

“Um Menino que pulava para falar”. Quais os lugares produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental?

“A boy that jumped to speak”. Which places are produced for children and adolescents in Mental Health?

Ivana Carneiro Botelho; Maria Elizabeth Barros de Barros

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

RESUMO:

O artigo traz a montagem de um ca(u)so - “Um Menino que pulava para falar” – e, com essa narrativa, empreende algumas análises dos lugares produzidos para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Neste trabalho, “lugares” remetem às práticas de cuidado que emergem junto a meninos e meninas que fazem uso de algum equipamento da Saúde Mental. Dentre as linhas do caso narrado, puxamos a discussão das práticas médico-pedagógicas que objetivam a psiquiatrização da infância por meio da “criança anormal” segundo Foucault. Com essa linha histórica, analisamos a operação de divisão entre “transtorno mental” e “deficiência mental” e os efeitos disso nas práticas de cuidado de um equipamento da Saúde Mental. A montagem do caso nos serve para problematizar as práticas, não as tomando como naturais e necessárias ao campo.

Palavras-chave: Saúde Mental; crianças; adolescentes.

ABSTRACT:

The article brings the assembly of a case - "A boy that jumped to speak" - and with this narrative, undertaking some analysis of the places produced for children and adolescents in the mental health field. In this study, "places" refer to the care practices that emerge with the boys and girls that make use of some equipment of Mental Health. Among the lines of the narrated case, we pull the discussion of medical and pedagogical practices that aim to psychiatrization of childhood through "abnormal child" in Foucault's perspective. With this storyline, we analyze the operation of the division between "mental disorder" and "mental disability" and its effects on care practices and equipment of Mental Health. The assembly of the case serves to problematize practices, not taking them as natural and necessary to the field.

Key-words: Mental Health; children; adolescents.

Introdução

O presente artigo faz parte de uma dissertação de mestrado, cujo título é “Narrando experiências, montando ca(u)sos. Análises das práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil”. Este trabalho se fez por meio de narrativas do processo de pesquisa e da montagem de casos que dão visibilidade às práticas de cuidado. “Práticas”

é uma “ferramenta-conceito-chave” trabalhada por Foucault (2003) e usada nessa pesquisa para empreender algumas análises dos direcionamentos de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil. O uso desse conceito nos serve para historicizar e problematizar as práticas, não as tomando como naturais e necessárias ao campo. Nesse artigo, a montagem do caso “Um Menino que pulava para falar” proporciona a discussão sobre as práticas médico-pedagógicas que objetivam a psiquiatrização da infância por meio da “criança anormal” (FOUCAULT, 2006). Tal problematização nos traz os indícios de montagem da operação de divisão entre “transtorno mental” e “deficiência mental”, divisão esta que direciona práticas de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental, fazendo com que este campo acolha tardiamente as questões da infância e juventude.

O exercício de “montagem” do caso coloca para operar as diferentes linhas que constituem os cuidados nesse campo e é uma tentativa de afastar uma pretensão de revelar a verdade ou a realidade sobre o campo. Montar uma narrativa implica lidar com uma temporalidade e uma espacialidade próprias ao ato de narrar. Dessa maneira, não caberia uma universalidade de uma verdade revelada. É nesse sentido que entra no meio do caso o ca(u)so, apontando a dimensão inventiva e de produção de mundo. Não interessa exatamente a verdade do caso, mas o como a sua montagem possibilita as análises das práticas com crianças e adolescentes na Saúde Mental. O caso toma um tom de causo à medida que pode expandir em sua contação, ou seja, qualquer um pode apropriar-se, contar de novo, entrar em algum ponto, inventar mais um ponto. O que importa são as práticas envolvidas nas histórias.

