



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE PSICOLOGIA

**DO CONCEITO DE FAMÍLIA AO DE CUIDADOR:
PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL
PARA A INFÂNCIA**

Camila Vian

Lajeado, novembro de 2012

Camila Vian

**DO CONCEITO DE FAMÍLIA AO DE CUIDADOR:
PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL
PARA A INFÂNCIA**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Ms. Débora de Moraes Coelho.

Lajeado, novembro de 2012

Camila Vian

**DO CONCEITO DE FAMÍLIA AO DE CUIDADOR:
PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL
PARA A INFÂNCIA**

A Banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de bacharel em Psicologia:

Prof^a. Ms. Débora de Moraes Coelho – orientadora
UNIVATES

Prof^a. Ms. Gisele Dhein
UNIVATES

Prof^a. Ms. Olinda Lechmann Saldanha
UNIVATES

Lajeado, novembro de 2012.

"Um pouco de possível, senão eu sufoco".

(Deleuze, 1992, p. 131)

AGRADECIMENTOS

Neste momento, quero agradecer primeiramente a meus pais, Noiri e Maria, pelo amor, carinho, incentivo e oportunidades que me proporcionaram. Já vivemos momentos de tristezas e alegrias; porém, sempre juntos. Essa conquista foi construída juntamente com vocês.

Ao meu irmão, Rogério, por ser acolhedor das minhas dúvidas e incertezas. Obrigada por me instigar a buscar novas coisas, sempre com muito carinho.

Ao meu namorado, Bruno, pela paciência, incentivo e amor. Nossa história começou juntamente com o curso e há muitos capítulos ainda para serem escritos.

Meu agradecimento a todos os professores que me acompanharam no decorrer do curso, especialmente às duas professoras que me auxiliaram a construir este trabalho. À professora Patrícia Flores de Medeiros, que me orientou na escrita do Projeto de TCC, sempre demonstrando afeto, cuidado e possibilidades de problematizações. À professora Débora de Moraes Coelho, por ter me acolhido de maneira tão humana e afetuosa no processo de escrita deste trabalho. Obrigada pela dedicação e pelos momentos de cuidado quando estava angustiada diante desta construção.

À coordenadora do curso de Psicologia, Prof. Olinda L. Saldanha, por buscar de forma intensa uma formação diferenciada e potente, permitindo ver e vivenciar a Psicologia a partir de inúmeros vértices.

A todas as minhas colegas e amigas de curso, muito obrigada. Os momentos de alegrias, risos, choros e brincadeiras só foram possíveis porque construímos uma relação de afetividade e amizade.

Aos profissionais do CAPSi de Lajeado, pela oportunidade de discutir o assunto proposto a partir das relações do serviço.

Meus agradecimentos, portanto, são destinados a todas as pessoas que se tornaram cuidadoras em minha vida.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão do curso de Psicologia busca uma problematização dos conceitos de família e infância, de forma a colocar em discussão como os mesmos se movimentam no campo da saúde mental e como conformam práticas de cuidado com crianças em sofrimento psíquico. A partir do processo da Reforma Psiquiátrica, percebe-se que a família foi “convocada” a participar das novas práticas de cuidado. Quando se fala em infância, esta responsabilidade se amplia, pois ainda estamos falando de crianças sob a tutela de alguém. Desta forma, esta pesquisa visou à problematização dos discursos sobre família e infância que circulam entre os profissionais do CAPSi Crescer, situado no município de Lajeado - RS. De forma a colocar estes assuntos em discussão, foram realizados dois grupos focais de cinquenta minutos cada um, podendo perceber como a família e a infância são compreendidas neste campo. Os materiais coletados nos grupos foram discutidos a partir da análise de discurso de Michel Foucault. Esta compreensão auxiliou a perceber a família e a infância a partir de discursos construídos historicamente, presos a relações de poder/saber, os quais permanecem vivos nas práticas de cuidado. Desta forma, procurou-se compreender como os discursos produzem os sujeitos da saúde mental e as práticas de cuidado destinadas a eles. Além disso, foi possível ampliar a noção de família para uma função de cuidador, podendo perceber isso em diferentes vértices, como por exemplo, na relação dos profissionais com as crianças em sofrimento psíquico. A infância também pode ser percebida a partir de uma potencialidade “viva”, e não por vir, como futuro a ser alcançado.

Palavras-chave: Família. Infância. Discurso e Saúde Mental.

ABSTRACT

The Psychology monograph hereby aims to seek an inquiry on the concepts of family and childhood, in order to discuss their role in the field of mental health and how they establish practices involving the care of children who suffer from psychological problems. From the Psychiatric Reform process, one can realize that the patients' families were "summoned" to participate in new care practices. When it comes to childhood, this responsibility grows, because the matter concerns children under someone's guardianship. Thus, the goal of this research was to question the discussions about family and childhood that take place among the working staff in CAPSi Crescer, located in Lajeado – RS. In order to put these subjects under discussion, two group sessions were conducted, each one lasting fifty minutes, in which the way family and childhood are understood in this field become clear. The research materials collected from the groups were discussed through the analysis of speech method created by Michel Foucault. This understanding aided in the perception of family and childhood through historically built speeches, tied to relationships of power versus knowledge that remain in care taking practices. This way, we aimed to understand how the speech techniques produce the mental health subjects and the care practices developed for them. Besides, it became possible to increase the concept of family in the role of caretaker and reach an understanding of it from different angles, for example, in the relationship of the field professionals with the children who suffer from psychological problems. Childhood can also be perceived as a living potential instead of an incoming future to be achieved.

Keywords: Family. Childhood. Speech and Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Joãozinho e Maria - A	29
FIGURA 02 – Joãozinho e Maria - B	30
FIGURA 03 – Joãozinho e Maria - C	31
FIGURA 04 – Joãozinho e Maria - D	32
FIGURA 05 – Joãozinho e Maria - E	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TECENDO O CAMPO DE ANÁLISE	13
2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Que campos são estes?.....	14
3 PESQUISANDO MODOS DE PENSAR, DISCURSAR E TRABALHAR COM FAMÍLIA E INFÂNCIA.....	21
4 DISPOSITIVO EM AÇÃO: “Joãozinho e Maria”	28
4.1 A Família Idealizada	34
4.2 Família Culpabilizada: Joãozinho e Maria são abandonados.....	39
4.3 A Família na Floresta do CAPSi	44
4.4 Familiares ou Cuidadores?	49
4.5 A Resiliência de Joãozinho e Maria.....	52
5 A INFÂNCIA NA FLORESTA DO CAPS	55
5.1 O que pode uma infância menor?	55
5.2 O que pode uma equipe menor?	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE	68
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	69

1 INTRODUÇÃO

O termo infância está atravessado por inúmeros investimentos, tais como pedagógicos, médicos, psicológicos, midiáticos e, a partir disso, produziu-se uma série de especificidades para este período da vida, determinando certas maneiras de os sujeitos serem e habitarem o mundo. Mas é a instituição¹ família que primeiramente deve investir em seus filhos, devendo agir de determinada maneira, para garantir-lhes um crescimento “saudável”. Essa seria uma afirmação utilizada se a natureza humana não fosse tão complexa e as relações pautadas em sentimentos ambíguos. Foi o que pude observar durante o estágio no CAPSi² de Lajeado-RS, no ano de 2010: a dificuldade em acionar as famílias das crianças para participarem do plano terapêutico, o que gera frustrações na equipe.

A partir deste Estágio Básico do curso de Psicologia da UNIVATES, do meu projeto de intervenção e da minha implicação dentro do serviço, comecei a questionar como podemos auxiliar as crianças em sofrimento psíquico quando não é possível incluir os familiares no plano terapêutico. É com essa problematização que passo a iniciar um processo de desconstrução da minha própria ideia de família e de sua efetividade nos tratamentos. Que outras alternativas são possíveis? Devemos falar em familiares ou responsáveis/cuidadores? E os profissionais que trabalham com educação e saúde das crianças, podem se tornar cuidadores? Em que sentido?

¹ Instituição neste contexto não é uma coisa observável; mas campo dinâmico, de relações que a constituem.

² A sigla CAPS refere-se aos Centros de Atenção Psicossocial; já a sigla CAPSi, refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

Assim surgiram os temas que serão abordados neste trabalho: família, cuidadores, infância, políticas públicas em saúde mental e CAPS.

Desta forma, o presente trabalho irá dialogar com os campos da saúde mental e dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, procurando compreender a forma como a família e a infância são pensadas e produzidas nestes contextos. Os CAPS se configuram, atualmente, como importantes modelos de atenção, oferecendo alternativas ao tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. A possibilidade de estes serviços acionarem redes de cuidado permite, no CAPS, a circulação de inúmeros saberes e práticas. Colocar estes saberes e práticas em movimento neste trabalho possibilita que eles sejam problematizados e não caiam novamente em modelos excludentes de tratar.

Para tanto, trago como problema de pesquisa: “Como o discurso sobre família/cuidador conforma práticas de cuidado na infância?” O objetivo do trabalho é o de investigar a concepção de família/cuidador que circula nos serviços de saúde relacionados com a infância, tomando o CAPSi de Lajeado-RS como campo de observação. A intenção é pesquisar o quanto essas concepções orientam as práticas de cuidado. Para isso, foram realizados dois grupos focais com os profissionais do local, sendo analisada, a partir de categorias, a construção dos discursos que utilizam e orientam seus fazeres.

Os capítulos deste trabalho foram organizados de forma a acompanhar a construção dos grupos e a sua análise, a partir de conceitos foucaultianos, como, “sujeito”, “poder” e “análise do discurso”. No capítulo dois, denominado “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Que campos são estes?”, discute-se o campo da saúde mental a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em que o problema de pesquisa começa a ser ampliado.

A escrita do terceiro capítulo procura adentrar na forma como os grupos foram construídos no CAPSi, além de explicar a metodologia adotada na sua aplicação e na análise do material coletado. São discutidos alguns conceitos de Michel Foucault, que me auxiliaram na problematização dos temas que estão sendo abordados neste trabalho.

No quarto capítulo – “Dispositivo em Ação: Joãozinho e Maria” –, entra-se de

forma mais direta na análise dos grupos realizados, a fim de abrir a discussão partindo do conto utilizado como dispositivo nos encontros. A partir das falas dos profissionais dos CAPSi, colocam-se em evidência e em discussão algumas categorias de análise que serviram para pensar a família, a infância e a saúde mental.

O penúltimo capítulo – “A Infância na Floresta do CAPSi” – apresenta uma provocação, no sentido de pensarmos a potência da infância. Além disso, problematiza-se a relação entre a criança e o profissional da saúde, que é olhado como um cuidador, e a potencialidade deste encontro.

A importância deste trabalho encontra-se na possibilidade de ver a família e o sujeito infantil a partir de novos vértices – sem desconsiderar a importância da interação entre eles – proporcionando a ampliação dos olhares no processo de adoecimento infantil e sobre a construção das ações de cuidado, que incluem a família/cuidador. Busca-se provocar deslocamentos, conversações, quebrando uma possível lógica entre causa e efeito na relação entre família e infância.

Finalizo o trabalho com alguns apontamentos sobre o que foi vivenciado nos grupos, apontamentos que poderão continuar sendo pensados e discutidos. Agora sigamos com a proposta apresentada, pousando o olhar atento nos campos investigados.

2 TECENDO O CAMPO DE ANÁLISE

Como o discurso sobre família/cuidador conforma práticas de cuidado na infância?

Discutir o tema proposto neste trabalho já desperta meu desejo desde o estágio básico do curso de Psicologia da UNIVATES, realizado em 2010, no CAPSi de Lajeado. Esse momento me possibilitou a abertura de novos olhares diante do sofrimento psíquico na infância e das práticas de cuidado que são desenvolvidas no local. Para a construção do meu projeto de intervenção do estágio, escutei a demanda da equipe, que sentia dificuldade de as famílias criarem vínculos diferenciados³ com os filhos que eram atendidos no serviço, dificultando também a sua participação no projeto terapêutico proposto.

Propor e realizar grupos com crianças atendidas no local, juntamente com seus cuidadores (este termo foi usado no sentido de que qualquer pessoa responsável pela criança poderia participar, porém somente mães com seus filhos surgiram como demanda), desenvolvido também com a terapeuta ocupacional do serviço, proporcionou-me a experiência de criar um espaço onde as crianças podiam agir e reagir de acordo com as suas possibilidades. Percebíamos que em muitos momentos havia uma infantilização da infância, pois as crianças eram impossibilitadas de falar por si, de seus desejos e de fugir do que era imposto pela

³ Nesse trabalho de estágio, nossa preocupação era desenvolver uma capacidade maior na criança em responder com autonomia e não ficar tão submetida aos desejos dos pais. Vivenciamos situações, por exemplo, em que perguntávamos algo para a criança e quem respondia era a mãe.

família. Buscamos nos encontros, então, ativar novamente as potências destas crianças, possibilitando movimentos de saúde em relação a elas mesmas, em relação ao seu modo de crescer e habitar o mundo.

É a partir desta experiência que se cria o problema deste trabalho e um campo de análise/intervenção que é perpassado pela saúde mental. Mas o que é um campo?

Campo de análise é o perímetro escolhido como objeto para aplicar o aparelho conceitual disponível destinado a entender o campo de intervenção: a inteligência acerca de como ele funciona, a articulação de suas determinações, a forma como são gerados seus efeitos, etc. Este aparelho conceitual pode constituir-se de materiais teóricos muito heterogêneos, dependendo da sua eficiência para fazer a “leitura” do campo de intervenção (BAREMBLITT, 2002, p. 139-140).

Assim, problematizar o campo da saúde mental implica acionar um conjunto de saberes e práticas, colocando-os em movimentação. É neste sentido que o processo da Reforma Psiquiátrica e os seus atravessamentos também são colocados em discussão.

2.1 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Que campos são estes?

O controle que o Estado passa a ter diante das populações com o objetivo de determinar a busca de cuidados em saúde, através da medicina social, está intimamente relacionado às determinações de saúde e doença presentes em nossa atualidade. Segundo Foucault (1979), a Medicina Social surgiu a partir da necessidade do cuidado para que a força no trabalho fosse assegurada. Esta medicina se desenvolveu a partir de três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e finalmente medicina da força do trabalho. Essa última construção, a partir de uma experiência inglesa (século XIX e XX), propunha uma assistência aos pobres, de maneira gratuita, ajudando-os a satisfazer suas necessidades de saúde (garantindo que pudessem manter a força para o desenvolvimento do trabalho) e, ao mesmo tempo, como um controle para proteção das classes ricas. Observa-se, então, que os sujeitos são moldados de acordo com uma sociedade que quer ser produtiva e livre de tudo o que possa diferir de seus interesses.

