos em serviços públicos de saúde ou da assistência social, as discussões de um modo geral centram-se nos objetivos das práticas de acolhimento, da postura do acolhedor e da construção dos documentos. Nos encontros de supervisão clínico-institucional, como um espaço de problematização mais sistemático e contínuo, as questões tornam-se mais consistentes, na medida em que são interrogados os modos de fazer: o tempo e modo de escuta ofertado, os aspectos selecionados nas fichas, os critérios de inclusão/exclusão dos usuários nos serviços, o trabalho em rede. Já nas atividades de estágio, embora os estagiários não tenham inserção nos serviços públicos de saúde, a posição que ocupam nos serviços, fazendo parte do trabalho sem um vínculo empregatício, os encontros frequentes com professora-supervisora, aliando experimentações em campo às ferramentas teórico-conceituais da análise institucional, também permitem um exercício constante de problematização de tais práticas.

⁵⁰ Segundo a Portaria nº 1174/GM de 2005, que destina incentivo financeiro para o programa de qualificação dos CAPS, a supervisão clínico-institucional define-se como “[...] o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada”. (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, pensamos como as práticas de acolhimento operam relações de saber-poder, constituindo indivíduos em sujeitos portadores de transtornos mentais, por meio da produção e circulação de modos de enunciação verdadeiros, fixando-lhes identidades no nível disciplinar. Ao analisar as narrativas construídas nas fichas de acolhimento, teceremos problematizações a respeito da noção de infância operada pelo discurso médico-*psi* e as práticas de exercício de poder que buscam controlar corpos dos indivíduos e gerir a população, como corpo-espécie.

Em sua materialidade, a ficha de acolhimento compõe-se de quatro páginas que descrevem aspectos a respeito da identificação do usuário; procedência; queixa principal; história pessoal de saúde; história socioeconômica: histórico escolar; história do problema atual. Cada item desses se subdivide em outros, os quais serão abordados mais adiante. É um documento que consta nos prontuários das crianças matriculadas no CAPSi, juntamente com outros documentos (conforme detalhados no Capítulo 1) e se encontra na mesma posição inicial em todas as pastas-prontuários, em função de abrigarem informações que são frequentemente utilizadas (telefone, endereço, escolaridade, idade, nomes dos responsáveis, entre outras informações) – pelas equipes técnicas e do serviço administrativo.

Nessas quatro páginas, há uma multidão, com seus ruídos e silêncios. Que posições ocupam estes que enunciam esses discursos? Estes se remetem a quais domínios discursivos? Quais efeitos do que se ergue, nessa arquitetura? Diante do encontro na sala de paredes de chita, um encontro que se projeta muito antes de seu acontecimento, ergue-se uma arquitetura documental em sua espessura própria, visitada, percorrida igualmente por muitos.

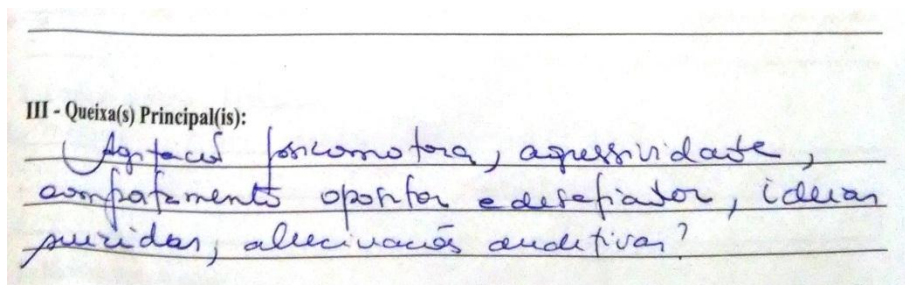
Nos momentos iniciais da pesquisa, quando procedi a uma primeira leitura das fichas de acolhimento, em que as percorria de certa forma em uma deriva, anotando questões gerais, buscando entender sua composição, seus movimentos no CAPSi, a descrição daquelas vidas, numa ênfase demasiada aos processos de adoecimento, compunha um quadro árido para se pensar a infância, quando se opera por meio de uma ideia de infância que deve ser protegida, amparada.

Ao nos determos nas fichas de acolhimento (do total de 25 prontuários), percebemos que as crianças e suas famílias foram encaminhadas ao CAPSI pelos CRAS, CREAS, UMS, Santa Casa, Uremia ou demanda espontânea, e possuem entre 05

e 10 anos. Todas frequentam a escola (pré-escola até quinto ano), com exceção de três crianças. Foram levadas ao serviço acompanhadas por mães, avós, tias (dois pais e um avô acompanharam os atendimentos): provindos dos seguintes bairros periféricos da região metropolitana de Belém: Jurunas, Pedreira, Telégrafo, Tapanã, Val de Cans, Tenoné, Castanheira e dois bairros do Distrito de Icoaraci.

As situações financeiras das famílias às quais essas crianças pertencem são descritas como *instáveis* (até três salários mínimos), com diversas ocupações informais. Moram em casa pequenas, poucos cômodos, com família extensa, muitas não brincam na rua (em função da situação de violência urbana), assistem a TV/DVD e, nesse primeiro momento, antes de receber atendimento no CAPSI, nenhuma consumia medicamentos psicotrópicos. Destacamos também que, embora haja na ficha um campo destinado à “religião”, esse quase nunca é preenchido. Itens sobre cor, raça e etnia não constam na ficha.

Como ponto de passagem para problematizações das fichas de acolhimento, tomemos o item “III - Queixa(s) Principais”, de uma das fichas escolhidas, considerando apenas o critério de maior legibilidade no preenchimento.



Descontentamento, desgosto, lamentação, sofrimento diante daquele que agride, se agita, desafia, ouve o que ninguém mais ouve, pensa em pôr fim à (sua) vida. Os enunciados deste item das fichas constituem-se como elemento central desse primeiro atendimento e que norteiam a construção de um parecer a respeito do caso atendido. As *queixas* tratam, portanto, de aspectos e/ou características de comportamento referentes a uma entidade nosológica pertencente ao elenco estabelecido como perfil do CAPSI, segundo diretrizes oficiais do Ministério da Saúde.

Lembremos que essas fichas referem-se ao primeiro atendimento ofertado às crianças e seus familiares, dos casos que foram identificados por profissionais do CAPSI como público-alvo a ser atendido no serviço e que, por conseguinte, possivelmente continuará a frequentá-lo, participando das intervenções pelo CAPSI formuladas.

Ressaltamos o possivelmente, uma vez que nem todas as crianças atendidas nesse primeiro momento continuam no serviço. Ainda que, no acolhimento, o profissional indique continuidade de atendimento no CAPSI, as equipes fazem um período de avaliação, conforme realçado em uma das entrevistas:

A equipe faz isso a partir de contato maior com a criança. É possível vermos que é realmente uma queixa, mas não apenas da criança, mas pelo cansaço das mães que muitas vezes trabalham o dia todo. Aqui é mais fácil de perceber por que uma criança que não tem essa dificuldade, não tem essa agitação, ela senta e faz uma atividade maravilhosamente. As crianças que têm um transtorno ela não faz, na prática ela não faz, ela não ouve, não obedece comandos, às vezes tem outras habilidades que precisam ser desenvolvidas. É preciso dar o tempo de entender o que está acontecendo. No atendimento psiquiátrico, não dá tempo. Antes fazíamos reuniões juntos, a Dr.^a N. participava das reuniões, os novos psiquiatras não participam, não conseguimos discutir, explicar. O que a mãe traz de relato é o que ela tem de dificuldade, às vezes, o que ela puder fazer para enfeitar a situação e o que puder fazer para manter a criança quieta, ela vai fazer.

Desse modo, das fichas analisadas, destacamos elementos que dizem respeito às relações que as crianças estabelecem (com a escola, com seus familiares e comunidade em geral) e aos aspectos definidos como dos âmbitos psicológicos e biológicos, que se configuram como *queixas*, conforme descritos no quadro abaixo:

Familiares, sociais/comunitárias	medo do pai biológico, tentativa de atear fogo em casa, comportamentopositor e desafiador, bate cabeça contra parede, quando contrariado, quebra tudo, quando é contrariado, baixa tolerância à frustração, desobediente, agressão verbal, ameaça as pessoas, não consegue interagir com outras crianças, odeia o pai
Escola	dificuldade de aprendizagem, não consegue ir para a escola, não consegue aprender, dificuldade de atenção e concentração, não fica sentado, “não para quieto”
Aspectos Psicológicos	agressividade, agitação, humor instável, choro fácil, alucinações auditivas, fala sozinho, alucinação visual, hiperatividade e déficit de atenção, ideias suicidas, medo de ficar sozinha, quadro de hiperatividade com déficit de atenção, fala infantilizada, alternando com a normal, quer bater em todo mundo, ameaça de morte as pessoas, delírios, “muito tímido”, urina à noite na cama, se machuca,

	autoagressão, agitação psicomotora, mudança de humor, acorda chorando, choro fácil, irritabilidade, compulsão por limpeza, nervosa, medo, hiperativo, dificuldade de obedecer regras, mata animais, atenção dispersa, inquietação para dormir à noite, tem pesadelos, pensamentos e atitudes desconexas, ansiedade, problema de conduta, inquietação, destrutividade, se deprecia.
Aspectos Biológicos	dificuldade de fala, dificuldade de sono, transtorno hipercinético, insônia, sono agitado durante a noite, dores de cabeça

Importante destacar que essa descrição se faz conforme consta nas fichas, havendo, portanto, uma junção dos discursos técnico-científicos e os advindos de outros saberes, ainda que não saibamos quem profere tais enunciados, familiares ou profissionais acolhedores, uma vez que em ambas as posições fazem uso dos diversos modos de enunciação. Raras vezes quem preenche a ficha coloca alguns termos entre aspas, indicando a enunciação do outro.

Falar ou movimentar-se muito, em uma agitação fora do comum. Gritar, correr, não se concentrar, não responder como o esperado. Agitar-se ao dormir, ver além do que é possível ver, não aprender, não obedecer, não interagir, não atender às regras. Corpos que não atendem a esquemas de poder que os docilizam e controlam, diante do que se configura como dentro do esperado na infância e suas fases de desenvolvimento. Eis a queixa, o lamento, o sofrimento. Mas é frente a um conjunto de outros fatores que as queixas anunciam um problema de saúde mental, sofrendo variações a cada narrativa. É a descrição de outros aspectos das histórias de vida que demarcam um quadro sintomatológico em estreita relação com o perfil estabelecido como população-alvo da política de saúde mental e, portanto, das estratégias de saber-poder e governamentalidade.

Os acontecimentos da vida da criança são interpelados em torno dos antecedentes individuais (histórico de saúde desde a gestação e parto, doenças físicas, últimas consultas, exames, medicamentos usados, evolução da doença, episódios de loucura), antecedentes familiares (acontecimentos patológicos, hereditariedade, etilismo, tabagismo, drogadição; antecedentes mórbidos familiares, história socioeconômica; condições econômicas; condições de moradia/saneamento) e comunitários (interações sociais, aspectos da vida escolar). Interpelando tais acontecimentos, busca-se captar condutas das crianças fora da norma, passíveis de

serem transformadas em sintomas patológicos e, logo, que se enquadrem nos critérios da população-alvo a que se destina a política, para que, posteriormente, esses indivíduos sejam submetidos à inspeção da equipe multiprofissional.

Para que seja possível estabelecer os desvios, há que existir as normas estabelecendo parâmetros. No curso *Os anormais* (2001), ao responder a respeito do que torna alguém psiquiatrizável, Foucault retoma a época da medicina mental, construída com base em processos patológicos, erigindo-se sobre sintomas, em casos nos quais os delitos relacionados à loucura estavam ligados a um esquema de estigmas permanentes e estáveis, evidenciando uma substituição da psiquiatria dos processos patológicos, em seus estados descontínuos, por uma psiquiatria do estado permanente, à qual se garante um estatuto definitivo.

Será por meio dos comportamentos na infância, os quais interrompem o desenvolvimento, em sua continuidade infância-idade adulta, que esses estigmas serão detectados. No interior da infância, uma dupla normatividade específica, estados ou comportamentos que não são propriamente doentios, mas desviantes: o adulto como norma pela qual as variações serão medidas e a variável lentidão definida pela comparação com outras crianças.

O desenvolvimento é uma espécie de norma e o traço do exercício do poder psiquiátrico, no século XIX. É a disjunção entre criança louca e anormal, a loucura e a idiotia, algo que define uma doença e as características de algo que é da enfermidade, da monstruosidade, da não-doença. Deriva dessa disjunção a psiquiatria associada a uma série de regimes disciplinares, como a ciência e o poder do anormal; a psiquiatria definindo as relações que podem existir entre a criança anormal e o adulto louco; e, por fim, no século XIX, as noções de degenerescência e instinto serão ponto de partida e funcionamento da generalização do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006).

A noção de desenvolvimento como repartição da vida por fases, etapas, idades, períodos ou ciclos, está atrelada à ideia de que é possível, através da produção de saberes, ao longo do século XIX, baseados nos estudos nos estudos da embriologia, biologia darwiniana e lamarkiana, estatística e antropometria, conhecer características comuns em diferentes cronologias da vida (GONDRA; GARCIA, 2004; GOUVÊIA, 2008). A noção de desenvolvimento, nessa perspectiva evolucionista, relaciona-se assim

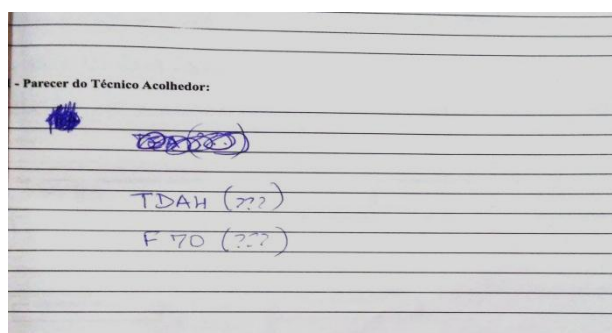
à noção de tempo, de evolução, define como cada criança deve pensar, sentir, agir em *idade* ou *fase*, repartindo a vida de modo detalhado e homogêneo.

Houve submissão às práticas de saúde prescritas durante o período da gestação? Nasceu no tempo esperado, em quais condições? Quais acometimentos existentes na gravidez? Quais os adoecimentos, na família? Quais condições de moradia? Como são as relações com a escola e o aprendizado? Ainda que não sejam exatamente essas as questões formuladas nas fichas, eis alguns enunciados perfilados como respostas:

Desenvolvimento neuropsicomotor dentro do padrão da normalidade.
Mãe percebeu atraso motor e de linguagem a cerca de 6 meses.
Fez pré-natal.
Mae descreve histórico gestacional conturbado.
Demorou para chorar.
Parto prematuro com várias complicações.
Quando o pai morreu chorava, se revoltava (carência afetiva).
Alimenta-se normal, dorme bem, porém acorda muito cedo, fala sozinha, mas nega alucinações visuais e auditivas.
Demora para fazer o dever de casa.

Dentro do padrão da normalidade. Atraso. Complicações. Demora. A esse conjunto de acontecimentos da vida, enunciados como vestígios do que, diante do curso do desenvolvimento, se irrompe, desvia, curto-circuita e permite inscrever-se no interior de um outro curso, de um outro modo de vida atrelado a uma doença, serão aliadas às queixas.

Retomando a posição dos profissionais que preenchem as fichas, o parecer do técnico acolhedor indica os destinos acerca das estratégias que serão acionadas. A imagem a seguir serve para problematizarmos os modos de subjetivação que constituem crianças como portadoras de transtornos mentais, através dos enunciados que circulam nas fichas de acolhimento e capturam sujeitos infantis, fixando-lhes as identidades de portadores de transtornos mentais:



O parecer do técnico acolhedor é uma espécie de impressão diagnóstica inicial, a qual possibilita o ingresso daquela criança no serviço. Após inquirir os responsáveis a respeito de questões como desenvolvimento neuropsicomotor, as *condições* familiares, o problema atual, as queixas, o documento indica que seja proferida uma *definição* a propósito do caso. Embora em forma de *impressão inicial* (que, por meio das entrevistas, que detalharemos no próximo capítulo, os profissionais indicam ser algo provisório), imprime-se ali, de início, uma definição que se desdobrará nas práticas de intervenção seguintes, sendo o agendamento da consulta com psiquiatra uma prática presente em todos os casos analisados. Não a única a ser efetivada, uma vez que a criança, a partir desse parecer favorável à inserção no CAPSI, já começa sua participação em outras atividades, no entanto, é a única prática que aparece devidamente registrada, em seu agendamento.

Um aparecer que o equívoco da caneta que rasura, os dois conjuntos de proposições abreviados e seguidos de interrogações nos movem a pensar sobre os enunciados que colocam práticas discursivas sobre transtornos mentais, na infância em movimento, em seu conjunto como manifestação de saberes, os quais transmitem e conservam coisas que têm valor e são apropriados como verdades. Um ato discursivo separa o acontecimento do acolhimento e constitui um campo de sentidos sancionados em rede discursiva sobre o que é infância, desenvolvimento, saúde-adoecimento, em estreita relação de quem pratica a enunciação, das instituições que acolhem esses enunciados, de seu conteúdo de verdade.

Segundo o Código Internacional de Doenças – CID 10, o código F70 refere-se a um *retardo mental leve*, enquanto TDAH, cujo CID se encontra no grupo F90, descreve o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. As queixas principais, segundo a ficha de acolhimento analisada: criança agitada, agressiva, pensamentos e emoções desordenadas. Uma criança de seis anos, cuja trajetória escolar foi interrompida: “iniciou a escola, mas não consegue se concentrar, enfrentava a professora, agredia as crianças e não conseguia acompanhar a turma.” Segundo consta na ficha, baseada no relato da mãe, os sérios atrasos nos marcos do desenvolvimento referem-se a:

Fala e marcha com atraso severo. Dificuldades de linguagem e comportamento. Bastante agressivo em casa ou na escola, intolerante e irritadiço. Chama os pais de nomes desconexos, insulta a avó, não

tem noção de *risco*. Quando contrariado bate a cabeça no chão ou se auto agride. (grifo nosso).

Aqui, o parecer técnico baseia-se nas referências escolares, relativas à concentração, e no relato da mãe, a respeito dos marcos físicos do desenvolvimento infantil e, possivelmente, em uma observação inicial do profissional durante cerca de 1h ou 2h de atendimento (embora, no caso aqui relatado, essa observação não tenha sido referenciada no documento – mas nem todas são). No entanto, equivococar-se e interrogar os possíveis diagnósticos, como na ficha de acolhimento indicada acima, pode referir-se ao processo de construção de diagnóstico no qual as equipes discutem em conjunto e, posteriormente a outros atendimentos com aqueles indivíduos, conclui-se (ou não) o processo. E/ou pode referir-se igualmente à precariedade, no que concerne ao domínio de um conjunto discursivo e de instrumentais para constituir essa avaliação, naquele espaço-tempo (pré) determinado.

O parecer torna-se ilustrativo, uma vez que, em muitas outras fichas, essa impressão diagnóstica configura-se como mais definida. No entanto, aqui cabe destacar que tanto a descrição das queixas quanto o detalhamento do processo de desenvolvimento neuromotor, assim como o resumo final sobre o problema atual, são enunciados formulados nesses documentos, ligados a domínios discursivos que constituem indivíduos.

Retomemos o caminho apontado por Castel (1987), ao tratar da medicalização da saúde mental, quando ressalta como peça fundamental dos dossiês que focalizam crianças com transtornos o julgamento do profissional de saúde mental:

A educação nacional, por exemplo, traz fatos que representam desvios do comportamento em relação a uma norma social; retardo escolar, agitação em classe, etc. a categorização médico-psicológica faz disso uma dimensão da pessoa: apresentar retardo torna-se ser débil, dar sinais de hiperatividade torna-se problema de caráter, ter graves dificuldades se traduz por ser psicótico ou autista. A referência ao saber possui uma função legitimamente indispensável na medida em que dá uma caução científica a um julgamento normativo. O ponto aqui não se atém ao caráter frequentemente aleatório e impreciso de tais etiquetas: é o fato de todo diagnóstico. O elemento novo, é que o diagnóstico é completamente dissociado da responsabilização. O profissional de saúde mental opera assim literalmente como um especialista, quer dizer, como alguém cujo julgamento é objetivado como peça essencial de um dossiê. Sobre o qual os que decidem, em seguida, se apoiarão para fundar seu próprio julgamento que, este, chegara às opções práticas. (p.108).

Ressaltamos essa posição que profere um julgamento, instaurada em uma rede de práticas vizinhas, como aponta a entrevista abaixo:

Também penso que o atendimento aqui, o diagnóstico é uma questão muito ligada aos benefícios sociais. O meu filho apresenta um problema que me impede de trabalhar. É quase sempre a mulher, a mãe ou a avó. Elas vêm em busca dos benefícios, mas na hora de cuidar também procuram outras maneiras.

Muitos não estão estudando, porque a escola não deu conta. Muitas vezes, dizem: “Só volta para escola com laudo do psiquiatra”. Posição do CAPSI é que eles têm direito de estudar. Geralmente, são as crianças que batem muito, atrapalham aula, professores, outros alunos. Quando não aprendem apenas, quando é só questão de aprendizado, eles não fazem essa exigência do psiquiatra e encaminham para COES. Quando há outras questões, solicitam laudo e acabam sendo medicados.

No caso da escola é muito complicado, quando os pais dizem que só pode matricular com laudo. Um direito, se ninguém tivesse dito na escola que a criança tinha um transtorno, não haveria esse impasse, não sei em que medida isso ocorre na prática deles não matricularem, mas isso tem sido recorrente, tem muita gente que sai da consulta psiquiátrica pedindo laudo ou pra INSS, SEMOB ou escola; sempre tem laudo para médico assinar que diz que faz tratamento aqui com CID.

Trata-se, portanto, de um movimento de rede composto por várias instituições que, por intermédio das práticas de tutela, fazem a gestão dos riscos e o controle social, com as práticas de proteção, garantia e defesa dos direitos das crianças. Conforme Donzelot (1980) apontou, a respeito do complexo tutelar, é uma rede que articula forças de diferentes instituições, equipamentos, leis, saberes, modelos de assistência.

3.2. Os trajetos dos/nos circuitos internos

Intervir, interferir, intrometer-se. O que, para a criança que chega ao CAPSI, cujos comportamentos, queixas, sintomas, a classificam como portadora de transtorno mental, é proposto como modo de cuidado, como modo de amenizar sintomas, reestabelecer sua saúde? Quais as práticas são construídas em torno desses objetivos? Como estão postas em funcionamento?

Antes de abordamos essas questões, ressaltamos que as práticas que serão agora descritas não dão conta da totalidade das atividades desenvolvidas no estabelecimento. Situam-se com base nas narrativas dos prontuários analisados, em seu recorte temporal, examinadas igualmente com o apoio dos arquivos produzidos nas entrevistas com os profissionais do estabelecimento e mais um conjunto discursivo proposto pela política oficial, mais especialmente a Lei 10.216-2001, a Portaria GM 336-2002, que institui os CAPS, e as publicações voltadas para a orientação de profissionais, gestores e usuários.

Iniciemos pelo processo de implantação desses estabelecimentos. Para que esses serviços sejam cadastrados e habilitados pelo Ministério da Saúde, uma das etapas importantes do processo é a elaboração de seu projeto de funcionamento, de acordo com a legislação vigente, referente ao campo da saúde mental, contendo elementos, tais como: objetivos, descrição de aspectos epidemiológicos do seu município de localização, a configuração da rede municipal de atenção à saúde, atividades que serão desenvolvidas, fluxograma do serviço, profissionais envolvidos.

Em relação aos profissionais, conforme apontado anteriormente, há uma equipe mínima, que, no caso do CAPSi, pressupõe os seguintes profissionais:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002).

Uma especificidade das práticas dos Centros é que cada profissional, desde o projeto, tem a descrição de suas atividades/atribuições do cargo, tanto concernentes ao seu campo profissional quanto às atividades de grupo, como oficinas que serão desenvolvidas de modo multidisciplinar, desvelando um deslocamento nas ações desenvolvidas no campo da saúde. Como exemplo, observamos psicólogos e enfermeiros coordenando em conjunto grupo de música, psiquiatra coordenando grupo de teatro ou um terapeuta ocupacional em uma oficina de produção textual.

No CAPSI, todos os profissionais desenvolvem atividades em conjunto com outros profissionais, com exceção dos psiquiatras. Nos prontuários, essas práticas aparecem registradas, por datas, pelo profissional que as realizou ou o grupo de profissionais que coordenou as atividades. Os registros nos prontuários indicam, assim, como uma espécie de título, a especialidade responsável pela atividade e descrevem sucintamente o que foi realizado, mas dando ênfase à forma de participação da criança ou seus familiares, na mesma, sem maiores detalhes acerca da proposta em curso.

As intervenções propostas são construídas pelas equipes e buscam atender às diretrizes estabelecidas nas legislações vigentes, nos documentos que orientam as práticas em CAPS e, por consequência, os princípios da reforma psiquiátrica. Nos processos de implantação dos serviços, há um período de formação das equipes, levado a cabo pelas coordenações estaduais ou municipais de saúde mental, nas quais há orientações a propósito das atividades desenvolvidas e do funcionamento do serviço. No entanto, cada serviço, diante do rol de possibilidades, desenvolve sua proposta. Essas intervenções têm sido objeto de amplo debate e publicações, de uma maneira geral, apresentando relatos das experiências concretizadas.

Após o primeiro atendimento, o acolhimento, conforme descrito na seção anterior, a criança e seus responsáveis ou cuidadores (segundo termo utilizado nos prontuários) participam de atendimentos cujos objetivos se voltam a investigar, de modo mais detalhado, aspectos de sua vida que não estejam de acordo com aspectos do desenvolvimento esperado, para que seja possível traçar uma intervenção. Nos registros produzidos por psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, esses atendimentos aparecem nomeados como *avaliação* e há um detalhamento maior do que foi feito e com quais objetivos.

Nos primeiros atendimentos efetivados por psicólogas, há uma descrição mais detalhada de como a criança chega ao serviço, o que sente, como se apresenta nesse primeiro atendimento. Com enfermagem, serviço social, farmacêutico e educador físico, não há relato de um atendimento inicial, com as características de que estamos aqui tratando, existindo uma observação diferenciada da criança e/ou seu familiar nos grupos. O farmacêutico, segundo as anotações dos prontuários, registra apenas qual o medicamento foi dispensado, sem menção a alguma orientação específica.

Importante ressaltar que essa entrada/chegada ao estabelecimento é um momento em que os especialistas estão em processo de avaliação, para ver se a criança será admitida ou não, ou seja, o que está em jogo é a existência ou não de um transtorno. Segundo as entrevistas com profissionais e análise dos casos encaminhados, há situações em que a criança passa pelo acolhimento, sendo encaminhada pelo profissional que realizou acolhimento para atendimentos, mas, posteriormente, a equipe não indica admissão e encaminha para outro serviço (geralmente psicoterapia em instituição de ensino superior, a qual possui serviço de Psicologia como modo de realização de estágio curricular).

Com base nesse conjunto de atendimentos iniciais, além da confirmação ou não da admissão da criança no serviço, estabelece-se o plano terapêutico singular,⁵¹ assim com a técnica de referência (geralmente pelo profissional que fez o acolhimento), construído também em discussão conjunta entre os profissionais, relativo a um estudo de caso:

O trabalho em equipe é um maior contato com a criança. Vemos quando realmente é uma queixa, mas não diz apenas respeito à criança, mas pelo cansaço, mães que trabalham o dia todo. Aqui é mais fácil de perceber, porque é uma criança que não tem essa dificuldade, não tem essa agitação, ela senta e faz uma atividade maravilhosamente. As crianças que realmente tem um transtorno ela não faz, na pratica ela não faz, não ouve, não obedece comandos, às vezes tem habilidade que precisam ser desenvolvidas.

Ao interrogar os documentos a respeito de seu público-alvo, remetemo-nos às condições de exterioridade, estabelecendo relação com a descrição do público-alvo nas legislações vigentes. Segundo a Portaria 336-2002, regulamentando os Centros de Atenção Psicossocial, serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território, são direcionados àquelas pessoas com “[...] transtornos mentais

⁵¹ “Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS. Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.” (BRASIL, 2004, p. 16).

severos ou persistentes, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida.” (BRASIL, 2002). A portaria fixa o funcionamento das diversas modalidades de CAPS, dentre as quais o CAPSI, um serviço destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluídos nessa categoria os “[...] portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.”

Explicita a publicação *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (BRASIL, 2004):

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. (p. 15).

O CAPSI é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (p. 23).