Com a montagem do caso é possível puxar linhas de análises das políticas em Saúde Mental Infanto-juvenil. Políticas (no plural) porque são vários os direcionamentos de cuidado que coexistem. A opção de chamar por “meninos e meninas” as crianças e adolescentes dos casos ao invés de inventar nomes próprios ou colocar a inicial do nome ou qualquer letra que identifique (como é de costume nas narrativas de casos clínicos) é para apontar que a direção da montagem dos casos não é para pessoalizar uma história. Por meio de uma vida, que é menos pessoal do que singular, seria possível visualizar várias vidas e a produção desses sujeitos com as práticas de cuidado.

João Guimarães Rosa, em alguns contos em que escreve personagens que são crianças, ao invés de nomes próprios, usa “menino” / “menina”, variando com a inicial

em maiúsculo “Menino” / “Menina”. *Primeiras estórias*, livro lançado em 1962, está cheio desses casos. Guimarães Rosa, nesses contos, explora a oralidade nas palavras, além de inventá-las, acrescentar acentos gráficos, hífen, dando vida e movimento ao conjunto de letras. Ao ler, parece que escutamos alguém contar um caso. Costa e Silva (2005) comenta esta obra dizendo que alguns contos assemelham-se a sonetos, pela fluência, intensidade e leveza. Também fala do formato do “caso” e das estórias dos meninos e meninas de Guimarães Rosa: “Poucos, pouquíssimos escritores souberam tão bem captar as iluminações da meninice quanto Guimarães Rosa. Os seus meninos são tão reais, e tão meninos, que cada um de nós neles também revê suas saudades”. (COSTA E SILVA, 2005: 13). Os casos com meninos e meninas de Guimarães Rosa estão longe de serem dotados de características psicológicas individuais e profundas com as quais o leitor se identifica porque projeta sua própria história. Pelo menos, não é dessa maneira que nos interessam os contos de Guimarães. Nessas estórias, as crianças lidam com dilemas da humanidade: o encontro com a finitude, o êxtase da alegria, a desilusão, o avanço da modernidade e seus efeitos. Assim, nem é mais possível a separação entre adulto e criança, no sentido de um desenvolvimento progressivo. A infância, nos casos de Guimarães, parece ser muito mais uma maneira singular de experimentar o mundo, com sensibilidade, temporalidade e espacialidade próprias. Um devir-criança.

Quando nos inspiramos na escrita/oralidade de Guimarães Rosa e dela usamos “meninos/meninas” e “Meninos/ Meninas”, é para manter o aspecto de uma vida de “qualquer um”, que guarda o paradoxo da vida de “cada um”, pois também se singulariza. O que nos interessa com a narrativa do caso é poder analisar as práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil; por meio da vida de um menino ou de uma menina, usuários de algum dispositivo da Saúde Mental, ser possível discutir as políticas que orientam um cuidado e que produzem saúde e sujeitos. O indicativo de singularização, nesta escrita, será a inicial em maiúscula (Menino). Não é uma vida igual a todas as outras (serializada), mas por meio dessa vida é possível acessar outras vidas e a produção delas. O direcionamento das narrativas são as práticas de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental, nem tanto a direção sobre os serviços que atendem essa “clientela” – apesar de não estar isento dessa discussão.

Neste artigo, trazemos a montagem do caso de “Um Menino que pulava para falar”. Esse Menino nos mostra, com seus trajetos institucionais, quais são os lugares produzidos para meninos e meninas com “transtorno mental”¹. Ao nos perguntarmos

sobre os lugares produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental, mais do que um espaço físico e um serviço com profissionais, chamamos atenção para o lugar das práticas de cuidado.

Tal como Barros e Gomes (2011), que caminham na esteira da discussão pautada na Saúde Coletiva (MERHY, 2003; AYRES, 2001), concebemos o “cuidado” como “atividade de trabalho”. Nesse sentido, rompendo com um modelo biologicista e com uma tradição centrada em procedimentos e técnicas, o cuidado passa a ser remetido à dimensão das práticas de saúde, que se efetivam entre os sujeitos em relação. “O cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham.” (GOMES e BARROS, 2011: 643). Os autores apontam para um “inacabamento conceitual” da ação de cuidar, que está ligado a um “inacabamento subjetivo e dos seus modos de operar”. A construção do cuidado é sempre coletiva, “junto com”. Assim, o cuidado não se refere a mais uma técnica específica no sentido de ser possível colocar um peso comparativo: cuidado melhor ou pior; mais cuidadoso ou menos cuidadoso. Trata-se de uma “referência ética” (GOMES e BARROS, 2011: 652) construída por todos os profissionais envolvidos.