A partir disso, pode-se problematizar as atuais formas de cuidado em saúde,

dentro das políticas públicas em saúde mental, desde a criação dos princípios da medicina social, até o processo da Reforma Psiquiátrica e a forma como os sujeitos foram sendo constituídos nestes discursos. Aqui, abre-se um breve parêntese para contextualizar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para Ferreira (2007), esta luta não ocorreu de forma imediata, tendo como início do seu processo os Anos 70, sendo paralela com outras mudanças no âmbito da saúde pública. No período de Ditadura Militar, a população e profissionais já começam a questionar a forma desumana como os pacientes de hospitais psiquiátricos eram atendidos. Através da Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, o governo cria o Sistema Nacional de Saúde. Esta lei criara dicotomias: o Ministério da Saúde era responsável pelas práticas na saúde pública, enquanto a Previdência e Assistência Social pela regulação da distribuição de recursos. Neste sistema, os hospitais psiquiátricos eram destinados à exclusão de pessoas que não tinham condições de se cuidar sozinhas.

Ainda, para Ferreira (2007), na realização da VII Conferência Nacional da Saúde (1986) a população começa a exigir a criação de um sistema único de saúde, tendo como lema “a saúde como um direito de todos”, e é a Lei 8.080 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS). A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 1987 e denuncia os maus-tratos e a violência que acontecia em hospitais psiquiátricos, exigindo a diminuição de leitos nestes locais. Na II Conferência, determina-se o fim dos manicômios e a criação de novos recursos não-manicomiais: centros de atenção diária, residências terapêuticas, CAPS, etc:

Nessa conferência se caracteriza a participação dos pacientes e de seus familiares, reconhecidos como integrantes da sociedade civil e exigindo junto ao poder público o fim da prática assistencial fragmentária e excludente, como uma revisão de práticas, valores e discursos que apontam um conceito de cidadania (FERREIRA, 2007, p. 216).

É neste processo, que ainda é considerado um movimento social em construção, que se abre o campo da psiquiatria clássica, para que outras alternativas de cuidado surjam a fim de dar conta destas novas diretrizes. O cuidado em CAPS passa a valorizar o maior trânsito dos usuários pela sociedade, permitindo um protagonismo dentro do processo de adoecimento, procurando atingir o imaginário da própria sociedade sobre a loucura e o adoecimento mental. As políticas públicas surgem também para apontar as diretrizes e ações que serão impostas na tentativa de construir estas reformas:

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 50).

Nesta busca por novos espaços para a loucura, a família também começa a ser chamada para integrar as práticas de cuidado, tomando um lugar de importância no andamento do processo. Entretanto, o que se espera da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se muito mais: o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 5).

Na literatura brasileira sobre saúde mental e no próprio manual do Ministério da Saúde, do CAPS (BRASIL, 2004), os autores frequentemente se referem à necessidade de assistência à família do doente mental como parte ou estratégia do tratamento, ou seja, não basta “devolver” o doente à sua família; é necessária a criação de diretrizes, ações e estratégias de cuidado para todos os sujeitos. A partir disso, quando se fala em adoecimento mental na infância, novas configurações surgem, pois, além de estar falando de cuidados referentes ao adoecimento psíquico, estamos falando também de crianças, ainda sob a tutela de alguém. Assim, surgem serviços especializados como os CAPSi, para dar conta desta demanda:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. 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 (BRASIL, 2004, p. 23).

Nas estratégias de cuidado destinadas a estas crianças e na tentativa de incluí-las na sociedade, a família também é acionada como integrante do plano terapêutico. Porém, como essas famílias são pensadas pelos serviços? Que tipo de atenção lhes é destinada? E as famílias estão “preparadas” para participarem deste processo? Desta forma, questiona-se se o poder que era exercido pelos hospitais psiquiátricos não continua vivo e circulante na nossa sociedade.

Para Foucault (1995, p. 247), “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”. Partindo desta ideia, de uma transformação do poder, pode-se pensar que ocorrera a Reforma Psiquiátrica, mas questiona-se se as práticas realmente foram modificadas, ou se elas somente tomaram outros corpos, mas mantiveram a mesma conduta.

Importante observar, então, que existe a necessidade de uma problematização constante sobre as práticas da desinstitucionalização para que elas não caiam novamente em discursos manicomiais e consigam concretizar a proposta de Reformas Psiquiátricas:

Eles (desejos de manicômios) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p. 46).

É neste sentido que se começa a compreender que promover a desinstitucionalização não implica somente novos dispositivos de cuidado. Desta forma, desinstitucionalizar é colocar em questão/discussão a noção de loucura como impossibilidade de pensamento, assim como as práticas e formas de relação que são estabelecidas com ela (NARDI; RAMMINGER, 2007). É desta maneira que na verdade toda a sociedade, profissionais, famílias, usuários dos serviços, são convocados a rever os seus entendimentos sobre o sofrimento psíquico.

E como é o campo de observação que este trabalho se propõe a visitar? No município de Lajeado, o CAPSi iniciou os atendimentos como um Ambulatório Infante-Juvenil, no ano de 2003. A principal demanda era de dependentes químicos. No ano de 2006, viu-se a necessidade de atender outro tipo de demanda que começava a emergir no serviço: os portadores de outros transtornos psíquicos. Ao abrir as portas para esta outra demanda, a equipe viu a necessidade de se aprimorar e ter outros tipos de profissionais em sua estrutura. Mesmo existindo a necessidade de haver 200 mil habitantes na cidade para constituir um CAPSi, os profissionais conseguiram comprovar a necessidade deste serviço na cidade. O credenciamento junto ao Ministério da Saúde foi realizado no dia 4 de junho de 2009.

O CAPSi de Lajeado intitula-se CRESCER, representando e demonstrando todo o cuidado que é destinado aos sujeitos que procuram ajuda, tentando ativar suas potências para o enfrentamento das dificuldades. A equipe multiprofissional é composta por dezenove profissionais: três psicólogas, duas assistentes sociais, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um educador físico, duas estagiárias de psicologia, duas auxiliares administrativas, uma terapeuta ocupacional, dois médicos psiquiatras, uma médica pediatra, duas serventes. O atendimento no CAPSi ocorre durante o dia das 8h até às 18h.

As movimentações do estágio provocaram/provocam inúmeros questionamentos: como é a relação que a família estabelece com a criança? O que a criança apresenta além do seu sintoma? E quando a família não adere ao tratamento? Qual o papel dos profissionais na relação com a criança? Considerando isso, comecei a perceber o quanto é potente a relação que a criança estabelece com os profissionais, encontrando no local a possibilidade de vivenciar outras experiências em sua vida, principalmente no sentido de relações afetivas mais estáveis, na grande maioria dos casos.

Para começar a entender como este jogo de forças se movimenta no campo da saúde, pode-se trazer Foucault (1999), que discute a inversão do poder, que era exercido pela soberania, para a biopolítica, situada dentro de uma estratégia mais ampla, o biopoder. Enquanto o poder soberano faz morrer e deixa viver, o biopoder faz viver e deixa morrer. Esta inversão de poder começa a dar indícios nos séculos XVII e XVIII, no momento em que surgem tecnologias disciplinares no trabalho. Criam-se procedimentos centrados no corpo individual tentando aumentar a força útil dos sujeitos, através de um sistema de vigilância e organização. Já no século XVIII surge a nova técnica de poder não disciplinar, que não desconsidera a primeira, porém passa a se dirigir ao homem vivo, às suas multiplicidades e aos seus próprios processos: morte, produção, doença, entre outros.

Com isso, passa-se a pensar que o poder que antes era aplicado aos corpos dos doentes nos hospitais psiquiátricos, é “ampliado”. A comunidade e a família principalmente, também são chamadas para dar conta destes cuidados, sendo igualmente alvo de análises quanto aos modos de gerirem suas vidas. “O direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação de todas as necessidades, é a

réplica política aos novos procedimentos do poder, tão diferentes do direito tradicional da soberania” (PELBART, 2003, p. 59).

É neste cenário da Reforma Psiquiátrica e de novas práticas de cuidados no campo da saúde mental que as políticas públicas são elaboradas e executadas. Neste momento, cabe a utilização de documentos do Ministério da Saúde, como analisadores⁴ desta discussão. Atualmente os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). O documento estabelece as normas de funcionamento dos CAPS de acordo com a demanda que atendem: tipos de CAPS, horários de atendimento, equipe técnica necessária, atividades previstas, entre outras. Dentro desta proposta surge um documento intitulado “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que têm como objetivo garantir que a proposta dos CAPS seja aplicada. Ele é destinado a gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, no intuito de demonstrar seu funcionamento e a política que embasa as ações.

Parte-se da ideia de que as políticas públicas são uma produção histórica e que as palavras que estão presentes no documento também são uma construção – na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas, o documento produz aquilo de que fala. Desta maneira, o documento do Ministério da Saúde é efeito de uma biopolítica uma vez que vai discutir quem são os sujeitos atendidos nos CAPS, determinando uma relação de normalidade/anormalidade e como os atendimentos devem ser realizados. Pode-se pensar também que os gestores, trabalhadores e usuários, destinatários deste manual, passam a ser atravessados pelo discurso que permeia o documento, que dita as ações e práticas dos serviços. São produzidas verdades conforme o tipo de sofrimento e a idade que o sujeito apresenta, criando “blocos” específicos de atenção em saúde.

Percebe-se, então, que não há como separar o discurso das relações de poder. O discurso, aqui, entendido como construtor de realidades, práticas sociais e subjetividades, a partir de ações de poder entre os sujeitos. Assim, passa-se a pensar que campos de saber estão presentes nos documentos e o que ditam. Modos de viver permeiam o manual, à medida que o mesmo traz uma diferenciação

⁴ Neste trabalho, os analisadores são entendidos como produtores de análises que assinalam as múltiplas relações que se formam em um campo.

dos tipos de CAPS, que se diferenciam quanto à estrutura física e profissional e quanto à demanda que atendem (crianças/adolescentes, usuários de álcool/drogas e adultos com transtornos psicóticos e neuróticos graves).

Quanto ao CAPSi, o documento (BRASIL, 2004) determina modos de ser criança e de ser família, quando estabelece alguns critérios para que o tratamento tenha “mais resultados”. Segundo a cartilha, as psicoses da infância e o autismo infantil são condições clínicas para as quais não se conhece uma causa isolada. Apesar disso, a experiência permite indicar algumas situações que favorecem as possibilidades de melhora quando a criança é mantida no seu ambiente doméstico e familiar; as famílias são consideradas integrantes do tratamento; há envolvimento com as questões intersetoriais: relações familiares, comunitárias, com a justiça, educação; ocorre uma atuação profissional de forma interdisciplinar, sendo que o trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe; há obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, melhorando as condições de vida para eles e suas famílias; são oferecidas atividades de inclusão social em geral e escolar. Observa-se que cinco das seis condições citadas envolvem a palavra família e a sua importância no tratamento. Pergunta-se, no entanto, como a família é compreendida neste contexto: Como apoio para o tratamento da criança? Como demanda, recebendo também atendimento? É neste sentido que a discussão continuará sendo problematizada.

3 PESQUISANDO MODOS DE PENSAR, DISCURSAR E TRABALHAR COM FAMÍLIA E INFÂNCIA

A experiência do estágio me instigou e chego à escrita deste trabalho. Realizei dois encontros com os profissionais da equipe do serviço do CAPSi de Lajeado, no intuito de perceber como entendem o conceito de família e infância, orientando, assim, as suas práticas. Além disso, os CAPS se configuram como importantes modelos de atenção ao sujeito com sofrimento psíquico, substituindo modos de tratar excludentes e hospitalocêntricos. Desta forma, pode-se pensar que sujeito da saúde mental é construído a partir do processo da Reforma Psiquiátrica: sujeito infantil, sujeito profissional, sujeito família.

Esta pesquisa se configura como uma investigação exploratória e descritiva. Para Gil (2002), a pesquisa exploratória tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, na tentativa de torná-lo mais explícito. Já a pesquisa descritiva procura estudar as características de determinado grupo, levantando opiniões, atitudes e crenças de uma população. O objetivo dos grupos não foi o de saber se os profissionais estão certos ou errados, e sim, como os conceitos de família e a infância são percebidos pela equipe dos profissionais do CAPSi de Lajeado, colocando-os para circular.

A técnica utilizada para obtenção das falas dos participantes desta pesquisa foi a de grupos focais:

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de dada questão por pessoas que compartilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado (GATTI, 2005, p. 11).

A experiência que a equipe possui coloca em discussão práticas que estão ali presentes no dia a dia. Como facilitadora do processo, procurei manter uma postura que possibilitasse a promoção de discussões e de trocas sobre o assunto proposto.

Os materiais deste trabalho serão analisados a partir da abordagem qualitativa e da análise de discurso. Através do método qualitativo, será possível estudar a história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos da interpretação que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007). Como perspectiva teórica para abarcar as questões que surgiram durante os encontros, utilizarei ferramentas teóricas de Foucault: sujeito, poder, análise do discurso. Para tanto, é preciso explorar estes conceitos de forma que sejam utilizados posteriormente dentro de um exercício de análise do material coletado.

Segundo Foucault, o discurso:

[...] é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam, em uma época dada e, para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da 'função enunciativa' (FOUCAULT, 1996, p. 28, grifo do autor).

Para Fischer (2001), a análise do discurso, na obra de Foucault, recusa as explicações unívocas, as fáceis interpretações e a busca insistente do sentido último ou oculto das coisas. Para o autor, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos e são organizadoras da realidade. Desta forma, a análise do discurso é uma ferramenta teórica que procura identificar a função de poder do mesmo, e não o seu sentido.