Pessoas em sofrimento psíquico, pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, pessoas com grave comprometimento psíquico, impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Essas categorias não estão descritas na Lei 10.216, destinada à reorientação do modelo de atenção, utilizando a categoria *portadores de transtornos mentais*. A Portaria 336, em seu artigo 1º, determina que os CAPS devem realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, reconhecendo que o CAPSI é um serviço ambulatorial de atenção diária, dirigido a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

É na Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, que são definidas normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, na qual os transtornos são atendidos são descritos, considerando “[...] a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental.” Trata-se da descrição do perfil a ser atendido no serviço, incluindo no SIA/SUS os

procedimentos realizados como atendimentos diários desenvolvidos individualmente ou em grupo, para qual faixa etária se destina e os valores repassados para tais atendimentos.

No atendimento psiquiátrico, os elementos apresentados no acolhimento são interpelados quanto a alterações ou desvios, diante das normas e situados nos regimes discursivos que os reconhecem como sintomas patológicos. Aqui, os discursos enunciados pelas mãe/avó/famílias se ligam ao saber-poder psiquiátrico, fornecendo elementos das relações intrafamiliares, em seus conflitos, desacertos, maus sentimentos, diante dos quais se formulam diagnóstico e prognóstico.

Trata-se de uma intervenção que subordina posições de controle da família, escola, vizinhança, ao controle psiquiátrico que, conforme Foucault (2001), “[...] reitera essas instancias, as atravessa, as transpõem, as patologiza; em todo caso ela patologiza o que poderíamos chamar de restos das instancias disciplinares.” (p. 189). O olhar familiar torna-se também o olhar psiquiátrico, ao importar seus aparelhos de controle, fornecer material para o interrogatório e para a constituição das provas da existência dos transtornos, como nos mostrou Foucault (2001), ao mesmo tempo em que possibilita estender as práticas de saber-poder que buscam controlar e vigiar corpos a espaços-tempos que os demais especialistas e suas intervenções não alcançam.

A Psiquiatria tornou-se essencialmente a ciência e a técnica dos anormais, ao pôr em contato dois usos da norma: como regra de conduta e como regularidade que se opõe à desordem, ao patológico. Em todas as condutas, mais íntimas, mais comuns, a todo o tempo, a Psiquiatria lida com os acometimentos que, em face das normas, adquirem estatuto de irregularidade e, concomitantemente, estatuto de disfunção patológica em relação ao normal (FOUCAULT, 2001).

Na aula de 23 de janeiro de 1974 do curso “O poder psiquiátrico”, Foucault (2006) aborda o poder psiquiátrico e a questão da verdade, focalizando o interrogatório, quando o saber psiquiátrico, um saber científico que supõe que haja verdade em todo lugar e todo tempo, tem seu funcionamento em um nível disciplinar. Trata-se de um dispositivo que articula os eixos do poder, quando institui o psiquiatra como um sujeito que age sobre outros, o eixo da verdade, quando o *alienado* é constituído como objeto de saber, o asilo como lugar de formação de certo tipo de verdade e, por fim, o eixo da

subjetivação, por meio de procedimentos que tiram de uma interioridade a subjetividade dos sujeitos e estes fazem suas as normas que se impõem a ele.

Ainda que os planos terapêuticos singulares não estejam formulados em um texto ou em uma relação das atividades que a criança irá realizar, as narrativas dos prontuários indicam os circuitos que estas percorrem, no estabelecimento, de sorte a se esboçar, assim, o que foi a ela traçado como intervenção. A indicação desses circuitos é feita através de uma abordagem geral do que foi realizado, com grande ênfase no modo como as crianças se comportaram, durante a estadia no serviço.

Não há menção detalhada do que é proposto, seus objetivos e a vinculação ao projeto de intervenção geral. De todo modo, o que indica, sem dúvida, aponta direções, para intervenções atravessadas por diversas práticas discursivas, nas quais os modos de cuidado direcionam o olhar para a captura dos mais minuciosos detalhes do comportamento e da vida. Desvela o que escapou ou está prestes a escapar: faltas, ausências, justificativas, condutas da equipe tomadas diante do que se apresentou como uma situação adversa. Aponta, sobretudo, para a persistência em uma vigilância diante do que é considerado como queixa, perseguindo suas variações em torno de uma manutenção ou supressão.

Dessa maneira, as intervenções voltadas às crianças configuram-se como atendimentos individuais e em grupos, de diversas modalidades. Os individuais são feitos pelas técnicas de referência, concretizadas pelo psiquiatra, psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Em grupo (coordenado por um ou mais profissionais): serviço social, enfermagem, educadora física e psicóloga, nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

As modalidades de atendimento, conforme descritas, são: grupos de socialização, monitoria, grupo nutricional, grupo terapêutico, psicomotricidade. As atividades que desenvolvem e seus recursos: desenho livre, desenho dirigido, treino da fala, contação de histórias, produção de textos, filmes, trabalho com argila e massa de modelar, recorte-colagem, pinturas, atividades lúdicas, confecção de brindes para eventos das datas festivas, recreação na piscina, produção de brinquedos de papel. Observa-se igualmente a discussão de temas e orientações, relativos à saúde (como autocuidados, lavagem das mãos, cuidado com dentição infantil) e alimentação (“pontos positivos e negativos da pipoca”, “alimentação colorida, é alimentação saudável”).

Há atividades que são realizadas com crianças e familiares, algumas vezes juntos, outras apenas crianças ou familiares: eventos em datas festivas (festa junina, carnaval, dia das mães e dia das crianças), ensaios para apresentações nos eventos em datas festivas, coral, passeios⁵², assembleias⁵³.

A respeito das famílias, ao funcionar como extensão da ordem médico-*psi*, uma série de intervenções são a elas destinadas. Também participam de grupos – estejam eles nomeados como de orientação ou rodas de conversa –, dos passeios, das festas, assembleias, atendimentos individuais. Nessas situações, são abordados os seguintes temas:

Direitos sociais (saúde, lazer, acesso aos transportes públicos), impostos, direitos e deveres, tempo livre, preconceitos, olhar dos outros, violência urbana, temas livres, temas natalinos, conflitos familiares e tolerância para evitá-los, 18 de maio, violência contra mulher e garantia de direitos legais, cultura do machismo, violência urbana, família (concepção e papel de família), sentimentos dos pais ao castigar os filhos, castigos na infância, estigma do transtorno mental, medicalização da infância, doenças psicossomáticas, autoestima, atividades voltadas para as crianças, rotina do sono, prática de esporte, momentos de brincadeiras com os filhos, agressividade das crianças, comportamentos de bater nos pais e suas consequências, atividades de lazer que os pais proporcionam aos filhos.

A essas famílias, em sua maioria concentrada na figura das mães e avós, são endereçadas prescrições como, nos termos descritos nos documentos: “orientação sobre o manejo com a criança”, “orientação sobre a condução ao impor limites”, “esclarecimento sobre os riscos da criança na rua e frequentando o *cyber*, acessando internet sem nenhuma vigilância”, “orientada quanto manejo nas situações de conflitos familiares”. “orientação sobre manejo em relação às atitudes dos filhos como desrespeito ao outro, trazer algo da escola sem permissão, dentre outros”, “orientações para a rotina diária e qualidade de vida”, “oriento manter o diálogo e evitar o conflito”, “oriento refletir sobre suas atitudes”, “aplicação de óleo de cozinha nas diferentes preparações de alimentos”.

⁵² Ver-o-rio, Feira do livro, Mangal das Garças, Bosque Rodrigues Alves, Fundação Curro Velho.

⁵³ “A Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.” (BRASIL, 2004, p. 17).

A respeito da relação com as escolas, estas emergem nos documentos como a principal instituição interlocutora do CAPSI, ainda que não estabeleçam parceria efetiva (aludimos às visitas ou desenvolvimento de ações conjuntas, como reuniões para discussões de casos ou realização de intervenções). Segundo uma entrevistada, as visitas não têm se realizado, mesmo que as equipes discutam a necessidade, em função da falta de transporte. Também as equipes não possuem uma pedagoga e, conforme essa entrevistada, não é uma “demanda da equipe” – o que podemos pensar a respeito dessa constituição da demanda: dos usuários ou das equipes? O que faz com que essa necessidade, que seria em função de um atendimento, seja uma necessidade da equipe?

Quando relacionamos essa questão com o igualmente relatado nas entrevistas acerca do trabalho em rede e das dificuldades em torno da gestão, pensamos na posição que um pedagogo pode ocupar, no serviço: um trabalho pedagógico mais específico com crianças e equipes, assim como com as escolas, numa ação de caráter intersetorial. Também não há, na equipe, um profissional de fonoaudiologia, de sorte que a entrevistada a respeito da demanda afirma que a Secretaria de Saúde encaminha, caso haja solicitação às Unidades Básicas de Saúde ou ao Bettina. Seus servidores fazem um agendamento. Assim como os acolhimentos, cujas demandas são identificadas como de problemas de aprendizagem ou relacionados à escola, são encaminhados para serviços ligados à Secretaria de Educação (COES, CRIA).

A respeito dos encaminhamentos:

Hoje chega mais demanda de casos de hiperatividade, demandas escolares, embora não chegue tanto encaminhado pela escola, mas aparece. Hoje as situações mais graves vão direto para hospital e quando chega aqui está mais estável. Hiperatividade chega, porque é mais divulgada e as pessoas pensam que toda criança “danada” é hiperativa. Já chegam com diagnóstico, deu trabalho na escola, teve dificuldade, qualquer situação que fuja um pouco da regra, chega no CAPSi. Mas nós encaminhamos, quando é situação de aprendizado. Muitas vezes, a escola que pede que procure atendimento, mãe e pai achava que não era necessário. Quando está maior e percebem um comportamento diferenciado, nas séries iniciais, não aparecem tanto questões de aprendizagem, vai avançando vai aparecendo mais.

Estudos como os de Zibetti et al. (2010) nos ajudam a pensar a respeito dessa relação com a escola, visto que demonstram como a chamada “queixa escolar” é

produzida.⁵⁴ Constituída em uma rede cujos participantes são a escola, a criança e a família, a queixa geralmente se inicia em função da alegação de professores sobre a dificuldade de aprendizagem e/ou problemas de comportamento, na sala de aula ou fora dela. São crianças que faltam às aulas ou não participam, não fazem as tarefas, não acompanham as turmas e/ou se apresentam agitadas, inquietas, agressivas, desobedientes, indisciplinadas, preguiçosas, tímidas em excesso ou apáticas.

Os próprios professores normalmente se incumbem de orientar a família, porém, quando as queixas chegam às orientadoras educacionais, estas buscam as “soluções”, conversando com as crianças e/ou estabelecendo contatos com as famílias, em salas específicas e preenchendo fichas, sem fazer referência a intervenções junto ao processo pedagógico. “Esgotados todos esses recursos”, ou seja, quando as tentativas não surtem efeitos, as crianças são encaminhadas para atendimentos psicológicos (na própria escola, nas unidades administrativas das secretarias de educação ou serviços educacionais especializados; caso não os haja, no âmbito da educação, ou os envolvidos nos encaminhamentos considerem necessário, são encaminhadas para rede de serviços de saúde).

No campo educacional, as explicações organicistas sempre estiveram presentes, sustentando discursos educacionais. Collares e Moysés (1996), em um dos estudos seminais, no Brasil, sobre a temática, salientam a redução de questões sociais às patologias biológicas como um dos preconceitos existentes no sistema educacional, de sorte que o não aprendizado é o processo de adoecimento de crianças. São as crianças agitadas, inquietas, sem concentração, as quais, necessariamente, portam alguma patologia e requerem auxílio dos serviços e profissionais de saúde, isentando o sistema social e a dimensão político-pedagógica do sistema educacional.

Um primeiro ponto a ser observado nesse percurso da produção da queixa é que “esgotar recursos” se refere comumente à procura de soluções voltadas para orientação da criança e seu contexto familiar. Como demonstram os resultados das pesquisas de Collares e Moysés (1996), as análises feitas no interior da escola e as buscas de soluções para o fracasso escolar são direcionadas para causas centradas nas crianças, em suas famílias, nos professores (apontados por diretores e gestores das secretarias de

educação como responsáveis pelo fracasso, juntamente com crianças e suas famílias) e quase nunca identificadas com o sistema educacional.

Um segundo ponto remete à questão dos problemas de comportamento que originam as queixas e encaminhamentos. Não apenas escola, professores e outros agentes escolares participam dessa “produção da queixa escolar”. Os serviços de saúde, aqui mais especificamente os CAPSI, não somente a afirmam, como “oficializam” o “diagnóstico” produzido na escola, desta vez com o carimbo dos psiquiatras e pactuado com a equipe multiprofissional. Boarini e Borges (1998) constataram que, nos serviços de saúde mental da rede pública de saúde, há uma demanda grande por atendimento (resultando em lista de espera), e parte expressiva dos pacientes supostamente acometidos por doença mental traz o pedido de atendimento em função de “problemas de aprendizagem” ou escolares. As autoras pontuam que atender às dificuldades escolares em serviços de saúde mental é reeditar a medicalização/psicologização de dificuldades escolares, ensejando-nos a reflexão sobre a alta demanda infantil que procura esses serviços se relacionar às classes populares e não assumir a noção de infância idealizada como uma fase de inocência, protegida.

No entanto, a partir das fichas de acolhimento, é possível identificar que, das crianças matriculadas e em atendimento no CAPSi, nenhuma foi encaminhada pela escola, ainda que, dentre as queixas relatadas pelas famílias, haja relações com a escola, como: “dificuldade de aprendizagem”, “não consegue ir para escola”, “não consegue aprender”, “dificuldade de atenção e concentração”, “não fica sentado”, “não para quieto”. As crianças enviadas pelas escolas ou com queixas ligadas estritamente à escola são encaminhadas para outros serviços.

Uma das entrevistadas diz que geralmente os outros serviços se queixam de que o CAPSI não atende. Nas palavras dela: “Não atendemos o quê? Não podemos atender tudo”. As entrevistas destacam as situações recorrentes de busca pelo serviço e a que não atendem: quando é uma questão relacionada apenas aos conflitos familiares ou de outra ordem que não configura transtorno, autismo e questões associadas à escola. Segundo as diretrizes oficiais, dentre essas situações, apenas o autismo configura perfil de atendimento do serviço, mas as equipes relatam que não atendem completamente, uma vez que não possuem recursos suficientes (infraestrutura e equipe). Outra demanda

se relaciona a adolescente que faz uso abusivo de álcool e outras drogas e em conflito com a lei.

Desse modo, quando a escola emerge nos discursos, seja nos prontuários, seja nas entrevistas, é em uma relação na qual CAPSI e escola partilham solicitações como laudos, relatórios, confirmação de presença das crianças nas aulas ou nos atendimentos. Os laudos pedidos pelas escolas são em nome de um suposto recurso em prol da melhoria do processo de ensino-aprendizagem, precisando-se saber o que a criança tem, para que seja possível encontrar estratégias para educá-la. Ao mesmo tempo, procura-se, com o atendimento, extinguir ou amenizar o que comparece na escola como problema que dificulta ou impede o processo educativo.

Importante mencionar que, tendo em vista uma concepção mais geral da educação, se nos remetermos aos diversos lugares que ela ocupa – o lugar da disciplina, da normalização, espaço de crise, habitado por relações de tensão, lugar marcado pelos vestígios ambivalentes da sociedade contemporânea – atingiremos também uma espécie de sensação de desencaixe. Crianças e adolescentes indisciplinados, sem limite, hiperativos, que não aprendem, que são reprovados, fracassam. Professores que adoecem, fracassam, desistem. Indicadores governamentais que se posicionam dentre os últimos, nos *rankings* mundiais, no que tange à tal aclamada “qualidade da educação”, e os primeiros em relação às infraestruturas inadequadas e aumentos da violência, por exemplo. Indicadores que traduzem uma crise da educação escolar e da escola como instituição (VEIGA-NETO, 2011; ARANTES, 2006).

Nos prontuários, quando há laudos psiquiátricos (geralmente solicitados pela escola ou família, para fins de benefícios sociais), estes atestam “prejuízos definitivos em suas habilidades escolares”. Quais das sintomatologias psiquiátricas acometem habilidades escolares, de modo definitivo? Não poderíamos interrogar para quais escolas as habilidades dessa criança estão prejudicadas definitivamente? Para além do que é dito nesse fragmento do laudo, há um “tema”, um conjunto de domínios nos quais emergem objetos que assinalam suas relações. Cabe-nos igualmente questionar: a respeito de como atestar prejuízos definitivos em habilidades escolares se relaciona com quais acontecimentos não discursivos, de ordem econômica, social ou política (uma isenção tarifária no uso de um transporte coletivo? Formulação de uma proposta

educacional diferenciada? Isenção da família e do Estado da garantia de escolarização dessa criança?).

Quando as escolas condicionam a garantia da matrícula com a apresentação do laudo, garantem também que essas crianças estejam em atendimento no CAPSI, acionando uma rede de atendimento que funciona de modo correlato. Algumas famílias adiam essa inserção no CAPSI até o momento em que a escola se recusa a fazer a matrícula.

Diante desse percurso, os indivíduos infantis – os quais se apresentam ao CAPSI, por meio do discurso da família, como crianças que, com comportamentos a indicar estranhezas, com o transcurso do seu desenvolvimento interrompido, estando as relações afetadas (familiares, escolares, sociais) – precisam assumir outra posição de sujeito, constituindo-se de outros modos. Colocando em funcionamento relações de poder-saber, as estratégias de transformação operam a partir de tecnologias, entendidas em termos de “[...] certa manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las” (Foucault, 1987, p. 216), às quais esses sujeitos devem submeter-se, pelo acionamento de táticas que incidem diretamente sobre seus corpos, agindo sobre suas ações, como a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora, o exame, o controle das atividades, a contenção pela via do uso dos medicamentos.

Essa tecnologia de poder se normaliza, ao estabelecer elementos de modificação decompondo gestos, atos, tempos, em função de determinados objetivos, como as crianças mais calmas, concentradas, atendendo a comandos, obtendo melhores resultados, alcançando os objetivos propostos, através de uma definição tácita de um “modelo ótimo”, dentro da anormalidade – há os que se aproximam da normalidade e os anormais dos anormais, conforme veremos na próxima seção.

3.3. As linhas de forças que cruzam os circuitos

Em um final de manhã, após horas em campo estudando os documentos, senti um estranhamento que atravessava o corpo. Uma espécie de tontura, que misturava grafias confusas, insistindo em uma permanência, embora eu não os estivesse mais lendo, como um corpo qualquer que prossegue seu trajeto, ainda que tudo contrarie o movimento. No diário de campo, produzido em áudio, um registro:

As letras aparecem turvas em minha visão depois de vários dias lendo os prontuários. Indecifráveis, percorrem dançando, debatendo-se, diante dos meus olhos ainda que estejam fechados. Prolixas, reticentes, tagarelas, elas lixam, gritam, ferem, ameaçam, aniquilam, sufocam. Nas vias que pude percorrer, parece não haver brecha alguma para passagens outras. Foi um encontro pesado, cansativo, vertiginoso. (Registro diário de campo, junho/2016).

Relendo esse registro semanas após escrevê-lo, retomei as descrições iniciais que Foucault faz, em *A vida dos homens infames*⁵⁵ (2003), ao estudar documentos produzidos entre 1660-1760 e provindos de fontes de arquivos do internamento, da polícia, das petições ao rei e das cartas régias com ordem de prisão. As *lettres de cachet*, as ordens de prisão ou internamento, como o dispositivo de petições, eram ordens do rei solicitadas contra alguém por seus familiares, vizinhos, religiosos ou membros representativos, como se fossem grandes os crimes perpetrados por histórias de família em conflitos de interesses, pequenas desordens de conduta, fortunas desperdiçadas, bebedeiras ou toda ordem de enganos. Encarregavam-se do mal minúsculo das vidas sem importância, fazendo intervir o poder político no cotidiano e funcionando por meio da onipresença do monarca, nas paixões, vilanias, misérias.

Nas palavras de Foucault (2003):

Eu ficaria embaraçado em dizer o que exatamente senti quando li esses fragmentos e muitos outros que lhes eram semelhantes. Sem dúvida, uma dessas impressões das quais se diz que são “físicas”,

⁵⁵ Foucault vai tratar de documentos nos quais uma infâmia estrita fora descrita em regras arbitrárias, que justifica em função de serem discursos carregados de fragmentos de realidade, os quais tratam de personagens cujas existências foram obscuras e desventuradas, contadas de modo breve, com certo efeito de beleza e terror, em uma raridade que faz com que realidade e ficção se equivalham e não sobrando mais vestígios de suas existências que o abrigo precário dessas palavras. Foucault vê nesses documentos o cruzamento de mecanismos políticos e efeitos de discurso.

como se pudesse haver outras. E confesso que essas “notícias” surgindo de repente através de dois séculos de silêncio, abalaram mais fibras em mim do que o que comumente chamamos literatura, sem que possa dizer, ainda hoje, se me emocionei mais com a beleza desse estilo clássico, drapeado em algumas frases em torno de personagens sem dúvida miseráveis, ou com os excessos, a mistura de obstinação sombria e de perfídia dessas vidas das quais se sentem, sob as palavras lisas como a pedra, a derrota e o afinco. (p. 223).

Eis um primeiro motivo para invocarmos esse texto de Foucault. Essa espécie de “abalo de fibras” diante das letras turvas, confusas, confluindo e embaraçando afetos, durante as leituras dos documentos, naquela manhã e durante muitos outros momentos de realização da pesquisa, cria a atmosfera da presença dos documentos em seu conjunto, que fez permanência ao longo de muitos de meus encontros com os documentos analisados, apontando para um modo de entender e trabalhar com documentos, assim como a forma de movimentar-se em campo. Nos encontros com as infinitas possibilidades que as narrativas dos documentos desvelavam, abriram-se passagens para forças que provocavam, afetavam e projetavam para fora dos eixos do encontro, como uma espécie de vinco que faz deslizar, deslocar, mover o pensamento, ainda que as tensões se fizessem presentes e um saber a respeito desse acontecimento, ausente.

A propósito desse saber ausente, uma segunda relação com o trabalho de Foucault, operado a respeito das *lettres de cachet*: as narrativas, em sua teatralidade, não dão conta das existências ali relatadas. Nas narrativas endereçadas ao rei, os registros surpreendiam, ao contrastar a pequenez das vidas narradas e a grandiloquência das narrativas. Conforme observa Muchail (2011):

Nesta estranha desproporção entre o que se diz e o modo de dizê-lo, a realidade destas vidas acaba por transformar-se no texto que as relata, tornando-se “existência puramente verbal” e subsistindo tão somente “no abrigo precário das palavras”; uma “discursificação do cotidiano” substitui por assim dizer, a concretude das existências pelas frases que as “representam” (p. 66).

Assim, um murmúrio, que não cessará, começa a se elevar a respeito das vergonhas, segredos, variações individuais de conduta. Os detalhes, obscuridades da vida comum, serão oferecidos pelo discurso para as tomadas do poder. Trata-se de um poder político que passa por cada um e todos – nas relações de vizinhança, membros de

uma mesma família, colegas de profissão, de rivalidade, de ódio, que podem tornar-se um para o outro “[...] um monarca terrível e sem lei: *homo homini rex*; toda uma cadeia política vem entrecruzar-se com a trama do cotidiano.” (FOUCAULT, 2003, p. 212).

O poder do monarca recaía sobre seus súditos na medida, em que cada um usava para si, para seus próprios fins e contra os outros, por mecanismos de soberania política que se insere no nível mais elementar do corpo social, um a um. Um tipo de poder que espreitava, perseguia, marcava, provocando forças, que se tivessem passado por baixo de qualquer discurso teriam desaparecido sem deixar vestígios:

O ponto mais intenso das vidas, aquele em que se concentra sua energia, é bem ali onde elas se chocam com o poder, se debatem com ele, tentam utilizar suas forças ou escapar de suas armadilhas. As falas breves e estridentes que vão e vêm entre o poder e as existências as mais essenciais, sem dúvida, são para estas o único monumento que jamais lhes foi concedido; é o que lhes dá, para atravessar o tempo, o pouco de ruído, o breve clarão que as traz até nós. (FOUCAULT, 2003, p. 5).

Eis uma terceira e última relação que estabelecemos aqui com essas vidas infames. As obscuridades da vida comum, tornadas descritíveis, transcritas, semelhantes às narrativas nos prontuários, estão atravessadas pelos mecanismos de poder. No entanto, retratam a tomada do poder, não mais em um agenciamento endereçado a um soberano, mas em outros modos de enunciação da verdade, por meio de saberes atestados como legítimos pela ciência, e novas estratégias de poder. Pelas minúcias narradas a respeito das crianças, o que configuraria então como suas existências, a pesquisa nunca poderia alcançar, a não ser pelas brechas abertas pelas interrogações, questionamentos, críticas aos mecanismos de saber-poder, forjam-se sujeitos e práticas de intervenção voltadas para governá-los.

Os documentos analisados na investigação acionam saberes para governar condutas, por meio de novas táticas de poder, já que os mecanismos que tinham a soberania como modalidade ficam inoperantes para reger o corpo econômico e político da sociedade com a explosão demográfica e a industrialização. O que escapava nos níveis globais e locais, dos detalhes e das massas, agora pode ser capturado.

Nos prontuários, quando as crianças iniciam sua inserção nas atividades, emergem enunciados que circulam nas fichas de evolução, constituídos pela vigilância

dessas crianças e suas famílias, durante a estadia no CAPSI. Orquestra-se, assim, uma espécie de deslocamento das queixas dos familiares para uma queixa dos profissionais, por outras vias de enunciação, formando um refrão uníssono:

Não obedece a comandos. Pouca escuta. Agitado. Não atende solicitação. Comportou-se mal. Não apresentou boa conduta. Não desenvolveu atividade proposta. Precisa de auxílio para realizar atividades. Apresenta déficit cognitivo. Apresentou-se indisposto. Não interage bem com grupo. Ameaçou bater nos colegas. Comportou-se de modo inadequado. Fica agressivo quando contrariado. Choros imotivados.

Os modos de enunciação da família, mais especialmente das mães e avós, diante do que escapa, do que não controlam, no comportamento das crianças, do que incomoda, dão espaço para o discurso dos profissionais, mais especialmente *as* profissionais, em enunciações que pouco problematizam os acontecimentos narrados nos registros, mas parecem repetir as queixas, dessa vez de um outro lugar, às vezes em um tom de denúncia a respeito do que emerge de forma não esperada. O que parece deslocar-se são as maneiras como essas queixas são enunciadas – em quais discursos se ancoram, buscando a chancela dos saberes científicos e, portanto, o lugar de verdade quase inquestionável – assim como o lugar ocupado por aqueles que enunciam, as especialistas.

Aqui temos questões importantes para pensarmos sobre os saberes legitimados pela ciência sendo acionados como estratégias de governo dos indivíduos e da população que, nas práticas analisadas, procuram incidir, por meio das narrativas constituídas nesses atendimentos, tendo acesso aos comportamentos desviantes. Do ponto de vista do corpo dos indivíduos, trata-se de pensar através de um sistema disciplinar o que escapa, desvia, quando esse corpo se encontra diante das *queixas* acima descritas. Como na hipótese foucaultiana de que a produção discursiva é controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos, esses enunciados colocam em jogo a oposição falso e verdadeiro, validando o discurso verdadeiro, ao mesmo tempo em que excluem outros, em um movimento de *esclarecimento*, conforme enunciado nos documentos, por meio de *orientações* (FOUCAULT, 2002).

“Se você continuar fazendo isso, vou contar para Júlia”, diz Carla ao Eduardo (ou Edu, como gosta de ser chamado), quando ele faz algo errado. Júlia, profissional do

CAPSI, que narra o acontecimento, responde: “Você não pode dizer isso a ele, porque não estou lá e você é a mãe. Tire alguma coisa que ele goste, um brinquedo, um passeio.” “Tirar algo que a criança gosta” é uma orientação bastante recorrente. Os relatos sobre castigos físicos emergem nos documentos e entrevistas, de muitos modos. As profissionais relacionam muitas vezes a esse modo de educação os seus efeitos nas crianças, como maior agitação e agressividade, inclusive com muitos relatos das crianças não batendo apenas em outras crianças, mas em suas mães. Por isso, as orientações e esclarecimentos acontecem nos atendimentos individuais ou nos grupos, seja atravessando uma temática qualquer, seja temáticas específicas sobre “palmadas”, “como corrigir sem bater”.

Quando nos remetemos à oposição falso-verdadeiro, que valida alguns discursos, excluindo outros, invocamos essa posição dos profissionais e da formação da verdade, no CAPSI. Como no caso dos castigos físicos, prática comum e reiterada pelas famílias, em substituição pelas punições com retiradas de objetos, atividades de lazer ou entretenimento. Embora muitos profissionais digam que, em suas práticas, não pretendem dizer o que é certo ou errado ou como “ser mãe”, os meios sutis de exercer poder sobre a ação de outras mães, para que estas possam conduzir a ação de seus filhos, são acionados.

Para isso, é preciso lançar mão de variados campos discursivos que se atravessam e se justapõem, tendo em vista os conceitos que veiculam e as práticas sociais que legitimam, a fim de instituir seus regimes de verdade. Dessa maneira, diversas noções são invocadas, a partir de campos discursivos que passam por diversos domínios, na disputa do dizer verdadeiro acerca da infância, família, normal, patológico.