Um Menino que pulava para falar.

Depois, porém, porque mudassem de ideia, ou porque o Menino tivesse de sojornar lá por mais tempo, deixaram-no saber o que dentro daquele dito quarto se guardava. Deixaram-no ver. E, o que havia ali, era uma mulher. Era uma velha, uma velhinha – de história, de estória – velhíssima, a inacreditável. (...) O Menino, assustando-se, correrá a refugiar-se na cozinha, escura e imensa, onde mulheres de grossos pés e pernas riam e falavam. (...) Tranquilizavam-no, diziam: que a velhinha não era a Morte, não. Nem estava morta. Antes, era a vida. Ali, num só ser, a vida vibrava em silêncio, dentro de si, intrínseca, só o coração, o espírito da vida, que esperava. Aquela mulher ainda existir, parecia um desatino de que ela mesma nem tivesse culpa. (ROSA, 2005: 95-96, grifos do autor).

O Menino chega ao Ambulatório de Saúde Mental² acompanhado de seu pai, que o puxa pela mão para subir a rampa de acesso à sala de atendimento. O adolescente de 16 anos sobe a passos largos, com o corpo rígido e envergado para trás. O senhor seu pai, aparentando passar da sétima década de vida, arranjava um palavreado próprio, cheio de neologismos e exuberâncias para explicar o processo de adoecimento do filho. Perdia-se entre as receitas de medicamentos, laudos, encaminhamentos, papezinhos de telefone. Era preciso esforço para acompanhá-lo. Aquele homem simples, rude, que

rebuscava a fala diante do “dotor” e da “secretária do dotor”, nos dizia não só do adoecimento de seu filho, como também das práticas que produzem alguns lugares para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental.

Com 13 anos, o Menino pára de falar e começa a pular. “Parecia que ficava pulando tentando falar”, diz o pai. Junto a isso, outros comportamentos. Quebrar rádios, cortar fios, estragar eletrodomésticos, fugir de casa, pegar ônibus e ir para longe, “mexer com as meninas” e fazer bagunça no refeitório da APAE³.

Estes últimos foram motivos para que a instituição citada encaminhasse o Menino para o Ambulatório, segundo o pai. Expulso da APAE, depois de já ter sido expulso da Escola. O Menino vem a este mundo por resistir a uma tentativa de expulsão do ventre materno. Sua mãe, “velhíssima, a inacreditável” (ROSA, 2005: 95), sofreu paralisia infantil e alguns derrames pela vida. Vivia acamada, dentro de um quarto onde tem uma parede de madeira que é suporte para um retrato de família – pai, mãe e os três filhos. O Menino está no meio da fotografia. E no meio do Menino tem um rasgo no papel da foto. Ele mesmo rasgara. O pai contou a hi(e)stória de como conheceu a mãe do Menino: estava andando pelos bosques, quando a avistou sentada à beira do caminho. Tratou de saber de quem era filha. Foi até os pais dela e pegou a permissão para casar. Disso, os “filhos foram vindo”, a contragosto da mãe, que sempre tentava abortar essa missão.

O Menino continua vivendo sendo uma insistência às expulsões dos lugares. Tem uma fala muito repetida em torno dos elementos morte, polícia, rabeção, bandido, ronda, caixão, ambulância, cemitério. Ele trazia o cenário do bairro onde morava. Assistia a muitas cenas de assassinatos de jovens próximos à sua idade. O pai contava que o passeio dos filhos quando pequenos era no carrinho de mão puxado por ele para ver os corpos estirados no chão. Os movimentos repetitivos de sua diagnosticada esquizofrenia catatônica não são somente dele. É a repetição do ciclo de pobreza, descaso, violência e abandono vividos pelos corpos que sobrevivem.