De acordo com Foucault (1995) é preciso entender “como” se exerce o poder, buscando compreender como ele coloca em ação relações entre indivíduos ou

grupos:

Pois não devemos nos enganar: se falamos do poder das leis, das instituições ou das ideologias, se falamos de estruturas ou de mecanismos de poder, é apenas na medida em que supomos que “alguns” exercem um poder sobre os outros. O termo “poder” designa relações entre “parceiros” (entendendo-se por isto não um sistema de jogo, mas apenas – e permanecendo, por enquanto, na maior generalidade – um conjunto de ações que induzem e se respondem umas às outras) (FOUCAULT, 1995, p. 240, grifo do autor).

Desta forma, os sujeitos não são causa nem origem dos discursos, mas efeitos dos mesmos, sendo subjetivados a partir destas relações. A partir disso, pergunta-se que sujeitos os discursos de família e infância, dentro do campo da saúde mental, produzem. Sujeito culpabilizado? Impotente? Dependente? Vitimizado? Assim, não há como separar o discurso das relações de poder, pois é esta relação que vai constituir realidades, práticas sociais e subjetividades. “Pareceu-me que, enquanto o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação, é igualmente colocado em relações de poder muito complexas” (FOUCAULT, 1995, p. 232). Assim, discutir o campo da saúde mental nesta perspectiva nos auxilia a pensar como as relações de poder circulam nos serviços de saúde e nas práticas de cuidado. Desta forma, as falas dos profissionais são problematizadas de forma a colocar produções históricas e políticas sobre a família e infância, dentro do campo da saúde mental, em relação e em movimento. A análise a partir das ferramentas foucaultianas possibilita entender que “a realidade assume muitas formas, tantas quantas nossos discursos sobre ela forem capazes de compor” (COSTA, 2002, p. 152).

Para Foucault (1986), o discurso é um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva. Mas o que são enunciados? O que eles emergem? O enunciado é “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que [estas] apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 1995, p. 99). Estas funções caracterizam-se através de quatro elementos básicos: faz referência a algo que identificamos; requer um sujeito (como posição); um campo associado (coexistência de outros enunciados); e uma materialidade, formas concretas em que ele aparece (FOUCAULT, 1995).

Desta forma, as falas dos profissionais do CAPSi, como um conjunto de enunciados, se inscrevem em uma formação discursiva da saúde mental, de infância

e família, obedecendo a certas regras, dadas historicamente, as quais afirmam verdades de um tempo; por isso que elas estão inserida em relações de poder e saber:

Descrever um enunciado, portanto [...] é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar. O que permitirá situar um emaranhado de enunciados numa certa organização é justamente o fato de eles pertencerem a uma certa formação discursiva (FISCHER, 2001, p. 202).

O objetivo do grupo não foi o de dizer se aquilo que os profissionais estão falando ou fazendo está certo ou errado, mas compreender que formações discursivas permitem que eles falem sobre o campo da saúde mental e dos sujeitos que circulam nele. Por isso também, segundo Fischer (1995), o discurso analisado não é manifestação de um sujeito único, mas um lugar de sua dispersão e de sua descontinuidade, já que o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem. Desta forma, existe uma pluralidade de vozes e saberes circulando nestas falas, percebendo o sujeito da saúde inserido dentro de relações sociais que o constituem e que formam as práticas de cuidado:

Tudo é prática em Foucault. Enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder que as supõem e que as atualizam. Dito de outra forma, não há relação de poder que não implique uma relação de saber, nem relação de saber que não esteja referida a uma dinâmica de poder (FISCHER, 1995, p. 20).

Relacionar saber com poder coloca as práticas dos profissionais em discussão. Os próprios profissionais da saúde mental estão subjetivados a partir de relações de poder e saber que orientam suas áreas de formação e que se concretizam nas práticas de cuidado do serviço. Pode-se perceber, então, que as práticas sociais estão mergulhadas em relações de poder, produzidas discursivamente e, ao mesmo tempo, são produtoras de discursos e saberes.

A coleta dos dados⁵ desta pesquisa foi realizada em duas quartas-feiras, ocupando parte da reunião de equipe do CAPSi de Lajeado. O estudo contou com a participação de 15 profissionais (alguns estavam de férias e não participaram da

5 O presente trabalho foi aprovado pelo COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNIVATES. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

pesquisa). Esta equipe foi dividida em dois grupos; realizei um encontro com cada um deles, o primeiro com sete profissionais, e o segundo com oito, com duração de 50 minutos cada encontro. Os grupos foram gravados e as falas transcritas. Minhas observações também poderão servir como analisadores. Após a defesa deste trabalho, a devida devolução e a entrega de uma cópia será feita aos profissionais do serviço para estimular a manutenção de espaços de reflexão sobre o trabalho que realizam.

Além dos materiais coletados nos grupos a minha implicação também pode servir para apresentar o serviço, a fim de colocar o leitor em contato com o espaço que ocupei. Retornar ao serviço, depois de um ano e meio, despertou lembranças e sentimentos. Cheguei ao local, uma casa cercada, e, para adentrar, é preciso tocar a campainha. Essas “grades”, para mim, representam mais que um controle, uma forma de proteção, de cuidado, e logo são esquecidas quando ocupo o espaço interno do local. Como os grupos foram realizados durante a reunião de equipe, me deparo com um local calmo, tranquilo, mas, ao mesmo tempo, cheio de vida, atravessado pelas crianças que aí circulam: pinturas, cores, mural do lanche do dia. Em uma sala à esquerda da casa, ocorrem os atendimentos com os médicos e há ainda a sala da enfermagem. À direita há uma sala denominada de “oficina” pelo serviço e a sala de espera.

Esses dois últimos espaços citados ativam minha memória e afetos. No primeiro, realizava os grupos com as mães e crianças e, no segundo, ainda me recordo da seleção de estágio quando, enquanto aguardava, uma mãe me conta que estava acompanhando seu filho de três anos que não estava falando. Ela demonstrava estar preocupada e ao mesmo tempo confiante por estar naquele espaço. Mais alguns passos, encontra-se a recepção e, atrás dela, uma cortina que leva à sala de equipe, a qual também me faz lembrar de trocas, de discussões e de sentimentos de angústia que eram compartilhados pelos profissionais, diante de alguns casos. Ao fundo do corredor, existem duas salas de atendimento, uma sala de grupos e um espaço de recreação. Nos fundos da casa, no espaço externo, há um jardim onde as crianças realizam atividades diversas.

O primeiro encontro com os profissionais do CAPSi ocorreu no dia oito de agosto; o segundo, no dia quinze de agosto. Nos dois momentos, a equipe já me

aguardava na sala de reuniões. Entrei no local um pouco nervosa: durante o estágio, entrava naquele espaço para participar das discussões das reuniões de equipe, atuando, muitas vezes, como observadora. Porém, naquele momento, ocupei um lugar de pesquisadora, de mediadora de uma discussão. O fato de conhecer a maioria dos profissionais do período de realização de estágio me deixou mais tranquila.

Como dispositivo para discussão do assunto utilizei o conto de “Joãozinho e Maria” (D’AGUIAR, 1975). A escolha desta história justifica-se por ela apresentar uma série de elementos para pensarmos o funcionamento de uma família e da infância, envolvendo questão de abandono, sofrimento, cuidado e potência.

O que caracteriza um dispositivo é a sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é o seu teor de liberdade em desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta. Desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras (BARROS, 1997, p. 189).

Neste trabalho, pensa-se o dispositivo como algo a ser posto para funcionar, no intuito de acionar linhas inéditas. Alinhando estas ideias, cita-se o psicanalista Celso Gutfreind (2003), que utiliza o conto na psicoterapia com crianças. À medida que a criança lê, ouve ou narra histórias, abrem-se novas possibilidades e novas maneiras de construir suas próprias histórias:

Os contos são ricos o suficiente para não entrarem em nenhum rótulo. Aceitam todo tipo de leitura e aplicação, mas terminam abertos, prontos para uma reutilização conforme as nossas necessidades (GUTFREIND, 2003, p. 149).

O conto, como um dispositivo, conduz o imaginário a se deslocar para um campo de fantasias, criando associações e ativando a mente de quem escuta a história. Neste trabalho, o conto foi utilizado como um convite para que os profissionais contassem e construíssem a história do CAPSi e narrassem a maneira como eles se colocam no papel de cuidadores e trabalhadores da saúde. No entanto, ao mesmo tempo, por ser uma técnica que sensibiliza, muitos dos profissionais devem ter se remetido às suas próprias infâncias, havendo assim, uma reaproximação dos tempos. O medo de a equipe não se pronunciar logo desapareceu, e pude perceber que queriam falar, o que demonstra tratar-se de um assunto sobre o qual precisam pensar e discutir. Segundo Gutfreind (2003), o ser humano possui

uma capacidade de expressar os sentimentos através de verbalizações e comentários. Nos grupos, os sentimentos de irritação, incômodo e de esperança perante o assunto que estava em discussão apareceram com frequência.

A partir disso, pode-se pensar que o grupo/conto também foi utilizado como uma intervenção, pois proporcionou um momento para a equipe desindividualizar o que vive em seu cotidiano de trabalho. A minha implicação nestes encontros também não foi neutra:

[...] não é a técnica ou o enquadre do campo que define o caráter de pesquisa-intervenção. Senão a posição que o pesquisador ocupa nos jogos de poder, fundamentalmente sua implicação com a instituição do saber científico, e sua abertura para criar zonas de indagações, de desestabilização que possam favorecer ao coletivo aflorar (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 96).

Assim, o momento de grupo em que foi criado, proporcionou uma conversa, um diálogo sobre a compreensão que o serviço tem sobre a relação família-criança. Para Deleuze e Parnet (1998), a conversa designa um encontro entre pessoas, acontecimentos, ideias e movimentos, designando um efeito, um ziguezague, como algo que passa ou que se passa “entre”. Além de o momento proporcionar trocas, o diálogo parece ter aliviado o corpo dos profissionais. Nesta perspectiva, pode-se antecipar a fala de uma profissional do serviço, que revela a importância da realização destes grupos e os efeitos que causaram:

• *Porque a gente também passa a refletir um pouco em cima. Eu achei bem interessante também a escolha... a gente conseguiu fazer um link com as coisas daqui e parar um pouco para refletir em cima disso também que a gente não faz. E isso eu acho que faz falta porque a gente apesar de ter todo um vínculo bom entre a equipe, a gente tem necessidade disso (Eliana⁶).*

Nesse sentido, será importante realizar uma devolução da discussão deste trabalho aos profissionais da equipe do CAPSi, pois esta escrita marca uma experiência que sugestiona caminhos para a problematização de práticas.

E o coletivo aflorou. Dentro dos temas trazidos, foca-se, de início, no dispositivo utilizado nos grupos (a história foi contada para os profissionais de acordo com o texto que será descrito a seguir, sem as imagens) e, posteriormente, nas categorias de análise que foram pensadas.

⁶ Nome fictício.

4 DISPOSITIVO EM AÇÃO: “JOÃOZINHO E MARIA”

Como se coloca o dispositivo, o conto de “Joãozinho e Maria”, para circular, para movimentar, para acionar novas problematizações neste trabalho? Com o objetivo de aproximar o leitor do campo que foi construído nos grupos com o CAPSi, disponibiliza-se o conto utilizado, a partir da autora Cordélia Dias D’Aguiar (1975). As imagens podem auxiliar a pensar sobre o encontro entre a infância, a família e o CAPSi. É a partir desta história que a discussão dos grupos inicia.

FIGURA 01 – Joãozinho e Maria - A



Fonte: Álbuns da Web do Picasa (2012, texto digital).

A fábula conta a história da família de um lenhador que morava perto de uma floresta, com a sua esposa, madrasta de seus dois filhos: Joãozinho e Maria. A família estava passando por dificuldades e quase não tinham o que comer. Desta forma, a madrasta sugeriu ao marido que levasse as crianças ao interior da floresta e as abandonasse, convencendo-o de que alguma pessoa muito bondosa os ajudaria. O marido, muito triste, aceitou.

FIGURA 02 – Joãozinho e Maria - B



Fonte: Álbuns da Web do Picasa (2012, texto digital).

Porém, as crianças estavam ouvindo o plano e, quando foram para a floresta, soltaram pedras no caminho para que descobrissem o caminho de volta para casa. E assim aconteceu: a lua iluminou as pedrinhas, e eles conseguiram voltar. O pai ficou muito feliz. Porém a comida continuava faltando na casa, e a madrasta decidiu realizar o plano novamente. Desta vez, as crianças soltaram pão no caminho. Quando a noite chegou e estavam sozinhas na floresta, perceberam que os pássaros haviam comido o pão. As crianças estavam realmente perdidas.

FIGURA 03 – Joãozinho e Maria - C



Fonte: Álbuns da Web do Picasa (2012, texto digital).

Os irmãos andaram muito pela floresta, por três dias, mas não conseguiram achar a casa do pai. Certa manhã, encontraram uma casa coberta por doces. No interior dela, uma senhora muito querida os acolheu. Todavia, no dia seguinte, o menino e a menina perceberam que a velhinha era uma bruxa muito má, que comia crianças. Ela prendeu Joãozinho e começou a “engordá-lo” para depois cozinhá-lo.

FIGURA 04 – Joãozinho e Maria - D



Fonte: Álbuns da Web do Picasa (2012, texto digital).

Depois de alguns dias, a bruxa disse que iria fazer pão e pediu que Maria entrasse no forno para ver se estava quente. A menina, percebendo que a bruxa queria lhe assá-la, disse que não sabia entrar. Por isso, a bruxa começou a mostrar-lhe como fazer. Nesse momento, a menina empurrou-a para dentro do forno. A bruxa morreu queimada, e Maria soltou o irmão. Os dois ficaram muito felizes, abraçaram-se e beijaram-se muito, recolheram todas as pérolas da bruxa e saíram do local.

FIGURA 05 – Joãozinho e Maria - E



Fonte: Álbuns da Web do Picasa (2012, texto digital).

Andando pela floresta, os irmãos encontraram um rio, mas não conseguiam atravessá-lo. Pediram ajuda de um pato para chegarem à outra margem. Do outro lado do rio, começaram a reconhecer cada vez mais a floresta e avistaram a cabana do pai. O pai, que estava muito triste desde o abandono dos filhos, teve novamente uma alegria. Nesse meio tempo, a madrasta havia morrido. As aflições terminaram, e eles viveram sempre juntos e felizes, sem dificuldades financeiras em função das pérolas encontradas.