Esse lugar ocupado pelos profissionais do esclarecimento, da orientação, cumpre a função de exercer poder sobre ação de crianças e suas famílias, por uma presença constante. É um tipo de poder que se assemelha ao do tipo pastoral, o qual intenciona conduzir de modo contínuo e permanente. O pastor, na literatura cristã, está ligado ao seu rebanho por um vínculo moral, sendo responsável por tudo o que lhe acontece e tendo o conhecimento de cada um e de todos. Essa relação retoma o exame (abertura ao pastor) e a direção de consciência (a ovelha se deixava conduzir), duas práticas da tradição grega que o cristianismo herdou, com a finalidade de levar os indivíduos à renúncia de si e do mundo (FOUCAULT, 2006b).

No século XVIII, essa tecnologia passa a outra organização, a qual requer salvação neste mundo e não em outro, conforme as instituições religiosas. Salvação com base nas noções de saúde, segurança e bem-estar, com apoio em uma multiplicidade de instituições, de sorte que o poder pastoral multiplica suas funções no Estado, nas instituições públicas e privadas, além das filantrópicas (FOUCAULT, 2006b). Como tecnologia de poder, orienta a conduta de indivíduos, de modo a governá-los, transmitindo regimes de verdade que irão regular modos de agir. Tecnologias vistas como intervenção e manipulação de forças, em determinada direção, para potencializá-las, impedi-las ou utilizá-las. A ação pastoral é exercida a partir do estabelecimento de uma relação entre os profissionais e as famílias atendidas. Estas precisam legitimar o saber dos profissionais e aceitar suas prescrições. Dito de outra forma, é necessário que haja o reconhecimento desse “outro” como sujeito da ação, abrindo-se todo um campo de respostas possíveis, em seus efeitos e invenções (FOUCAULT, 1995).

Todavia, na infinita probabilidade dos dados lançados, o jogo e suas respostas/resultados são imprevisíveis. Há sempre o que escapa. Há sempre a receita de um caboclo, o banho recomendado pelo índio, as orações no culto, a suspensão de um ou dois medicamentos, os atrasos, faltas, abandonos, o mau humor instalado na recusa em participar de uma oficina, alguns ditos: “Você tem filhos? Ah, você não sabe a vida que eu levo, Doutora!”

E os que ficam? Submetem-se? Aceitam o jogo e (algumas) condições? Percorrem os circuitos de atendimentos no estabelecimento, sendo registrado em seus prontuários muito do que falam, pensam, como se vestem, comem, como falam com suas mães, o que falam das suas mães, o que desenham, como desenham, como brincam, o que escolhem para brincar, como se dirigem aos outros, como interagem...

As narrativas que compõem a massa documental examinada voltam-se à permanência das crianças e suas famílias, no estabelecimento de saúde. E ainda que as descrições não contemplem de modo mais detalhado os objetivos das intervenções, o que está em jogo é que a cada espaço e a cada tempo, em uma atividade ou grupo, *lúdica* ou de *reflexão*, ou apenas um momento de lanche ou almoço, o que se faz, pensa, fala, serve ou servirá de componente a ser analisado.

Questionar esses discursos não implica dizer que há um modo moralmente correto de comportar-se das crianças, famílias e dos profissionais, em suas práticas. Os

efeitos do aprendizado não formal, da aquisição de determinadas habilidades, das transgressões de certas regras sociais, de “não ir bem na escola” são diversos e podem ser flagelantes. Questionamos, portanto, a posição de constrangimento que se perpetra a esses corpos infantis, em práticas de medicalização que atribuem a determinadas formas de existência questões orgânicas, biológicas, desconsiderando outros âmbitos da vida, como sociais, econômicos, culturais, e, nesse caso mais específico, não levando em conta o contexto dos acontecimentos que atravessam as intervenções efetivadas.

Desconsiderar os acontecimentos é não interrogar e não dar visibilidade, por exemplo, a quais solicitações essas crianças se negam a atender; o que se recusam a escutar; quando o movimento do corpo irrompe de modo inadequado? Que tipo de *interação* acontece, quando “não se vai bem”? Quem comanda ou pretende comandar o quê, quando “comandos” não são obedecidos? São questões que podemos formular, questionando o lugar de quase-evidência que emerge nos documentos, em seu conjunto de regimes discursivos que definem suas verdades, através de relações de saber-poder que constituem determinados modos de subjetivação.

Questionamos, sobretudo, uma noção de infância como um período da constituição humana no qual há o preparo de indivíduos capazes para o trabalho e para a participação social, necessitando de ser cuidada, tutelada, não apenas pela família, mas por um conjunto de especialistas que orientam a educação de crianças, aconselhando tanto trocas afetivas quanto a moralidade a ser observada, no processo de escolarização e socialização (GUARRIDO, 2010).

O que é considerado normalidade, na infância, ocorre através de noções como a de desenvolvimento humano, quando os saberes atestados pela ciência constituem modos de subjetivação e definem estratégias de intervenção no campo das políticas públicas oficiais de saúde mental. As proposições abrigadas nas orientações direcionadas às crianças e suas famílias centram-se em determinados modos de ser criança, ser mãe, de constituir família, marcados por um tempo diverso do inumano, o qual nos acompanha por toda a vida. Demarcamos esse tempo conforme as reflexões de Kohan (2015), para além de uma cronológica linear: uma condição inumana como o indizível, algo perdido que habita imperceptivelmente o dizível como sua sombra, seu lembrete, um não dito que obra como uma condição para que se possa dizer algo com

sentido. Inspirado em Lyotard, o autor vai diferenciar a forma do inumano do sistema e a que carregamos como passagem do “não ser ao ser”.

A relação com o tempo é adotada para pensar as oposições encontradas entre essas duas formas do inumano, quando a primeira faz dele uso produtivo, em imagens de irreversíveis movimentos cronológicos, na urgente necessidade de correr atrás dele, enquanto a segunda forma deixa o tempo se perder em percursos intensivos, polimorfos, não lineares. Tempo sensível, um tempo inaugural, uma condição na qual pensamos aqui a infância, concordando com o autor, quando afirma:

Não há vida só na infância. Mas tampouco há vida sem infância. Outra vez, o paradoxo, o enigma, o impossível. Nessa exigência incontornável da presença de uma ausência, se encontram, mais uma vez, infância e filosofia. Esses dois impossíveis, necessários para que existam vida e morte como formas de expressão e sentido, para que uma vida seja vivível para um ser humano. Eis a tarefa política da escrita, da arte, da educação, da filosofia: lembrarmo-nos de que somos infância e quase nada mais. (KOHAN, 2015, p. 225).

Ser infância como um reino das possibilidades infinitas e como espaço-tempo da indeterminação. O que das queixas, sintomas, do adoecimento é considerado como algo que pertence às crianças, abriga o caráter de incômodo, sem lugar, intratável? O que desse inumano é renegado, não olhado ou escutado, transformado em queixas? A qual tempo se referem o comportar-se bem, atender a comandos, estar calmo, estar alegre, manter boa conduta, dormir bem, ir bem na escola, realizar as atividades propostas conforme seus objetivos, desenvolver a fala, interagir bem com os colegas, não chorar nem rir sem motivo, reagir bem às frustrações, manter boa higienização pessoal e do vestuário? Ao tempo necessário e adequado para ir bem na escola, nos grupos, em um trabalho premiar e ser premiado? E o que há nessas crianças que impede esse circuito dando “curto”?

Há algo, nessas crianças – dizem alguns familiares, a escola, os profissionais de saúde e de assistência. Algo que possuem, carregam ou que está de passagem? Em uma das entrevistas, uma assistente social traz questão interessante sobre o modo como algumas famílias explicam o adoecimento:

As famílias vêm para cá depois de outros caminhos. É o demônio, muitas dizem. Vão para igreja e muitos, mesmo com acompanhamento aqui, não abrem mão do atendimento religioso. Dizem “um índio falou pra mim que tenho que seguir receitas,

banhos”. É índio, o caboclo. Essa explicação do sobrenatural tem a ver com uma espécie de negação de um adoecimento, do que não tem cura. O que é espiritual tem cura [...]. Foi um espírito que causou um mal, um espírito é uma coisa de passagem. Vai voltar a ser uma criança alegre, feliz e saudável. Já a doença não é passageira, a doença é dele, algo permanente.

O que desordena, perturba, é da ordem do inexplicável, inominável. Causa medo, horror, sofrimento, não apenas às crianças e suas famílias, mas também aos profissionais. A menção frequente das solicitações familiares aos usos dos medicamentos pode igualmente ser situada como modo de conter essas forças demoníacas, sobrenaturais. Forças que não são naturais, normais.

Se, para algumas famílias, a explicação diante do que acontece aos filhos é atribuída às forças sobrenaturais, nos discursos que emergem nas entrevistas e nos documentos analisados, ocupa um lugar de centralidade a falta de limites e regras na educação dessas crianças, por parte de suas famílias – leia-se mães. Estão em funcionamento ainda os discursos das famílias “desestruturadas”, uma vez que habitam em uma casa com poucos cômodos, não possuem emprego ou perspectivas de vida, vivem sem lazer e cultura e experimentam a falta da figura paterna.

Sendo as forças sobrenaturais, desordens orgânicas ou falta de limites e educação, se o circuito apontar a sala do atendimento psiquiátrico, é quase garantido que saia de lá para receber o medicamento na farmácia. Ressaltemos o se, porque, tanto nas entrevistas quanto nos prontuários, vemos que não são todos os casos em que as crianças são atendidas logo de início pelos psiquiatras e nem sempre isso acontece em função da falta de agenda.

Nas entrevistas, é recorrente a menção ao que podemos chamar de tempo de observação, no qual a equipe indica apostar em outros modos de intervenção diferentes do psiquiátrico-medicamentoso. Muitas vezes, nessa aposta, alguns *casos* acabam sendo encaminhados para atendimento psicológico em outros serviços (nos últimos anos, quase sempre o serviço de Psicologia de uma instituição privada):

É preciso dar o tempo de entender o que está acontecendo. No atendimento psiquiátrico não dá tempo. Antes fazíamos reuniões juntos, a Dr.^a participava. Os novos nunca participaram, não conseguimos discutir, explicar. O que a mãe traz de relato é o que ela tem de dificuldade, muitas vezes o que ela puder fazer para enfeitar a situação e manter a criança quieta, ela vai fazer. Tivemos um caso

aqui que chamou nossa atenção, morava com avó, que era evangélica e tinha muita idade. Passou por avaliação e tomou medicação. Nas atividades, lia, escrevia, desenhava, atendia comandos. “Mas o que é essa agitação?” Interrogamos a avó: “Quer atender telefone, sai correndo. Somos evangélicos e ela não pode usar tal roupa...” Fomos fazer intervenções com a avó, mas é difícil essa orientação, conversamos com a médica. A criança era um “demoniozinho”, na imagem que ela fazia para a médica e aí, nessa percepção, conseguimos intervir.

Têm chegado muitas situações em torno das “agitações”. Quando a criança é acolhida, damos prioridade para os atendimentos psiquiátricos aos casos mais urgentes, como as esquizofrenias.

No acolhimento, se não temos como incluir em um grupo e vai logo para avaliação psiquiátrica, na grande parte das vezes, vai acabar fazendo medicação. Muitas vezes, deixamos só na Psicologia.

Assim, há uma luta incessante diante do que é uma criança, o que ela possui, carrega, apresenta. Qual o CID, quais demônios, espíritos, quais mães, avó ou pais responsáveis, qual parte ou substância do cérebro não funciona? Onde reside, afinal, o problema?

Uma mãe entra na sala da gerência e diz que o medicamento de seu filho acabou antes de ter ido à consulta psiquiátrica, com a consequente nova prescrição. Quando a gerente apresenta um outro modo de obter o medicamento, uma espécie de suspiro – “Ai, que bom! Estou ali... fico mais tranquila, ele não dorme, não para, não aguentamos mais.” O modo como interrompe a frase, contendo a demonstração de seu alívio chama atenção. Uma espécie de constrangimento parece irromper diante da urgência que a contenção medicamentosa efetua, que, nesse caso, diferente do que enfatiza João Cabral de Melo Neto, não parece ser o mais prático, mais fácil dos sóis. Sim, um recurso para secar a aragem da alma, em face de outros recursos que entraram em falência. A questão é quando se torna o recurso sem que seja possível pensar a respeito do que entra em falência e em quais condições.

As referências aos medicamentos constam nos registros do atendimento psiquiátrico e farmacêutico: no primeiro, há sempre uma pequena descrição sobre o que o responsável da criança relata acerca dos sintomas, em seguida da prescrição do medicamento; já no atendimento farmacêutico, há uma descrição do que foi dispensado aos familiares. O registro no prontuário é realizado diante de outros controles feitos no

processo de dispensa do medicamento.⁵⁶ Há um sistema informatizado, assim como a RAAS, a ser alimentado.

Segundo entrevista, esses registros compõem um rol de atividades que o farmacêutico efetua, juntamente com a entrada em algumas oficinas e a orientação aos familiares sobre o uso *racional* de medicamentos. Sobre esse processo de orientação, um aspecto interessante diz respeito ao não entendimento dos códigos que envolvem a prescrição médica. Segundo o farmacêutico, há muitos equívocos na administração dos medicamentos, em relação às dosagens e horários, visto que estes mudam, de vez em quando, assim como os medicamentos dispensados mudam de fabricantes, o que, frequentemente, tem como efeito mudanças nas embalagens e cores das pílulas, trazendo certa confusão.

Mas o que importa diante desse processo na dispensa dos medicamentos é esse aspecto da orientação, especialmente quando relacionado a uma queixa de que estes não fazem o efeito esperado. Apesar de algumas mães relatarem, segundo entrevistas com profissionais, que diminuem alguma dosagem quando, por exemplo, observam a criança dormindo muito, os efeitos dos medicamentos emergem mais, quando não relacionados às melhoras no comportamento do que em seus efeitos adversos.

Aqui chama atenção a não escuta das crianças, agora por parte dos profissionais e do CAPSI. Não é ela que vai a esse atendimento com o farmacêutico. Não emerge nos prontuários o que as crianças dizem sobre o uso de medicamentos e como sentem seus efeitos. Quem diz se “funciona” ou não é a mãe ou responsável. Ângela, uma profissional entrevistada, diz que as equipes muitas vezes constroem estratégias para retirar o medicamento, com a criança ainda no CAPSI, mas, no geral, o que ocorre é uma alta da equipe multidisciplinar e a manutenção do medicamento, ficando a criança vinculada ao serviço no atendimento ambulatorial.

Ter alta multidisciplinar e manter-se no serviço vinculado ao atendimento psiquiátrico implica muitas questões. Uma primeira é que a equipe multiprofissional avalia que, no percurso no CAPSI, a criança realiza as atividades, obedece a comandos, apresenta-se alegre, conversa, brinca, a mãe traz relatos de que em casa e na escola está tudo bem. No entanto, estar bem na avaliação psiquiátrica, nesses casos, refere-se a um

⁵⁶Risperidona, hadol, fluoxetina, carbamazepina, cinetol, prometazina.

efeito do uso contínuo de medicamentos. A esse respeito, alguns fragmentos das entrevistas:

Muitas crianças tomam e saem daqui ainda tomando. Saem daqui depois de um longo tempo e, mesmo assim, a psiquiatra não suspendeu o medicamento. Continuam fazendo aqui ou na UBS. É angustiante pra mim, porque essa medicação é por um tempo indefinido. Sempre conversamos com a psiquiatra, muitas vezes ela continua achando que é preciso, mas em alguns casos ela acata a retirada.

Há casos diferenciados a respeito do uso dos medicamentos, porque às vezes é uma esquizofrenia já instalada, mas há casos de crianças com 05 anos. Muitas vezes, a psiquiatra argumenta que a retirada “desestabiliza”. Temos uma menina, cheia de energia, sugeri natação, outras redes. Com essa a psiquiatra não foi de acordo a retirada. Algumas mães experimentam retirar, junto com a gente, criando estratégias, mas, na primeira “crise” voltam a dar. Nem sabemos se foi uma crise mesmo. Porque são crianças que muitas vezes se agitam, apresentam comportamentos agressivos. Moram em casas pequenas, poucos cômodos para muitas pessoas, não brincam mais na rua em função do perigo, não têm espaços de lazer, fazemos visitas e vemos isso. São na maior parte mães avós que cuidam, dentre outras tantas coisas que fazem. Outro dia eu disse: “Leve para andar de bicicleta” e avó falou que melhorou bastante. Elas reclamam que as crianças não param, não dormem. E vejo que também não brincam, não têm outros espaços. Daí muitas mães pedem mesmo o medicamento.

Nas situações de hiperatividade, passa para a consulta psiquiátrica e já vai medicar. A família traz esse relato, muitas vezes vamos ver e nem é hiperatividade. Acaba sendo medicada aqui, quando passa pela avaliação médica. Depois vamos percebendo, às vezes, é uma avó que cria e tem dificuldade com aquela criança que quer brincar e corre. Aquilo para avó já é uma agitação. Essa é uma preocupação nossa.

Ainda que os fragmentos das entrevistas e a cena do pedido de contenção medicamentosa possuam elementos importantes para pensar os saberes que operam modos de cuidados efetivados por essas famílias e esse encontro (e confronto) com os saberes instituídos no CAPSI sobre o uso dos psicotrópicos, interessa agora destacar, como linha de força constituinte dos circuitos percorridos pelas crianças, os controles desse inumano nos processos que normalizam sujeitos, incluindo-os nas políticas públicas oficiais de saúde, ao mesmo tempo em que estão excluídos socialmente. São aspectos das sociedades disciplinares e de controle emergentes nos séculos XVIII e XIX, com o capitalismo industrial (Foucault, 1974).

Um dos aspectos diante das indeterminações dessa condição infantil, inominável, é esse caráter das virtualidades, de uma antecipação (pois as intervenções se fazem cada vez voltadas às crianças com idades mais precoces) do que poderá ser, acontecer diante dos desvios e que, por conseguinte, precisa ser contido, controlado – o que se considera perigo iminente, em uma noção que conforma instituições e seus aparelhos de normatizações, com o objetivo de fixar indivíduos controlando suas virtualidades. Trata-se de estabelecer normas relativas a um modelo disciplinar, produzindo uma sociedade de normalização, quando os comportamentos são balizados pelos considerados normais, os que estão dentro de uma média. As normas hierarquizam, valorizando condutas, traçando parâmetros, *normal* e *patológico*. Precisa-se de uma norma externa para estabelecer o que é normal, e é pela via da norma que a regulação nas estratégias biopolíticas se pauta (FOUCAULT, 1996).

Se, por um lado, as intervenções efetivam estratégias que incidem sobre os corpos dos indivíduos, caso a caso, em um olhar metuculoso que capta os detalhes de seus comportamentos, não se dão apenas no CAPSI, mas se estendem às casas, pela conjunção de uma aliança com famílias, ultrapassando âmbitos estatais e institucionais, diante do estabelecimento das normas que cruzam disciplina e regulamentação, sendo aplicada aos corpos e à população, controlando os acontecimentos de uma multiplicidade biológica e ordem disciplinar do corpo. Efeitos individualizantes e regulamentadores, utilidade, docilidade e garantia da segurança da população, em face dos seus perigos internos. (FOUCAULT, 1999).

As práticas operadas no CAPSI fazem a gestão da anormalidade, ampliando capacidades, por meio de uso das técnicas disciplinares e biopolíticas de normalização social. Vigilância a céu aberto, na gestão dos corpos e das populações, em controles sutis que se estendem ao cotidiano, de modo individualizado.

Normalização do social implica pensar na noção de social como um campo de saber produzido pela ciência moderna, quando acontecimentos como as transformações na família, problemas das massas, aumento da produtividade nas indústrias, comportamentos referentes ao consumo, se tornam problemas, portanto, objetos de conhecimento. Ao propor a gênese do social como um domínio formado a partir dos séculos XVIII-XIX, Donzelot (1980) examina uma gravura à lupa e, mostrando como dispositivos são montados em seus cruzamentos, conforme salienta Deleuze, ao

prefaciando o livro *A polícia das famílias*. Novos assessores, educadores, tutores e técnicos são descobertos em torno da família fragmentada ou “liberalizada”, na emergência do setor social como um híbrido entre público e privado, entre riqueza e pobreza, cidade e campo, medicina escola e família etc.

O novo modelo do capitalismo industrial captura forças produtivas em um modo de exploração que produziu aumento de riqueza e proporcionalmente aumento da miséria, justamente quando os discursos da modernidade argumentavam que o progresso material traria a emancipação da humanidade e a melhoria da vida do conjunto da população (SILVA, 2005).

No curso do progresso, as “formas de ganhar a vida” são desmanteladas e seus componentes destinados a serem remontados – alguns são danificados e não conseguem mais ser consertados. Por sentença explícita ou veredicto impublicável, tornaram-se supérfluos, desnecessários e indesejáveis: aprendem sobre a futilidade da resistência; aceitam o veredicto da inferioridade; não conseguem encontrar modos efetivos de transformação do que sentem em ações efetivas. Estes se tornam “consumidores falhos”: carentes de dinheiro, vida indigna de ser vivida.

Esses outros, os sujeitos dos quais devia haver menos. Desempregados, pedintes, os que não se enquadram, iletrados, carentes, vulneráveis, sem cultura. O que hoje constitui o que Bauman (2005) chamou de refúgio do progresso tecnológico-científico e, portanto, econômico, como coisa desprezada, inútil, uma vez que, na sociedade de produtores, os bens podem ser produzidos sem que grande parte da população seja mantida em seus empregos. Refúgio poluente devolvido em troca pela drenagem que as nações ricas efetivaram nas nações colonizadas, na era moderna de grandes populações migrando em busca de condições de sobrevivência.

A referida noção de social nasce na segunda metade do século XIX, ligando-se ao fato político da democracia, quando a ordem política, imposta pela Revolução Francesa, pressupõe relação de reciprocidade entre indivíduos iguais e livres, sendo o Estado o garantidor desses princípios. Vem a noção de direito como um fundamento essencial da soberania do indivíduo. Prospera o liberalismo econômico, em consonância com esse princípio, porque as leis do mercado deveriam trazer igualdade, com o fim dos monopólios e corporações. Nesse sentido, as ameaças dos equilíbrios sociais promovem uma configuração do *social* como campo de intervenção e campo de saber, que

procuram mascarar as extremas desigualdades produzidas, ao mesmo tempo em que se busca conjurar o problema das multidões que afetou a Europa, no século XIX (CASTEL, 1987; DONZELOT, 1980; SILVA, 2005).

Emergem, pois, os antagonismos sociais dessa relação direito e liberalismo. Se o Estado garante o direito de livre acesso ao trabalho, mas não assegura trabalho para todos, fica evidente sua adesão ao princípio de base do liberalismo econômico, o qual pressupõe sua intervenção mínima no mercado. Noção de direito como instrumento de organização da sociedade. Posições incompatíveis com o liberalismo econômico o Estado ser empregador da nação, instaurando o comunismo, ou regulador das relações de produção, em um peso excessivo das regulamentações, para garantir direito ao trabalho. A colocação em prática de um direito ao trabalho ameaçaria o regime.

Quando se rompe essa noção de direito, o social emerge, a fim de preencher o hiato entre a ordem política fundada no reconhecimento do direito e uma ordem econômica que obedece às leis do mercado. O social torna-se um problema específico. A liberalização do mercado, nas regras dos modos de produção capitalista, provoca uma desregulação da organização do trabalho, o que precipita a formulação da questão social. A segunda configuração do social permanece sendo as práticas reguladoras dos disfuncionamentos sociais⁵⁷ e um pouco além, visto que os problemas diferem na sociedade industrial: o social é objetivado como um novo domínio de saber.

Eis uma segunda configuração do social, como campo de intervenção e campo de saber, quando este aparece como efeito da fratura entre a ordem jurídico-política da igualdade e a ordem econômica Foucault observa que se tem, por conseguinte, uma biopolítica que intensifica a miséria: não é a mesma pobreza que caracterizava o campo social-assistencial, mas uma outra pobreza, a qual acompanha o crescimento da

⁵⁷ Cabe sublinhar que “o social” é formulado como um problema que requer intervenção: quando *disfunções* específicas de certa sociedade não podem mais ser reguladas, de maneira informal, criam-se espaços institucionais e um corpo de profissionais especializados para se ocupar das *disfunções*. Desses espaços institucionais, uma primeira configuração do social gira em torno do campo da assistência de certos segmentos da população, cujas necessidades não eram garantidas por meio das relações informais das relações sociais, dos hospícios, asilos, orfanatos. Castel (1995) apresenta como, ao final do século XIII, há a “gestão racional da indigência”, por meio do modelo social assistencial, implicando um conjunto de práticas com função protetora e integradora para atender a essa população carente, através do critério da incapacidade para trabalhar daqueles que pertenciam à comunidade. Uma espécie de “serviço social local”, para o qual colaboram as instâncias que dividem a responsabilidade pelo “bom governo” da cidade”, com o eixo privilegiado da tutela comunitária: instâncias religiosas e leigas – senhores da nobreza, notáveis – se encarregando do problema.

produção industrial em função de uma nova organização do tecido social, que produz uma desterritorialização do capital e uma desterritorialização do trabalho, ancorada na ideia de “trabalhador livre”. “O social” consiste em sistemas de regulação não mercantil para tentar tapar essa fenda entre ordem econômica e política, por meio do sistema de regulações, a fim de manter a coesão indispensável para o desenvolvimento do modo de produção capitalista.

As condições de vida operária, diante do trabalho exaustivo, são condições de vida insalubres, trabalho de mulheres e crianças, condições precárias de higiene pública e privada, ameaçando a saúde da população. As mulheres ficam entregues ao processo industrial no século XIX, com salários menores, como uma situação ocasional, cessada quando os homens retomassem suas posições diante do trabalho. As carreiras das mulheres inscreviam-se num prolongamento de suas atividades domésticas:

Essa inflexão introduzida na carreira feminina restitui ao homem, senão a realidade, pelo menos a impressão de seu antigo poder patriarcal, assegurando-lhe a responsabilidade principal no abastecimento do lar; e situa a mulher numa posição de vigilância constante sobre o homem, já que estará interessada na regularidade da vida profissional e, portanto, social de seu marido, da qual dependerão suas próprias possibilidades de promoção. (DONZELOT, 1980, p 42).

O aumento das ondas de indigentes colocava em risco a definição liberal de Estado. A atividade filantrópica foi uma resposta à garantia do desenvolvimento de práticas de gestão da população, dissociando-se de qualquer atribuição diretamente política e participativa. A distância entre as funções do Estado liberal e as técnicas de bem-estar e de gestão da população caracterizou a emergência das atividades filantrópicas, as quais se organizaram em torno dos preceitos concernentes a comportamentos relativos à poupança financeira e aos preceitos higienistas, quanto à criação das crianças e trabalho, buscando a adaptação dos indivíduos ao regime, substituindo o antigo mecanismo de poder de soberania – conselho no lugar da caridade e norma no lugar da repressão.

3.4 – Normalizar famílias, mulheres e crianças

Uma manhã agitada. Entro no CAPSI e, já do portão de entrada, vejo que a sala de espera está lotada. Alguns meninos correm, brincando. Cumprimento a todos, em gesto que parece incomum, pelas expressões de surpresa de alguns, ao responderem ao cumprimento. Ao entrar na sala central, procuro um lugar para me sentar. O sofá parece mais confortável (para meu joelho dolorido de tantas horas sentada) e, como perto dele há duas mulheres conversando, um homem próximo e algumas crianças no entorno, supus que seria um bom lugar para aguardar, participando de alguma conversa.

Quando cumprimento novamente os que estão próximos ao lugar que escolhi para me sentar, uma jovem mulher, acomodada no sofá, interrompe a conversa e diz: “Você não me é estranha”, ao que respondo com um sorriso. Ela continua sua conversa. Uma conversa nada discreta, nada reservada, em que, de modo apreensivo e apressado, fala do quanto seu filho a cansa. “Quando ele dorme, eu descanso. Outro dia percebi que não sinto saudade dele, isso me deixou triste e preocupada.” É o primeiro atendimento dos dois, mãe e filho, no CAPSI; quando a outra mulher entra em seu atendimento, passo a ser a interlocutora. Silenciosa, escuto por quase trinta minutos o que parece ser um fardo para aquela mulher:

Há 9 anos não tenho sossego, sempre achei que seria uma fase... deixei meus empregos, porque precisava sair para cuidar dele ou me atrasar. [...] Não tenho quem me ajude, ninguém quer, a madrinha não aguentou. [...] Ele saiu de cinco escolas, as professoras não suportam ele, está adiantado na série dele, não para nunca, mas sempre tira notas boas. Ele mente, tenho medo que ele faça algo grave. Mente, manipula. [...] Qualquer coisa que eu faça, sempre estou errada no julgamento dos outros, ou porque dou limite demais ou porque sou dura demais. [...] Um psiquiatra particular mandou dar uma surra, eu não quis voltar com ele.