O Ambulatório passa a ser, a partir de 2009, um lugar por onde o Menino poderia circular. A primeira intervenção do psiquiatra foi diminuir seus medicamentos. Eram muitos e de doses altas, o que o deixava apático, com “semblante de paisagem”. Passa a frequentar as oficinas e os atendimentos, no começo por no máximo cinco minutos. Depois, passa a ficar mais tempo nas atividades. Importante acolher as temporalidades modulantes. Era sentida também a necessidade de fazer caber esse tempo próprio do Menino em outros lugares que não o reiterado caminho casa-bairro-

Ambulatório. Ele já dava pistas dessa importância ao “fugir de casa”, fazendo andanças para longe, de Terminal em Terminal⁴. Forçava outros circuitos.

Um projeto social do bairro onde o Menino mora nos procurou no Ambulatório. O intuito era fazer uma parceria. Pedimos a esse projeto que acompanhasse mais de perto a família do Menino, já que na casa havia a mãe acamada, o pai doente, a irmã com duas filhas pequenas e o irmão, que “tem um pezinho lá” - como disse uma profissional deste projeto ao se referir a esse irmão que também teria “problemas mentais”. Em contrapartida, o projeto encaminhou ao ambulatório cinco crianças que apresentavam “problemas”, não estavam conseguindo atendimento no município e, quando conseguiam, era só o médico/medicamentoso. Crianças que foram para a lista de espera do ambulatório. Lista que só aumentava. Mas a psicóloga do projeto social dizia: “melhor estar na lista de espera do que não estar em lugar algum”.

O Menino fez 18 anos, o que poderia significar, entre outras coisas em sua vida, a inserção em um CAPS⁵. Não havia sido feita antes porque em sua cidade não havia CAPSi. Nesse momento, quem levava o Menino ao Ambulatório não era mais seu pai, que estava com problemas renais, e sim sua irmã mais velha. Foi com ela que preparamos esse possível encaminhamento do Menino para o CAPS, explicando-lhe a função deste serviço territorial. Também fizemos contato com o CAPS, visitamos, conversamos. A aproximação com o serviço não retirava a obrigatoriedade de o Menino passar pela etapa do “acolhimento”, onde deveria levar o “encaminhamento” por escrito do ambulatório. Assim foi feito. Sua irmã chega ao ambulatório dizendo que o primeiro e único acolhimento no CAPS fora para dizer que o Menino não poderia permanecer naquele dispositivo. Ele não conseguiria acompanhar as atividades, como as oficinas terapêuticas, já que não era alfabetizado. A passagem do Menino pela APAE carimbava-o como “deficiente intelectual”, indicando um “retardo mental” e dizendo para aquele serviço (o CAPS) que o Menino não estava no “perfil” de sua clientela. O CAPS não seria um lugar para ele.

As entradas do Menino por algumas instituições e a sua permanência ou não nos trazem alguns indícios de montagem de uma produção histórica dos lugares para crianças e adolescentes na Saúde Mental. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), instituição se que pauta em um modelo médico e pedagógico de tratamento, é o primeiro lugar que cuida do Menino, quando ele ainda é criança. Esse lugar destinado aos “excepcionais” e “deficientes” ainda é uma forte referência

institucional para o acolhimento de crianças, que muitas vezes não passam por um equipamento da saúde, não entram pela Psiquiatria. Por outro lado, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não identifica no caso do Menino um acompanhamento possível, por considerá-lo mais próximo de um “retardo mental” do que de um “transtorno mental”, de uma “loucura”. Como se opera essa divisão? Quais são os efeitos dessa operação?