As categorias de análise selecionadas para este trabalho foram criadas para uma melhor compreensão do material coletado. Além disso, colocam os discursos sobre família e infância em movimentação. As falas foram selecionadas a partir das discussões que surgiram nos dois grupos. Elas não estão identificadas conforme o grupo, pois nos dois momentos a equipe manteve a “mesma linha” de discussão. Além disso, mesmo que os materiais estejam separados por alguns subtítulos, eles mantêm uma conexão, havendo uma continuidade na discussão. Os nomes dos profissionais foram substituídos por nomes fictícios a fim de preservá-los.

4.1 A Família Idealizada

Joãozinho e Maria foram abandonados na floresta em função das dificuldades financeiras que o pai e a madrasta das crianças estavam enfrentando. Como a família de Joãozinho e Maria poderia ter se organizado diante das dificuldades? Que outras alternativas poderia ter encontrado, para evitar o abandono?

A frustração dos profissionais devido à falta de participação das famílias no tratamento das crianças atendidas no CAPSi aparece com frequência. Percebe-se que eles mantêm uma idealização diante da instituição família, compreendendo que o tratamento não terá efeitos se ela não se implicar no processo:

- *Eu achei assim que a história tem muito a ver, né... escutando a história eu comecei a visualizar algumas famílias, já que o objetivo era esse, né e a questão da própria infância mesmo assim, da criança, a necessidade de ter um lar, pertencer a algum lugar, que é a questão de retornar para casa (Eliana).*
- *[...] então assim, ao invés da família pensar junto ali numa alternativa para passar a fome, não, aquela pessoa doente da casa convenceu o pai amoroso a abandonar os filhos, né, então assim, a gente vê aqui também que acontece no CAPSi, uma pessoa doente desestrutura a família inteira e faz com que a família se... fique doente (Carmen).*
- *Muitas vezes, em atendimentos ali na frente, principalmente, quando chegam com esse tipo de frase ãh... tento lembrar “olha, o filho é teu, né, ele não é meu..”. “ah, mas...” “tá mas, vamos sentar para ver”, eu vejo justamente isso, uma forma de passar a responsabilidade adiante e tirar aquele problema vamos dizer assim (Bernardo).*
- *Outra coisa que agora eu tava pensando, na questão como a criança... quando as crianças não estão protegidas, dentro da família, como estão expostas aos riscos da vida, né, caíram na casa da bruxa, né... tipo assim, como é importante essa proteção, né (Luísa).*

• *Eu fiquei pensando também no quanto a sociedade acaba responsabilizando muito a família e quando isso não acontece, pelos filhos e tal, quando os pais não se responsabilizam talvez, o quanto isso acaba chocando a gente porque a gente tem essa ideia de que família tem que se responsabilizar e acho que muitas vezes a impressão que eu tenho é que assim, os pais vem, as famílias vem para o CAPS procurando talvez um apoio ou um auxílio e que às vezes acabam deixando tudo talvez pro serviço, mas não pegam junto assim, não trabalham em equipe junto com a equipe, sabe (Amanda).*

• *[...] quando as famílias entram aqui, quando as crianças entram aqui, o que a gente vê é que a família, se não entra junto, não vai funcionar o tratamento, né (Eliana).*

Como nasce a ideia de função da família que “protege”? Como ela é entendida pelos profissionais? Para esta compreensão, pode-se percorrer a história e analisar como o sentimento de família surgiu em nossa sociedade. Segundo Ariès (1981), na Idade Média, a importância da família encontrava-se na função de transmissão da vida, dos bens e dos nomes aos filhos, mas não penetrava nas questões relacionadas à sensibilidade. A preocupação com a educação trouxe a ideia de que a criança deve ser submetida a regimes especiais para se tornar “madura” para a vida. É desta forma que a família passa a ocupar uma função moral e espiritual, sendo responsável pela formação dos corpos dos filhos. É neste processo que surge o sentimento moderno da família, que, através da moral, impõe uma preparação para a vida das crianças. Dentro destas funções que a família passa a assumir, pode-se pensar também em um aspecto mais psíquico, da importância do cuidado mental que é atribuído a ela.

Com base nessas considerações, é possível perceber que a invenção da infância também está implicada neste processo do surgimento do sentimento de família, não sendo possível fragmentar as duas construções. Novamente pode-se pensar no estudo de Ariès (1981), que descreve como a sociedade construiu o sentimento em relação à infância. Como primeira análise, o autor destaca que na sociedade medieval não existia um sentimento em relação às crianças. Isso não quer dizer que elas fossem negligenciadas, mas, assim que tivessem condições de viver sem a solicitude constante da mãe ou da ama, elas eram inseridas na sociedade dos adultos e não se distinguiam mais deles.

O primeiro sentimento da infância surgiu nos séculos XVI e XVII e foi caracterizado pela “paparicação” das crianças no meio familiar. Já no final do século XVII, moralistas e educadores formaram outro olhar sobre a infância, com uma

preocupação moral. Recusavam-se a percebê-las como brinquedos encantadores, pois as viam como frágeis criaturas de Deus, as quais era preciso preservar e disciplinar (ÀRIES, 1981):

As crianças são plantas jovens que é preciso cultivar e regar com frequência: alguns conselhos dados na hora certa, algumas demonstrações de ternura e amizade feitas de tempos e tempos as comovem e as conquistam (ARIËS, 1981, p. 104).

É a partir desta construção que esse sentimento passou para a ser inserido nas relações familiares também, e dessa forma a criança assume um papel central nesse “espaço”. Assim, surge um enunciado que diz respeito às “crianças do futuro”. E, para que elas cresçam de forma saudável, é a família que deve cuidar delas e educá-las. Paralelamente, surgem também enunciados (que apareceram nos grupos) de uma família idealizada, que vai/deve dar conta de todas as necessidades dos filhos, acompanhando-os em todos os momentos. Porém, quando as famílias procuram um serviço de saúde mental, elas tendem a se colocar em um papel de falência, ficando impedidas de pensar sobre o processo de adoecimento do filho, negando-o muitas vezes. Percebe-se que as condições históricas permitiram o surgimento desse sentimento de falência e impotência.

Partindo destas ideias, podemos perceber que Ariés (1981) estuda uma instituição familiar que “se recolheu”, se individualizou, composta por pai, mãe e filhos. No entanto, a nossa contemporaneidade nos apresenta uma série de mudanças na configuração familiar e, em muitos momentos buscam-se explicações desta falência da família nessas inúmeras modificações na sua estrutura.

O estudo de Roudinesco (2003) revisita o conceito de família, revendo a forma como a mãe, o pai e os filhos foram ocupando seus papéis, de acordo com o momento histórico e com os saberes predominantes em cada época. Atualmente, há inúmeras configurações familiares: sem filhos, com filhos, com maior participação dos pais, de homossexuais, entre outras. A partir dessa realidade a própria instituição do casamento começa a ser repensada:

[...] ao contrário do que se pensou, a família não se dissolveu, mas se reorganizou de forma horizontal e em redes, garantindo a reprodução das gerações. O casamento perdeu o ornamento da sacralidade, e em constante declínio é hoje caracterizado pela união afetiva de cônjuges – com filhos ou não – que, buscando o refúgio das desordens do mundo exterior, unem-se não mais por uma vida, mas por um período aleatório que,

como em mais de um terço dos casos, termina em divórcio, na maioria das vezes solicitado pelas mulheres, que ainda são as que inicialmente mais sofrem com os encargos dessa ruptura. [...] e esse quadro, que já aterrorizou muito, mostra-se hoje com naturalidade e comprova que a civilização não foi engolida por essas “desordens” (RODRIGUES, 2005, p. 439, grifo do autor).

Percebe-se que estas mudanças na estrutura da família não a engoliram, porém é preciso rever a forma como elas se reorganizam, suas funções e o papel que a infância passa a ocupar neste ambiente. Dentro do campo da saúde mental, podemos nos perguntar se a família consegue dar conta de todas as cobranças que lhe são destinadas e como as famílias lidam com o adoecimento de um dos seus integrantes.

Assim, identifica-se que a família é perpassada por valores e regras, tendo que zelar pela vida dos filhos para serem cidadãos produtivos. Tanto que, segundo Corazza apud Hillesheim (2008), o surgimento deste olhar de cuidado para a infância não implica somente mudança nas estruturas educacionais: trata-se de novas práticas relacionadas a mecanismos de governamentalidade que se exercem sobre o infantil, tornando-se objeto de preocupações médicas, econômicas, políticas, etc. É possível que estas questões de disciplina e governo tenham tomado formas mais sensíveis voltadas ao cuidado na/da relação, mas continuam presentes no discurso da sociedade. Para Melman (2006), como as famílias tornaram-se as principais agentes de cuidado, passaram a receber também o apoio dos médicos, pedagogos, psiquiatras e, mais tarde, dos psicanalistas, para resolver suas dificuldades, com novas questões e personagens em cena. Nasceu, assim, uma demanda incessante por parte da família às voltas com seus infortúnios.

Dessa forma, podemos novamente acionar as condições de emergência da Medicina Social e pensar que o Estado passa a ativar o sentido do cuidado, controlando a população a partir de práticas e serviços. Dentro do campo da saúde mental, após o processo da Reforma Psiquiátrica, o surgimento dos CAPS, através de suas práticas, determina modos de viver, para garantir que a população seja saudável, inclusive para a força do trabalho. Neste sentido, os profissionais, conforme falas abaixo, percebem que as famílias procuram o serviço como uma solução mágica, acreditando que eles poderão resolver todas as dificuldades:

• *É... E até acho que esta questão, de que alguém vai achar a solução mágica mas, me abstendo disso né, não é assim, “vou para a floresta com eles para ver se todos nós somos encontrados”, ou alguma coisa assim, “Não!!!! tira eles lá e seja o que Deus quiser” né (Juliana).*

• *[...] e a ideia mágica das famílias é que a medicação seja, né... o médico funcione como aquela casa cheia de doces que vai resolver o problema da fome, né, e, na realidade, não fazendo referência de que o médico seja a bruxa má, mas nem sempre é a pessoa que vai ter a solução, aquela que tem a casa cheia de doces, né. Então, eu faço essa ligação assim (Eliana).*

As falas permitem afirmar que parece haver também uma idealização dessa instituição de saúde. Joel Birman – psicanalista – e Ivan Capelatto – terapeuta de família – discutem, em um Café Filosófico⁷ (2009), “Educação e limites: os possíveis representantes dos pais – os cuidadores”, a questão da educação e dos limites na infância. Após uma breve contextualização referente à instituição família e suas modificações após a Revolução Feminista, por exemplo, Birman aponta para o desmanchamento de uma idealização da família, pois ela já não se organiza a partir dos filhos e da educação deles, mas a partir dos desejos de cada um dos seus integrantes. Assim, a primeira socialização de uma criança, pela qual a família era a responsável, passa a ser transposta para outros campos da nossa sociedade, como as escolas e as clínicas médicas, acreditando que elas conseguirão dar conta da socialização total das crianças. O que parece haver, então, é uma desresponsabilização do papel de pais, como funções, e é neste contexto que as famílias procuram o CAPSi, por exemplo, para que este esvaziamento da função seja preenchido. Essa seria uma das hipóteses e vias de compreensão do fenômeno observado.

Sobre a fantasia de que tratamento é igual a medicar-se, podemos ressaltar um ideal de cura, em que se valoriza o remédio e a busca por uma resolução rápida a partir dele. Esta prática é ainda um efeito da relação com a loucura que era estabelecida nos manicômios, fazendo com que esta maneira de lidar com sofrimento ainda seja buscada por muitas famílias. Relacionar o adoecimento a uma complexidade maior é perceber que a criança está inserida em uma dinâmica

⁷ O Café Filosófico é um programa que busca ampliar a inserção social por meio de iniciativas culturais. É um ponto de encontro dos mais renomados intelectuais com os mais diversos públicos, em que se organizam teorias e informações são transformadas em conhecimento. Busca-se discutir o contemporâneo e trazer material para pensar nossos afetos e conflitos. Os encontros são realizados em Campinas e São Paulo, onde são gravados, e dão origem ao programa que é exibido na TV Cultura e em TVs educativas.

familiar e, portanto, requer o envolvimento/cuidado desta família. Mas como lidar com o sofrimento psíquico de uma criança?

Tributar a uma criança a enigmática condição de uma existência particular, louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social. A construção histórica do período da infância – do qual a criança é o sustentáculo – forjou um ideário de qualidades determinantes para sua inclusão na história social dos homens. Infância, então, passou a ser o tempo da inocência, pureza, beleza, ingenuidade, felicidade, descompromisso, aprendizado e, fundamentalmente, um tempo sem angústias. Um tempo de preparação, um caminho, de preferência retilíneo, a ser percorrido para que se forme o “homem de amanhã” (COUTO, 2004, p. 6, grifo do autor).

Associar a infância a um tempo sem angústias é a maior idealização que se pode trazer em relação a esse trecho da vida, que é turbulento porque fala de crescer, superar desafios, vencer etapas que nem sempre são vivenciadas da mesma forma por todos, ou seja, a concepção moral, moderna e burguesa cria uma família perfeita, sadia, para cuidar e proteger a criança – inocente em sua vida de felicidade.

Em torno da ideia de “infantil”, poder e saber cruzaram-se em mecanismos específicos, sendo que tal unidade criou as condições para a invenção de um indivíduo cujo pertencimento a um grupo específico permite que se defina o que é o infantil, a partir da invenção da infância que existe e tem valor para nós (HILLESHEIM, 2008, p. 86-87).

Conforme Kehl (2003), a dramaturgia popular, veiculada pelo cinema e pela televisão, apela constantemente para a restauração da família ideal. Nesse sentido, existe uma infância padronizada também quando se vende sabonetes, marcas de margarina e conjuntos estofados para compor o cenário da perfeita felicidade doméstica. Mas como o cenário muda? E quando a criança é “encharcada” de angústia? Como acolher o sofrimento de uma família, de maneira que ela se sinta confiante para participar do tratamento? Estes questionamentos continuarão permeando a discussão que segue.

4.2 Família Culpabilizada: Joãozinho e Maria são abandonados

- *Tem família que nem a do Joãozinho e da Maria, que tão a fim de largá eles no mato (Anderson).*

Joãozinho e Maria são abandonados e sofreram na floresta e na casa da

bruxa. Todo este sofrimento somente aconteceu porque os pais não encontraram alternativas e abandonaram os filhos.