De repente, a conversa, a qual antes houvera sido interrompida para dirigir-se ao filho, chamando sua atenção por causa de algo que não deveria ser feito, é interrompida novamente pela agente de limpeza do CAPSI, que, um pouco irritada, chama a *jovem* mãe para ver o que o menino havia feito no banheiro. Jogou sabão no espelho. Entram umas três pessoas e a criança, no banheiro, quando de lá ouvimos sua mãe, irritada, constrangida, com raiva: “É bom que todos já vejam como você é e o que eu passo...”

Essa foi apenas uma de minhas esperas, para realizar uma entrevista, falar com a gerente ou em alguma circulação pelo espaço, no momento em que trabalhava nos documentos, acompanhada por conversas, observações, interrogações. Num trânsito intenso do que não guarda espera, mas interpela, irrompe, corre, suja os espelhos borrando qualquer desejo de imagem refletida. O sabão que serve para lavar, limpar, higienizar, quando desviado de seu destino, encarna um lugar outro, inadequado, em um ato sem sentido, “sem pé nem cabeça”, assim como as narrativas que parecem saltar das pastas, prontuários, arquivos, do meu gravador e minhas anotações. E encarnam corpos vivos, cansados, resistentes, entristecidos, constrangidos, risonhos, engraçados...

Após percorrermos os circuitos das crianças que chegam ao CAPSI, analisando as práticas de intervenção que a elas se dirigem, por meio das linhas de força que atravessam sua constituição, iniciamos esta seção, invocando uma cena cotidiana do serviço para encerrar o capítulo atinente aos processos de normalização de crianças, famílias e mulheres.

Ser mãe de uma criança com transtorno mental parece ser uma posição que, por excelência, se constitui de forma complementar ao que a criança (não) *é*. A criança (não) *é*, porque a mãe (*não*) *foi* ou (*não*) *está sendo*. O comportamento dos filhos é atribuído, pela força que carregam os regimes de verdade, no CAPSI, às suas mães, as *responsáveis* (ou que deveriam ser) por educar, dar limite, alimentar, sustentar, criar, investir, torná-lo saudável. A essas mulheres, a quem cabe “ter” e “criar” crianças em seu trabalho de nutrição e subsistência, aliado aos trabalhos educativos e aos trabalhos domésticos. E a elas destina-se certo saber-poder a respeito do que seja ou deva ser a maternidade.

Desdobrando a imagem da sala de espera, ao falar dos fardos, ao deixar que sua conversa transborde os limites de uma conversa particular, reservada, feita na hora do atendimento com os especialistas, a mulher que diz não aguentar mais seu filho e que não sentiu falta, quando estava longe, instala uma distância entre a noção de mãe que cuida, protege, ama, coloca seu filho em primeiro lugar, o que dá visibilidade a essa relação educação-cuidado-maternidade.

Até aqui, tentamos produzir estranhamentos diante das narrativas dos prontuários, problematizando seus lugares de quase-evidência, não as considerando objetos naturais e permanentes. Vimos, nas seções anteriores, que as práticas de

intervenção também se voltam às famílias das crianças, apontando que o governo das crianças, conforme analisado nos documentos, não se faz sem o governo das famílias e, especialmente, das mulheres. Estas precisam transformar suas condutas, para que possam agir sobre a ação de seus filhos. Os procedimentos disciplinares articulados às tecnologias biopolíticas recaem sobre as crianças e suas famílias, sendo as mulheres os alvos principais.

Trata-se de mulheres pobres. Essas mulheres vêm se tornando mais pobres que os homens, recebem menores salários, são em maior número desempregadas, são *chefes* de família, têm dificuldade para acessar o mercado de trabalho, em função dos cuidados com os filhos, porque estão encarregadas, não apenas de procriar, mas de cuidar e educar seus filhos. De acordo com Foucault (2008b), as estratégias biopolíticas operam o governo das mulheres, passando pela gestão de seus corpos e da sua sexualidade.

“Vadios”, “favelados”, “marginais”, “subempregados”, “população de baixa renda”, “população em situação de risco”, “vulneráveis”. Essa classe considerada “perigosa”, estigmatizada por grupos dominantes, passa a ser constituída com ênfase na economia, em um paradigma de produção, quando as Ciências Sociais brasileiras, nas décadas de 1960 e 1970, em função das transformações ocorridas no processo produtivo do país, introduziram o termo trabalhador, denominando aqueles que exercem atividades de natureza esporádica e intermitente (SARTI, 1996).

Contudo, parcelas desses trabalhadores, não apenas no Brasil, mas no mundo, sofrem restrições impostas no mundo do trabalho, em função dos efeitos de acelerados e desordenados processos de urbanização das cidades, desigualdade de renda, desigualdade de acesso a bens e serviços, expulsão ou falta de acesso ao mercado de trabalho. Na cultura da oferta, que serve às exigências da liberdade de escolha individual, oferecendo tudo o que se pode sonhar ou ainda sequer se imaginou desejar, em armazéns de produtos destinados ao consumo, a população excedente, incapaz de conseguir ou manter um emprego compensador ou de herdar o *status* social em seu local de origem, passa a constituir o refugio do progresso tecnológico-científico e, portanto, econômico (BAUMAN, 2010).

Com a ênfase ora na economia, ora na política, os pobres foram, então, definidos por uma negatividade a partir da lógica do capital. E se, mais recentemente, a definição foi deslocada da carência material para a ausência de direitos, na relação entre pobreza e cidadania, manteve-se, entretanto, a noção de falta como referência, ficando os pobres,

nesse paradigma, destituídos de meios materiais e de recursos simbólicos. Falta-lhes consciência, falta-lhes cultura, falta investimento nos filhos. Nesse exército de faltantes ou faltosos, às mulheres, acresce-se em sua conta a falta histórica em face da sociedade patriarcal.

As mulheres pobres estão no bojo dos destituídos. As estatísticas oficiais apontam o fenômeno da feminização da pobreza, indicando os estudos sobre gênero e mulheres, nas pautas dos movimentos sociais, instâncias governamentais e organismos internacionais, como alvo de intervenção. Esse fenômeno emerge nos países em desenvolvimento, nos quais as mulheres são apontadas como as que mais sofrem com as condições de vida decorrentes da precarização do mercado de trabalho, efeitos das políticas econômicas de caráter neoliberal. No Brasil, a intensificação dessas políticas produziu esse fenômeno no qual mulheres pobres, negras, jovens são tidas como um segmento “vulnerável” da população (FARAH, 2004; CARRASCO, 2005).

Nos anos 1970 e 1980, no período de redemocratização do país, os movimentos feministas denunciaram a invisibilidade dos trabalhos realizados por mulheres e que não eram considerados como atividades econômicas. As reivindicações dos movimentos feministas, nessa época, estavam atreladas à reforma do Estado, que, entre outras coisas, buscou enfatizar a democratização dos processos decisórios, com a participação da chamada “sociedade civil” na formulação e implementação das políticas públicas, assim como a inclusão de novos segmentos da população como seus beneficiários (FARAH, 2004).

Com efeito, o fenômeno da feminização da pobreza como uma realidade transacional que nasce no jogo das relações de poder e saber (FOUCAULT, 2008b) não é um dado histórico-natural que sempre existiu, mas uma realidade que promove práticas enquanto políticas formuladas como forma de “enfrentamento”, elegendo as mulheres, por um lado, como “instrumentos” do desenvolvimento e por outro, dando ênfase a seus direitos (CARRASCO, 2005). Práticas discursivas são construídas envolvendo instituições de ensino, governos, movimentos sociais, em um campo de luta no qual o dizer verdadeiro sobre gênero, mulheres, pobreza, está em disputa, e todo um campo de práticas não discursivas se abre, a partir das justificativas, orientações e recomendações para a formulação de políticas cujos fins morais e econômicos se tornam cada vez mais complexos, paradoxais.

Retomemos a posição das mulheres das famílias das camadas populares, na metade do século XIX, como suporte principal ante as estratégias de familiarização,

conforme salienta Jaques Donzelot (1980), ao tratar da família em suas transformações diante do novo sistema capitalista liberal de produção, desde o século XVIII, retratando as intervenções do Estado na construção da ordem social na França, por meio de medidas de moralização e normalização. Tais medidas, voltadas às classes pobres, pretendiam impedir o abandono de menores, as uniões livres, os comportamentos de vagabundagem, inaugurando novas posições para as mulheres, em face de seus encargos com filhos, casa e marido, em um movimento que o autor chama de retração da liberdade de filhos e maridos, fazendo refluir para a família os indivíduos desregrados. Para as crianças, um modelo de liberdade vigiada em espaços, como a escola e habitação familiar, que continham o excesso de liberdade, o abandono nas ruas.

A família moderna centrou-se sobre si mesma, no que o autor chama de *retraiamento tático*, o qual, nas famílias burguesas, implicou o controle dos serviços na educação dos filhos e na aliança médica reforçando o poder das mulheres, fornecendo-lhes a possibilidade de uma autonomia maior contra a autoridade patriarcal, no interior da família. Para as famílias burguesas, vinha o impedimento das influências da criadagem, noções de higiene e assistência. Essas medidas tiveram seus efeitos na construção das casas, com a divisão de cômodos e a redução de espaços de socialização. Tem-se a instauração do lugar do chefe de família, pagando impostos, decidindo os destinos dos filhos, com o advento da poupança. Em torno da criança da família burguesa, instala-se o cordão sanitário que delimita seu desenvolvimento, por meio do encorajamento e contribuições da psicopedagogia e controles por vigilâncias discretas.

Foi partindo da restauração do casamento que a vida dos operários muda, quando há uma série de práticas que facilitam despesas com papéis, cerimônias, assinaturas e a substituição do dote das mulheres pela compra de sua posição social: as mulheres pobres demais substituiriam esse capital por seu trabalho doméstico revalorizado. A mulher como suporte introduz na vida operária elementos de higiene na casa e com os filhos, assim como a regularização de comportamentos (a exemplo do repouso familiar em oposição ao da segunda-feira, tradicionalmente ocupado em bebedeiras): “[...] praticamente tira-se a mulher do convento para que ela tire o homem do cabaré.” (DONZELOT, 1980, p. 42).

Importante pensar a diferença entre posições táticas das mulheres, em face dessa reorganização das famílias. As mulheres burguesas tiveram suas tarefas educativas

revalorizadas, mantendo a continuidade entre suas atividades familiares e sociais. Seu campo profissional abre-se ante a propagação das novas normas assistenciais e educacionais: “[...] é ao mesmo tempo suporte de transmissão do patrimônio no interior da família e instrumento de irradiação cultural no exterior.” (DONZELOT, 1980, p. 47). Ao mesmo tempo, para a mulher do povo, seu trabalho antagoniza com o *status* materno, uma vez que ele representa uma necessidade, mas é sempre um impedimento à sua função de guardião do lar. Sua missão é velar pela retração do marido e dos filhos.

Assim, na Europa no século XVIII, o problema de governo pôde ser pensado e sistematizado fora do cenário da soberania, no século XVII, com a expansão demográfica, a abundância monetária e o aumento da produção agrícola. A ciência do governo emerge, associando a centralização da economia à outra coisa que não a família – o que permitiu à economia centralizar-se como um nível de realidade e à população, ter seus problemas específicos isolados. A família desaparece como modelo e surge como instrumento, quando o problema da população, por meio da estatística, demonstra que há regularidade e características próprias à população que não se reduzem às da família. É a partir do século XVIII que a família aparece nessa dimensão instrumental, em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade, as relativas ao casamento, as de vacinação etc. (FOUCAULT, 1978, p. 425).

A questão da família como instrumento reporta ao problema da população como objetivo final do governo. As campanhas referidas agem diretamente sobre a população, como sujeito de necessidades, mas também como objeto do governo, inaugurando táticas e técnicas novas, as quais gerem a população em sua massa e em profundidade, nos detalhes. A necessidade de desenvolver a disciplina vem ainda mais aguda, em consonância com a ideia de um novo governo da população. Mas, eis um alerta de Foucault (2008b): não devemos compreender as coisas em termos de substituição, uma sociedade de governo substituindo a disciplinar e esta à de soberania. Soberania-disciplina-gestão governamental constitui um triângulo, tem a população como alvo principal e os dispositivos de segurança como mecanismos.

As campanhas antimasturbatórias da metade do século XVIII, voltadas para crianças e adolescente burgueses, centram na família a tarefa de manter as crianças afastadas dos perigos, com a vigilância e a correção de condutas sexuais de seus filhos. A família como instrumento emerge com uma nova composição, centrada na relação

direta entre pais e filhos, na qual estes devem ser educados para que sejam úteis para o Estado, passando por seu sistema de ensino, já que há interesse econômico e político na sobrevivência das crianças. Para a família operária urbana, originada de uma população à espera ou em busca de trabalho, no século XIX, outro tipo de campanha se formulou: campanha sobre o casamento, que pudesse coibir a sexualidade extramatrimonial, ao consolidar a família operária, ao mesmo tempo em que buscava controlar a agitação política e a mobilidade urbana (FOUCAULT, 2001).

A política médica centrou-se na reorganização da família como instrumento de controle coletivo da higiene e tecnologias de saúde e da cura, com um corpo de profissionais médicos recomendados pelo Estado (FOUCAULT, 1979, p. 307). A família, como instrumento, desenvolve o papel de articular as necessidades de cuidados dos indivíduos com os objetivos gerais referentes ao corpo social, no que tange aos aspectos da saúde. O controle coletivo atrela-se a uma ética “privada” da boa condução da saúde. Nessa nova organização familiar, o poder dos pais exercido sobre os filhos se dá em estreita ligação com o saber-poder médico. Pais e mães devem ser capazes, não apenas de diagnosticar, mas sendo terapeutas, agentes de saúde. Assim, a família torna-se medicalizada:

Há um encadeamento do poder familiar ao poder médico sendo a família o agente transmissor do saber médico, os médicos receitam medicações, família administra. O princípio de determinação, de discriminação da sexualidade, e também o princípio de correção do anormal. (FOUCAULT, 2001 p. 319).

Dentre as suas funções, passa a ter que corrigir as anormalidades, através do princípio de normalização, surgindo, nas primeiras décadas do XIX, o normal e o anormal na ordem sexual. Em outras palavras, a família irá determinar, discriminar e corrigir o anormal, por isso serão os pais os agentes da normalização médica (FOUCAULT, 2001).

O contato direto entre pais e filhos dá poder aos pais sobre os filhos em um controle parental imposto aos pais e mães, ligado a um controle médico externo. Esse controle interno, essa vigilância para que os filhos não venham a adoecer, baseia-se num saber médico: “[...] é preciso que esse pai ou essa mãe estejam tão próximos do corpo das crianças. Esse pai e essa mãe que cobrem literalmente com seu corpo o corpo dos filhos, sejam ao mesmo tempo um pai e uma mãe capazes de diagnosticar, sejam um pai

e uma mãe terapeutas, sejam um pai e uma mãe agentes de saúde.” (FOUCAULT, 2001, p. 317).

Assim, tem-se um controle subordinado a uma intervenção médica higiênica. Essa nova família, encerrada em um espaço celular, afetivo, denso, é uma família medicalizada. Até meados do século XVIII, a família aristocrática e burguesa era um feixe de relações de ascendência, alianças, parentesco, colateralidade, divisão de bens, primogenitura. Quando se constitui um núcleo restrito, com relações diretas pais-filhos, a sexualidade da criança e seu corpo impelem os pais a outro tipo de relação. Mais do que a preocupação de ligar ascendências, a conjugalidade servirá de matriz para indivíduos adultos e a família terá como seu encargo principal a saúde (os cuidados diante da alimentação, vestuário, higiene, exercícios).

Em nome da doença, investe-se nessa família, através de uma racionalidade ligada a uma tecnologia, a um saber-poder médico externo. Médicos receitam, a família administra. A família será o agente transmissor do saber médico. Objetos de vigilância e de confissão, os segredos individuais (sexualidade, masturbação) devem ser contados aos especialistas. As condutas são dadas como objeto de controle, exame, coerção, julgamento e intervenção:

Em suma, a instância da família medicalizada funciona como princípio de normalização. É essa família, à qual foi dado todo poder imediato e sem intermediário sobre o corpo da criança, mas que é controlada de fora pelo saber e pela técnica médicos, que faz surgir, que vai poder fazer surgir afora, a partir das primeiras décadas do século XIX, o normal e o anormal na ordem sexual. A família é que vai ser o princípio de determinação, de discriminação da sexualidade e também o princípio de correção do anormal. (FOUCAULT, 2001, p. 322).

Donzelot (1980) ressalta a separação tática do registro dos preceitos sobre a higiene do registro da difusão de um saber, para que as análises médicas não sejam vulgarizadas, implicando uma perda de poder para o corpo médico. O médico de família instaura uma relação direta em uma aliança privilegiada com a mãe, com papéis distintos, ainda que complementares. O médico prescreve, a mãe executa. Tal aliança, no século XVIII, derrota a hegemonia da medicina popular das comadres, concedendo às mulheres burguesas um novo poder, na esfera doméstica: nutriz, protetora, mãe, com deveres que os homens não conhecem, diante da organização da casa e educação dos

filhos. Aos que não possuem acesso à difusão de livros e a um médico de família, os preceitos higiênicos e de conservação das crianças passam pelo estabelecimento de vigilâncias diretas que controlem as uniões livres, as *vagabundagens*, que impeçam o abandono das crianças em hospícios para *menores*.

Jurandir Freire Costa, em *A ordem médica e norma familiar* (2004), demonstra como, no Brasil, a vida dos indivíduos foi atrelada a destinos políticos impressos pela burguesia, por diversas táticas que incidiram sobre o corpo e a sexualidade de adultos e crianças, adotando a disciplina do corpo, moral e intelectual, o que resultou na fusão entre aquisição de saúde individual e manipulação político-econômica da vida dos indivíduos, no início do século XIX:

A medicina social, através de sua política higiênica, reduziu a família a este estado de dependência, recorrendo, o que é mais significativo a argumentos semelhantes aos atuais [...] A partir da terceira década do século passado, a família começou a ser mais incisivamente definida como incapaz de proteger a vida de crianças e adultos. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a higiene conseguiu impor à família uma educação moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. Esta educação, dirigida, sobretudo às crianças, deveria revolucionar os costumes familiares. Por seu intermédio, os indivíduos aprenderiam a cultivar o gosto pela saúde, exterminando, assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais. (COSTA, 2004, p. 12).

A higiene também tem lugar privilegiado na nosopolítica do século XVIII, fazendo parte de um regime de saúde, com o objetivo de fazer desaparecer surtos de epidemias, aumentar média de vida e diminuir morbidade, tornando o funcionamento da medicina como instância de controle social. Dessa maneira, não apenas família e infância estão medicalizadas, mas a cidade também, como um objeto a medicalizar.

A higiene se insinuou na vida das famílias, por meio dos projetos pedagógicos apoiados na política higienista, ao normalizar condutas, despolitizando o cotidiano, analisando e interpretando a perplexidade e a fragilidade dos indivíduos como provas de que eles não estão suficientemente convertidos ou submissos às normas de saúde. Assim, a nova organização familiar do século XIX estabelece, com o saber-poder médico, uma aliança em torno de um discurso que visa a interferir na ordem social, em defesa do bem público e proteção do indivíduo.

Higienistas propuseram a educação higiênica como inculcação de hábitos e domesticação, por intermédio de técnicas que preveniam as “más inclinações”, dispensando castigos físicos. Costumes alimentares, cuidados com sono, com o corpo, a regulação do sexo e do trabalho intelectual eram aspectos tratados pela pedagogia higiênica, a qual, ao direcionar-se às crianças, almejava também a constituição de adultos adequados à ordem médica, porque “[...] a sociedade brasileira idealizada pela higiene seria composta desses homens rijos que, desde crianças acompanhados de perto pelos médicos, um dia estariam prontos para oferecer docilmente suas vidas ao país.” (COSTA, 2004, p. 179).

Toda uma série de formulações, ao lado de trabalhos sobre educação física, moral e intelectual, em geral ou nos ambientes dos colégios, interessavam aos higienistas. Em especial, o espaço do internato e depois, das escolas, fez parte da estratégia de medicalização do espaço urbano, mas, como ressalta Costa (2004), seu valor tático foi dado com a chegada da Corte ao Brasil:

As famílias nativas, pressionadas pelos costumes europeus e por necessidades econômicas, passaram a desejar que os filhos tivessem um melhor nível de instrução. Este movimento foi impulsionado, a partir da segunda metade do século, quando foi construída a primeira via férrea e quando houve uma melhoria geral dos sistemas de transportes. As famílias rurais puderam, mais comodamente, enviar os filhos para os internatos da Corte ou das grandes capitais. A esse aumento da demanda correspondeu um sensível aumento do número de estabelecimentos escolares. Entretanto, a proliferação dos novos colégios surgiu em meio a mudanças políticas importantes que não deixaram de influir na orientação pedagógica daqueles estabelecimentos. (COSTA, 2004, p. 180).

O colégio assume seu lugar de importância para o movimento higiênico, em meio a uma lacuna dos estabelecimentos de ensino, à época, cujos interesses se voltavam aos direitos e interesses da família, sem atender a um compromisso com o país – portanto, um lugar para suprir deficiências políticas, com a formação de consciência nacionalista e de corpos sadios. Desse modo, “[...] o enquadramento disciplinar da criança teve seu horizonte nesta sociedade ordenada conforme as aspirações do médico.” (COSTA, 2004, p. 18).

No Brasil, do final do século XIX e durante todo o século XX, o movimento higienista articula setores sociais diversos, juntamente com médicos, pedagogos,

arquitetos, juristas, destinando novas posições para a família, sobretudo das classes subalternizadas. Em uma sociedade capitalista, novas posições para família e, principalmente, mulheres e crianças. Na Europa, as multidões e suas revoltas, durante o século XIX, constituíam-se diante dos discursos das elites dominantes sinônimo de perigo, criando-se assim a ideia do espaço privado como o espaço por excelência protegido da família, em contraposição ao espaço perigoso das ruas, ameaçadores – rua como espaço de perigo, sujeira, doenças, vícios e degenerações.

Como resultado da educação higiênica, Costa (2004) conclui que o imperativo da presença constante de intervenções disciplinares, por parte dos agentes de normalização, é uma solicitação da norma familiar produzida pela ordem médica, na qual o controle instaurado pela higiene representou um modo de regulação política da vida, o qual pode ser observado nos dias atuais, quando especialistas de toda ordem, incumbidos de “reabilitar”, “reeducar”, colocam em funcionamento uma série de estratégias de controle, assumindo as mulheres um lugar de centralidade.

CAPITULO 4 – CURRÍCULO MEDICALIZADOS-MEDICALIZANTES E INFANCIA

Este capítulo problematiza as verdades que permeiam as práticas exercidas no CAPSI, em estreita relação com as verdades forjadas nos percursos curriculares dos profissionais que as produzem e narram, nos prontuários analisados e entrevistas. Tais problematizações permitem pensar a relação dos cuidados operados no serviço, pelo acesso às verdades, ao mesmo tempo em que fornecem pistas e criam brechas para pensarmos quais outros modos de cuidado atravessam as práticas operadas pelas políticas públicas de saúde mental ou poderiam/podem atravessá-las.

4.1 – Das travessias dos cuidados.

Identificamos nos documentos produzidos por meio de entrevistas com profissionais do CAPSI questões importantes para pensar currículos como percurso, como trajeto que se constitui modos de saber-poder-subjetivação, relacionados a uma atitude do falar franco aliada às práticas do cuidado de si e dos outros, conforme Foucault trata em seus últimos cursos. Nesta seção, como base de sustentação para o desenvolvimento do capítulo faremos a discussão a respeito dos modos de enunciação da verdade e suas relações com a noção de cuidado, utilizando como pistas os estudos realizados por Foucault em *A coragem da verdade* (2011a) e *Hermenêutica do sujeito* (2006c), cursos que nos permitem problematizar os modos como somos constituídos na sociedade moderna, ocidental, tecnocrática, por meio das relações sujeito e verdade.

Foucault nos coloca a questão a respeito de como a noção do cuidado de si foi desconsiderada na filosofia ocidental formulando a hipótese de que o momento cartesiano requalificou filosoficamente tal noção, quando a história da verdade postula o conhecimento como forma de aceder ao verdadeiro. Historicamente *cuidar de si* confundiu-se com uma característica da “vida privada” e, portanto, uma “atitude individualista” e o *cuidar dos outros* um aspecto de renúncia de si no sentido cristão e na obrigação com outros no sentido moderno. Obscureceu-se assim o sentido de

cuidado de si enquanto relação consigo. Quando o conhecimento de si adquire importância na tradição historiográfica da filosofia, dá-se de modo concomitante ao cuidado de si que lhe abarca e dá sustentação, ainda que tenha passado por transformações e deslocamentos (MUCHAIL, 2011).

O momento cartesiano atua requalificando a noção de *conhece-te a ti mesmo*, *gnôthi seautón*, em procedimentos que instauram a evidência da existência própria do sujeito na origem, um acesso fundamental à verdade, ao mesmo tempo em que desqualifica o princípio do cuidado de si, *epiméleia heautoû*. Trata-se de uma forma de pensamento sobre o que torna possível ou não separar verdadeiro e falso (FOUCAULT, 2006c). No entanto, demarcar um momento não é pensar em um tempo fixo e a partir de um único pensador. Descartes é um referencial recorrente para Foucault, ainda que antes dele houvesse rupturas importantes, uma vez que não aconteceram mudanças súbitas e definitivas. Ao usar a expressão “momento cartesiano” ressalta-se que é utilizada para nomear a tônica que recai sobre o conhecimento. Em Descartes não é o sujeito que deve transformar-se, mas passa-se pelo conhecimento, como um acesso aberto pela sua própria estrutura de sujeito, bastando ser *quem ele é*. (MUCHAIL, 2011).

Esse momento cartesiano possibilita compreender o esmaecimento da noção de cuidado e conseqüentemente a sobrevalorização da noção de conhecimento – “ocupar-se consigo”, “conhecer-se a si mesmo” –, analisando a passagem do domínio do “cuidado” para “conhecimento” por meio das explicações acerca de certa desfiguração moral do significado do cuidado de si. Tal dissociação entre conhecimento de si e cuidado está na origem de duas vias do pensamento filosófico, uma em que o pensamento não se separa da prática de vida e o sujeito não tem verdade nem essência, e uma segunda via na qual o conhecimento “representativo” corresponde a um sujeito cuja substância é invariável, já constituída. Para ter acesso a verdade é preciso inscrever-se em consensos científicos. O que possibilita a entrada em outra era da história das relações entre subjetividade e verdade.

O conhecimento se abrirá simplesmente para a dimensão indefinida de um progresso cujo benefício só será convertido, no curso da história, em acúmulo instituído de conhecimentos ou em benefícios psicológicos ou sociais que, no fim das contas, é tudo o que se consegue da verdade, quando foi tão difícil buscá-la. Tal como doravante ela é, a verdade não será capaz de salvar o sujeito (Foucault, 2006c, p.24).

No curso *Hermenêutica do sujeito*, Foucault (2006c) centra no período da cultura de si helenística e romana, especialmente epicurismo e estoicismo dos primeiros séculos de nossa era – ainda que nas primeiras aulas aborde o período socrático-platônico, fazendo remissões ao longo do curso, e faça breves referências ao cristianismo no momento de passagem para o ascetismo cristão nos séculos IV e V –, para falar da constituição de sujeitos a partir das práticas. A inclusão desta noção, inaugurada na Grécia antiga e desenvolvida no período helenístico e romano, um momento decisivo que afeta toda a história do nosso modo de pensar. Cuidado de si é uma noção que acompanhou, enquadrou, fundou a necessidade de conhecer-se a si mesmo (MUCHAIL, 2011).

Vale ressaltar que se trata de duas noções de sujeitos opostas forjadas em modos diferentes de reflexividade e em épocas distintas. Da linhagem espiritual do pensamento helenístico e romano, no cuidado de si a verdade é alcançada por meio de práticas que transformam o sujeito (antigo) como os exercícios de conversão a si. Já o conhecimento de si emerge no momento cartesiano em seu pensamento representativo no qual o acesso à verdade é privilégio do sujeito (moderno) cognoscente, com uma identidade já dada, na qual se aloja sua própria verdade que precisará ser descoberta (MUCHAIL, 2011).

A proposta de estudar a filosofia grega é executada então como modo de caminhar em direção a outras práticas subjetivas que superem os procedimentos de conhecimento de si. São as condições que tornam possível o que viria a ser uma hermenêutica do sujeito que Foucault vai tratar ao tomar o sujeito como eixo central do curso, o sujeito que se constitui em práticas de si, não o sujeito cuja natureza já é dada, com identidade constituída.