Foucault (2006) desenvolve a problemática da generalização do poder psiquiátrico⁶ e identifica que o suporte dessa difusão foi a criança não-louca. A psiquiatria direcionava sua atenção, nos trinta primeiros anos do século XIX, para a criança imbecil, idiota, retardada, no esforço de retirar tais categorias do campo da loucura. A “criança louca” entra em cena tardiamente e por um efeito da psiquiatrização da infância. Ela aparece em um cenário de consulta particular, e não no asilo, e é focalizada com a trindade: criança, pai e mãe. São os casos tratados por Charcot, na década de 1880, como as crianças recebidas por ele da Rússia e da América Latina e que sofriam de afecções nervosas, girando em torno da histeria.

As anamneses e interrogatórios que eram feitos com os doentes mentais e familiares durante todo o século XIX abordavam toda a vida do paciente, inclusive a infância. No entanto, esses instrumentos não eram destinados a interrogar o conteúdo louco da experiência infantil. Não havia, nessa época, uma estreita relação entre infância e loucura.

Eu diria então – é essa hipótese que quero considerar – que a psiquiatrização da criança, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura na infância. Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, uma criança que se tomou o cuidado de dizer, desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico. (FOUCAULT, 2006: 257).

Um dos efeitos da psiquiatrização da infância foi a elaboração teórica da distinção entre debilidade mental e loucura. Um conceito fundamental para essa diferenciação foi o de desenvolvimento. Os textos dos psiquiatras franceses Esquirol (1817, 1818, 1820) e Belhomme (1824) elaboram uma definição de idiotia que tem a noção de desenvolvimento como critério distintivo da loucura. A idiotia passa a ser um estado em que as faculdades intelectuais não puderam se desenvolver. Não é mais em relação ao delírio, à verdade, à capacidade de dominar-se (elementos que

caracterizavam a loucura) que a idiotia será definida. O parâmetro agora é a ausência de desenvolvimento. A idiotia começa a sair do registro da doença.

O século XIX também verá outra conceituação de idiotia, conectada, de alguma forma, com a de Esquirol pelo conceito de desenvolvimento. São os trabalhos de Seguin, dos anos de 1840. Édouard Seguin, que não era médico, teve vasta experiência com crianças idiotas em asilos e institutos. Figura importante na institucionalização e psiquiatrização da infância, ele elabora teoricamente o conceito de idiotia, diferenciando-o do de retardo mental ao usar o conceito de desenvolvimento de outra maneira. Trata-se de uma evolução contínua, e não mais a avaliação de se há, ou não, o desenvolvimento. O idiota apresenta não uma ausência no desenvolvimento, mas uma interrupção. Já a criança retardada não interrompe seu desenvolvimento, mas desenvolve-se mais lentamente em relação às crianças de mesma idade. Tais noções de idiotia e retardo mental terão peso no cuidado com essas crianças. O livro de Seguin, *Tratamento Moral dos Idiotas*, é um balanço de suas experiências, onde define os princípios da “educação fisiológica”.

Será este o modelo pedagógico norteador das práticas com crianças ditas idiotas. Isso porque, com Seguin, a idiotia e o retardo não são doenças, eles pertencem à infância. Logo, os cuidados que devem ser dispensados aos idiotas e retardados são os mesmos, em natureza, destinados às crianças ditas “normais”, ou seja, a educação. Não são doenças e sim anomalias. Surge, então, a figura da criança anormal. A criança idiota ou retardada é concebida como estando fora da norma. Os padrões de normatividade são dois: o adulto como estágio final do desenvolvimento e as crianças como definidoras da média da velocidade para desenvolver-se.

As categorias idiotia e loucura, distinguidas teoricamente, são colocadas no mesmo espaço institucional, o psiquiátrico, por meio de outra noção generalizante que é a de “alienação mental”. Estando no espaço asilar, o que se exerce é o poder psiquiátrico. Foucault identifica no *Tratamento Moral dos Idiotas*, de Seguin, os mecanismos e estratégias do poder psiquiátrico em estado puro. O que para os adultos terá processos que irão elaborar e aprimorar o poder psiquiátrico, para as crianças idiotas irá incidir de forma não lapidada. O que será oferecido é uma junção entre o tratamento psiquiátrico e o pedagógico, junção esta que é visível no corpo do mestre e na organização de um espaço disciplinar como o asilo, com o emprego completo do tempo com o trabalho. Ocupavam-se as crianças com atividades o dia inteiro.