A relação entre o sofrimento psíquico na infância e o funcionamento da família apareceu com muita frequência nos grupos, demonstrando, em muitos momentos, um entendimento de causa e efeito:

- *Muitas vezes, muitas vezes a criança é o bode expiatório da... do problema familiar (Eduardo).*
- *A gente vê geralmente os casos mais graves, criança digamos difícil, geralmente tem relação com a família mais desorganizada, mais complicada, com certeza. Não importa o diagnóstico, né, mas tudo fica muito pior quando a família é mais desorganizada ou que foi deixando a coisa... isso é bem claro (Luísa).*
- *Sim, sim, sempre! Até porque se tu for pensá em doença psiquiátrica, propriamente dita, doença psiquiátrica... ãh... se os teus familiares, se os teus ascendentes já tiveram diagnóstico ou já tiveram situações como, é... suicídios, internações psiquiátricas, uso de drogas, é fator de risco, então já começa pelo próprio fator doença psiquiátrica. A tua família herda tanto, pensa geneticamente, quanto culturalmente, você herda essa condição da tua família (Eduardo).*
- *É, acho que a gente não tem... acho que nunca foi feito um levantamento em números assim, mas eu acho que daria bem poucos que tipo assim, a família, tá totalmente saudável, a gente atende só a criança que precisa de um atendimento assim (Anderson).*
- *A criança doente é uma família doente (Eduardo).*

Acompanha-se, nestas falas dos profissionais, um nexos entre adoecimento familiar e adoecimento da criança. Levando em consideração que a infância é entendida como um período marcado por certos padrões e por ser um período idealizado – felicidade plena –, os profissionais da educação e saúde caem no discurso “fácil” de atribuir a culpa pelo sofrimento psíquico ou mau rendimento escolar à dinâmica familiar. Percebe-se nas falas que os profissionais ficam irritados com os pais que não participam, que não se envolvem, que dão prioridade para outras coisas. Mas não estamos falando também de uma família com dificuldades? Desta forma, o sentimento/compreensão de que esta família precisa ser cuidada também surge somente depois, de forma fragmentada. Neste sentido, pergunta-se que discursos, saberes/práticas ajudam a legitimar esse entendimento.

Em outras palavras, ao mesmo tempo em que a família é entendida como um apoio, um suporte para que o tratamento possa ser ampliado, em outros momentos,

de maior “atrapalhação” dos profissionais que cuidam das crianças, acaba sendo culpabilizada pelos transtornos e comportamentos apresentados por elas. Estas teorias estão implicadas também no discurso das escolas, que rotulam com facilidade a criança e a família. Contudo, percebe-se que estas lógicas não estão presentes somente nas falas dos especialistas: elas são transpostas para o campo social. O poder está dissolvido em inúmeras experiências do nosso dia a dia, do nosso cotidiano, ou seja, as condições históricas permitiram a continuidade do saber psiquiátrico que produz diferenças diagnosticadas pela sociedade, religião, escola, e a culpa sobrecarrega na família.

Quando se retorna à questão do manual do CAPS (BRASIL, 2004), percebe-se que ele é constituído neste campo de forças – de apoio e culpa, e em uma perspectiva romântica da criança “pura”, sendo a família a única influência subjetiva dessa criança. É a partir deste olhar que as políticas públicas em saúde mental são pensadas, partindo da ideia de que as crianças são dependentes da família e somente a partir de uma boa educação e relacionamento crescerão de forma saudável. A análise volta-se, assim, não para uma ideia de infância em si, o que remeteria a uma essência infantil que deve ser resgatada, descoberta ou preservada, mas para os discursos que nos fazem dizer o que pensamos sobre o infantil, outorgando sentidos aos conceitos que se constroem sobre o mesmo, a partir de determinadas categorizações, medidas e comparações (HILLESHEIM, 2008).

Aqui, pode-se pensar que discursos de verdade sustentam estas afirmações:

Por verdade não quero dizer ‘o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar’ mas, o ‘conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder’ (FOUCAULT, 1979, p. 13, grifo do autor).

Entendendo a verdade, então, dentro de jogos de poder, questiona-se que saberes legitimam estas afirmações de uma percepção culpabilizante da família. A Psicologia pode ser pensada como um dos campos de saber que valoriza a presença da família no tratamento, com estudos que mostram o quanto o meio em que a criança está inserida pode causar prejuízos no seu desenvolvimento. A afirmação de ver o sujeito de forma ampliada, no meio em que está inserido, pode estar intimamente ligada a isso. Desta forma, tira-se a capacidade de

desenvolvimento da criança e coloca-se a responsabilidade na família, diluída dentro das suas relações. Cria-se uma dicotomia: ao mesmo tempo em que se valoriza a presença da família, parece haver sua culpabilização e adoecimento. Este poder tira do profissional a capacidade de intervenção e de novas possibilidades.

Pode-se, neste momento, percorrer também os saberes da psicologia que discutem de forma específica a relação entre a infância e a família. Um exame na história do atendimento psicoterápico de crianças mostra um “trajeto” que passa, no início, pela proposta de um atendimento mais pedagógico do que psicoterápico, em que se preconizava a modificação do meio ambiente. Para A. Freud (apud FINKEL, 2009), a criança deveria ser mais adequadamente ensinada a comportar-se melhor. Num outro momento, a ênfase do tratamento é o mundo interno, e aí já não importa o ambiente escolar ou familiar, pois o objeto de trabalho está nas fantasias inconscientes (KLEIN *apud* FINKEL, 2009). Após, surge a Psicologia do Desenvolvimento, que coloca a infância em categorias, exemplificando o que as crianças devem alcançar em cada período de suas vidas, tanto de forma física como psíquica. Já Winnicott (2001), fala do ambiente, da importância do vínculo entre a “mãe” e o bebê, de forma a proporcionar um ambiente confiável e saudável para ele, dando ênfase à construção da relação.

Mas como essas teorias se corporificam nos espaços e nas práticas? Como as pessoas assimilam esses pensamentos, misturam com valores morais seus e replicam verdades sem realmente avaliar e analisar o caso da criança? Hoje se assiste ao surgimento de um entendimento destas teorias, nas quais o problema da criança é considerado, no diagnóstico ou no tratamento, somente em conjunção e dentro da dinâmica familiar. Estes modos de entendimento encontram-se na relação entre escola e aluno, entre psicólogos na assistência e entre profissionais na saúde, que desenvolvem o sentimento de culpa. Porém, a culpa é como as pessoas, moralmente, usam as teorias, pois, se percebe que existe na construção delas, uma ampliação da noção de cuidados das crianças, para uma questão de responsabilização, de oferecer um ambiente que propicie boas experimentações.

As teorias são instrumentos, ferramentas do pensamento que podem ser utilizadas em múltiplas direções, com consequências bastante distintas. Podem estar ao lado do cuidado e da emancipação dos sujeitos ou se constituir em mais um dispositivo disciplinar, normalizador (MELMAN, 2006, p. 52).

Desta forma, as teorias psicológicas, transformadas em técnicas de governo, podem vir a criar um código normalizador, que, através destes mecanismos, produz formas de autocontrole, que incidem sobre a família e sobre o infantil. Contudo, quando se fala em responsabilização, quer-se demonstrar o quanto aquela relação é importante, se faz necessária. Falar em culpa significa despotencializar a relação, colocar em evidência uma relação prejudicial e uma compreensão moral. Para Guedes e Walz (2007), o sentimento de culpa é associado à sensação de sofrimento, em que o sujeito é pensado como causador daquilo que o leva depois a sentir culpa. A responsabilidade, por sua vez, é pensada como uma possibilidade do sujeito de aprender com as experiências internas e externas das suas ações.

• *A gente na verdade não consegue ver diferente, né, não consegue ver isso desvinculado e muitos casos que chegam até nós assim, parece que a gente vê o caminho, né, de como vai ser a sequência, como foi, como aconteceu até então e como continuará sem intervenção (Juliana).*

Estes enunciados colocam em evidência a transgeracionalidade, entendendo que o que aconteceu com os pais pode ser transmitido para os filhos, como uma sequência sem fim, “cada um dos genitores da criança mantém a internalização de suas respectivas famílias originais com os correspondentes valores, estereótipos e conflitos” (ZIMERMAN, 1999, p. 103).

• *A questão da, da família, da formação da família que nem no nosso caso assim, a gente atende a criança... acima dele tem teoricamente os pais, evidente que é a família, então, esses dois indivíduos ali que formam essa família, que a gente vai prestá atendimento, já são derivados de outras duas famílias diferentes e assim, sucessivamente, né, então as vezes, ãh... a triagem tem que abordar além da família da criança, tem que ir até os vô... como era teu vô? Pra poder chegá, pra pode tentá entendê um pouquinho porque chegou até aqui (Anderson).*

A transgeracionalidade, pensada dentro de uma perspectiva do cuidado, pode aparecer como uma dificuldade de alguns pais conseguirem proporcionar um ambiente saudável para os filhos, caso não tenham experienciado isso em suas vidas. Porém este entendimento possui uma dureza quando se coloca como uma impossibilidade de cuidado, de trabalho e como um destino traçado: sujeito louco, pobre e com limite cognitivo.

Como desenhar intervenções que não tratarão a história vivida pelo paciente nem como mero sintoma a ser ultrapassado, nem como destino a ser cumprido, mas que, partindo dela, terão o propósito de facilitar a sua reescritura? (LEAL; DELGADO, 2007, p.145).

Que sujeito da infância está sendo construído neste campo? As demandas para o tratamento de crianças, não raramente, convocam os profissionais da saúde à conversão dos comportamentos “anormais” em “normais”, na tentativa de restabelecer a ordem para aquilo que vai na contramão dos valores dominantes sobre a normalidade, da nossa sociedade. Caso eles respondam a esta demanda, também contribuirão como parcela significativa para a desassistência às crianças no campo da saúde mental, pois como avançar e pensar na loucura da criança, se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado se assentarem sob o imperativo de restaurá-las de acordo com os ideais sociais de normalidade? Ao ser considerada como anormal e passível de conserto, não estaria sendo retirada da criança a possibilidade de subjetivar suas questões e criar saídas singulares para lidar com seu mal-estar, mesmo que uma dessas saídas seja a loucura? (DIAS, 2009). Assim, faz-se necessário, compreender o adoecimento psíquico como um modo de subjetivação, que pode ser entendido como uma saída, uma maneira de criar estratégias diante de algo que não está bem para o sujeito.

Percebe-se, então, que, quando os profissionais ficam presos a uma ideia moral de culpa, os campos não são ampliados, e a família não consegue aderir ao tratamento, pois se sente impotente e também está com dificuldades.

• *Pais que fumam, que bebem, mas que não tem dinheiro para pagar uma passagem né, ou um remédio (Juliana).*

É neste sentido que se deve compreender que as famílias mais “adoecidas”, com dificuldades até mesmo de perceber o sofrimento da criança, não vão conseguir participar de forma imediata no tratamento, fazendo exigências ao serviço, não levando a criança aos atendimentos, dando a medicação de forma incorreta. Como cuidar desta família? Como pensá-la como uma demanda de atendimento e cuidado?

4.3 A Família na Floresta do CAPSi

• *Que às vezes os pais que vêm se sentindo muito culpados e às vezes até querem... eles tão se sentindo culpados mas eles querem fazer algo sabe, eles... só que não conseguem, porque a culpa é tão grande, né (Joice).*

E se a família de Joãozinho e Maria conhecesse o CAPS? Que caminhos

poderiam ter sido construídos?

Aqui percebe-se uma ambivalência em relação a outros momentos de discussão nos grupos. Ao mesmo tempo em que os profissionais descrevem famílias que abandonam, que não cuidam, que não participam do tratamento, existem famílias que se implicam neste processo. Quando isso acontece, que tipo de relação é construída entre a família e os profissionais de saúde?

- [...] ainda acho que esse pai tem um recurso interno assim bem positivo de ficar mal longe das crianças, de ficar feliz com o retorno (Juliana).

Ao mesmo tempo em que os profissionais possuem um discurso de culpabilização, entendem que os familiares muitas vezes chegam com este sentimento no serviço, sendo um impeditivo para que se vinculem ao tratamento proposto. Desta forma, os profissionais do CAPSi procuram “desmanchar” esse sentimento, para que possam iniciar uma aproximação. A principal abordagem de cuidado para as famílias, são grupos de familiares. O que emergiu nos encontros realizados sobre esta prática de cuidado?

- Mas tá assim, ó, a média... bom, a gente tem semanas que não tem espaço aqui na sala, né... em todos os grupos uma média de 17 a 20 pessoas aqui dentro, fácil (Eliana).

- Mas a gente vê que quando eles começam a aderir e se beneficiar, eles mesmos se reorganizam para poder participar. Pais que no início dizem assim, “ah, eu não tenho como vir toda a semana, por causa do meu trabalho”, daqui um pouco começam a se integrar e eles vêm toda a semana, tu nem sabe como eles se organizam no trabalho, eles nem tocam no assunto, eles vem porque eles consideram um benefício para eles... e eles vão influenciando os outros também, a gente começa a perceber que daqui um pouco não é mais a gente que tá coordenando sozinho o grupo, eles mesmos já começam a dizer assim “mas como tu foi fazer isso, tu não te lembra aquela vez que aconteceu comigo que eu contei...” então assim, eles já começam a se dar conta, né... até a ponto de servirem como modelo assim... fazerem trocas (Juliana).

- [...] assim, ó, não culpabilizar a família né... eu ainda penso que muitas famílias daqui ainda estão muito bem diante da história que eles têm, né... claro que hoje as famílias estão tendo muito mais recursos na saúde pública do que tinha há muito tempo atrás, mas os recursos existem e muitas vezes as pessoas não sabem como chegar no serviço. E chegar no serviço é, de uma certa maneira, tu trazer junto a questão de que tu foi incompetente pra dar conta dos teus problemas em casa, que tu teve que abrir pra outras pessoas. Então a família já vem com uma certa defesa pra isso e muitas vezes a forma como ela aprendeu é a forma que ela vai lidar com o filho (...) Se a família tá vinculada com o serviço e a gente consegue desmanchar essa coisa da, do sentimento de culpa e de incompetência que a mãe traz, né, em relação aos cuidados com o filho, a gente faz um vínculo muito maior e uma melhora no resultado do tratamento com a criança. Enquanto a

mãe acha que o serviço que tá curando o meu filho e eu que não soube cuidar dele, aí entra em choque e não há evolução (Eliana).