Em “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”, entrevista de 1984, Foucault nos diz que havia estudado, a partir das práticas coercitivas, os problemas entre o sujeito e os jogos de verdade, quando no *Hermenêutica do sujeito* buscou considerar a questão através das práticas de si que nas civilizações gregas e romanas tiveram importância e autonomia maiores do que quando foram investidas por instituições psiquiátricas, religiosas, pedagógicas ou médicas.

Para Foucault, o “diagnosticador do presente”, o papel da filosofia não era descobrir verdades ocultas, mas tornar visível o que já está visível, interrogando as

relações de poder, tornando assim um intelectual que destrói evidências, universalidades, verdades proféticas. O papel do intelectual que Foucault inventa deriva da coragem de espreitar a emergências de forças, lá onde as sublevações acontecem, nas lutas locais (ARTIERE, 2003).

Nas últimas aulas do *Hermenêutica do Sujeito* Foucault faz aparecer a noção de *parresia*, caracterizada como a palavra verdadeira, proferida pelo mestre, objetivando provocar no discípulo o exercício do cuidado de si, diferenciando a *parresia* da lisonja e da retórica. Noção que o autor irá deter-se de modo mais acurado em *A coragem da verdade* (2011a), curso que situa a obra foucaultiana como o estudo dos modos de veridicção (mais que uma epistemologia da verdade), das formas de governamentalidade (mais que uma teoria do poder) e técnicas de subjetivação (mais que uma dedução do sujeito), em seus cruzamentos, procedendo assim ao desenvolvimento do conceito de verdade, diferente do regime moderno dos discursos e dos saberes. (GROS, 2011).

O curso apresenta-se como um estudo histórico sobre a noção de *parresia* na cultura grega, dos trágicos aos cínicos. O marco teórico geral da análise da noção de *parresia* inscreve-se no estudo que coloca para os discursos considerados verdadeiros, os modos de ser que implicam para o sujeito que deles faz uso. Ao trazer a noção de *parresia* o último curso de Foucault, pronunciado no Collège de France, nos mostra o princípio de diferenciação ética que se configura como ponto fundamental da filosofia política grega. A este problema o filósofo chega a partir das relações entre sujeito e verdade, não a do discurso em que se poderia dizer a verdade sobre o sujeito, mas a do discurso de verdade que o sujeito é capaz de dizer sobre si mesmo.

A noção de *parresia* não trata de uma técnica bem definida, ainda que haja técnica nela, não é uma profissão, e deve ser caracterizada como uma modalidade do dizer-a-verdade, dentre outros existentes na Antiguidade. E em suas transformações históricas, a noção de *parresia* sofre passagens de uma prática, direito e obrigação, um dever de veridicção definidos em relação à cidade, para outro modo de veridicção, outro tipo de *parresia*, definido em relação à constituição de indivíduos em sujeitos morais, a maneira de ser, fazer e se portar dos indivíduos. Por mais importante que essa noção seja na direção de consciência, da condução espiritual, do conselho da alma, sua origem está em outro lugar, é um conceito político. Origem esta que afastava Foucault de seu

estudo da história antiga das práticas do dizer-a-verdade sobre si mesmo, no entanto, o aproximava da análise das relações entre sujeito e verdade.

Na cultura antiga, a prática de dizer a verdade sobre si, apoia-se na presença do outro, como uma atividade conjunta, sendo esse outro o elemento qualificador necessário na noção de *parresia*. Quando empregada em seu valor positivo, diferente de um *tudo dizer*, a *parresia* desenvolve-se no contexto do jogo parresiástico (espécie pacto entre quem assume o risco de dizer e aquele que aceita ouvir) enunciando um discurso indexado a um princípio de verdade e assumindo-se o risco de ferir, irritar, a quem se dirige.

Outros modos de enunciação da verdade – dizer-a-verdade da profecia, da sabedoria e do técnico – aproximam-se e distanciam-se da *parresia*. O profeta ao dizer a verdade não fala em seu nome, mas em postura de meditação, serve como intermediário de uma voz que vem de outro lugar transmitindo uma palavra, geralmente de Deus, nunca dando uma prescrição direta, clara. No modo de dizer-a-verdade da sabedoria, o sábio que o enuncia, mantém-se como intermediário entre a sabedoria tradicional e atemporal, sendo estruturalmente silencioso, falando apenas se solicitado por alguém ou questões para a cidade, em suas respostas enigmáticas a respeito do mundo e das coisas, com um valor de prescrição de um princípio geral de conduta. E por fim, outro modo de dizer-a-verdade importante na Antiguidade, o técnico, no qual o instrutor que detém um saber é capaz de transmiti-lo, tendo certo dever da palavra, em um dizer-a-verdade estabelecendo uma filiação na ordem do saber.

Na cultura moderna esses diferentes modos de enunciação da verdade agrupam-se. Nos discursos políticos podemos encontrar o dizer-a-verdade profético, enunciando o futuro, ao mesmo tempo em que assume a função do discurso parresiástico, formulando críticas à sociedade. O discurso científico pode assumir o papel parresiástico ao proferir críticas aos saberes existentes e instituições atuais ou o tecnicista quando organizado em torno das instituições. Assim como o parresiasta, na cultura moderna, pode adquirir o lugar institucional do médico, do psicólogo, do psiquiatra ou do psicanalista. São algumas das hipóteses formuladas por Foucault.

No pensamento grego do século IV o lugar do dizer verdadeiro sofre deslocamento importante. Na relação com o chefe, Príncipe, o rei, o monarca, o dizer verdadeiro estava assentado na possibilidade de inculcar um *éthos* que os tornassem

capazes de ouvir a verdade e, sobretudo, conduzirem-se em conformidade com essa verdade. Dizer-a-verdade de uma maneira franca, brutal, grosseira, a quem tinha uma alma educada para ouvi-la, a partir de um *éthos*, formado pelo efeito do discurso verdadeiro lhe endereçado. Aqui o problema do *éthos* conduz-nos à diferenciação ética e trata-se da transformação da *parresia* em seu horizonte institucional da democracia para o horizonte da prática individual, na presença de condições do dizer-a-verdade (alétheia), organização das relações de poder (politéia) e formação do sujeito (*éthos*).

Para pensar a crise da *parresia* democrática, Foucault nos aponta que a liberdade da palavra franca era perigosa para a cidade, uma vez que todos podiam falar livremente, no entanto, a cidade precisava da verdade, mas esta não poderia ser proferida em um campo político de indiferença entre os falantes, mas em um espaço de divisão ética:

(...) O mau funcionamento da *parresia* democrática, ou de forma mais geral, da *parresia* política, é a incapacidade em que nos encontramos, quando lidamos com as instituições políticas, de desempenhar devidamente, de desempenhar plenamente, de desempenhar até as últimas consequências o papel parresiástico. E por quê? Simplesmente por causa do perigo que se corre (FOUCAULT, 2011a, p.67).

Pensemos então, na fundação da *parresia* no campo da ética em oposição à *parresia* política. A *parresia* aparece como uma prática que se dirige a um parceiro e um domínio em que adquire seus efeitos, a *psykhé* do indivíduo, objetivando a formação de certas maneiras de ser e de se comportar dos indivíduos, e por fim, organizada em torno do princípio de dizer a verdade, em um conjunto de operações que permitem que a veridicção induza na alma efeitos de transformação.

Por meio da análise da Apologia e de Fédon, sobretudo no momento em que Sócrates enfrenta a morte, mas não renuncia o dizer verdadeiro, Foucault, na aula de 15 de Fevereiro de 1984, tratará da *parresia* no campo da ética e como esta se exerce de maneira bem particular, diferindo em seu fundamento da *parresia* política. Pela emergência da *parresia* socrática, a existência no pensamento grego foi constituída como objeto de elaboração e de percepção estética.

A morte de Sócrates é destacada por Foucault como sua recusa ao campo político, não por medo de morrer, mas pela impossibilidade de ser útil a si mesmo e aos atenienses, caso fosse morto ao entrar nesse campo político. Uma relação de utilidade,

não pessoal, mas positiva e benéfica, impedia Sócrates de dizer a verdade na forma política, o que leva Foucault a afirmar: “Agora estamos no ciclo, no desenrolar dessa forma de *parresia* e de veridicção, o risco de vida e de morte, que era há pouco uma razão para não fazer política, está ao contrário, aqui no próprio cerne da sua empreitada (FOUCAULT, 2011, p.73)”. A missão de Sócrates, que ele exerce até o fim, cuidar de si e dos outros para incitá-los a cuidar de si mesmos, da sua verdade, razão e alma, é uma nova forma de *parresia*, cujo objetivo é fazer com que as pessoas cuidem de si mesmas.

É na análise do diálogo *Laques*, de Platão, que Foucault vai tratar da veridicção socrática cujas características, princípios e regras ai aparecem. Neste diálogo a noção de *parresia* aparece explícita, sendo esse o texto no qual o termo é mais empregado. Segundo motivo pelo qual *Laques* torna-se interessante é que nele Sócrates, dirigindo-se aos políticos, é proposto um jogo que não tem a forma de jogo político, mas um outro tipo de discurso e de veridicção. E a última razão que torna o texto interessante é que ele é atravessado pelo tema da coragem, sobretudo, para confessar coisas incômodas.

Nestes diálogos Foucault vai destacar o entrelaçamento do tema da coragem com o tema da verdade e da ética: “que relação ética há entre a coragem e a verdade? Ou ainda em que medida a ética da verdade implica a coragem?” (FOUCAULT, 2011a, p.109). O tema da ética da verdade é central nos diálogos analisados no curso *Coragem da verdade*, no entanto, Foucault destaca que na reflexão Ocidental, do pitagorismo até a filosofia ocidental moderna, temos a verdade relacionada à purificação do sujeito, na necessidade de rompimento com o mundo sensível do interesse e dos prazeres. A ética da verdade trata das condições morais que permitem ter acesso à verdade e como a enunciar, o que na coragem da verdade se dá sob as formas de combate, curiosidade, resolução, resistências, diferente da purificação pela verdade.

Nos diálogos em *Laques* há pontos para pensar esses aspectos da verdade, na relação entre franqueza e cuidado, uma vez que o jogo da *parresia* orienta-se para o problema do *éthos*. O que se deve cuidar é a vida, a maneira de viver. Desse modo a *parresia* ética, que se acha fundada em e pela prática socrática, difere-se da *parresia* política em seus objetivos, formas, domínios de aplicação e seus procedimentos. Com Sócrates a exigência do dizer-a-verdade amarra-se ao cuidado de si.

É desse modo que buscaremos utilizar as formulações foucaultianas a respeito da noção de cuidado e do *dizer verdadeiro* para pensarmos as relações das práticas

analisadas e suas relações com os currículos, interessando-nos pensar sobre efeitos de dominação nas instituições de saúde, como as noções de cuidado são postas em funcionamento e o que produzem. Interessa-nos interrogar, diante dos jogos saber-poder-verdade, como se constituem estratégias de gestão dos corpos e da população cujos efeitos de dominação estão ligados a estruturas de verdade (FOUCAULT, 2006c).

Pensando a respeito da constituição de práticas de cuidado diante de um mundo que nos impede de pensar sem que haja relação com modelos, nos lançamos no exercício da coragem da verdade dos que formulam críticas a respeito das ordens morais e do saber que circulam nas instituições de saúde mental atravessando as políticas públicas oficiais brasileiras. A noção de *parresia*, como uma modalidade do dizer-a-verdade, nos fornece pistas para pensar e agir, em uma perspectiva ética, estética e política relacionando-se aos modos de cuidado.

Tais interrogações servem para problematizar as verdades que permeiam as práticas exercidas no CAPSI em estreita relação com as verdades forjadas nos percursos curriculares dos profissionais que as produzem e narram nos prontuários e entrevistas. Diante dos modos de intervir efetivados por uma política pública sustentada em um complexo tutelar, faz-se necessário pensar quais outros modos de cuidado atravessam as práticas ou poderiam/podem atravessá-las. Apostamos na importante problematizar como esses jogos situam-se em relação às relações de poder em certas práticas e instituições coercitivas e como é possível “impor regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o ethos, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com o mínimo possível de dominação”. (FOUCAULT, 2006b, p.284).

4.2 – Portos de passagens, pontos que trans-portam.

A cada vez que um estabelecimento de ensino superior rever ou elabora seu currículo, seja por exigência das instancias oficiais educacionais ou de professores e alunos, transparece questionamentos, em tom de insatisfação, diante de questões curriculares. Luís Cláudio Figueiredo (2004), ao tratar da formação dos psicólogos,

refere-se às essas questões como as que dizem respeito à natureza da área e ao estado da arte, ficando o ensino universitário orientado pela expectativa de uma formação única e uniforme em oposição à realidade do campo. Não existe um *currículo ideal*, nos diz o autor,

O que há são resultados provisórios do conflito entre perspectivas mais ou menos dispares. Concretamente, os currículos são soluções de compromissos que acabam refletindo o resultado de um *jogo político* que envolve as direções das faculdades, os membros do corpo docente e, às vezes, partes do corpo discente. Como em todo jogo político, não há, neste aqui, nenhuma pureza: interesses de toda ordem se misturam, deixando as convicções acadêmicas embrulhadas numa densa teia de pressões. (p.149).

Sustentando sua argumentação por meio da ideia de formação como proposição de uma forma e não uma modelagem, e a ideia de treinamento como trazer para si, mantendo certa distancia, o autor propõe uma definição de currículo que se aproxima à operada neste trabalho como um campo de escolhas cheias de falhas, lacunas, que não pretende um acompanhamento ao longo de toda preparação. Um percurso que não termina nunca, mas que se situa nos campos da epistemologia e da ética, não sendo jamais apenas centrado nas habilidades técnicas. Sem negar as graves questões postas em algumas proposições curriculares, o autor situa os debates em torno da formação como uma insatisfação fecunda.

Retomamos, portanto, a posição que renuncia identificar nos currículos esconderijos, que não pretende dizer tudo, mas elabora saberes, em um campo de criações e experimentações (CORAZZA, 2001). Um currículo como linguagem, no qual essa pesquisa também não conseguirá abranger, senão como lacuna, espaço-tempo em suas cavidades, vazios, brechas nas quais escapam, movimentam-se, produzem-se, atravessam, transportam-se, fluxos forças, práticas discursivas de saber-poder-subjetivação. Os currículos aqui mencionados se constituem como portos de passagens e pontos que trans-portam, como meio, zona de deslocamento e também paradas, de regimes discursivos, modos de enunciação, acerca da infância, normal-patológico, saúde-doença, famílias, sociedade. Como lugares partidas, chegadas ou de passagens, lugares de ancoramento das embarcações para que não se fique à deriva e impeçam a continuidade ou novas viagens/deslocamentos.

Em pesquisa bibliográfica a respeito dos estudos sobre currículo em cursos da área da saúde no Brasil, no período de 2005 a 2011, Brad et al (2012) tem como ponto de partida a constatação de que na primeira década dos anos 2000 o contexto de mudanças fomentado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação. Por meio da eleição das categorias de análise tais como “currículos inovadores”, “estruturas curriculares”, “trajetórias de cursos de formação em saúde”, “olhar de docentes ou discentes sobre o currículo de formação em saúde”, os autores concluem que predominam nestes estudos o debate sobre processos de mudanças relacionados ao currículo “integrado” ou “interdisciplinar”, e há lacuna de estudos acerca da formação docente quando relacionado os campos das “inovações curriculares” vigentes.

Ainda que os autores ressaltem as limitações da pesquisa, em função do fato de utilizarem-se apenas duas bases de dados (SciELO e Bireme), apontando assim para a necessidade de realização de outros estudos, tomamos algumas pistas a respeito da discussão em torno dos currículos dos cursos de saúde no Brasil, principalmente o que estes mencionam como "necessidade aplicativa", sendo esta, conforme apontam os autores, a busca de uma formação que atenda às “necessidades da sociedade”.

O artigo também refere que as produções analisadas apontam a persistência nos cursos de saúde de um modelo de saúde essencialmente biomédico, caracterizado pela fragmentação dos conhecimentos em uma lógica dicotômica teoria-prática, pela ênfase no acúmulo/transferência de conhecimento e distância/descompromisso entre a academia e os serviços. Desse modo que “reformas” e “inovações” no campo dos currículos dos cursos de saúde, buscam dar conta da formação de profissionais que *atendam às demandas* da área da saúde e desconstruam, portanto, a pouca ou nenhuma conexão com o “mundo real” e a “experiência vivida”.

Ao mencionarmos as lacunas situadas no estudo citado, lembramos que os currículos são frequentemente invocados, quando se trata das análises das práticas no campo da saúde pública. Aliar discussão das práticas profissionais, em qualquer campo que seja, às lacunas e deficiência diante de uma trajetória educacional formal, parece uma quase-evidência não apenas na produção acadêmica-científica como também nos discursos que circulam entre estudantes, profissionais, gestores e sociedade em geral. Quando se operam análises a respeito das políticas públicas brasileiras de saúde mental

as críticas endereçadas ao currículo e formação dos profissionais, são recorrentes e consideradas um entrave na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Os currículos oficiais, como os profissionais entrevistados na pesquisa os invocam, foram propostos e colocados em funcionamento por universidades públicas e privadas entre os anos de 1990 e 2013 situadas em Belém do Pará, dos cursos de psicologia, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, enfermagem e educação física. Com exceção de duas profissionais os demais são concursados da prefeitura municipal de Belém tendo ingressado entre os anos de 1998⁵⁸ e 2012 (no período de quase duas décadas foram realizados três concursos). A respeito da relação entre as práticas profissionais e os percursos curriculares de formação universitária, as questões que emergem referem-se às disciplinas cursadas, às práticas referentes aos estágios, atividades de extensão e pesquisa, e práticas de participação social.

As disciplinas cursadas, em suas ressonâncias nas práticas que exercem no CAPSI, foram antropologia, filosofia, sociologia, psicologia social, introdução à psicologia, psicologia do desenvolvimento, psicopatologia, psicologia escolar e da educação, psicomotricidade, psicanálise, farmacologia, desenvolvimento humano, saúde mental. Discussões a respeito da saúde pública, reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) não foram efetivadas nos percursos formativos de 9 entrevistados. A entrevistada que menciona discussões nessas temáticas cursou a universidade nos anos 2000.

As discussões promovidas pelas disciplinas introdutórias de filosofia, antropologia, sociologia, psicologia social são mencionadas como as discussões que permitem pensar o contexto social que as crianças e suas famílias vivem, assim como questionamentos gerais relativos ao funcionamento da sociedade e processos de adoecimento. Esse conjunto de disciplinas foi apontado pelos entrevistados como importante contribuição para a construção de uma posição crítica nas práticas de trabalho, conforme fragmento abaixo:

Como pensar essa criança sem áreas de lazer, com uma vida social muito restrita? As crianças nunca foram ao cinema. Muitos não vão à uma praça. Aqui proponho pensar o uso dos benefícios sociais que recebem, tem que ser mais que comida e sobrevivência material. Aí vamos pensando em articulações dentro do mundo deles. Muitos vão

da escola pro CAPSI. Sem outras opções pra eles e também pras as mães [...]. As disciplinas Psicologia e Violência e Psicologia Social, foram excelentes. Fizeram pensar muito. A Universidade contribuiu para que eu pudesse problematizar, questionar. O curso em si nos prepara para isso.

Falamos em promover autonomia, garantir direitos, voltar à vida social, estabilizar quadro, mas quando sai do CAPSI vai para onde? Situação de emprego para todos não existe. Sabemos do adoecimento gerado nesse contexto. Chegam aqui famílias que traçam esse perfil e nós percebemos que o adoecimento é dessa família e veem para o CAPSI como se a criança fosse a adoecida.

As entrevistadas que cursaram psicologia fazem menção às discussões sobre família e infância (com ênfase nas “fases do desenvolvimento”); de serviço social os estudos voltados às famílias; de farmácia, a disciplina de farmacologia; enfermagem refere-se à disciplina de saúde mental e família; terapeuta ocupacional, psicomotricidade. Com exceção da psicóloga formada depois dos anos de 2010, não há referencia sobre estudos a respeito da saúde pública e saúde coletiva.

De modo presente e frequente, nas narrativas das entrevistas, emerge uma espécie de hiato as práticas efetivadas no CAPSI e os processos formativos acadêmicos, quando destacamos um conjunto de enunciados que apontam para um “esquecimento” diante do que foi percorrido ou do que é apontado como inexistente. Aqui podemos situar os silêncios, esquecimentos, confusões, diante do que emerge nas entrevistas, como por exemplo, as datas/anos de formação, os lapsos diante dos nomes dos professores e disciplinas, a falta de relação do que se faz com o que “se estudou para fazer”, das falas que emergem indicando que “o que vemos na universidade pouco se relaciona com o que trabalhamos aqui”, “não vi nada disso na universidade”.

Tomando aqui uma noção de memória como um acontecimento e não como uma retomada de algo guardado que abriga “o brilho da verdade que iluminasse novamente aqueles que pronunciassem a sentença” (FOUCAULT, 2006c), pensamos também no que “escapa” a respeito dos currículos constituídos nas universidades, segundo as entrevistas. Corazza (2001) afirma que os currículos constituem campos discursivos diante de domínios específicos de objetivação, no qual são protocolados e sancionados modos específicos de conteúdos e relações, enquanto outros são “esquecidos”, excluídos ou nem formulados, apontando também a precariedade dos seres que somos, polimorfos e multifacéticos, sem coerência ou profundidade. Currículos não mais

“básicos”, “fundamentais”, verdadeiros ou autênticos, que experimentam relações fracionadas, construídas ao redor de pedaços de falas de cada um “que pode (pode?) ser qualquer coisa, mas que, mesmo assim, continua em frente, querendo saber das condições históricas e políticas, que produzem as verdades linguageiras de um currículo”

O tempo desse transcurso formação universitária - prática no CAPSI inscreve nos enunciados proferidos pelos entrevistados uma distância cronológica (uma vez que 9 dos entrevistados estão formados há mais de 10 anos), mas sobretudo, do que se colocava diante das necessidades requeridas em seus tempos de formação e as constituintes na atualidade. Esses sujeitos, aqueles currículos. Esses currículos, aqueles sujeitos. Ainda com Corazza (2001), seres falantes, efeitos e derivados da linguagem:

Se um currículo fala, um currículo quer. Lá, onde um currículo quer, ele não sabe o que quer. A linguagem de um currículo é tudo de que ele dispõe para imputar alguma vontade aos outros. Mas, quando diz o que quer, um currículo confunde-o com as expectativas desses outros. Desse modo, sempre outro, o que quer um currículo é apenas efeito de suas falas, e eles, os seus outros, também não sabem o que dizem. [...] invariavelmente, quando perguntado, um currículo costuma responder que quer ‘um sujeito’, que lhe permita reconhecer-se nele. Por isto, qualquer currículo, seja ele qual for, tem “vontade de sujeito” – pode ser dito para lembrar Nietzsche. (p 11-15).

As formações acadêmicas que os entrevistados realizaram deram-se nos anos 1990 no contexto de reforma universitária, discussão da LDB e dos especialismos, com início da abertura do capital privado na educação. Segundo análises de Marilena Chauí (1999) sobre as bases das diretrizes curriculares gerais para os cursos de ensino superior, estas emergem no contexto da reforma de Estado, na qual as atividades estatais foram racionalizadas e modernizadas, o que levou os direitos sociais, como saúde e educação, a serem colocados como serviços definidos pelo mercado.

Desde 1996 foram instituídas Comissões de Especialistas, pelo Ministério da Educação e pelo Conselho Nacional de Educação, visando à elaboração de nova concepção para os cursos superiores, tendo por base a Lei de Diretrizes e Bases de Educação (LDB/96). Um documento preliminar, escrito e apresentado em 1996, funcionou como ponto de partida para a sequência dos debates, cujas propostas incorporaram um currículo não mais pensado como centrado em disciplinas cujos conteúdos seriam assimilados para posterior aplicação, mas deu lugar a preocupação no desenvolvimento de competências e habilidades durante a formação, exigindo uma

presença maior da prática fornecendo elementos para reflexão teórica. (ALBUQUERQUE, 2009).

Nessa mesma década o quantitativo de professores, na Universidade Federal do Pará, com mestrado e doutorado, assim como programas de pós-graduação, era baixo, com um grande quantitativo de professores substitutos. Os investimentos em pesquisas e extensão também estavam concentrados em poucas áreas. Assim, como apontado nas entrevistas, os percursos acadêmicos com ausência ou pouca discussão acerca dos processos de exclusão e desigualdades sociais, o campo da psicologia marcado por discussões com viés desenvolvimentista e voltado para a pesquisa experimental e clínica em consultórios particulares, o campo da assistência social voltado para situações de violação de direitos em instituições de caráter filantrópico, a educação física na perspectiva da formação de atletas e terapia ocupacional nas clínicas de reabilitação e farmácia, para as farmácias comerciais/laboratórios.

O enfoque voltado aos determinantes biológicos e na doença, a centralidade dos hospitais, a fragmentação de conteúdos, o lugar de centralidade no processo de ensino aprendizagem conferido aos professores especialistas, a construção do conhecimento por meio da organização dos saberes na lógica disciplinar, marcam a formação e produzem efeitos na constituição dos modos de produzir intervenções no campo da saúde. A formação superior dos profissionais de saúde configura-se por meio de um modelo de acúmulo de informações isoladas do mundo e da vida quando os ciclos básicos e profissionais encontram-se separados e de modo hierarquizado. Aspectos biológicos e intervenções no corpo, mediados por procedimentos recebem maior atenção quando reflexões no campo da ética e da política são deixados em segundo plano, tendo como efeito as práticas especializadas e maior atenção aos problemas vistos de modo individualizado, de modo reducionista. (ALBUQUERQUE, 2009).

O livro de Boaventura de Sousa Santos (2002), *Um Discurso sobre as Ciências*, caracteriza a história das ciências modernas; a identificação dos sinais da crise desse paradigma; realiza um exercício especulativo sobre as possíveis consequências de tal crise e as características dos saberes emergentes. A “crise” posta como orientação temática da obra de Boaventura, refere-se à possibilidade de abertura para intervenções transformadoras, como nos mostra o autor:

Como toda a argumentação de *Um Discurso* deixa claro, o que está aqui em causa não é a desqualificação da ciência perante outros modos de envolvimento com o mundo, mas a necessidade de definir a relevância dos vários modos de conhecimento (e das formas da sua articulação) em função do contexto, da situação e dos objetivos daqueles que os mobilizam, e recusando à ciência a prerrogativa de legislar sobre outras formas de conhecimento ou de experiência em que os problemas e as interrogações não são redutíveis aos que o conhecimento científico considera relevante (Santos, 2002, p. 61).

Neste aspecto as formas principais de conhecimentos definidas por Boaventura são centrais para o entendimento de sua discussão: o conhecimento-regulação - que pensa a diversidade dos modos de conhecer como irracionalidade, sintomas do caos; e o conhecimento-emancipação - quando afirma ser a atitude científica legislativa das outras formas de conhecimento um colonialismo. Assim, *Um Discurso* explora questões referentes às transformações das condições de produção do conhecimento científico, mas, sobretudo, a própria concepção de conhecimento.

Nunes (2002) formula então considerações concernentes ao esboço oferecido em *Um Discurso* acerca das configurações de conhecimentos e das características emergentes das ciências, e nos pergunta: “Haverá ou não sinais, sintomas ou exemplos que deem forma, ainda que de maneira parcial e circunscrita no espaço, às características que, segundo Boaventura de Sousa Santos, permitem ler no presente alternativas às ciências modernas?” (pg. 66). Pergunta esta, respondida a partir dos exemplos demonstrativos da proliferação de discursos críticos e da promoção de modos alternativos de produção de conhecimento, que abrem espaços para a criação de oportunidades que transformem no sentido do “conhecimento prudente para uma vida decente”.

Tal proliferação de discursos leva a importante afirmação de que “todo conhecimento científico-natural é científico-social”, quando a oposição “real-construído” deixa de fazer sentido, uma vez que:

Os estudos de ciência, tecnologia e sociedade têm mostrado que mesmo as ciências modernas são o resultado emergente e situado da intersecção e articulação dinâmica de atores humanos, entidades vivas não humanas, materiais de vários tipos, instrumentos, competências diversas, recursos institucionais e financeiros. Por construção entende-se o processo através do qual elementos ou entidades heterogêneos (atores humanos, outros seres vivos, instrumentos, materiais, recursos

institucionais, competências, tecnologias) são articulados de modo a dar origem a algo que não existia antes, e que não se limita a uma simples soma dos elementos previamente existentes (Santos, 2002, p. 67).

A atenção é então voltada aos novos terrenos cujos objetos são ao mesmo tempo “sociais” e “naturais”, levando a novas articulações entre saberes que partem de uma relação entre conhecimento e auto-conhecimento, em uma perspectiva local e total, onde os critérios de avaliação não passam por padrões universais, absolutos e idealizados, mas critérios situados que buscam incessantemente interrogar a relação entre produção de conhecimentos e seus efeitos.