No interior do espaço asilar, o poder psiquiátrico faz funcionar a realidade escolar como um suplemento de poder, de forma disciplinada. A instituição escolar funciona como uma realidade que vai identificar os sujeitos idiotas, imbecis, dementes e que oferece o modelo pedagógico para o tratamento dessas crianças. As crianças idiotas, estando no espaço psiquiátrico, recebem o tratamento pedagógico por meio dos esquemas do poder psiquiátrico (sobrepoder do mestre, organização disciplinar do tempo e do espaço).

Não se concebeu até o fim do século XIX, portanto, a criança como louca. Ela era anormal e deveria ser tratada como tal, ou seja, num modelo médico-pedagógico. O que temos durante todo o século XIX é o adulto como louco e a criança como anormal. Na história do Menino, sua entrada na APAE nos indica essa montagem histórica da produção de anomalias a partir da psiquiatrização da infância (Foucault, 2006), pois o espaço destinado ao cuidado do Menino, num primeiro momento, encontra-se num modelo médico-pedagógico. A não entrada do Menino no CAPS, por sua vez, também nos remete a essa produção histórica, na medida em que este dispositivo não o considera como “louco” ou como “portador de transtorno mental”. No Ambulatório, o Menino é cuidado em um equipamento da saúde, pelos “saberes psi” (psiquiatria, psicologia, psicanálise). Podemos visualizar, na montagem da narrativa deste caso, produções de diferentes lugares para crianças e adolescentes com alguma demanda em Saúde Mental.

O ca(u)so do Menino e a experiência neste Ambulatório colocaram algumas questões, que giravam em torno da pergunta: não há lugares para crianças e adolescentes na Saúde Mental? Era possível ver, a partir daquele serviço ambulatorial e de casos como do Menino, um certo direcionamento que parecia produzir um “não lugar” para essas vidas. Ou ainda, uma “expulsão dos lugares”. Por que é preferível uma criança estar em uma lista espera do que não estar em lugar algum? Por que, num dado momento, a APAE não foi mais um lugar possível para o Menino? E a escola, por que não? E o CAPS? A instituição que esperávamos que fosse acolher o Menino, por ser um dispositivo apostado pela Reforma Psiquiátrica, faz um “acolhimento” burocrático e se diz um não lugar para ele. Deparamo-nos com a problemática de quem é a “clientela” do CAPS e com o terreno de fronteiras (in)definidas entre “transtorno mental” e “deficiência/retardo mental”. O Menino, por ter passado pela APAE e não ter frequentado por muito tempo a escola regular, não poderia ser um usuário do CAPS. Estava mais próximo da deficiência do que do transtorno. O que se acolhe? O sujeito ou o diagnóstico? Como se faz esse diagnóstico? Como se opera essa divisão entre

deficiência e transtorno? Por que um suposto diagnóstico barra a entrada em um dispositivo? A preocupação, aqui, não é a de saber a maneira correta de diagnosticar para, então, determinar o devido lugar do Menino. O interesse reside no modo de funcionamento que se sustenta nos diagnósticos e nos caminhos burocratizados.