• *E teria aqueles que têm até inicialmente uma resistência, né, um medo de mexer talvez em algumas questões dele mesmo, né, quanto... não só quanto pai, quanto mãe mas também às vezes pode... pode surgir sentimentos de situações que ele possa ter vivenciado também na infância, né... e daí as vezes têm um pouco de resistência de vir ao serviço justamente por essas questões das mudanças, né... porque às vezes é muito complicado... as mudanças são difíceis pro adulto, né... e então, ãh... mas com o passar do tempo às vezes eles vão se sentindo mais à vontade de tá colocando e ver... e acaba vendo que realmente as coisas não são dessa forma, né... que o objetivo é a gente poder tanto auxiliar tanto a criança que tá aqui, na questão do manejo mas também tá auxiliando tanto na relação deles quanto pessoas quanto... quanto... ãh... mãe, quanto pai enfim, né (Cecília).*

• *Na verdade, né, Cecília, tem esse... a Cecília vai fazer o grupo, não vai fazer o grupo, quem faz os grupos são os próprios pais, só faz a mediação (Anderson).*

• *Também, dessa forma. Claro que às vezes a gente trabalha em reunião assim, aí tem que falar com fulana, sobre aquilo... daí a gente até questiona, né... e a partir disso vão surgindo outras, outras... outros assuntos, né... mas é isso... eu fazia mais a parte da dependência química porque é isso assim, ver como é que tá, como passou a semana, né... como é que foi, como tá em casa, né... no sentido de ver como é que ele tá se relacionando agora, sem o uso da droga quando tipo, quando recém saiu do hospital, de uma internação (Joice).*

• *E o que é positivo disso tudo, sendo mediador, ãh... o objetivo não é a gente dar resposta pra eles, é fazer com que eles se questionem, se questionem e tentam, né... ãh... como eles poderiam fazer melhor ou poderiam, né, modificar e isso a gente dá abertura pros próprios colegas de grupo deles né, fazê... fazê essas trocas ou até “poxa, mas porque tu não faz assim, eu fiz e funcionô, vamos tentar dessa forma” então, eles mesmos acabam, ãh... entre eles buscando alternativas às vezes pro colega que tá do lado, né... então, é isso que é positivo, isso é um crescimento, no momento que eles pensam, né, eles conseguem. Porque se eu desse pronto, vou te dizer assim, ó, eles não iriam captar ou não iriam tentar (Cecília).*

• *Ou as vezes nem aceita, né, Cecília. Aquela coisa, “faz assim!” “Tá querendo me ensinar a ser pai?” Não aceita (Anderson).*

• *É... até porque a gente tem que ver onde ele mora. Qual é o bairro, se ele tem casa, se ele tem comida em casa, se ele tem saneamento básico, se ele tem... pra cada pessoa, é uma pessoa diferente. Eu posso ter 10 filhos e não ter água encanada, ou seja, eu tenho que buscar balde, fazer isso... mas eu to feliz. Pra mim pode ser um problema, mas eu tô feliz assim, entende? Então assim, são as culturas e tem que respeitar também, tem todo um outro lado, então assim, dá até pra tu sugerir coisas ou tenta, mas eu tenho que respeitá, eu não posso esquecê disso, né (Cecília).*

Assim, percebe-se que, quando a equipe consegue acolher a família em suas dificuldades e ao mesmo tempo vê-las como um recurso terapêutico, e não em um papel de “culpa”, que deve ser moldado, as famílias conseguem aderir ao tratamento

e a equipe consegue proporcionar bons encontros:

O estímulo às trocas de experiências tem se revelado uma importante ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas, assim como tem permitido que um familiar possa se abrir para o discurso do seu companheiro. Ouvir o relato de outra pessoa pressupõe uma disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do outro, assim como perceber pontos de contato e vivências semelhantes às suas próprias narrativas (MELMAN, 2006, p. 95).

Desta forma, os grupos, como um recurso terapêutico, assumem um importante espaço de identificações e de novas experimentações. No CAPSi de Lajeado, os profissionais que fazem os grupos procuram se colocar como mediadores da discussão. Desta forma, quando saem de uma suposta posição de poder/saber, a família consegue fazer movimentações e participar dos tratamentos propostos. As questões da infância “mexem” muito com os sentimentos dos profissionais, por serem crianças, percebendo-as como seres frágeis e incapazes. Desta forma, quando a equipe se envolve com estas crianças, não consegue perceber qual é a movimentação e o funcionamento da família, dos seus outros membros e, como se mencionou antes, culpabiliza-as.

Como relatado por um dos profissionais, o grupo é um espaço para que os familiares tragam questões que não estão sempre relacionadas ao adoecimento da criança, podendo perceber os membros da família também como sujeitos com dificuldades, que estão inseridos em um campo social, econômico, político. É a partir disso que a equipe busca perceber todas as necessidades de saúde daquela família. Conforme uma das profissionais da equipe destacou, é preciso saber onde esta família está inserida, quais são as suas dificuldades e, assim, a equipe sai de uma posição de análise somente da relação entre a família e infância e começa a buscar a compreensão de questões que a atravessam.

É neste tópico que podemos pensar no modo como os profissionais da saúde se subjetivam. O trabalhador da saúde mental se constitui em meio aos discursos que estão em embate no campo da saúde mental, permeados por regimes de verdade que ditam os modos de agir. Porém, ao mesmo tempo em que estão incorporados por normas sociais e políticas, eles conseguem criar linhas de fuga, pautadas no protagonismo, discurso este da Reforma Psiquiátrica.

O assujeitamento em Foucault, citado por Nardi e Rammingner (2007), é

paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que aprisiona o sujeito a normas, traz, em si mesmo, as possibilidades de resistência. Isto porque para ele o poder não é uma “forma”, mas um conjunto de relações, que, além de não ter efeito apenas repressivo, também é produtivo e constitutivo, sempre acompanhado de resistência. O que resiste nos grupos de familiares? O que resiste no encontro entre equipe e família?

O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela. Esta consideração é importante para pensar o trabalho, pois ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre a subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as (NARDI; RAMMINGER, 2007, p. 273).

Desta forma, percebe-se que a equipe consegue realizar grupos que fogem de um saber imposto, colocando para circular os papéis que surgem neles. Além disso, os próprios familiares conseguem criar novas possibilidades diante das dificuldades, demonstrando que possuem potencialidades a serem ativadas. Quando a equipe deixa de idealizar, como vimos no ponto 4.1, e de culpabilizar, no ponto 4.2, abre-se um espaço de cuidado da família. Percebendo essa fragilidade, passa-se a entender que a família precisa ser fortalecida, para que, orientados e mais seguros, os pais possam exercer suas funções.

Perspectivar o cuidado dentro deste entendimento de que a família busca ajuda no CAPSi para poder ganhar “fôlego” e, no início, não consegue “dar conta de algumas” atribuições, auxilia a compreender a dificuldade de algumas delas, e criam-se estratégias para acolhê-las, permitindo que consigam participar do processo. Neste sentido, buscam-se mudanças, transformações de cada uma das famílias em relação a elas mesmas, e não em relação ao que se idealiza e se busca, como profissionais da saúde.

Entende-se que as falas apresentadas pelos profissionais do serviço circulam entre a ética e a moral. Seus discursos perpassam a moral quando reproduzem aquilo que “é certo”, ditando a maneira como a criança e a família devem agir e se comportar. A ética apresenta-se quando os profissionais conseguem “complexificar” o pensamento sobre esta relação, na tentativa de promover uma ética do cuidado

que potencializa a autonomia do sujeito.

Os grupos de familiares do CAPSi Crescer são oferecidos de forma semanal, mas existe uma flexibilização por parte da equipe quanto à frequência nos encontros, no sentido de entender que a família está perpassada por outras questões, como o trabalho, por exemplo:

• Os pais têm toda semana, mas a gente faz alguns combinados em função de que alguns não conseguem dispensa do trabalho ou mesmo fica complicado sair do trabalho. Então, a gente vai adequando, cada caso é discutido, né... mas o normal é toda semana assim. Tem aqueles que são assíduos no grupo e que têm um vínculo bem forte com o serviço, né... e claro, a gente tem tentado também trazer mais os pais, de uma forma... comprometê-los, mas tem sido nessa linha assim (Eliana).

Sabe-se que os serviços CAPS estão sendo pensados a partir da política de humanização⁸ do SUS, que busca um atendimento integral e em rede aos sujeitos. A proposta, concretizada também em seu manual (BRASIL, 2001), cita a importância da família neste processo de cuidado, mas não se aprofunda no seu entendimento e modos de compreendê-la. Assim, como a rede pode ser pensada e articulada dentro de um cuidado da saúde mental da infância e da sua família?

4.4 Familiares ou Cuidadores?

Até agora falou-se em uma construção do sentimento de família, da sua importância na participação do tratamento, na culpabilização quando ela não consegue dar conta das necessidades da criança, nos documentos que citam com frequência a palavra família. Mas será que a criança está sempre inserida em um campo familiar? Por que não se fala em cuidadores? E quem são estes cuidadores?

A noção de cuidador apresenta diferentes interpretações, sugerindo que ele pode ser a pessoa responsável pelo cuidado na esfera da vida social e familiar, mas também pode se tratar de instituições, como os abrigos, os profissionais que são

⁸ A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A política se concretiza a partir dos princípios da transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, Portal da Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>.

referência técnica no serviço em que o sujeito é atendido, ou se referir ao próprio Estado, que também é responsável pela garantia de direitos de cidadania a toda criança e adolescente, conforme previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) e mais tarde pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (DOMBI-BARBOSA, 2009).

Como já mencionado anteriormente, a palavra família aparece em inúmeros momentos no manual do CAPS (BRASIL, 2004), não fazendo referência a instituições ou a outros cuidadores/responsáveis. Já o documento de 2006, intitulado “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (BRASIL, 2006), que busca ampliar a discussão da atenção a crianças e adolescentes, faz algumas referências a responsáveis, porém sem tanta profundidade. Na realidade do CAPSi, muitas crianças institucionalizadas são atendidas no serviço, o qual entende que é preciso acionar estas instituições da mesma forma. Ao mesmo tempo, os abrigos demonstram que as famílias nem sempre “dão conta” das necessidades dos filhos e eles precisam ser retirados desse ambiente. Esta realidade desconstrói a ideia de famílias idealizadas e demonstra a necessidade de a criança ser retirada do seu contexto familiar, em algumas situações, para que possa vivenciar novas experiências na sua vida.

[...] sabemos que todos os “papéis” dos agentes familiares são substituíveis – por isso é que os chamamos de papéis. O que é insubstituível é um olhar de adulto sobre a criança, a um só tempo amoroso e responsável, desejante de que esta criança exista e seja feliz na medida do possível – mas não a qualquer preço (KEHL, 2003, p. 5).

Nesse sentido, o abrigo, por exemplo, é uma medida de proteção social, que oferece assistência a crianças e adolescentes que não possuem meios de sobrevivência, ou mesmo, diante da incapacidade dos pais ou outros responsáveis, de cumprir as medidas de cuidados propostas em lei. É assim que surgem, nestes espaços de acolhimento, o que podemos chamar de pais sociais. Dentro dessa perspectiva, podemos aproximar o conceito de família da figura do cuidador, a partir de uma ideia de função na construção subjetiva das crianças, e não de uma estruturação, de uma configuração.

• *Mas uma coisa bacana que tá começando a mudar é que essas mães desses lares, né, elas tão vindo, né, elas participam de alguns grupos aqui (Joice).*

- *A gente conseguiu incluir as mães no grupo, as mães sociais dos abrigos, a gente tem... cada semana vem duas participar, são quatro, né, de duas casas e elas participam com a gente. E a gente começou a ter uma outra visão dessas mulheres que cuidam das crianças em abrigo, pela preocupação, pelo cuidado que elas referem aqui, pelas dificuldades (Eliana).*
- *Eu acho que o abrigo também serve como um modelo assim, né... porque a gente vê que eles recebem crianças até com muitas dificuldades... são crianças que já passaram, né... então acaba nem que seja para ser um modelo, né... aquela coisa tem horário pra dormir, tem horário pra comer (Luísa).*
- *E... não... eu já notei é que alguns deles, tem uns mais antigos que a gente tem aí... eles já se referem em relação ao abrigo, ao orfanato, como casa, né, a minha casa né. Então eles já têm aquela imagem, que é a família deles... não deixam bem direto, mas indiretamente eles já se referem como se fosse a casa deles mesmos, né... claro que tem os conflitos, alguns mais... mas eles já... já aceitaram aquilo ali, os mais antigos. E outros até por alívio, né, que a gente nota uns que vão logo assim, que sai de casa, que poderia... eles se sentem às vezes aliviados por ser tirado da própria mãe (Anderson).*

Mas como a ideia de cuidador se articula nas práticas de saúde pública? A Portaria 1395 de 13 de dezembro de 1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) – identifica o cuidador da seguinte maneira:

[...] a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (BRASIL, 1999, p. 20).

E quanto ao cuidado na infância, quem é sujeito cuidador? Os profissionais da CAPSi relataram uma prevalência de familiares (e, aqui, amplia-se para avós, tios) ou mães sociais, dos abrigos, que participam dos grupos, e é justamente por isso que ele é denominado assim: Grupo de Familiares. A questão da mãe como responsável surge como uma questão cultural, em que, este papel é ainda destinado a ela:

- *E outra, né... e ainda se tem a questão cultural, né... de que é a mãe que cuida, né... porque se a gente analisa praticamente 99% das pessoas que acabam vindo aqui pra acompanhar seus filhos são as genitoras e então assim, são as mães e os pais se fazem... é aquele modelo que a gente tem. Pai trabalha e mãe acompanha o filho, a mãe que cuida e a gente sabe que muitos contextos modificaram. Hoje as mulheres tão trabalhando, hoje mais, estão em casa, tão trabalhando, né... e mesmo assim continua aquele contexto que mãe é que tem que cuida de filho, né (Cecília).*
- *Ou cuidadoras, né, porque a gente ainda vê muitas vó nos grupos de família (Daniela).*

- *Mas é sempre normalmente a mulher (Daniela).*
- *Então, isso ainda... isso ainda se mantém, né... essa questão cultural (Cecília).*

Aqui, aproxima-se a ideia de que as mães são as principais responsáveis pelas ações de cuidado no início da vida das crianças. A elas é destinado também o papel de acompanhamento no tratamento dos filhos quando eles adoecem, e não só nestes espaços, mas nas escolas também, por exemplo. Todavia como acionar outros recursos de cuidado e de cuidador?