Ao pensarmos sobre os efeitos da produção de conhecimento, muito de suas condições e implicações veem à baila, assim como seus usos sociais. Este é um ponto importante debatido no livro, na medida em que as formas eficazes da produção de conhecimentos estão colocadas em jogo, sem, no entanto, desqualificar experiências e formas de conhecimentos em sua diversidade, consideradas e rotuladas como “não científicas”. Assim, os currículos por disciplinas ordenam as ações dos corpos: onde se deve estar, fazendo o quê, em que momento, com quem (Veiga Neto, 2002). O que podemos ver apontado no fragmento de entrevista abaixo:

Porque aqui ocorre assembleia, por exemplo, dia da luta antimanicomial fizemos um trabalho, tentamos levar para assembleia, assim como atividades extra-muro. Muita gente fala ‘como vocês vão sair, eles vão sem os pais?’. É fundamental que saíamos para conhecer a cidade, ir a outros lugares. Outras terapêuticas que a principio vemos como distante da psicologia são atividades importantes, coisas que eles propõem e acabam sendo atividades terapêuticas.

O conjunto de enunciados proferidos pela entrevistada, que cursou sua graduação nos anos 2000 (concluindo no ano de 2013), aponta deslocamentos quando indica que algumas disciplinas promoveram inflexões em sua formação ao inserir uma perspectiva crítica, além de temáticas como saúde pública e coletiva, direitos humanos e justiça, incluindo também efeitos importantes às atividades de pesquisa e extensão. Sua participação em outros espaços de formação possibilitou a construção de outros modos de compreender seu curso (Psicologia). Espaços como: grupo de estudos e pesquisas,

participação de projeto de pesquisa realizado na Estratégia de Saúde da Família, monitoria em disciplinas com discussões voltadas para o campo dos direitos humanos, intercâmbio em outra universidade (Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, onde estudou criminologia, psicologia social, violência familiar), estágios de educação inclusiva e DATA:

O mundo se abriu. Conheci uma psicologia que não enxergava na graduação. Entrei no grupo de estudos onde organizava eventos, desenvolvia pesquisas, fui bolsista de iniciação científica. Comecei monitorias. O estágio em clínica foi com um professor novo que trabalhava com plantão psicológico e era interessante a articulação com a rede de serviço, com outras políticas. Também participei de um projeto de extensão e tínhamos muito contato com os agentes comunitários no Riacho Doce. Também fiz estágio em psicologia comunitária. Então muito do meu percurso foi voltado para direitos humanos permitindo entender o entrelaçamento com infância e juventude, o tema de minha pesquisa de mestrado. (...) Meu currículo é composto por outros percursos de grupo de estudos, grupos por fora, saúde pública, coletiva, de participação em outros movimentos. Isso se reflete quando a gente não individualiza demandas...

Há no conjunto desses enunciados a relação desse percurso formativo com efeitos na constituição de práticas, apontados pela entrevistada, como a não individualização as demandas, formulação de crítica a teoria da carência cultural, a produção do anormal e críticas as práticas do CAPSI da constituição da “criança problema”. Também é apontado um percurso que aponta o entendimento do funcionamento do serviço, na importância e ênfase nos trabalhos de grupo, nas assembleias, na circulação dos usuários na cidade, permite dizer, sobretudo, que o cuidado ofertado a essas crianças precisa ser produzido de outros modos e acionando outras redes.

Essas discussões ajudaram a pensar na criança e suas relações. Não olhamos o problema só isolado. Não recorro a psicopatologia. Incomoda perguntar as síndromes, às vezes perguntam qual o CID e não gosto de ficar falando porque é uma pessoa, psicopatologia não é meu forte. Não é só uma posição minha, tem outros profissionais que tem essa posição.

A essa formação cujo relato refere-se a um curso percorrido depois dos anos 2010, da entrevistada que entrou no último concurso, contrapomos ao percurso de uma

entrevistada com 14 anos de serviço no CAPSI, cuja entrada na universidade se deu no ano de 1989 e saída em 1993:

Há 30 anos que fiz universidade. Não tínhamos essa discussão da saúde mental. Não tínhamos nem meia passagem e só se falava em privatização. Nós vínhamos em 87 da discussão da constituição, marcou muito minha formação essa discussão, as lutas, a militância. Então a universidade dá um suporte teórico e depois se abre um mundo que não imaginávamos. Nós do serviço social estávamos distantes da saúde e muito na assistência na década de 80.

Em relação às práticas referentes aos estágios, atividades de extensão e pesquisa, as entrevistadas mencionam que realizaram estágios curriculares e extra-curriculares nas áreas da saúde (hospitais), educação, assistência social, serviços de iniciativa privada (clínicas e farmácia comercial). Os estágios curriculares e extra-curriculares foram realizados pelos entrevistados nos hospitais universitários (Barros Barreto e Bettina de Souza Ferro), na Santa Casa de Misericórdia. Os no campo da educação na unidade de educação especial. E os de assistenciais: EMAÚS e FUNPAPA. Com frequência as entrevistadas relatam que muitos dos espaços dos estágios eram as outras instituições nas quais seus professores possuíam algum outro vínculo.

No campo da saúde mental no Pará, é na passagem do final da década de 1990 para os anos 2000 que vemos a implantação dos serviços substitutivos na cidade de Belém, acompanhando um movimento nacional de expansão dos serviços⁵⁹. Anterior a esse período, o atendimento à população com transtorno mental era realizado nos chamados pólos de saúde mental das unidades básicas de saúde e no Hospital de Clínicas (ambulatório de saúde mental, um setor de internação breve e um hospital dia desativado por volta dos anos de 2008). Também é entre os anos de 1998 e 2002 que são realizados os concursos da prefeitura municipal de Belém pelos quais as equipes do

⁵⁹Ainda que o primeiro CAPS tenha sido inaugurado em 1986 em São Paulo (Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva), tendo sua criação feito parte dos movimentos sociais inicialmente trabalhadores de saúde mental, os serviços NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial)/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”, sendo regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

CAPSI ingressam. Neste período nas universidades nos investimentos referentes às pós-graduações e pesquisas. As novas Diretrizes Curriculares enfatizam experiências de produção de conhecimento por meio da associação entre ensino, pesquisa e extensão.

O currículo passa a ser pensado como sendo o conjunto das experiências que promovem a formação e vão além da pura apreensão de conteúdos prontos. Contudo, existe uma tendência de tudo isso ser capturado numa formação de cunho tecnicista de um profissional “flexível” em consonância com as modulações do mercado, reduzindo as possibilidades de inflexões diferentes e as apropriações por parte de um projeto de formação crítico, assentado numa perspectiva política clara.

Ainda que houvesse deslocamentos diante do investimento em formação dos docentes, o aumento do número de pós-graduações e de investimentos no campo da extensão, consideramos pertinente quando Dias (2011) assevera a predominância do *informatarismo* que aprisiona o pensamento, afastando o processo de problematização, quando tomam lugar as subjetividades padronizadas que “possuem habilidades” e “competências” e a lógica da intervenção para a resolução de problemas pontuais.

Pela essencialização da informação no mundo de hoje, é possível estabelecer um discurso universalizante e único da informação, impulsionando a produção econômica e social geral, criando o que chamo de *informatarismo*, que se utiliza de sistemas técnicos, comunicacionais e informacionais para reduzir o conhecer à informação. Assim, o *informatarismo*, porque se vive uma nova fase de totalitarismo da informação. O sistema político utiliza sistemas informacionais contemporâneos para produzir a atual sociedade da informação, que conduz todos a formas de relações de consumo comunicacionais inexoráveis, não aceitam discussão, que exigem obediência imediata. (p.95).

Trata-se da sociedade da capacitação, cuja lógica do empreendedorismo impera, reverberando a lógica de mercado. Buscar ser empresário de si, investir em sua própria formação desenvolvendo habilidades de gestão das turbulências cotidianas que todos nos vivemos no trabalho e na vida. Aqui nos cabe interrogar acerca dos processos de formação efetivados na relação de aceleração do tempo e diminuição de espaços nos quais a hipersaturação das informações disputam atenção. O que se forja nesta lógica do consumo que necessita de objetos e também de relações que sejam descartadas para que novas e mais categorias de transtornos mentais sejam adquiridas. Como a lógica privatista da resolução de problemas se presentifica no cotidiano com efeitos estigmatizantes dos estudantes.

Pensando no campo mais amplo da formação dos profissionais de saúde, a tese de doutorado de Norma Carapiá Fagundes, defendida em 2003, ao buscar compreender as experiências desenvolvidas em um projeto de ensino, pesquisa e extensão, aponta para a necessidade do desenvolvimento de um maior aporte de práticas fora do espaço confinado da universidade, como forma de se buscar caminhos para a superação da concepção dominante da educação como prática unidirecional, autoritária, baseada na ideia de aprendizagem como simples aquisição de informações, extrapolando o limite das puramente instrumentais/técnico/científicas, hegemonicamente demandadas pelos atuais currículos de formação de profissionais de saúde.

Em relação à pós-graduação, nove entrevistados possuem especialização e um mestrado (psicologia com a temática de juventude e direitos humanos). Das especializações, cinco profissionais possuem especialização relacionada à área de atuação (desenvolvimento infantil, saúde mental e justiça, psicomotricidade e saúde da família). E relatam:

As minhas especializações ajudaram a pensar as práticas, o que propor, como pensar as fases da infância, quais recursos utilizar para trabalhar.

A especialização fiz assim que sai da universidade era sobre desenvolvimento infantil desde o nascimento até adolescência, bem diferente da universidade porque lá vemos mais a parte emocional e na especialização entendemos a parte orgânica, biológica, vemos disciplinas da parte médica. Também aprendi muito sobre hiperatividade, autismo, a parte clínica.

A respeito da discussão teórica-conceitual para condução dos casos, emerge das entrevistas um conjunto de enunciados a respeito da noção de desenvolvimento e dos transtornos no campo da psicopatologia, situados no campo da psicanálise e da psiquiatria, no entanto, essa menção não é feita com frequência. Quatro entrevistadas fazem essa menção de modo breve quando relacionado ao percurso na universidade, por outro lado todos entrevistados enfatizam essa aprendizagem no campo das práticas no CAPSI (como veremos na próxima seção).

O campo da saúde mental é muito complexo porque se estudamos os transtornos aqui vemos que aqui lá e muito mais. Há outras questões envolvidas, há outros sintomas, outras relações familiares. Hoje com os estagiários vemos que eles sabem muito da política, mas estão bem ‘crus’ na clínica.”

As pessoas que não conhecem no geral acham que eles agredem, não é assim. Também não concordo com muitos discursos que dizem que isso não existe, que não é perigoso. Em um surto eles podem agredir ou não. Mas essa possibilidade existe sim, eles não te reconhecem..

Na universidade tivemos uma disciplina de saúde mental muito boa com uma professora que é da SESPA que é uma referência. Gostei muito dessa disciplina e tirava boas notas. Nós íamos a passeatas, eventos, conhecemos o movimento de luta antimanicomial. Mas de fora eu tinha outra visão, nós aprendemos muito sobre a política, mas é bem mais complexo.

No livro *Critica da razão indolente: contra o desperdício da experiência* (2005), Boaventura desenvolve como argumento central a culminância do colapso da emancipação na regulação, onde o paradigma da modernidade entra em crise final. O livro insere-se então na tradição crítica da modernidade, pensando a transição paradigmática nas dimensões epistemológica e societal, onde:

A transição epistemológica ocorre entre o paradigma dominante da ciência moderna e o paradigma dominante de um conhecimento prudente para uma vida decente. A transição societal menos visível ocorre do paradigma dominante – sociedade patriarcal; produção capitalista; consumismo individualista e mercadorizado; identidades-fortaleza; democracia autoritária; desenvolvimento global desigual e excludente – para um paradigma ou conjunto de paradigmas de que por enquanto não conhecemos senão as “vibrations ascendentes” de que falava Fourier. Cada uma destas transições oferece-se a uma multiplicidade de análises (p. 16).

No entanto, Boaventura (2005) afirma que o argumento explorado no livro também se desvia da tradição crítica da modernidade no que concerne à impossibilidade de estratégias emancipatórias, já que estas estariam fadadas a transformarem-se em estratégias regulatórias; em relação à desfamiliarização subversiva proposta pela teoria crítica, concebida no livro como “momento de suspensão necessário para criar uma nova familiaridade” (p. 17); e finalmente, em relação a auto-reflexividade que é proposta a partir do pressuposto de que “o que dizemos acerca do que dizemos é sempre mais do que o que sabemos acerca do que dizemos” (p 17), assim o reconhecimento da dificuldade da crítica quando seu autor está tão situado em uma dada cultura quanto o alvo de suas críticas.

A modernidade a que Boaventura (2005) se refere é a modernidade ocidental, entendida como um paradigma local que se globalizou. Portanto, a análise efetuada no livro põe em jogo uma “escavação arqueológica”, onde há o interesse explícito de identificar fragmentos que ajudem na reinvenção da emancipação social, em “ruínas emergentes”.

O autor assinala que a opção das ciências sociais pelo conhecimento-emancipação, traz três implicações ou desafios - do monoculturalismo para o multiculturalismo; da peritagem heróica ao conhecimento edificantes; e o desafio da ação conformista à ação rebelde – que situam-se pois na teoria crítica pós-moderna na busca de reconstrução da idéia e da prática da transformação social emancipatória. Cabe ressaltar, que tal teoria constrói-se a partir de tradições marginalizadas, em uma concepção que subjaz a noção do outro como sujeito, em um conhecimento que é sobretudo reconhecimento. Configura-se assim, como um “pensamento alternativo de alternativas”.

Consideramos assim, que situar a produção de conhecimento como um pensamento “alternativo de alternativas”, não desqualificando formas de saberes, na busca de reinvenção de conhecimentos que promovam “uma vida decente”, e trazendo à tona suas condições de produção e seus efeitos, é uma das grandes contribuições das formulações aqui apresentadas para o desenvolvimento de pesquisas e um ponto de partida para debates profícuos que resultem em “conhecimentos prudentes para uma vida decente”.

4.3 *Trans-por des-graus, trans-formar (n)as práticas.*

Diante do que se apresenta como lacuna ou insuficiência, no percurso da formação universitária dos entrevistados, emergem outros percursos, transcorridos por esses trabalhadores no CAPSI, desde os anos de 1998. Trata-se de uma formação em serviço, no cotidiano do trabalho com equipes, usuários e diante do processo de gestão,

no qual se constituem novos saberes, assim como os saberes forjados nos currículos de graduação são postos em funcionamento, conforme vemos no excerto abaixo:

Não vi nada de saúde mental na Universidade, nem em congresso, nada. Estou na saúde mental há 10 anos, comecei no CAPSad, no município de Santa Isabel. Aprendi dentro do CAPS nos anos que fiquei lá. Era uma equipe referencia para Estado, não tínhamos nenhuma formação, só supervisão clínico-institucional, com uma supervisora de São Paulo com uma experiência incrível lá. Então além do trabalho no CAPS, ela passava a apresentar o trabalho da equipe em outros espaços e nos incentivar a apresentar. (...) Nós encarávamos muitos desafios e era uma equipe muito unida. Nós estudávamos muito.

“Temos uma equipe boa”, “somos muito unidos”, “nos ajudamos muito”, “estamos juntos há muito tempo”, “vamos aprendendo com os colegas, com a experiência”, são referencias recorrentes que parecem apontar para um agenciamento coletivo que coloca os saberes científicos – entendidos como saberes técnicos, competentes, verdadeiros –, quando estes inexistem ou parecem insuficientes, diante de outros modos de enunciação, ao mesmo tempo em que apontam para uma estratégia de exercício de poder que as equipes lançam mão diante das adversidades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

A respeito dos modos como os saberes que circulam e são constituídos no CAPSI, importante retomar o caráter multidisciplinar presente nas propostas destes serviços, conforme preconizado pelas legislações vigentes, buscando um caráter de unidade e certo direcionamento nos atendimentos. O serviço, conforme normativas e orientações do Ministério da Saúde, organiza-se por meio de dispositivos que garantam a multidisciplinaridade como as reuniões de equipe, reuniões de estudo de caso, realização de ações multiprofissionais, como as oficinas, grupos e atividades “extramuros”. No CAPSI, conforme análise dos prontuários, entrevistas e registro no livro de reuniões, o trabalho multiprofissional também é construído nas discussões diárias das reuniões de equipe, nas realizações de oficinas e grupos, reuniões de avaliação e planejamentos, nas atividades externas, eventos comemorativos e festas.

A respeito das reuniões de equipe e de estudo de caso há menções nas entrevistas e no livro de reuniões que apontam para o modo como as decisões são tomadas coletivamente. Ainda que um profissional o faça, em alguma situação, à revelia

do grupo, é possível lançar mão de mecanismos que visibilizam e buscam controlar essas ações, por meio dos espaços comuns coletivos, de uma rede informal de comunicação, assim como por meio dos registros (como o livro de reuniões diárias ou prontuários).

Os registros nos prontuários são mecanismos que visibilizam e controlam as ações não só das crianças e suas famílias, como também dos profissionais. As condutas precisam ser registradas e passíveis de avaliação de todos os outros profissionais, configurando assim uma função dos prontuários diversa daquela voltada ao acompanhamento e avaliação dos casos. Os registros constituem-se deste modo como um saber a respeito das próprias práticas efetivadas pelo CAPSI, no desenvolvimento das tarefas de cada um e de todos, tanto crianças, suas famílias e profissionais, produzindo saberes que permitem controlar e governar, ao mesmo tempo em que permitem que equipes se resguardem diante de uma rede de poderes multidirecionais, na qual se encontram os serviços da assistência social, escolas, conselhos tutelares, Ministério Público, justiça, além dos familiares, imprensa e as demais instâncias governamentais nas esferas federal, estadual e municipal. Assim, as decisões tomadas de modo individual podem sofrer alguma espécie de sanção das próprias equipes ou em seus efeitos diante dessa rede.

O traço marcante nestas equipes a respeito do trabalho multidisciplinar não se faz sem embates, conforme mencionado nas narrativas das entrevistas. Quando pensamos os embates diante da condução dos casos, que implica disputa pelos discursos verdadeiros, destacamos, por exemplo, críticas a respeito da preocupação com a banalização da hipermedicação de crianças, da noção de “criança-problema” e dos modos como os profissionais não visibilizam algumas questões trazidas pelos usuários.

Também emerge nas entrevistas referências ao atendimento psiquiátrico. Parte da equipe refere manter diálogo com uma psiquiatra (a mais antiga no CAPSI) discutindo casos, propondo estratégias de retirada ou diminuição de medicação, seja quando esta profissional participa das reuniões ou mantém diálogo aberto com os profissionais que a procuram (geralmente nos momentos de seus atendimentos individuais ou nos intervalos destes atendimentos). Diferente dos outros psiquiatras com quem as equipes não conseguem reunir ou discutir caso. A primeira psiquiatra é concursada e está no serviço desde sua inauguração, os outros são profissionais

contratados que atendem em torno de 20 a 22 usuários em um turno, estando presentes no CAPSI uma vez por semana.

Alguns casos colocam para as equipes a necessidade de encaminhamentos que se dão de modo singular, trata-se de acontecimentos que mobilizam as equipes quando o que no percurso posto às crianças e suas famílias desvia e desafia as estratégias perfiladas. As equipes são compostas por profissionais oriundos de formações acadêmicas diversas que operam com racionalidades diferentes. O terreno em que se movem está sedimentado em discursos que se contradizem, com lógicas muitas vezes inconciliáveis entre si. Os confrontos diante dos modos de enunciação advindos de seus currículos profissionais (sobre o uso racional de medicação, vínculos, modos de cuidado, definições de diagnósticos, modos certos de estabelecer limites e regras, quais casos devem ou não ser atendidos), dos modos de enunciação da verdade proféticos da reforma psiquiátrica, os modos de vida e as normas acordadas pelos trabalhadores (materializadas nas regras e “rituais” de funcionamento do serviço), compõem um entrelaçado nos diferentes conjuntos de normas instituídas no cotidiano do trabalho. .

Ainda a respeito dos currículos que se forjam no cotidiano do trabalho, pensemos a respeito do que é mencionado como constituído na relação com usuários, por meio de um campo de efeitos no exercício da ação. Um primeiro elemento, podemos dizer, refere-se aos modos de enunciação acadêmico-científico a respeito dos transtornos no contexto de vida dos indivíduos que frequentam o CAPSI, conforme aponta uma trabalhadora: “O campo da saúde mental é muito complexo porque se estudamos os transtornos na universidade aqui vemos que é aquilo lá e muito mais. Há outras questões envolvidas, há outros sintomas, outras relações familiares”.

Os usuários acessam modos de enunciação para falar de *si*, das relações familiares, da relação saúde-doença, seja nas orientações a respeito da educação das crianças, nos esclarecimentos a respeito do uso dos medicamentos, quando operam por meio de outros discursos, como o religioso, no entendimento dos fenômenos associados à loucura.

Há o que emerge diante das próprias concepções dos usuários e familiares a respeito do que seja uma criança “normal”, “educada”, “danada”. Tanto nos documentos quanto nas entrevistas comparece esse embate de regimes de verdades entre profissionais e sujeitos atendidos, enunciadas nas entrevistas como “resistências”,

entendidas pelos trabalhadores como uma espécie de recusa das orientações, do tratamento, de modos de cuidado propostos. Diante das prescrições realizadas no CAPSI não há uma total aceitação por parte dos usuários, ainda por aqueles que “aderem ao tratamento”, o que implica um permanente jogo no qual os efeitos são avaliados, analisados, mediante as respostas, seja nas “melhoras”, seja nas “resistências”.

Há, portanto, um grande eixo de práticas que marca o que cabe aos trabalhadores diante da proposição, e conseqüentemente, do convencimento dos usuários a respeito de quais os melhores modos de cuidado. Ainda que apareça esse caráter de escolha dos usuários “você é a mãe”, “só podemos orientar, eles que farão”, “não tenho modelo”, essa escolha é muitas vezes julgada como um saber “inferior”, “menor”. “Aprender na prática com usuários”, deixar que esses encontros imprimam um currículo que se constitui, implica aprender quais os melhores modos de exercer poder sobre a ação dos outros, em um campo no qual a orientação da ação encontra-se em um projeto atrelado aos parâmetros dos profissionais, dos serviços, em uma dada ordem social.

Problematizamos, portanto, que as verdades enunciadas pelos profissionais especialistas do CAPSI, por meio de saberes a respeito dos transtornos, saúde-doença, noções de família e normalidade, liga-se a um regime enunciativo operado por meio do saber-poder psiquiátrico com sua reconhecida competência para nomear e tratar os transtornos, numa gestão de riscos em nome de segurança e proteção, como apontou Robert Castel (1987), por meio de práticas de gestão social através de particularidades, difundindo seus efeitos normalizadores e medicalizantes sobre condutas cotidianas.

Outro ponto importante, ligado à formação em serviço, refere-se aos processos formativos promovidos pela gestão, seja na esfera municipal, estadual ou federal. Todas as entrevistas (com exceção da trabalhadora que ingressou no último concurso) fazem referências às diferentes gestões governamentais municipais, quando entre os anos de 98-200 houve um maior investimento, sendo diminuído gradativamente nos últimos anos.

No período de implantação do CAPSI, os debates, em formato de seminários e fóruns, agregavam as discussões a respeito da reforma psiquiátrica, do movimento de luta antimanicomial, legislação em saúde mental e práticas de reorientação da atenção psicossocial, reunindo trabalhadores dos outros três CAPS municipais existentes na

região metropolitana de Belém e também os de gestão estadual. Os processos dos debates eram realizados tendo como convidados palestrantes da rede de serviços, de outros estados, do Ministério da Saúde.

As discussões a respeito da condução dos casos (por meio da supervisão clínico-institucional) e a respeito do funcionamento do serviço (dos modos de trabalho e das relações entre trabalhadores) eram realizadas por meio de grupos de reflexão. A supervisão clínico-institucional e o grupo de reflexão, realizados com consultores externos, são os dispositivos mais apontados como fortalecedores para o exercício e constituição de práticas de cuidado que buscassem romper com a lógica tutelar.

Do meu percurso formativo no CAPSI foram importantes os grupos de reflexão que tínhamos no início, eram grupos feitos servidores. Também tínhamos a supervisão clínico institucional, a partir da psicanálise, estudávamos os casos, fazíamos a abordagem com toda a equipe. Mexia muito com a equipe, nossos olhares sobre as crianças, posicionamentos, intervenções. Fazia pensar sobre a função materna...muitas questões eram trabalhadas e era legal esse olhar de fora. Muita gente de hoje já estava aqui desde essa época.

Estudos como realizados por Onocko (2014) e Silva et al (2012) apontam espaço da supervisão clínico-institucional (e aqui podemos pensar também os grupos de reflexão) como um espaço de democratização da gestão no qual espaços de criação e co-responsabilização podem ser constituídos. Das 10 entrevistas, 8 fazem referência (dois entrevistados ingressou no CAPSI em ano posterior aos anos de realização das supervisões) à esse espaço como um modo de exercício coletivo do exame de situações cotidianas, do compartilhamento de informações e afetos mobilizados, apontando para a apropriação necessária por parte da equipe de sua função/responsabilidade do mesmo modo em que identificam e endereçam à gestão o que compreendem ser de sua competência. São enunciados que se referem às questões das relações entre equipes, entre trabalho e gestão, sobre os usuários, em uma intrincada teia que abrange múltiplas relações macropolíticas, passando pela relação entre as pessoas.

Com mudanças das gestões nos governos municipais, desde os anos de 2005, as entrevistas referem não haver proposição específica para processos formativos da gestão municipal e muito menos acessam de modo mais contínuo e sistemático os programas viabilizados pelo Ministério da Saúde via Coordenação Nacional de Saúde Mental. Há

ações isoladas e fragmentadas, que segundo as entrevistas não fazem interferência no processo de trabalho.

Em que pese a gestão da política de saúde mental, em âmbito estadual, nos anos de 2007-2010, ter realizado ações formativas (mais centradas em seminários e palestras) a falta de referencia dos profissionais a este processo pode ser em função deste modelo de formação não ter abordado questões sobre a saúde mental de crianças e adolescentes nos aspectos clínicos. Outro aspecto a ser considerado diz respeito às formações propostas naquele período “retornarem” às questões relativas aos princípios da reforma psiquiátrica, questões que os profissionais do CAPSI atuantes desde 1998, já haviam não apenas discutido, mas experimentado, não tendo, portanto ressonâncias no serviço uma vez que novas questões se colocavam como desafios.

Há muito tempo não temos formação. Mas queremos algo que mostre na prática, alguém que venha visitar o local, veja o que estamos fazendo, quais recursos temos, importante que haja esse tenha esse momento.

Fiz um intercambio pela SESP de um mês em Recife. Lá eles têm uns quatro CAPSI, cada um atende casos específicos, um só para ad, um só para autismo... Era uma troca de experiência, mas só eles falaram. Gostei de muitas coisas outras não. Eles tem uma rede articulada, trabalham com maternidade nessa relação mãe-bebê, é interessante. Fiquei pensando sobre várias possibilidades de atendimentos com autistas, conversamos aqui, pensamos em estratégias, mas como colocar autistas com outros transtornos, com casos de tentativa de suicídio? Aqui são muitas crianças. Autismo é um atendimento específico, temos que optar quais casos atender.

“Não nos diga como deve ser feito ou como você fazem em uma realidade diversa da nossa, venha aqui, veja essa alquimia da materialidade cotidiana e nos ajude a fazer”. Entre dizer o que os trabalhadores devem fazer, transmitir competências e habilidades para resolução de problemas, quais saídas possíveis para as formações curriculares sejam elas desenvolvidas na universidade ou em serviço?

O tema dos processos formativos está associado estreitamente à questão da gestão, conforme apontam as entrevistas. Enunciar que há muitos anos não há formação, para todos os entrevistados, com exceção da profissional que entrou no último concurso,

vem acompanhado de diversas críticas endereçadas à gestão municipal, conforme os fragmentos abaixo.

Antigamente tínhamos Fóruns, cursos, atividades programadas. Isso foi logo quando entrei. Faz muito tempo não temos nada. As pessoas novas não tinham conhecimento. Difícil quando ‘cai de paraquedas’ e nem tem afinidade com criança. Os novos (profissionais) não têm conhecimento do serviço. Esses não estão mais conosco. Uma delas mesmo dizia ‘não tenho afinidade nenhuma’. Mas sobre as formações e a gestão ultimamente nem sei quem é referencia técnica...Antes tínhamos supervisão reflexão reunião. Um dia marcaram reunião para cobrança de produção, a equipe ficou mobilizada e eles recuaram. Quando tem curso... o último que teve nós nem sabíamos, fomos no último dia e era sobre nosso atendimento sobre autismo. Quando entrei na prefeitura as referencias eram pessoas da saúde mental, quando falamos isso as pessoas levam para a questão partidária. Não é isso. Queríamos pessoas que realmente entendam do que a gente precisa, da prática e que haja acompanhamento. Nós sempre falamos, questionamos. É preciso que realmente entenda do serviço.