Tais questões endossavam a impressão de que o lugar para crianças e adolescentes na Saúde Mental era o de “desassistência” (falta de serviços/equipamentos) e “descuido”. Ao mesmo tempo, esse descuido que parecia mortificar aquelas vidas não se totalizava. Elas insistiam em viver. Como o Menino tentava falar, “dava seus pulos”. Fugiam, fazendo andanças... Não de encaminhamentos burocráticos, mas de trajetos pela cidade para fazer ver que ainda vivem. “Antes, era a vida. Ali, num só ser, a vida vibrava em silêncio, dentro de si, intrínseca, só o coração, o espírito da vida, que esperava.” (ROSA, 2005: 96, grifos do autor). E a vida do Menino se eterniza nesta narrativa. Uma das funções das narrativas é prolongar no tempo aquilo que é perecível. O Menino, em fins do ano de 2014, em uma de suas “fugidas”, perdeu-se e ficou desaparecido por dez dias. A polícia, da qual tanto falava, estava em torno de sua busca. Feito o exame, comprovado: o corpo encontrado em uma lagoa, próxima a uma região praiana, era do Menino. A morte, que saía engasgada de sua voz, o encontra concretamente. A notícia que recebi depois é de que a mãe do Menino também havia falecido alguns meses antes. Mesmo com a imobilidade do corpo morto, ficamos com a imagem do “Menino que pulava para falar”, que deixa para nós o movimento de luta e de produção de lugares mais dignos de cuidado para crianças e adolescentes na Saúde Mental. Construção diária e permanente de políticas que subvertam a ordem que Foucault anuncia, a do “fazer viver, deixar morrer” da biopolítica na sociedade atual (Foucault, 1999). Sem investimentos em políticas de cuidado para com esse público, não se mata, como no poder soberano, mas se deixa morrer.

Da “falta de serviços” à análise das práticas.

O caso “Um Menino que pulava para falar” traz algumas problemáticas para o campo da Saúde Mental Infanto-juvenil; dentre elas, chamamos atenção para a produção de alguns lugares para meninos e meninas neste campo. Tal como o Menino, crianças e adolescentes “perambulam” entre os serviços, são encaminhadas, esperam numa lista de espera, são expulsas ou não são acolhidas em alguns lugares. A maioria das crianças e dos adolescentes que chegava ao Ambulatório frequentava ou era encaminhada da

Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Parecia haver, assim, uma delegação dos cuidados com esse público por parte do Estado para a rede filantrópica e um não investimento em serviços públicos.

Junto com a especificidade do Menino e do lugar geográfico em que ele circula (Grande Vitória - ES), o caso é montado com linhas históricas que proporcionam a problematização de práticas dirigidas a crianças e adolescentes em âmbito nacional. Autores diversos discutem o tardio enfrentamento da Reforma Psiquiátrica com a questão da infância e adolescência e as práticas dirigidas a esse grupo. Práticas sustentadas pela filantropia, em sua maioria, com a ausência de uma intervenção do Estado (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008; AMSTALDEN, HOFFMANN E MONTEIRO, 2010; COUTO, 2003; GUERRA, 2003).

Há uma conjuntura política nacional e uma produção histórica de um cuidado baseado na tutela, na pedagogização e na psiquiatrização de crianças e adolescentes. Há também uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil com princípios norteadores como “território”, “rede”, “intersetorialidade”, “acolhimento universal”, “encaminhamento implicado” (BRASIL, 2005). Assim sendo, não se trata mais de “falta de serviços”, ou “falta de orientações” ou “falta de cuidados”. Mas...como temos cuidado? Quais as orientações? Quais os lugares produzidos? Nesse sentido, a aposta não é, de primeira, propor a criação de mais dispositivos de Saúde Mental, mas a de poder se perguntar sobre o que acontece com um CAPS que não acolhe um jovem por ele já ter passado pela APAE. Questiona-se menos numa atitude de julgamento e mais em uma postura de análise das práticas. Pergunta-se pelo que está em jogo quando o Estado deixa “nas mãos” da filantropia os cuidados com crianças e adolescentes. Indagam-se os caminhos naturalizados dos encaminhamentos burocráticos. Trata-se de inquietar-se com o já dado. E, assim, fazer possível a colocação em análise do próprio trabalho, um reposicionar-se.

Ao nos perguntarmos sobre os lugares produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental, mais do que para um espaço físico e um serviço com profissionais, chamamos atenção para o lugar das práticas. Não estamos com isso afirmando que não seja importante a criação e sustentação de dispositivos em saúde, haja vista a atual configuração brasileira: passados mais de vinte anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), este sistema ainda tem como grande desafio o acesso aos serviços. Feita a ressalva, frisamos novamente o objetivo deste trabalho, que é analisar as práticas de

cuidado em Saúde Mental com crianças e adolescentes por meio da montagem de um caso.