Observa-se no discurso dos profissionais que a criança está sempre inserida em um destes dois espaços: família ou Estado (abrigo). Esses espaços podem ser entendidos como responsáveis no sentido de tutela. Entretanto, se pensarmos em um cuidado como exercício com a vida, amplia-se este papel/responsabilização para os professores, profissionais da saúde, comunidade, etc. Assim, o cuidado passa a ser entendido com um ato. É neste sentido que se pode pensar na ideia de rede, desenvolvida a partir de uma política de humanização das práticas em saúde, em que todos os “cuidadores” da criança em sofrimento psíquico e da sua família podem ser acionados (CAPSi, Escola, CRAS) a fim de auxiliá-la neste processo. Assim, o tratamento passa a ser “compartilhado”, e não colocado em um campo de culpas, idealizações e especialismos:

Dessa forma, faz-se necessário refletir sobre o lugar destinado à criança no campo da saúde mental, assim como a articulação entre os diversos setores sociais responsáveis pelos seus cuidados (judiciário, educação, saúde, assistência social), em um esforço coletivo para que algo se construa. Para tal, é preciso reconhecer que não há campo discursivo específico que agrega em si todas as respostas sobre um determinado problema; daí a necessidade de um trabalho articulado em rede (DIAS, 2009, p. 5-6).

Nesta perspectiva, a família é considerada parte do tratamento de uma criança com sofrimento psíquico, responsável pelo tratamento, e os profissionais dos vários setores envolvidos são cuidadores no sentido de acolher o sofrimento e possibilitar a criação de novas estratégias.

4.5 A Resiliência de Joãozinho e Maria

Os pais de Joãozinho e Maria não encontraram outra alternativa:

abandonaram os filhos na floresta. Como Joãozinho e Maria se movimentaram a partir disso? Que estratégias criaram para sobreviver, mesmo sem o cuidado e olhar dos pais?

- *E eu acho que até a questão da resiliência da própria Maria, né, de poder, mesmo diante de uma situação tão conflituosa, conseguir encontrar alternativas pra voltar (Eliana).*

Aqui aparece a questão da resiliência que surge também em algumas crianças do CAPSi, as quais conseguem ter algumas capacidades de transformação.

- *Como uma família assim, que chegou a uma alternativa dessas, conseguiu a criança, conseguir ter uma atitude, né, ir pelo melhor caminho né, resolver um problema (Luísa).*
- *Então, acho que existe a resiliência e eu acho que vejo isso em algumas famílias aqui, né (Eliana).*

Observa-se, em alguns momentos, no campo da saúde mental, uma percepção de que, quando se centra em um polo extremista, considerando a atenção apenas na vulnerabilidade dos sujeitos e nos fatores de riscos, acaba-se ignorando as suas competências e os fatores de proteção. Todavia, segundo Costa e Bigras (2007), nos últimos anos tem-se percebido uma passagem de uma abordagem essencialmente centrada em torno da fragilidade, vulnerabilidade e fatores de risco, para a importância dos fatores de proteção e os recursos internos individuais, que, ao serem mobilizados, ajudam a amparar o trauma. É nesta mobilização dos recursos internos, que podemos falar em resiliência:

O estudo da resiliência emergiu então dos estudos de risco, amplamente difundidos nos programas de saúde, os quais observaram que, em condições adversas, diante de um determinado evento não favorável, alguns indivíduos sobreviviam e desenvolviam competências para enfrentar e superar a adversidade. As pesquisas em resiliência originaram-se da área da psiquiatria e psicologia do desenvolvimento psicossocial da criança (COSTA; BIGRAS, 2007, p. 1104).

Dentro desta perspectiva, pode-se constatar que algumas crianças, conforme citado pelos profissionais do CAPSi, mesmo vivendo em um contexto muito conflituoso, possuem uma capacidade interna que lhes permite serem autoras das suas próprias escolhas. Desta forma, mesmo que algumas crianças possuam algumas dificuldades, existem linhas de fuga que elas próprias traçam e que as auxiliam a construir novas experiências.

Segundo Secunho (2010) a resiliência pode ser entendida como uma

capacidade interna que é ativada pelo próprio sujeito, diante de uma situação de sofrimento ou, através do estabelecimento de uma relação que potencializa novas experimentações. Este segundo entendimento, para a autora, vai de encontro com a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. Nesta aproximação pode-se pensar nas inúmeras construções de relações que a criança possui, de forma a poder pensar sobre formas de agir. Mas como se constroem essas relações? O que elas potencializam? Como pensar o encontro entre as crianças e os profissionais do CAPSi?

5 A INFÂNCIA NA FLORESTA DO CAPS

- *Tem família que nem a do Joãozinho e da Maria, que tão a fim de largá eles no mato (Anderson).*
- *Que às vezes o mato é aqui, né (Anderson).*

E se Joãozinho e Maria tivessem encontrado o serviço do CAPSi e tivessem formando uma vinculação com os profissionais da equipe?

5.1 O que pode uma infância menor?

A equipe falou de famílias desorganizadas e de crianças com sofrimentos psíquicos, em que, não se consegue perceber evoluções, quando os responsáveis não aderem ao tratamento. Os estudos demonstram a busca de uma infância padrão, que representa o futuro, de uma temporalidade histórica. No entanto, se pensarmos em uma outra maneira de ver a infância, de um tempo *aión*⁹, do devir? Para Deleuze (1992, p. 211), “o devir não é história; a história designa somente o conjunto das condições, por mais recentes que sejam, das quais desvia-se a fim de “devir”, isto é, para criar algo novo”.

Quer dizer, o devir, entendido como um acontecimento, como algo que interrompe na história para que novas condições sejam criadas, representa as linhas

⁹ Para Deleuze (2007, p. 170), Aion é tempo dos acontecimentos incorporais e dos atributos distintos das qualidades, povoado de efeitos que o habitam sem nunca preenchê-los. Enquanto Cronos é limitado e infinito, um tempo cronológico, Aion é ilimitado como o futuro e o passado, mas finito como o instante, flutuante.

de fuga, as minorias. O conceito de menor foi construído na obra de Deleuze e Guattari (1977), para pensar a literatura:

Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior. No entanto, a primeira característica é, de qualquer modo, que a língua aí é modificada por um forte coeficiente de desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1977, p. 25).

Para Deleuze (1992, p. 214) as majorias e as minorias não se definem pelo número. A maioria é um modelo a ser seguido, ao passo que uma minoria não tem modelo, é um devir, um processo. Quando uma minoria cria modelos para si, também se torna majoritária, mas a potência provém do que soube criar. Uma infância majoritária é aquela cronológica, das etapas do desenvolvimento, que precisa ser educada conforme alguns padrões de comportamento.

E se pensarmos em uma infância menor? Qual é a capacidade que a criança pode demonstrar, mesmo com algum sofrimento psíquico? Ou seja, dentro de todas as categorizações existentes, dentro de uma percepção maior da infância, existiria, em uma infância menor, uma potência, uma capacidade de produzir mudanças e novas experimentações¹⁰. Segundo Hillesheim (2008), menores são as linhas de fuga, que escapam da homogeneidade e através de desterritorializações, abrem passagem para devires:

Considerar que o menor esteja do lado de fora não significa que o mesmo esteja excluído, mas que se localiza fora das imagens formadas pelas majorias, desafiando a imposição de um só dogma, de uma imagem de verdade (HILLESHEIM, 2008, p. 34-35).

Essa maneira de ver a infância possibilita pensarmos que a criança, mesmo sem um apoio “integral” da família, ou, inserida em um campo familiar “limitado”, também pode criar movimentos de saúde e potência. E como esta potência pode ser ativada? Como podemos investir nesta infância? É neste momento que entra em cena a relação entre os profissionais do CAPSi, como cuidadores, e da criança. A equipe falou de famílias desorganizadas, de pais que não participam do tratamento, de pais que abandonam. Mas e se pensarmos uma ação menor no serviço, nos profissionais?

¹⁰ Essa percepção de infância não desconsidera o sofrimento psíquico, porém cria novas alternativas dentro daquele processo de adoecimento, novas experimentações dentro do próprio funcionamento do sujeito.

5.2 O que pode uma equipe menor?

- *Às vezes a gente tem que fazer o papel do pato e ajudar a atravessar o rio. – Anderson.*
- *Sim... e daí também a gente pode pensar o quanto a criança também pode ter uma capacidade de tá fazendo as suas modificações por ela mesma, a gente trabalhando direto com a criança (Joice).*
- *É, mas tem aqueles pais também que vem aqui, só de corpo, né, não escutam nada, que vão embora, como se não tivessem escutado nada e nem interagido, nem aprendido com os demais, entende. Então assim, ali, tu não vai desistir da criança, porque ela tem condições, talvez tu vai... talvez tu vai fazer isso, vai ser esse mediador, que ela tenha condições de ser mais saudável que sua família, entende, porque se não, todo mundo saía, como a gente usa aquela expressão... agora não me vem mas, taria todo mundo “ah, nasceu numa família ruim, coitada, já era, né” (Joice).*

O profissional, como um cuidador, também pode, através de uma relação de vínculo com a criança, proporcionar-lhe novos modos de ser e habitar o mundo. Parece ser isso que o entendimento de uma infância menor e de ações menores procura: dentro de um padrão pré-estabelecido de tratamento, criar novas redes de atenção. Estas formas de pensar o cuidado não desvalorizam a família ou a sua importância no tratamento de crianças com sofrimentos psíquicos; porém demonstram que as relações familiares são apenas um dos meios que a criança pode explorar, podendo-se criar mapas da atividade psíquica, através de outros objetos, de outras relações:

Ora, os próprios pais são um meio que a criança percorre, com suas qualidades e potências, e cujo mapa ela traça. Eles só tomam a forma pessoal e parental como representantes de um meio num outro meio. Mas é errôneo fazer como se a criança primeiro estivesse limitada a seus pais e só chegasse aos meios *depois*, e por extensão, por derivação. O pai e a mãe não são as coordenadas de tudo o que o inconsciente investe (DELEUZE, 1997, p. 73-74).

Será que é sempre possível criar estas novas alternativas, já que os profissionais também estão submetidos a relações de poder e saber, de um manual, por exemplo, que determina a forma como eles devem realizar suas atividades? Para Kohan (2004), os seres humanos atravessam simultaneamente espaços cruzados, entrelaçados, opostos. De um lado, estão os espaços da macropolítica, o Estado, os segmentos molares. De outro lado, os espaços da micropolítica, os segmentos moleculares, o rizoma, em que as binaridades vêm de multiplicidades, e os círculos não são concêntricos. Desta forma, pode-se pensar que o manual do CAPS (BRASIL 2004) é um documento macropolítico, que impõem modelos de

cuidado. A micropolítica acontece quando os profissionais conseguem criar novas estratégias e alternativas dentro do serviço:

Esses espaços são coextensivos, no campo social, e estão mutuamente imbricados, entrelaçados. Os dois espaços são reais: não há como habitar um deles sem, ao mesmo tempo, estar habitando também o outro. De modo que toda política é, a uma só vez, macro e micro (KOHAN, 2004, p. 61).

Neste sentido, as movimentações micropolíticas são da ordem dos acontecimentos, das potências e de transformações e acontecem em alguns momentos, em algumas situações. Percebe-se que os profissionais do CAPSi conseguem identificar esses momentos de potência da equipe, quando passam a assumir papéis de grande importância no cuidado com crianças em sofrimento psíquico.

• *Exato, né... que tem isso... porque as vezes a gente vê assim... uma coisa que eu tenho muito, eu sinto muito orgulho nisso assim, quando aparece nos grupos de família, né, assim, e que a gente fala dos modelos masculinos que a gente tem aqui, né, e quando as famílias trazem o quanto isso é importante porque muitos meninos não têm a figura paterna... então, assim, mudaram o comportamento pelo vínculo com as nossas figuras masculinas da equipe... então, assim, isso é uma coisa que, pra quem tá desde o início aqui (risos)... eu falo isso pra ele (apontando para o educador físico)... hoje, eu e a Jana que somos as mais antigas aqui, a gente vê uma mudança na equipe e a gente vê o quanto isso hoje mudou o perfil da nossa gurizada... mas assim, muito forte (Eliana).*

• *E não só... e não só na questão da figura masculina também, mas como a figura masculina teve essa coesão com as figuras femininas aqui dentro, né... a gente sabe que eles procuram muito as mães e os pais aqui. E eu acho que a gente acaba fazendo muito esse papel e até pras instituições fora, né... que vêm sempre... que nem ontem, né.. ligaram, um menino tava com dificuldade, não vão ligar para o conselho tutelar, não vão ligar para a vó, mas eles ligam para o serviço, assim, parece que nós temos que encontrar isso (Eliana).*

• *E aí a gente tem que começar a se dar conta que a gente talvez tem que começar a não repulsar isso muito, a gente vai ter que começar talvez ser mais acolhedor mesmo... porque até... porque a gente tinha uma tendência, “ai as escolas... aí... assim, ai que saco!!!” Né... “eles querem que a gente resolva tudo”, mas não adianta, a gente acaba sendo a última... talvez porque funciona bem mesmo (Luísa).*

• *Muitas vezes, quando a gente recebe alguma coisa das escolas, a gente “pô, mas não é o mesmo” (Bernardo).*

• *Sim... e talvez até isso explique um pouco da nossa dificuldade de dar alta no caso né... porque tu vai vendo aquela transformação naquela criança, tu vai vendo o quanto esse vínculo, esse cuidado potencializou a melhora a aí dá uma sensação até de insegurança de deixar ou largar assim, deixar voar, né... eu acho quem (Juliana).*

Os profissionais falam em muitos momentos que outros serviços também

acionam o CAPSi quando estão com alguma dificuldade e que, muitas vezes, as crianças agem de forma diferente no serviços em comparação aos outros espaços. Essas movimentações demonstram a capacidade que a equipe possui de suportar algumas dificuldades das crianças, próprias do sofrimento psíquico:

Incluir a loucura como uma das possíveis condições de existência da criança supõe o desmonte [de um] cardápio ideal e, ao mesmo tempo, uma profunda revisão de nossos ideais de descendência. A “sua majestade o bebê”, objeto de tantos investimentos narcísicos e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfear-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Esta criança “louca” macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, o desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir (COUTO, 2004, p.6).