Antes tínhamos mais momentos de avaliação momentos, de supervisão, reflexão também. Começamos a escrever coisas para fazer o histórico do serviço e muitas coisas foram se perdendo. Muitas pessoas saíram porque não aguentaram questão da gestão, não suportar ver o que já perderam...Muitas pessoas saíram porque não aguentaram a questão da gestão, suportar ver o que já perdermos, nos ver indo pro fundo do poço. Nossa gestora corre atrás, não nos queixamos, a gestão mais acima que não sabe muito o que acontece e faz cobranças da produção. Não conhecem nossas práticas. Embora essa seja uma casa maravilhosa queremos fazer mais e não podemos. Às vezes temos que disputar salas.

Sobre as formações nós tivemos uma gestão do PT com um investimento maior em cursos e supervisão, recursos materiais, infraestrutura, nas duas gestões do Duciomar diminuiu material de expediente e oficinas, ainda teve grupo de reflexão e tentativa de supervisão. Com Zenaldo sem supervisão, reflexão, nenhuma formação e pouco investimento em material de oficina, nem suprimento de fundo.

Pensar a respeito da falta de investimento nos processos formativos, leva a relacionar com a entrada de novos profissionais no serviço, como “lançados do céu”, sem saber onde cairão, enquanto alguns se retiram por não suportar o trajeto de queda em direção a um espaço sem saída, diante do que emerge como um des-governo, uma falta de condução. Um transporte aéreo que ao fazer o lançamento de um corpo distancia-se dele, um poço que no lugar de oferecer água à superfície captura ao seu

interior. Daí que as entrevistas se conduzem e nos conduzem a uma série de denúncias, ora como queixas, ora como lamento.

Há uma falta de valorização do trabalho por parte da gestão. Deles (crianças) vemos esse reconhecimento nos abraços, alguns pedem bênção. Mas a falta de valorização reflete no trabalho, temos cobranças e nem suprimento de fundos temos. Antes a alimentação era farta, os lanches, o almoço. (...) Essas crianças muitas vezes chegam sem café da manhã. Houve tempos melhores na gestão do Edmilson, depois foi piorando. Até para delegacia fomos por assédio moral, muitos colegas adoeceram, muita gente saiu. Tínhamos uma gerente que batia na mesa, interrompia grupo...

Nos vemos indo para o fundo do poço. Hoje Beth dá mais atenção, ouve a gente. Passamos por gerências que não estavam nem aí. Beth vai e corre atrás... tivemos gerente sem conhecimento, sem envolvimento e mal tinha água para beber. Foi um momento crítico quando entrou a primeira gestão do Duciomar. As coisas foram mudando e fomos perdendo. Só mudamos de casa porque fomos para rua. (...) Na época quiseram transferir trabalhadores, teve briga, confusão e não conseguiram transferir. Nos mantivemos fortes, mas também não vinha nem papel pra gente. Cortaram o que puderam cortar, o lanche para as crianças era carambola do quintal. Saiu no jornal na época.

Vejo profissionais capacitados, com muita experiência, mas percebo o adoecimento nessa relação com a estrutura do serviço. Faço vários acordos aqui e fico refém. Situação dos horários dos psiquiatras, por exemplo, dizem “se me cobrarem mais não tenho como ficar”. Eles recebem um salário de 2400 e atendem entre 20 e 22 pacientes. Se esse profissional que tenho aqui sair ninguém vem ou vai demorar muito. Então estou atenta a isso. E sensível à escuta dos servidores, uma sensibilidade que conquistei no serviço, com o tempo. Hoje estou aqui porque trabalho junto, preciso da equipe, preciso entender o funcionamento do serviço e os processos de trabalho. Sou gestão, sei das necessidades e muita coisa não posso fazer. Agora compete a mim resolver, não importa como. Então muitas vezes tomo direcionamentos que abrem questões e preciso lidar com elas.

A reforma psiquiátrica traz muita a questão dos direitos, questão cultural. Mas o contexto de 1970 ganha outro espaço. Muitas coisas hoje não deixaram de existir. As pessoas estão mais abertas, mesmo com a questão cultural, com a falta de aceitação, a busca pelo serviço é grande. Vemos, por exemplo, a situação dos leitos, são 2 para adolescentes para todo Estado. Desde 1996 estamos em casas alugadas, permanecemos no aluguel, esse espaço foi pensado para atender uma família, não uma cidade inteira.(...)

Há sobrecarga em relação aos atendimentos e também nas questões burocráticas. Temos que preencher documentos – RAS, evoluções, fichas de acolhimento. Vamos fazendo nas brechas dos atendimentos.

No acolhimento fazemos na hora porque são informações mais detalhadas que depois esquecemos se não fizermos logo.

Os serviços da rede são muito diferentes e muitas vezes apontamos dedos e quando reunimos podemos ver os outros trabalhadores, entender as dificuldades. Quando pensamos numa questão aparentemente banal como a dos alugueis dessas casas fazemos uma pergunta simples ‘se pagam aluguel de 18, 22mil porque não compram uma casa? O que faz com que se escolha usar um recurso desse jeito?’ Pensamos sempre nas relações políticas. Nosso contexto político está insuportável e sabemos que não é só na saúde. Há uma crise generalizada.

Retomando o processo de acolhimento dos usuários no CAPSI, no qual as queixas a respeito das crianças são enunciadas em seus “curtos-circuitos”, aqui essa ideia retorna quando vemos o conjunto desses enunciados acima e quando uma entrevistada ao endereçar críticas à gestão municipal relembra que antes de mudarem para o prédio atual as equipes realizaram muitas reivindicações. Uma destas reivindicações referia-se às instalações deterioradas do prédio quando a gestora, como modo de resolução de uma situação precária das instalações elétricas, afixou um aviso na parede “cuidado, risco de choque elétrico”. Aviso este que circulou até chegar às mídias e ruas sendo um mote para que a gestão viabilizasse a mudança de prédio.

O aspecto da gestão emerge nas entrevistas relacionadas como sério entrave nos processos formativos e no exercício das práticas. Até aqui tratamos dessas relações no que concerne à falta de investimento nos processos formativos, sendo esses apontados como grupos de reflexão, supervisão clínico-institucional, formações mais específicas voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes, quanto questões de infraestrutura e da gestão. As trabalhadoras entrevistadas relacionam esses entraves à falta de recursos materiais e financeiros, dificuldades no trabalho em rede, baixos salários⁶⁰. Questões como referentes à gerência e instalações do prédio atualmente não apresentam dificuldades como já tiveram (confusões a respeito das funções das coordenações e serviços, prédios deteriorados).

⁶⁰Segundo o edital do Concurso Público n.º01/2012 da Secretaria Municipal de Saúde – SESMA, a remuneração de uma assistente social é R\$ 1.244,00 (Um mil, duzentos e quarenta e quatro reais) mais benefícios (Gratificações inerentes ao cargo e à lotação de acordo com legislação vigente na PMB + Vale Transporte).

Trata-se do que Pitta (2011) refere-se como restrição de recursos nos governos municipais e estaduais e a consequente negação de direitos de direitos aos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas, quando:

O que ganha relevo em alguns momentos na agenda do governo federal, se dilui nas demais esferas de governo, chegando aos cidadãos de um modo pálido, em ações pouco potentes, com pequena margem de resolutividade, com equipes que flutuam na dependência do prefeito municipal em exercício. (p.4587).

Oliveira e Passos (2012) destacam que há regime de “urgência” no qual há o aumento do número de atendimentos assim como de tarefas desenvolvidas, o que de certo modo impede as equipes de saúde mental em por em análise as questões, formando uma espécie de dispersão coletiva. Serviço, trabalhadores e usuários estão colocados numa produção de respostas. Há uma separação entre o que os autores mencionam como “gestão” e “atenção”, gerando uma dicotomia na qual os trabalhadores não se veem como parte de decisões importantes, ficando muitas vezes em uma posição de assujeitamento, sem que haja muito espaço para construção.

Na seção anterior mencionamos a espécie de silêncio instalado e esquecimentos que compareciam de modo recorrente nas formulações dos entrevistados a respeito de seus percursos na universidade e seus currículos. Nesta seção destacamos os enunciados a respeito dos percursos no CAPSI, que conforme apontado inicialmente referem-se às práticas forjadas nos encontros com usuários e com as equipes. Daí que a ligação que não completava diante das relações entre práticas no serviço e universidade, ao ligarem-se ao CAPSI parece “dar curto”. Um curto-circuito apontado para a gestão governamental uma vez que se relacionam diretamente com as práticas exercidas no CAPSI.

No momento das entrevistas, ao ouvir as críticas endereçadas à gestão, muitas vezes experimentei uma espécie de indignação acionada na memória de um “corpo trabalhadora” que experimentou ao longo de todo seu percurso profissional, nos campos da saúde, da assistência social e da educação, esse cotidiano dos serviços no que ele tem de mais duro e árido. Alternei movimentos de interrupção das falas, na tentativa de relacioná-las com as questões da pesquisa, com momentos de silêncio, para dar espaço

ao que estava emergindo, e momentos de formulações de questões que permitisse entendê-las.

No momento de reunião das entrevistas para transcrevê-las e compor análises, relendo em seu conjunto e compondo essa seção, fui remetida à outra posição: a que ocupei em diversos momentos de trabalhos com as equipes no campo da saúde mental, nos momentos de supervisões clínico-institucional, no processo de implantação das Residências Terapêuticas ou na supervisão dos serviços compondo a equipe da CESM. Em diversos momentos ouvi essas queixas endereçadas à gestão também como recursos interpostos quando as equipes eram chamadas a implicarem-se de outros modos com o trabalho e exerciam uma espécie de recusa (em função da falta de ferramentas teórico-conceituais, de um esforço de trabalho requerido diverso ao que operavam ou porque acionavam orientações oposta a que recorriam)⁶¹.

Tanto naqueles momentos quando neste estudo, a problematização em jogo centra-se na interrogação diante dos modos de exercício das relações de saber-poder nas quais as posições dos sujeitos ocupadas por estes profissionais de saúde colocam em funcionamento práticas de medicalização, atravessadas também por uma racionalidade de governo que opera com recursos mínimos. Movendo-nos nesses territórios, vemos a presença de orientações teórico-clínicas diversas ou até sua ausência, deixando muitas vezes equipes sem recursos para conter momentos de agravamentos de quadros clínicos ou para lidar de outros modos com seus efeitos, assim como os modos de gestão que destinam ao serviço o mínimo ou muitas vezes nem o mínimo, deixando equipes em uma espécie de deriva ou queda, conforme apontado nas entrevistas, vislumbrada pelos profissionais como algo sem saída, que os coloca muitas em uma imobilidade.

Falar, endereçar questões à gestão, às equipes, implica riscos. Os trabalhadores falam das crianças e suas famílias, suas mães. Falam de seus comportamentos, suas “melhoras”, seus modos de educar, criar, cuidar. Falam como modo de operar intervenções. E quando falam da falta de recursos (humanos, financeiros, materiais) nos serviços, a respeito da infraestrutura sucateada, das tensões e divergências diante da condução dos casos, do que consideram como excesso de medicação, do trabalho nos serviços, são algumas das verdades incômodas que emergem como urgência quando questionados a respeito de suas práticas.

Falar como um dever, como uma interpelação. Como lugares nos quais se cruzam diversos domínios, como acontecimentos que a língua não esgota inteiramente, sempre abertos à transformação, à repetição, à reinvenção. Como conjunto de enunciados que transmitem e conservam verdades agrupadas em diversas modalidades como, por exemplo, o dizer-a-verdade profético no discurso da reforma psiquiátrica, quando fala em nome dos outros e do futuro, ou a modalidade tecnicista, organizada em torno dos discursos científicos acerca da loucura.

As equipes, conforme apontado nas entrevistas, ainda que se reúnam e mantenham-se “unidas” ficam sem espaços comuns para o exercício da problematização. Mais do que encontrar as respostas ou recebê-las prontas, questionar suas práticas em um constante exercício de reinvenção. Ainda que demonstrem que estes espaços comuns existam, quando mencionam que as equipes mantem-se fortes, que são unidos, as denúncias endereçadas à gestão estão acompanhadas da constatação de que pouco há o que fazer diante deste quadro.

Por outro lado, ali no cotidiano do trabalho, do encontro com essas crianças, ainda que falte tudo que deveria existir para oferecer melhores serviços à população atendida, o que não falta, o que não deixa de comparecer são os regimes discursivos que marcam com forte presença a sustentação de práticas que agem sobre os que falam o que não deveriam, sobre os corpos que se agitam demais ou produzem de menos, dos “indóceis”, dos que não estão dentro da norma, criando assim práticas de tutela que pouco contribui para o exercício de criação de outros modos de existência.

4.4 – Trans-versar, travessar

Sabe o que me irritava Bruno? Que eles se sentissem seguros. Seguros de quê?, diga lá, quando eu pobre-diabo com mais pestes que o demônio debaixo da pele, tinha bastante consciência para sentir que era tudo uma gelatina, que tudo ao redor tremia que só precisava prestar um pouco de atenção, sentir um pouco, calar um pouco para descobrir os furos. Na porta, na cama: furos. Na mão, no jornal, no tempo, no ar: tudo cheio de furos, tudo esponja, tudo como um coador coando a si mesmo... Mas eles eram a ciência americana, você compreende Bruno? O guarda-pó que os protegia dos buracos; não viam nada, aceitavam o já visto por outros, imaginavam que estavam vendo. E naturalmente não podiam ver os furos, e estavam muito seguros de si, convencidíssimos de suas receitas, suas seringas, sua maldita psicanálise e seus não beba...(CORTAZAR, 2010, p. 122-123).

Na arte concentram-se formas intensas de um dizer verdadeiro que tem a coragem de ferir, nos diz Foucault em *A coragem da verdade* (2011A). Jonhy, em *O perseguidor*, de Cortázar, ao nos falar das porosidades, das incertezas, vacilos, do que permanentemente escapa, nos move a pensar a respeito das críticas que ferem o modelo manicomial, as instituições, os saberes-poderes que sustentam práticas de medicalização, ao mesmo tempo em que retomamos a fala franca direcionando-se ao horizonte ético aos que tem “uma alma educada para ouvi-la, a partir de um *éthos* formado pelo efeito do discurso verdadeiro lhe endereçado”.

Nos percursos que fizemos analisamos mecanismos de saber-poder que incidem sobre os corpos infantis para que seja possível conduzi-los, governá-los, materializados nos prontuários analisados. Destacamos, portanto, linhas que compõem o modo como estes foram forjados nos percursos curriculares dos profissionais envolvidos, em seus cursos de graduação e também para além deles nos encontros e exercício das práticas com os usuários, equipes e diante do processo de gestão.

No entanto, as brechas, porosidades, vacilos, também se presentificam e nos impulsionam a problematizar, criando modos de abrir passagens diante de uma política que se dirige a um grupo e que para constitui-lo requer sua unificação em torno do que agrupa, agrega, do que identifica, silenciando o que diferencia, singulariza. Essas brechas talvez permitam puxar um fio que acione *algum* paraquedas e fazê-lo funcionar,

entendendo que ainda que não se caia no lugar exato, onde se deveria cair, o paraquedas funcionou, não morreremos após os saltos. Mas como levantar e prosseguir apesar dos sustos, espantos?

Na seção anterior apontamos como falar, para os trabalhadores, parece tornar-se uma urgência diante dos impasses, das situações que se configuram como adversas. Em uma perspectiva ética operamos o exercício de escutar essas *falas*, enunciadas por sujeitos que assumiram os riscos de fazê-las, assumindo também riscos dessa posição, apostando, sobretudo, em pactos nos quais os que falam e escutam estão atentos ao presente, em seus pontos de fragilidades e também de aberturas. Quando Foucault (2006) nos diz que é preciso confrontar o que se diz e o que se pensa com o que se faz e o que se é, nos fornece pistas para pensarmos a *parresia*, como um *ethos*, e aqui seu exercício nos processos de enfrentamento das práticas de medicalização.

Aqui *o que se é* remete-nos às práticas de *construção de si* quando indivíduos por meio de práticas e técnicas constituem-se em um feixe de relações estratégicas nas quais *uns* procuram conduzir *outros*. Todo um campo das relações de poder, no que elas têm de móvel, transformáveis, reversíveis, passa pelo âmbito da relação que estabelecemos conosco. Ainda que haja estados de dominação, nos quais as relações de poder encontram-se bloqueadas, se há relações de poder é porque há liberdade e resistências. É preciso ver como e onde se formam resistências (FOUCAULT, 2006b).

A governamentalidade – noção que para Foucault permite fazer valer a liberdade do sujeito e a relação com outros – como um campo estratégico das relações de poder, como um conjunto de relações reversíveis, deve ser considerada em suas relações com o governo de si e dos outros, e a relação de si para consigo, compondo uma cadeia, uma trama que envolve a questão da política e da ética. Entendendo ética como prática refletida de liberdade, ligada à constituição de um sujeito apropriando-se de sua própria vida, o que implica também negociar como ser governado. (FOUCAULT, 2006c).

O material produzido nas entrevistas teve como efeito encontros que compuseram as narrativas dos prontuários, permitindo pensar o que aponta para as possibilidades de constituição de perspectivas críticas, éticas, contrapostas às vontades de verdade que emergem nos prontuários, situadas no regime discursivo moderno, cujo âmbito situam os *experts* e seus títulos, carimbos, pílulas de compaixão.

Interrogando-nos a respeito das práticas de medicalização – materializadas no entrecruzamento do jogo saber-poder-verdade ao operar com entidades nosológicas colocadas em funcionamento por meio das noções infância, família, educação –, seguindo as pistas focaultianas para estabelecer o confronto entre a escrita dos prontuários e o que pensam, fazem, são, os que os produzem. Buscaremos destacar, portanto, as linhas que apontam (ou podem apontar) para a constituição de atitudes francas, corajosas, nos jogos das relações de poder, sempre estratégicas, buscando a criação de espaços de liberdade.

Desse modo, há um conjunto de enunciados que apontam linhas que puxam, retomam, seguram, compondo currículos para além dos forjadas na universidade e no transcurso da existência do CAPSI. Um primeiro aspecto desse conjunto de relações remete à relação com os movimentos sociais e trabalhos voluntários vinculados às instituições não governamentais (filantrópicas e religiosas). O segundo trata de outras práticas, identificadas a partir de suas emergências nas entrevistas como modos de cuidado, acionadas em outros âmbitos da vida para além do exercício profissional.

As relações com os movimentos sociais são mencionadas por três entrevistadas, conforme fragmentos destacados abaixo:

Há 30 anos que fiz universidade. Não tínhamos essa discussão da saúde mental. Não tínhamos nem meia passagem e só se falava em privatização. Nós vínhamos, em 1987, da discussão da constituição e isso marcou muito minha formação, as lutas, a militância. Então a universidade dá um suporte teórico e depois se abre um mundo que não imaginávamos. Nós do serviço social estávamos distantes da saúde e muito na assistência na década de 1980.

Na Universidade tivemos uma disciplina de saúde mental muito boa com uma professora da SESPÁ que é uma referência. Gostei muito dessa disciplina e tirava boas notas. Nós íamos a passeatas, eventos, conhecemos o movimento de luta antimanicomial. Mas de fora eu tinha outra visão, nós aprendemos muito sobre a política, mas é bem mais complexo.

Meu currículo é composto por outros percursos de grupo de estudos, grupos por fora, saúde pública e coletiva, de participação em outros movimentos. Isso se reflete quando a gente não individualiza demandas... Porque aqui ocorre assembleia... por exemplo, dia da luta antimanicomial fizemos um trabalho, tentamos levar para assembleia, assim como atividades extra muro. (...) Eu conhecia o MLA na graduação. Quando comecei a estudar psicologia social fazemos atravessamentos com saúde e educação.

Destacamos que a menção feita no primeiro excerto, referente aos movimentos sociais na década de 1980, no que concerne às ações de participação direta, enquanto nos outros dois excertos há referência aos efeitos das ações do movimento de luta antimanicomial, tanto na formação universitária quanto no cotidiano do CAPSI, ainda que estes compareçam de modo pontual, muitas vezes atrelado à construção de eventos, como as datas alusivas (18 de Maio, Dia da Luta Antimanicomial, e 10 de Outubro, Dia Mundial da Saúde Mental).

Nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil, os movimentos sociais emergem em seu caráter de reivindicação, utilizando as ações diretas e tomando as formas dos movimentos de mulheres, associações de bairro, grupos estudantis, sindicais trazendo a “politização do social, do cultural e, mesmo, do pessoal” (Santos, 2005b, p. 263), rompendo de vez a oposição entre os domínios público e privado, por meio da problematização das relações cotidianas, em seus atravessamentos de raça, classes, faixas etárias, gêneros e também na relação entre os doentes e os especialistas. Em estreita relação com as universidades, reverberando nos contextos de atuação e formação de muitas profissões, no caso das que compõem o rol dos trabalhadores dos CAPSI (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais).

Em uma perspectiva descontínua podemos observar que vestígios de muitas reivindicações feitas ao longo desses últimos anos pelos movimentos de trabalhadores, usuários e seus familiares, em todos os seus núcleos espalhados pelos estados brasileiros, ainda persistem no cotidiano do CAPSI. Destacamos as referentes aos modos de gestão da política, gerentes do estabelecimento e gestão ligada às instâncias administrativas da secretaria de saúde. Estes que “não entendem de saúde mental, do funcionamento do CAPSI” e/ou “não estão preocupados com a qualidade do atendimento”, não investindo, portanto, em recursos como materiais, humanos, formativos, infraestruturais.

Até para delegacia fomos por assédio moral, muitos colegas adoeceram, muita gente saiu. Tínhamos uma gerente que batia na mesa, interrompia grupo, mas nós ‘peitamos’. Temos uma equipe muito boa com vínculos fortes, de muito tempo. Temos desavenças, mas nos ‘doemos’ pelos colegas e nos unimos.

A gestão nunca chega. Não se importam com um serviço de qualidade, é bem difícil isso. Mas motiva ser útil, tenho minhas

limitações. Buscamos ajuda com a equipe que é muito boa, somos um grupo, nos apoiamos.

Houve uma promessa de que teríamos um espaço nosso, o Palacete Facciola. Porque a questão do espaço é importante, não só as instalações físicas, o tamanho, mas a localização. Fizemos mobilizações, paralizações, cobramos, fomos enganados. O carro que temos atende uma vez por semana. Temos muitas situações difíceis nos atendimento.

As estratégias criadas para enfrentar tais situações, emergem nos documentos como localizadas no interior do CAPSI, com “uma equipe que peita”, denunciando, criticando (ou “boicota” assumindo recusas silenciosas diante do que se negam a fazer), em outros momentos, alia-se as demais serviços em mobilizações, paralizações, conta com a força das mídias como abordamos anteriormente. No entanto, alianças mais permanentes e contínuas, seja com o MLA, seja com sindicatos, fóruns de trabalhadores, associações de usuários, não são mencionadas.

Quando nas entrevistas emergem referências aos processos de medicalização pela via da medicação, situamos as práticas que o serviço aciona como modo de enfrentamento, como não tomar o atendimento psiquiátrico como primeira opção, mas ofertando práticas voltadas aos trabalhos de grupos e/ou atendimentos de psicologia, oferecendo outro espaço-tempo de escuta ou negociando com equipes e psiquiatras a diminuição ou suspensão do medicamento.

Ainda que estas práticas existam, os entraves são apontados com mais força, estejam eles localizados no diálogo com psiquiatras, nas solicitações das mães e familiares do uso do recurso medicamentoso, assim como as dificuldades destas e das equipes de sustentarem estratégias de retirada dos medicamentos, tendo como efeito muitas vezes a criança recebendo “alta da equipe” multiprofissional, mas mantendo o atendimento ambulatorial com o psiquiatra e, portanto, fazendo uso dos medicamentos por tempo indeterminado. A falta de diálogo com psiquiatras reforça a hegemonia do poder médico psiquiátrico quando, por exemplo, permite continuar mantendo a medicação ainda que a equipe se contraponha. No entanto, isso não implica que a equipe multiprofissional não continue exercendo práticas de poder na imposição de suas verdades, por meio de outras estratégias, assim como os familiares. Ainda que não sustentem com maior grau de efetividade esse exercício.

Apontamos ainda que não apenas a falta de diálogo com psiquiátrica fragiliza a construção de estratégias de resistência diante das práticas de medicalização, por via da medicação, mas também a fragilidade da sustentação teórico-conceitual para a oferta de outros modos de cuidado e também os modos de gestão que colocam o serviço operando nas urgências, com pouca ou nenhuma articulação em rede (restrita aos encaminhamentos ou reuniões surtindo poucos efeitos, uma vez que as pactuações não são sustentadas pela gestão), baixa participação dos usuários nas instancias de controle e participação social.

No que tange os espaços de abertura para criação de práticas de resistências, fazemos referencia ao Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, articulação de diversos atores situados nas universidades, serviços de saúde e assistência social, em âmbito nacional e internacional. O Fórum tem pautado as discussões, realizado proposições de projetos de lei e contribuições para os campos temáticos nos quais se insere, estabelecendo inserções em campo político, acadêmico e social.

Na introdução deste trabalho apontei como o discurso produzido a partir dos efeitos da atuação do Fórum, materializados em suas publicações, foi incorporado ao meu plano de trabalho, constituindo-se ferramenta no exercício da docência e fundamentalmente nos campos de estágio supervisionado, inclusive em debates com equipes de um serviço de acolhimento institucional para crianças e do CAPSI em Macapá/AP. O material, ao articular o tema da medicalização da sociedade atravessando diversas instituições, permitiu a transversalização dos temas da infância na assistência social e saúde, tendo como eixo a medicalização.

O Fórum foi objeto de dissertação defendida por Evelyn Almeida Ferreira, no PPGP/UFPa em 2015, por meio de análises das práticas em rede que operam tanto a participação política quanto a formação de profissionais. Como resultados da pesquisa é ressaltada a colaboração do Fórum para a construção de saberes que alicercem fazeres críticos em Psicologia e em outras profissões as quais se interessem por uma atuação que se contraponha à racionalidade medicalizante. O trabalho se revela como um panorama da discussão sobre a medicalização da educação e da sociedade na atualidade, destacando as práticas de resistência como um não silenciamento de profissionais, instituições e cidadãos contrários à perspectiva medicalizante.

Em Outubro de 2015, o Ministério da Saúde, por meio das Coordenações Gerais de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Saúde dos Adolescentes e dos Jovens e a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, divulgou uma recomendação endereçada aos Estados e Municípios para adoção de Práticas não medicalizantes e publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato (cujos nomes comerciais são Ritalina e Concerta), para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. O documento cita recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, do Instituto brasileiro de defesa dos usuários de medicamentos, indicadores do Boletim brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde, pesquisas sobre o uso de medicamentos psicotrópicos na infância, além do manifesto do Fórum de Medicalização.

No campo da medicalização por via da medicação, outros dispositivos importantes foram constituídos como a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), cujas ferramentas buscam fazer com que as pessoas que fazem uso de psicofármacos conheçam melhor os medicamentos e seus efeitos, incluindo a possibilidade de decidir ou recusar diferentes propostas de tratamento. Em 2014 o Ministério da Saúde lançou um guia para moderadores de grupos GAM, construído a partir de experiências envolvendo serviços de saúde mental e universidades⁶².

Essas são apenas algumas das iniciativas recentes diante das questões das práticas de medicalização e que colocam em jogo diversos atores e articulações em torno da criação de práticas de resistências. As estratégias de saber-poder que constituem trabalhadores do campo da saúde mental, por meio de modos de subjetivação nos quais desmotivação, adoecimento, desistências, boicotes, recusas diante de alguns atendimentos, respostas que se arrastam, emergem nas entrevistas como modos de contestações não abertas. Estes modos de contestação caem muitas vezes no reducionismo que entende os processos que atravessam as práticas efetivas no CAPSI como adoecimento dos trabalhadores-falta de iniciativa do gestor, encontrando nas vontades individuais suas motivações e explicações, não permitindo deslocamentos dos modos de produzir saberes, interrogar a vida, constituir novas práticas.

⁶²Dentre a equipe de colaboradores: Rosana Onocko Campos, Analice de Lima Palombini, Eduardo Passos, Laura Lamas Martins Gonçalves, Julio A. Wong Un.

Precisamos de cuidados também porque as situações muitas vezes são bem pesadas. Essas famílias estão em situações difíceis, os filhos não conseguem estudar, não consegue fazer coisas básicas. Os adolescentes estão sem perspectiva de vida.

Aqui havia um histórico de gerencia e equipe conflitarem muito. Acredito que cada um tem seu limite e escuto cada um. Às vezes tem profissional que tem postura de usuário, questionam igual um familiar. Entendo e respeito aquele momento, sei que muitas vezes é um momento. Mas em outras é evidente que já há um adoecimento e também acontece de não ter perfil para o trabalho em saúde mental.