A partir disso, pode-se perceber a importância da relação construída entre a criança e o serviço de cuidado em saúde mental. Winnicott, citado por Dias (2002), fala da importância do amadurecimento pessoal e, dentro deste processo, a necessidade de a maternagem/analista – que neste caso pode ser entendido como a instituição CAPSi – sobreviver aos ataques da criança. Além disso, existe a necessidade entender o sofrimento, a agressão e os ataques como um processo que também significa uma busca por saúde, de novas significações:

Se, a despeito de nossa própria e humana precariedade, assumimos o lugar de quem cuida, somos chamados a sobreviver e dar prosseguimento à tarefa que assumimos. [...] se nos pomos como cuidadores, precisamos *deixar o outro ser como é e como pode ser*, seja o que for que isso represente, e acompanhá-lo enquanto perdure essa possibilidade, por estreita que seja, sobrevivendo aos estados que lhe são inerentes. Sabemos que, muitas vezes, para recuperar a saúde, o indivíduo necessita adoecer, por precisar de um descanso da tarefa de viver ou, talvez, porque estar doente é, num dado momento, mais real do que uma saúde empostada e falsamente mantida. A doença, nesses casos, é a única condição satisfatória, por ser a única verdadeira (DIAS, 2002, p. 354-355, grifo do autor).

Desta forma, percebe-se que o CAPSi representa em alguns momentos muito mais que um espaço de especialistas, e sim, um lugar de suporte, de estabelecimento de vínculos e relações que potencializam o crescimento mais “saúdável” de uma criança. Isso implica suportar algumas movimentações da própria família da criança, seus afastamentos e impossibilidades de participação no projeto terapêutico, compreendendo, assim, que a família adoecida não “pode”, de início, se vincular ao tratamento como esperam. É necessário atender/conter essas famílias e cuidadores, ampará-los para que possam encontrar fôlego e manejo na condução do cotidiano com a criança. Os CAPS podem servir como um lugar de pouso-reposo

para quem lida com a criança. Só assim veremos essa família com olhos empíricos, sem idealizá-la, culpabilizá-la, mas oferecendo um apoio técnico e humano.

Quando se fala dos CAPS, no plural, ocorre uma referência ao que foi observado, colhido e trabalho teoricamente no campo “CAPSi Lajeado”, como um acontecimento de outros serviços que se colocam neste lugar de cuidar da infância. E, assim como existem pontos restritores – que são aqueles que devem ser “lapidados”, tornando-os mais porosos às mudanças – existem também os pontos potencializadores que sempre entusiasma e sustentam o dia a dia de trabalho neste campo. O fazer em saúde é dinâmico e se faz neste entrecruzamento das práticas macropolíticas (documentos, leis e regulações governamentais) e da prática micropolítica:

Compreender o poder nesta dimensão é o que Guattari chamou, entre outros nomes, de “micropolítica”. “Micro” refere-se à dimensão do processo de produção das formas de realidade: a realidade em vias de se constituir, se definir (territorializar) e ao mesmo tempo, em vias de se desmanchar (desterritorializar). Realidade tanto individual quanto grupal ou coletiva. Enquanto “macro” refere-se à realidade em suas formas constituídas — aqui também, tanto ao nível individual quanto grupal ou coletivo. É na lógica das formas constituídas que se pensa em termos de um todo, de pólos em conflito e/ou contradição — em suma, em relações de dominação. E esta lógica (macro) vale tanto para relações de dominação entre Estado e Sociedade quanto para as relações de dominação do contexto de um casal. Pensar o poder enquanto “técnica de subjetivação”, como propõe Foucault, é pensá-lo segundo uma outra lógica, a qual permite por exemplo lutar contra a reificação da consciência e apreender a dimensão de criatividade social (ROLNIK, 1990, p. 3).

É neste processo de movimentação que se constroem os olhares e práticas de cuidado, “menores” em muitos momentos, no campo da saúde mental da infância, ampliando este campo, então, para a atenção aos cuidadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como finalizar um trabalho, se o tema estudado é permeado por dúvidas, desconfortos, incertezas? Como “fechar” um assunto que pode ser abordado a partir de inúmeros vértices? Pois bem, encerrar não é possível, até porque não se buscaram verdades, mas avaliar a problematização e o processo faz-se necessário.

Pode-se dizer que este trabalho foi construído juntamente com a equipe do serviço CAPSi de Lajeado, que se dispôs a discutir o assunto proposto. Os encontros realizados com os profissionais possibilitaram uma desconforto que parece ter sido problematizada pela própria equipe e, na escrita deste trabalho. Discutir o tema infância e família dentro do campo da saúde mental, possibilitou a emergência de uma série de discursos que permeiam as práticas de cuidado, neste caso, de um CAPSi. Este campo, atravessado pelo processo da Reforma Psiquiátrica, exige dos profissionais da saúde uma reflexão constante dos modos de desinstitucionalizar a loucura e o modo de percebê-la. Desta forma, este trabalho permitiu a construção de um espaço, dentro do serviço, que buscou a discussão dos temas de forma a deslocá-los e provocar os profissionais a pensarem sobre suas práticas.

Neste sentido, construiu-se um trabalho que identificou uma visão muitas vezes moral da família, por parte dos profissionais, mas que, ao mesmo tempo, buscam de forma constante novas movimentações. Percebeu-se que no início das discussões a equipe manteve um discurso pautado na culpabilização da família pelo sofrimento psíquico apresentado pela criança, relatando a dificuldade dessas

famílias de aderirem e participarem do tratamento proposto. Quando a discussão foi ampliada, a equipe começou a descrever que algumas famílias, depois de acolhidas em suas dificuldades, conseguem realizar movimentos de saúde e participação.

Neste sentido, a partir do dispositivo utilizado nos grupos – o conto de Joãozinho e Maria – emergiram falas de ambivalências quanto à relação estabelecida entre a família e a infância. Ao mesmo tempo em que a família está inserida em um campo de poder-saber quanto ao adoecimento de uma criança, sendo em muitos momentos culpabilizada por isso, existem ações e um entendimento de que é necessário cuidar tanto da criança quanto da sua família. Desta maneira, os próprios profissionais desconstruíram uma ideia de família idealizada, percebendo que é preciso aproximar as ações de cuidado dentro do que as famílias podem oferecer, em uma comparação com elas mesmas, e não em relação aos desejos dos profissionais de saúde.

Assim, chegou-se a um entendimento, a partir das análises realizadas neste trabalho, de que algumas famílias terão mais condições de se engajar e participar do tratamento proposto. Outras, porém, precisam ser primeiramente escutadas e acolhidas em seus sofrimentos, como sujeitos de demanda, usuárias do serviço, para, posteriormente, conseguirem em alguns momentos ser um suporte e aliadas no tratamento da criança. Essas são as duas formas de compreender o processo de adoecimento/saúde das famílias que circulam nos serviços de cuidado mental. É com este entendimento que se criam linhas de cuidado mais potentes e possíveis.

Percebe-se que os discursos de culpabilização e impotência da família criam práticas “limitadas”, em que a equipe não consegue perceber melhoras nas crianças quando a família não adere ao tratamento. Foi no momento em que os profissionais da saúde conseguiram falar da importância da sua relação com estas crianças que as práticas se tornaram potentes, e foi possível também, olhar a infância a partir de inúmeras possibilidades.

No manual do CAPS percebeu-se que a palavra família e sua importância no tratamento de um sujeito com sofrimento psíquico aparece com frequência. Nesta perspectiva, foi possível discutir neste trabalho uma ampliação no que diz respeito a uma responsabilização das famílias no cuidado das crianças, pensando no ato de

cuidar. Assim, o conceito de cuidador pode ser percebido com um ato que pode ser construído por toda uma rede (família, crianças, profissionais da saúde, escola), que busca novas perspectivas no campo da saúde mental.

Conforme já descrito anteriormente, será realizada uma devolução desta discussão à equipe do CAPS Crescer de modo a impulsioná-los a criarem espaços de estudo e problematizações. Discussões teóricas como dispositivos podem auxiliar os profissionais a “fugirem” de modos únicos de pensar o adoecimento psíquico, fazendo com que as práticas de cuidado do seu dia a dia sejam movimentadas e oxigenadas. É neste sentido que uma prática menor se exercita.

O presente trabalho foi construído a partir das experiências do estágio do curso de Psicologia, as quais, nesta escrita, continuaram me acompanhando, possibilitando a criação de novas percepções, agora, a partir dos grupos que foram realizados. É com estes apontamentos que o presente trabalho ainda poderá ser problematizado e pensado. As questões aqui trazidas podem ainda visitar novas perspectivas e criar novas práticas de cuidado na infância, dentro do campo da saúde mental. Assim, fala-se de uma prática em saúde orientada por um paradigma ético-estético-político. Para Barros (2007) esta afirmação relata uma prática baseada em uma escuta amoral. Ética “é aquela que se põe a ouvir o estrangeiro que se produz no encontro com o outro” (BARROS, 2007, p. 323), em que haja a valorização do desejo do sujeito e de sua forma de vida, proporcionando, através de um compromisso e de uma responsabilização pelo mesmo (via política), a composição/recomposição de novas formas de viver.

REFERÊNCIAS

Álbuns da Web do Picasa. Disponível em:
<<https://picasaweb.google.com/113720291589793245126/JoaoEMaria> > Acesso em:
15 out. 2012.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, Regina Benevides. Dispositivos em ação: o grupo In: SILVA, André do Eirado. **Saúde e Loucura**: Subjetividades – questões contemporâneas. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Grupo**: A Afirmação de um Simulacro. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BRASIL. Política Nacional do Idoso, Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1.999. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 1999.

_____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

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

CAPELATTO, Ivan; BIRMAN, Joel. **Educação e limites**: os possíveis representantes dos pais – os cuidadores. Publicado em: 27/02/2009. Disponível em:

<<http://www.cpflcultura.com.br/2009/04/08/educacao-e-limites-os-possiveis-representantes-dos-pais-os-cuidadores-ivan-capelatto-e-joel-birman/>> Acesso em: 12 de set. 2012.

COSTA, Maria Conceição; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida a infância e adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

COSTA, Marisa Vorraber. Uma agenda para jovens pesquisadores. In: _____. **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tânia. (org). **A criança e a saúde mental: enlases entre a clínica e a política**. BH: Autêntica/ FHC-FUMEC. 2004.

D'AGUIAR, Cordélia Dias. **Joãozinho e Maria**. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1975.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. **Crítica e Clínica**. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1997.

_____. **Lógica do Sentido**. Trad. Luiz Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva, 2007.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Kafka – por uma literatura menor**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DIAS, Elsa Oliveira. Da sobrevivência do analista. *Nat. hum.* São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-18, 2002.

DIAS, Fábio Wallace de Souza. A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar? **Revista CliniCAPS**. Belo Horizonte, n.07, p. 1-7, 2009.

DOMBI-BARBOSA, Caroline *et al.* Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi) do estado de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

FERREIRA, Gina. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

FINKEL, Lenira Akcelrud. O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 29, n. 1, p. 190-203, 2009.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. A análise do discurso: para além de palavras e coisas. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 18-37, 1995.

_____. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de pesquisa**, n. 114, p. 197-223, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. 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 Universitária, 1995.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **História da Sexualidade I – A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Alda Martins Gonçalves; SENA, Roseni Rosângela. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana**, 9(2), p. 48-55, 2001.

GUEDES, Paulo Sergio Rosa; WALZ, Julio Cesar. **O sentimento de culpa**. Porto Alegre: [s.n], 2007.

GUTFREIND, Celso. **O terapeuta e o lobo: a utilização do conto na psicoterapia da criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

HILLESHEIM, Betina. **Entre a Literatura e o infantil: uma infância**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2008.

KEHL, Maria Rita. **Em defesa da família tentacular** (2003). Disponível em: <<http://www.mariaritakehl.psc.br/PDF/emdefesadafamiliatentacular.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

KOHAN, Walter Omar. A infância da Educação: o conceito devir-criança In: _____. **Lugares da Infância na Filosofia**. Rio de Janeiro, DP&A, 2004.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Campello; BARROS, Maria Elizabeth (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.

PAULON, Simone Manieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro: UERJ, n.1, p. 85-102, 2010.

PELBART, Peter Pal. **Vida capital**. Ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

RODRIGUES, Adriana. As novas formas de organização familiar: um olhar histórico e psicanalítico. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 13, n. 2, 2005.

ROLNIK, Suely. **Uma ética do real**. (1990). Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/eticareal.pdf> Acesso em 22 out. 2012.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A Família em desordem**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

SECUNHO, Celiane Ferreira. Aproximações e distanciamentos entre os princípios da resiliência e a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. **Psic. Rev. São Paulo**. v. 19, n. 1, p. 119-145, 2010.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos: teórica, técnica e clínica: uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

WINNICOTT, Donald. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou disposto (a) a participar da Pesquisa “Família e Políticas Públicas em Saúde Mental para a Infância”, que tem por objetivo descrever e analisar as questões referentes à família. O tema será abordado em grupo focal, com duração de uma hora, sendo um encontro, durante reunião de equipe do CAPSi. Os grupos focais constituem-se como importante técnica para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores sobre determinado assunto. Fui esclarecido(a) de forma clara e detalhada, sem ser obrigado (a), sobre os objetivos da pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- 1) Da garantia de receber esclarecimento sobre o estudo e resposta a qualquer pergunta relacionada com a pesquisa, a qualquer momento durante a realização da mesma;
- 2) Da liberdade de recusar ou retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer prejuízo ou penalidade;
- 3) Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o sigilo da identidade e minha privacidade;
- 4) De que os dados recolhidos serão usados unicamente para os objetivos da presente pesquisa;
- 5) Que os dados obtidos com a pesquisa podem ser utilizados para fins de divulgação científica em congressos, seminários e periódicos;
- 6) Que a participação na pesquisa não implicará em qualquer custo.

Este documento será redigido e assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito e a outra com a pesquisadora.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é Camila Vian e a professora Débora de Moraes Coelho.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____