Com o tempo vimos o sofrimento da equipe. Porque no início éramos novos, muitos saindo da universidade, CAPS sendo implantado, era início de tudo. E fomos frustrando, com falta de estrutura, salários, com o cansaço do trabalho cotidiano que é pesado, fomos adoecendo.

Percorremos espaços-tempos no CAPSI em suas necessidades de respostas, de produção diante das *evoluções*, dos controles, nas práticas de saber-poder-subjetivação que capturam, prendem, produzem, atravessadas por diversos discursos como o científico, o religioso, o político, institucional, os trabalhadores se subjetivam. A dimensão política do trabalho parece perder-se em tentativas nas quais se sofre represálias⁶³, diante dos modos como a política parece não atravessar a vida e diante da identificação do trabalho como uma atividade vocacional.

Se o campo político fica esvaziado, enche-se o espaço privado. As noções de cuidado postas em funcionamento produzem os indivíduos dos quais os serviços de saúde efetivam práticas de intervenção, assim como produzem também os trabalhadores. Ali nas denúncias a respeito das faltas ao trabalho, do que é considerado como negligência, dificuldades das equipes de conduzir os casos mais graves, há questões importantes para pensarmos as posições diante das práticas dos especialistas em suas gestões de risco. Essa noção de cuidado produz lugares fixos e universais, constituindo identidades que atravessam e constituem a todos envolvidos. Podemos produzir outras lógicas de funcionar, subvertendo certa ordem em uma proposta estética e ética que seja a oposta da renúncia de si?

Desse modo, aos percursos curriculares narrados e apontados nos documentos analisados destacamos a noção de cuidado e o lugar da verdade, problematizando os

⁶³As mais comuns são as ameaças de transferências, o que além de desvincular o trabalhador de seu espaço de trabalho, impõe uma séria dificuldade na conciliação das atividades diárias visto que as transferências são sempre para locais mais distantes dos centros da cidade ou do seu local de moradia.

percursos indicados nos cursos formais e como estes se presentificam nas práticas efetivadas pelo CAPSI, para pensar o que nas entrevistas emerge como percurso das/nas práticas e daí o que se cria/exercita como espaços de resistência e liberdade.

Uma passagem do artigo de Pires e Mendes (2013) nos ajuda a pensar essa relação dos “estilos de vida” com os saberes técnicos, científicos:

Não é apenas de falta de conhecimento do que padecemos, mas de percepção sobre a vida. Tendo em vista que há uma valorização do acúmulo do conhecimento acadêmico na sociedade atual, o ser humano, muitas vezes, corre o risco de se manter alienado da sua relação consigo mesmo e com a própria vida (p. 62).

Se a respeito da formação universitária uma espécie de esquecimento comparece, pensar nas próprias vidas ou falar delas, como presentificam-se nas práticas de trabalho, parece não muito problematizado.

Deixa eu pensar...Não sei assim...Sempre tive contato desde cedo com escola, minha mãe era da SEDUC e desde sempre tive contato com ambiente escolar, livros... Minha avó trabalhava na pastoral da criança. Tenho uma relação desde de cedo com essa criança pobre e que possibilidade que as pessoas dizem que tem e que eu vejo que elas tem...sempre vi muita potencialidade, também circulei nos abrigos antes da psicologia, acho que é isso, é essa aposta nesse devir dos sujeitos que se encerra muito quando colocamos um rótulo, um nome, deixa de ver e acreditar em muitas coisas”.

As coisas se misturam porque muito daqui eu levei e também trouxe muito. Levei muito daqui o aprendizado do trabalho em equipe. Em outro trabalho estranhei muito o trabalho isolado. As pessoas daqui trocam muito e têm experiência, são dedicadas, vemos os esforços. Lógico que tem momentos de discordâncias, mas há o esforço para resolver situações. Acho que isso... contribuo também com afetuosidade, meu jeito de ser. Não é por conta de ser psicóloga, é do meu jeito.

Eu me cuido a partir da minha espiritualidade. Alivia a sobrecarga, minha vida espiritual. Também tento desligar quando ponho o pé na rua ou me esforço para fazer isso, para não adoecer. Às vezes levo para casa as graças das crianças, coisas legais que lembro deles e comento lá em casa. Também reflito sobre o que houve, coisas que aconteceram, penso na minha própria vida”.

Da minha experiência como mãe é mais difícil falar. Entender o que é ser mãe para essas mulheres. Embora não exista *uma mãe*, procuro entender o que essas mães e avós trazem. São programas de tv

diferentes, contextos diferentes, vidas diferente... tenho esse cuidado de não passar a minha forma de ser mãe. Ouço muito “não sabe educar”. Nossa forma é uma, não é a correta. Nós problematizamos, não colocamos como juízo de valor. Por exemplo as mães aqui batem nos filhos, a maioria. Sabemos que cansa, estressa, mas problematizamos, ajudamos a pensar. O que é diferente de apresentar um modelo, não tenho modelo de nada. Nem de ser mãe, nem de ser psicóloga. Estou aprendendo.

A análise compõe a minha prática, faz com eu reflita quem sou. Consigo também ver minha prática profissional. Melhoro na relação com outros, no acolhimento, a escuta, vejo meus limites. As leituras sempre tenho material, pesquiso sempre, medicalização...também vejo filmes. Vejo indicações de leitura no campo da psicanálise.

Na cultura antiga, a prática de dizer a verdade sobre si, como atividade conjunta, apoia-se na presença do outro, que pode ser qualquer um, em um estatuto mais variável, menos institucionalizado. Se na cultura cristã, esse outro adquire a forma institucional do diretor de consciência ou do confessor, na cultura moderna, é o médico, o psicólogo, o psiquiatra, o psicanalista (FOUCAULT, 2011a). E estes no CAPSI também proferem verdades aos usuários e trabalhadores. Médicos, psicólogos, psiquiatras, psicanalistas assumindo posições de professores, supervisores clinico-institucional, pesquisadores, gestores, nessa posição de anunciar verdades.

Nos prontuários as referências às crianças que “não possuem escuta” são marcantes. Nos documentos referem-se àquelas que “não atendem a comandos”, não se comportam conforme o esperado. Essa escuta pode e precisa ser pensada em um campo ético. No modo *parresiasta*, falar (e também escutar) é um dever quando indexado a um discurso verdadeiro e endereçado a constituição de um *ethos*.

Recordo uma cena de uma das últimas entrevistas. Mais que um fragmento, uma cena. Eu havia sinalizado a respeito da entrevista algumas vezes com Julia⁶⁴ e definido alguns indicativos de data até que depois de tentativas definimos uma data e horário. No dia combinado esperei algum tempo enquanto ela finalizava uma oficina. Quando desceu e me viu disse “Ah era hoje né? Vamos lá”. Disse que tinha pouco tempo, pois precisava ir para casa almoçar e se arrumar para o outro trabalho.

⁶⁴Todos os nomes mencionados foram trocados.

Quando iniciamos, comecei a falar da pesquisa, ela apoiou o rosto na mão e demonstrava uma expressão de cansaço, tédio, sono e desinteresse. Com o passar do tempo a expressão mudou, seu relato com muitos acontecimentos que vivera nos serviços de saúde mental, cheia de exemplos, chegando a levantar-se da cadeira encenando alguns momentos, noutros nos fazendo ri bastante. Tínhamos menos de 30 minutos e ficamos quase 1 hora. Quando o tempo acabou, fomos levantando, mas sem encerrar a conversa até que fiz uma última pergunta:

- Deixa ver se entendi, vocês não atendem alguns casos de autismo em função de não terem recursos como espaço adequado, material e também por considerarem que não tem capacitação/formação?

Ela responde: “Não. Nós não temos algumas condições mínimas para atender, seria uma sala maior ou espaço de circulação, com outros brinquedos, outros recursos. Eu não sei atender autista, mas gostaria de aprender e isso faria experimentando. Eu gostaria de poder aprender, experimentar”.

Na primeira entrevista que realizei, como mencionado no Capítulo 1, Angélica havia indicado que muitos trabalhadores possivelmente não gostariam de audiogravar as entrevistas e também anunciara as questões das equipes diante dos entraves na gestão, os efeitos disso nos conflitos. Remetendo à cena com Júlia componho o quadro do cansaço, tédio, certa indisposição para falar, com outro traçado que ganha certa velocidade na mudança da entonação, do olhar, no gestual e, sobretudo, nessa posição que permite dizer “não sei, não sabemos, gostaria de aprender, tentar, experimentar”.

Essa composição ganha volume quando recorro Paulo ao fim de sua entrevista: “Isso pareceu um grupo de reflexão”. E Alice dizendo “Como assim? Eu ainda não havia pensado nisso, essa é uma pergunta difícil”. Ou Angélica depois de meses de sua entrevista ao me encontrar na sala de espera do CAPSI “Sabe o que lembrei? A psicanálise fundamenta muito a minha prática, mas também tem outras leituras importantes que eu não falei na entrevista. Eu li Foucault, ajudou a questionar muita coisa, a pensar a experiência da loucura de outros modos. Fazemos a entrevista, mas depois ficamos pensando em tantas coisas”.

Com estas cenas é possível pensar que os encontros para realização das entrevistas parecem lançar seus participantes para fora dele. Uma espécie de movimento inusitado

que coloca o riso no lugar do tédio, uma pergunta no lugar da resposta, uma espécie de reticência onde supostamente haveria um ponto final, um fôlego a mais quando só se reconhece a exaustão.

Apontar singularidades requer a criação dos espaços de fala, construção e produção de saberes, agenciamentos coletivos, a articulação em rede no território. Requer costuras entre clínica e política. Entre tempos em que comparece o momento singular da emergência de um acontecimento e o tempo previsível e cronometrado da busca de resultados. São também tempos que se entrecruzam, emaranham-se, aniquilam-se. Os tempos de uma produção-resposta e os tempos de produção de devires, de uma experimentação tomada pelos sujeitos nas suas relações, em seus percursos.

Aplacar antagonismos para permitir escutar o que os casos (das crianças e do CAPSI) fazem falar e daí sim, colocar as diversas lógicas em diálogo, em análise, como modo de abrir passagens e produzir resistências, sem que ela esteja identificada como algo que impede o tratamento, algo que impede a “melhora”, como algo que faz parte do cotidiano do trabalho, nas críticas que se forjam como um movimento de não assujeitamento. Resistência como movimento produtivo diante dos processos de dominação, de opressão.

Perseguir, insistir, não recuar diante das adversidades, atravessar, *travessar*. Daí sim, talvez seja possível esboçar o singular, resistir ao que captura, amarra, impede, adoce. Como Johnny de Cortázar (2010) que não sabe bem o que persegue. A maconha, seus discursos absurdos sobre tantas coisas, e tudo mais que o “engrandece e o converte em um absurdo vivente, num caçador sem braços e sem pernas, numa lebre que corre atrás de um tigre que dorme”. Mas quanto mais foge dele, mais ele persegue. Um perseguidor. Como muito dos usuários que encontramos, como muito de nós, “Johnny persegue em vez de ser perseguido, tudo que está lhe acontecendo na vida são azares do caçador e não do animal acossado” (p. 129).

TERMINAIS...

A tarefa genealógica realiza-se em torno de reflexões que se voltam à atualidade, em um exercício inquietante e incessante do pensamento, da ordem da provisoriedade das conclusões que não estabilizam e fixam certezas – não descanso ou repouso em um permanente deslocamento (MUCHAIL, 2011).

Nos entremeios que abrem o texto da tese, como espaços intermediários que dividem coisas ou lugares extremos, também como pedaço de tecido bordado que enfeita uma peça de roupa, tentei apostar em um devir-minoritário dissolvendo no texto meninas-mulheres-docente-mães-esposas-estudantes-viajantes, para inventar novas forças que permitissem inscrever o movimento da vida que atravessava a tese, visibilizando inquietações a respeito do tema da medicalização da infância.

Remetendo-nos a Deleuze (1997), em *Crítica e Clínica*, escrever é devir “sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido” (p.11). Os terminais que invoco, para encerrar provisoriamente esse texto, aponta para o que encerra, ao mesmo tempo em que, como um lugar de embarque no qual se toma outro transporte, aponta para outros lugares e direções. Novas buscas, deslocamentos, desejos.

Ao encerrar essa tessitura, retomando os territórios geográficos e afetivos percorridos, sou convocada a retomar também os fascínios, capturas e interpelações diante do que fora colocado como questão de pesquisa. As travessias, em suas composições e experimentações, imprimiram marcas e movimentos nesse texto em uma viagem em seus caminhos bifurcados no qual foi possível tornar-me várias.

Uma trajetória acadêmica-profissional dos estudos dos modos de subjetivação na clave foucaultiana, o estudo de mestrado no campo do currículo, o exercício da docência, minha atuação como psicóloga nas políticas públicas de assistência e saúde mental, mais um conjunto de produções sobre o tema da medicalização da infância e os índices crescentes de uso de psicotrópicos na infância, aliaram-se ao plano acontecimental da vida – nascimentos, mudanças, perdas, separações – impulsionando à constituição do objeto de pesquisa e movendo a tessitura da pesquisa.

Montar máquinas que conectam, deixar clausuras, buscar saídas, encontrar-se diante de encruzilhadas, dragões, exércitos. Forjar campos de batalhas, percorrer itinerários errantes em páginas desordenadas, territórios movediços. Desviar-se. Percorrer junto com crianças, famílias, mulheres, circuitos que dão curto, visibilizar algumas linhas de força que os atravessam buscando a normalização das infâncias protegidas, tuteladas, cuidadas, que emergem em diagramas biopolíticos da medicalização. E diante desses percursos problematizar as passagens em seus portos, pontos, des-graus, transformados das praticas dos profissionais de saúde.

Ao trasnversalizar campos-temas, problematizando os modos como se busca governar condutas no campo das politicas publicas brasileiras de saúde mental, em uma perspectiva ética busquei efetuar em diversos momentos as relações que me conectavam à pesquisa assumindo riscos, para poder pensar de outros modos, indagar práticas em diversas posições de sujeito que permitissem a criação de outros modos de operar diverso dos sustentados pelo complexo tutelar posto em funcionamento nas práticas analisadas.

Uma aposta em um modo de operar a pesquisa colocando em análise questões de pesquisa e também o que impulsionava pesquisadora, as relações que estabelecia em sua constituição, os terrenos que percorria e habitava. Tratava-se, sobretudo, de uma aposta no exercício de outros modos de cuidado e de habitar a existência, no qual o pensamento não se separa da vida, sem as buscas pelas verdades dos sujeitos e operando também com outras práticas subjetivas que busquem superar os procedimentos do conhecimento de si por meio das inscrições em consensos científicos.

As diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira que orientam a politica de saúde mental vigente operaram deslocamentos importantes tanto por meio das criticas contundentes que estendem para todo tecido social para além do campo da assistência quanto em relação ao conjunto de práticas que se constituíram neste campo, no Brasil, desde a década de 1970. Enfrentar as práticas coercitivas, violentas, excludentes, das práticas efetivadas nas instituições asilares, colocou em jogo, novas praticas de saber-poder mais refinadas e sutis. Conforme apontado ao longo do trabalho, os modos de cuidado operados situam-se nas práticas de medicalização, como estratégia de controle à céu aberto, pela via da medicação intensiva e por tempo indeterminado, por meio dos saber-poder *psi* que os especialistas invocam ou por um conjunto de prescrições morais.

Trata-se de modos de cuidado que barram as forças da infância no que podem de ter de mais potente. O que faz crise na infância e conecta-se socialmente ao sofrimento, à dor, das crianças e de suas famílias, abriga o que socialmente é temido diante do desgoverno infantil e também de um conjunto de aspectos da vida que envolve não só a criança, mas diversas instituições. Ao mesmo tempo em que as práticas que intervêm buscando criar “algum futuro” para essas crianças, algum grande futuro quando eles aprenderão mais, obedecerão mais, serão aprovados, impedem a invenção de novas forças.

Ao problematizar as questões aqui postas tentamos também visibilizar modos de resistências. Longe de uma visão fatalista, problematizar as estratégias de saber-poder permite visualizar novas lutas. Sustentar a criação de modos de cuidado em perspectiva ética, estética e política, é uma dessas lutas. Não recuar diante da experiência da loucura é um desafio aos que percorrem os territórios da formação estejam eles nas universidades ou nos próprios espaços nos quais as políticas públicas se efetivam.

Na ordem dos discursos educativos comumente os lugares das respostas certas são invocados. O que responder, como e quando, constitui-se em um campo de enunciação de normas e prescrições que deixam de lado as singularidades que se afirmam quando nos lançamos ao exercício de pensar sem modelo, sem receitas, sem carimbos. Perguntar a todo tempo como se faz, qual o melhor modo de educar, parece ser uma constante para mães, famílias e profissionais de saúde.

Ao pensar currículos como percurso para além dos espaços da universidade, tentamos propor não eleger *um lugar* de origem das práticas de medicalização, em um modo causal, denunciante, mas visibilizar o plano acontecimental da vida de profissionais de saúde que atravessam suas práticas. Estas atravessam práticas atravessam a vida de todos e as formas de resistências forjam-se diante das críticas e exercícios coletivos que caminhem para além das *queixas e boicotes*, ultrapassando aquilo que se é, buscando intensidades e apostas na criação de outros modos de vida. Tais apostas podem ser produzidas diante da construção de outros modos de pensar e fazer formação, assim como de intervir. Apostas que forjem múltiplas saídas, que permitam o exercício da problematização divergindo dos modos habituais de encontrar soluções e aplicá-las.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.261-272, out./dez. 2009.
- AQUINO, J. G. Fragmentos de um discurso sobre a infância. In: RESENDE, H. (Org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- ARANTES, E. Breves anotações sobre a educação politécnica como parte de um projeto emancipador. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 379-384, 2006.
- _____. E. Escutar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 93-96.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ARTIÈRES, P. Arquivar a própria vida. **Estudos históricos**. Rio de Janeiro: FGV, v. 11, n. 21, p. 9-34, 1988.
- _____. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, A. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- BAPTISTA, L.A. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.
- BARTHES, R. **O grão da voz**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- _____. **O prazer do texto**. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- BAUMAN, Z. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. **A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- _____. **Capitalismo parasitário: e outros temas contemporâneos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- _____; MAY, T. **Aprendendo a pensar com a sociologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- BAUTHENEY, K. C. S. F. Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico. São Paulo: s.n., 2011.
- BICALHO, P. P.; DECOTELLI, K. M.; BOHRER, L. C. T. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013.
- BLANCHOT, M. **A conversa infinita 3: a ausência do livro, o neutro, o fragmentário**. São Paulo: Escuta, 2010.

BOARINI, M.; BELTRAME, M. Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013.

_____.; BORGES, R. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Revista Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998.

BRAGA, D. Lances históricos da história da Psiquiatria no Estado do Pará. In: RICCI, M.; VALENTIM, R. (Org.). **História, loucura e memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”**. Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Diário Oficial da União**, 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, p. 23).

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

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em: 20 out. 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. Medicalização dos desvios na infância: aspectos positivos e negativos. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, v. 33, n. 1, p. 205-221, 2013.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, Celso. **Pesquisando em arquivos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

COLLARES, C.; MOYSÉS, M. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida, Medicalização da Educação**. 2012.

CORAZZA, S. **O que quer um currículo?: pesquisas pós-críticas em Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

CORTAZAR, J. **Histórias de cronópios e de famas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

_____. O perseguidor. In: _____. **As armas secretas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, L. A. Operar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. Infância e Políticas Públicas: Um Olhar sobre as Práticas Psi. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 42-49; set./dez. 2005.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

_____; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DIAS, R. S. **Deslocamentos na formação de professores: aprendizagens de adultos, experiência e políticas cognitivas**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

DINIZ, M. **Os equívocos da infância medicalizada**. São Paulo, USP, 2009 (Col. LEOSI/FE-USP).

DORNELLES, L.V. **Infâncias que nos escapam: da criança na rua à criança cyber**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FIGUEIREDO, A.; RODRIGUES, S. Alienados, pajés e leprosos: medicina, estigma e exclusão social na Amazônia (1830-1930). In: RICCI, M.; VALENTIM, R. (Org.). **História, loucura e memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”**. Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

FONSECA, M. A. Os paradoxos entre a democracia e o dizer-verdadeiro. **Aurora**, Curitiba, v. 23, n. 32, p.17-30, jan./jun. 2011.

FONSECA, T. M. G. A reforma psiquiátrica e a difícil reconciliação. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FONSECA, M.A; MUCHAIL, S. “Editar” Foucault. In: MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**. Textos sobre *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Loyola, 2011.

FORUM (Revista). **Educação sob o domínio do capital estrangeiro**. Edição n. 124, 2013.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã, meu irmão...** um caso de parricídio do século XIX. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

_____. **Em defesa da sociedade:** Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2002.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p.203-222 (Coleção Ditos e escritos, IV).

_____. **A Arqueologia do saber.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ética, sexualidade, política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 192–217. (Coleção Ditos e Escritos, V).

_____. **Ética, sexualidade, política.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ética, sexualidade, política.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

_____. **Hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006c.

_____. *Omnes et singulatim:* uma Crítica da Razão Política. In: MOTTA, M. (Org.). **Estratégia poder-saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d.

_____. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006e.

_____. **O Nascimento da biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008b.

_____. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

_____. O que é o autor? In: _____. **Estética:** literatura e pintura, música e cinema. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 264-298.

_____. **A coragem da verdade:** o governo de si e dos outros II: curso no Collège de France (1984-1984). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011a.

_____. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b. (Coleção Ditos e Escritos, VII).

_____. **Microfísica do poder.** 25. ed. São Paulo: Graal, 2012.

FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2011.

GALINDO, D.; LEMOS, F.; GARCIA, B.; VILELA, R. O mais prático dos sóis? Medicalização do social em tempos incertos. In: LEMOS, F. et. al. **Psicologia, educação, saúde e sociedade:** transversalizando. 1.ed. Curitiba, PR: CRV, 2015. p. 21-43.

GONDRA, J. G.; GARCIA, I. A arte de endurecer “miolos moles e cérebros brandos”: na racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. **Revista Brasileira de Educação**, n. 26, maio/jun./jul./ago. 2004.

_____. A emergência da infância. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.26, n.01, p.195-214, abr. 2010

GOODMAN, R.; FLEITLICH, B. W. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22 (Supl II), p. 2-6, 2000.

GROS, A. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

GUARRIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes**. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOHAN, W. O. Visões defilosofia: infância. **Alea**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 216-226, jul./dez. 2015.

LAZZAROTTO, G. D. R.; CARVALHO, J. D. Afetar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LEMONS, Flávia Cristina Silveira. O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 93-106, jun. 2008.

_____. O ECA em discursos autoritários. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 1, p.137-150, jan./abr. 2009.

_____; BICALHO, P. P. G.; ALVAREZ, M. C.; BRÍCIO, V. N. Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. (2015). **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 331-339, 2015.

_____; CARDOSO JÚNIOR, H. R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009.

_____; COSTA, J. M.; BRÍCIO, V. N.; CRUZ, F. F. **O UNICEF no Brasil e as práticas vizinhas na atualidade**. **Psicologia & Sociedade**, 28(1), 55-64, 2016.

_____; SILVA, A. A.; SANTOS, D. V. Subverter. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 223-225.

LOBO, L. Pesquisar: genealogia de Michel Foucault. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LOPES, A. C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, n. 26, maio-ago. 2004.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUENGO, F. C. A **Vigilância Punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. 120 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis SP, 2009.

_____; CONSTANTINO, E. P. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, p. 122-126, 2009.

MACÊDO, E.; LOPES, A. C. Nota Introdutória: reconfigurações nos estudos sobre políticas de currículo. **Currículo sem Fronteiras**, v. 6, n. 2, p. 5-9, jul./dez. 2006.

MARCONDES, A. Uma nova criança exige uma nova escola: a criação do novo na luta Micropolítica. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; RIBEIRO, M. C. F. (Org.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memórias do II Seminário Internacional. 1. ed. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2013.

MAUÉS, J. Vestígios de investigações sobre currículo e formação de professores. In: GONÇALVES, L.A.O. (Org.). **Currículo e políticas públicas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

MONTEIRO, H. R. **Medicalização da vida escolar**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MOTA, J. P. da Saúde mental: a roda viva da política pública do estado do Pará. 2012. 254f.: il.; 29 cm Inclui bibliografias. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**. Textos sobre *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Loyola, 2011.

NASCIMENTO, L. Proteção à infância e à adolescência nas tramas da biopolítica. In: RESENDE, H. (Org.). **Michel Foucault**. O governo a infância. Belo Horizonte: Autêntica, 2015 (Coleção Estudos Foucaultianos).

NASCIMENTO, S. B. do. **Biopolíticas de saúde mental, poder disciplinar psiquiátrico e modos de subjetivação de professoras primárias internadas como loucas**. Tese (Doutorado) – UFPA, Pará, 2015.

NERUDA, P. **Livro das perguntas**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

ONOCKO, R.T; SEVERO, A. K.S; L'ABBATE, S. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Comunicação saúde educação**, 18(50):545-56, 2014.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PATTO, M. H. S. De gestores e cães de guarda: sobre psicologia e violência. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 405-415, 2009 (Dossiê Psicologia, Violência e o Debate entre Saberes).

PASSOS, E; OLIVEIRA, J. A. M. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. **P o l i s e P s i q u e**, vol 2 , p.171-187, Número Temático, 2012.

PIRES, R.R; MENDES, M.Z.A.D. A formação do supervisor clínico-institucional. *Cadernos ESP*, Ceará 7(1): 59-67, jan./jun, 2013.

PRADO FILHO, K. Historicizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

RAMMINGER, T. **“Cada CAPS é um CAPS”**: a importância dos saberes. Tese (Doutorado) – UFF, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, N. Minuano. In: BARTUCCI, G. **Psicanalise, arte e estéticas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

RATTO, A. L. S. **Livros de ocorrência: (in) disciplina, normalização e subjetivação**. São Paulo: Cortez, 2007.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D. **Cultura e subjetividade**. Saberes Nômades. Campinas: Papirus, 1997.

ROSE, N. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 155-164, 2008.

SANTOS, B. de S. (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2005a.

_____. de S. Os novos Movimentos Sociais. In: LEHER, R. & SETÚBAL, M. (orgs). **Pensamento Crítico e Movimentos Sociais**. Diálogos para uma nova práxis. São Paulo: Cortez, 2005b.

SANTOS, D. V.; SILVA, A. A. Práticas de poder no processo de implantação de serviços residenciais terapêuticos no Estado do Pará. In: LEMOS, F. C. S. et al. **Transversalizando no ensino, na pesquisa e na extensão**. Curitiba, PR: CRV, 2012.

_____; DIAS, R. Invenção e formação de professores entre escritas e problematizações In: **Criações transversais com Gilles Deleuze: artes, saberes e política**. 1 ed. Curitiba: CRV, 2016, v. vi, p. 311-330.

_____; LEMOS, F. C. S. Práticas higienistas nos escritos de José Veríssimo: apontamentos para pensar a educação no Pará. In: **Psicologia, Educação, Saúde e Sociedade: transversalizando**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2015, v.1, p. 1-360.

SHEINVAR, E. A aplicação do ECA tem se desviado da sua proposta original: Estado de Direito e formação discursiva no campo da criança e do adolescente. In: RESENDE, H. (Org.). **Michel Foucault. O governo a infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015 (Coleção Estudos Foucaultianos).

SILVA, A. A. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. Tese (Doutorado) – PUC/SP, São Paulo, 2015.

SILVA, G.M.; BECK, C. L. C; FIGUEIREDO, A. C. C.; PRESTES, F. C. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012.

SILVA, R. N. **A invenção da psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____. **O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SNGPC. **Boletim de Farmacoepidemiologia**, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012.

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2016: Oportunidades justas para cada criança | Prefácio e Resumo Executivo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)., jun. 2016. Disponível em: <data.unicef.org> Acesso em: 10/042017.

VALENTIM, R. Por uma outra história da loucura. In: RICCI, M.; VALETIM, R. (Org.). **História, loucura e memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”**. Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: _____. **Como se escreve a história**. Tradução de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4. ed. Brasília: UnB, 2008.

_____. **Foucault. Seu pensamento, sua pessoa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

_____; SARAIVA, K. Educar como arte de governar. **Currículo sem Fronteiras**, v. 11, n. 1, p.5-13, jan./jun., 2011.

VORRABER, M.; MOMO, M. Sobre a “conveniência” da escola. **Revista Brasileira de Educação**, v. 14, n. 42, set./dez. 2009.

WOOLF, V. **Um teto todo seu**. 1 ed . São Paulo: Tordesilhas, 2014.

ZANIANI, E. J. M.; BOARINI, M. L. “Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social. *Psicologia & Sociedade*; 23 (2): 272-281, 2011.

ZIBETTI, M.; SOUZA, F.; QUEIROZ, K. Quando a escola recorre à psicologia: mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa na alfabetização. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 10, n. 2, p. 490-506, 2010.