Analisar as práticas, o que isso significa? Análise nos remete à quebra, decomposição, dissecar os elementos para poder rearranjar de outro modo, produzir outras realidades. E as práticas? O que queremos dizer com práticas? Para que usamos essa “categoria de análise”? Recorremos ao trabalho de Foucault como uma ferramenta para operar com esse conceito.

Foucault (2003) faz uma discussão com outros historiadores a respeito do trabalho histórico. Trata-se de uma mesa-redonda de 20 de Maio de 1978, que tem como ponto de partida uma discussão anterior entre dois textos, o de Jacques Léonard (*L'historien et le philosophe*) e o de Michel Foucault (*A poeira e a nuvem*). Léonard opõe o trabalho do historiador ao do filósofo e tece algumas críticas às análises de Foucault, alegando que ele passa muito rápido pela história (“cavaleiro bárbaro que percorria três séculos a rédeas soltas”). Foucault (2003) responde que não está preocupado com períodos históricos, e sim com problemas. Nesse sentido, nos estudos de Foucault, a prática do aprisionamento como punição, a prisão, foi escolhida como objeto para colocar em análise os problemas da delinquência e da penalidade. Outros caminhos ou outros objetos poderiam ser analisados para abordar tal problemática. No entanto, Foucault (2003) coloca que havia um problema presente, um movimento em diferentes países, um “fato da atualidade”, onde vários aspectos do sistema penal e do internamento estavam sendo colocados em questão. “Para melhor compreender o que é punido e por que se pune, introduzi a questão: como se pune?” (FOUCAULT, 2003: 337). Foucault (2003) sinaliza ainda que esse foi o caminho tomado a propósito da loucura: ao invés de perguntar o que é ou o que não é loucura em determinada época, pergunta-se como se opera essa divisão entre doença e sanidade mental.

Traçar um caminho de análise, eleger um objeto de estudo, não descarta a possibilidade de outros caminhos. A pretensão não é a totalidade da verdade. Busca-se uma forma de inteligibilidade de uma problemática. Para tanto, a proposta é analisar os “regimes de práticas”, ou seja, as programações de conduta que têm efeitos de prescrição (o que se deve fazer) e efeitos de codificação (o que se deve saber).

Neste trabalho sobre as prisões, assim como em outros, o alvo, o ponto de ataque da análise, eram não as “instituições”, não as “teorias” ou uma “ideologia”, mas as “práticas” – e isto para captar as condições que, em um dado momento, as tornam aceitáveis: a hipótese sendo a de que os tipos de práticas não são apenas comandados pela instituição, prescritos pela ideologia ou guiados pelas circunstâncias – seja qual

for o papel de uns e de outros -, mas que eles têm, até certo ponto, sua própria regularidade, sua lógica, sua estratégia, sua evidência, sua “razão”. Trata-se de fazer a análise de um “regime de práticas” – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências. (FOUCAULT, 2003: 338)

Analisar “regimes de práticas” é decompor os processos maciços, desnaturalizar e fazer enxergar a complexidade de conexões entre processos históricos múltiplos. Ao invés de uma continuidade camuflada que o historiador revela, acompanhar as descontinuidades, ou seja, as transformações que foram possíveis. Mostrar as rupturas para abalar as evidências, aquilo que era visto como indispensável. Um exemplo é a história do aprisionamento penal em que se tem a prisão como forma geral de punir no início do século XIX, o que não se pensava no século XVIII. Para Foucault, essa “mutação fenomenal” é o seu ponto de partida, “a constatação de um problema a resolver”. (FOUCAULT, 2003: 338). Interessava a Foucault saber quais as condições que tornaram aceitáveis as práticas de aprisionamento como punição no século XIX. Interessam-nos as condições, os efeitos de prescrição e os de codificação, que fizeram emergir uma atenção e um cuidado com crianças e adolescentes na “Saúde Mental”. Em cada momento, o que se tornou aceitável? Quais práticas fazem emergir um cuidado?

A quebra dos continuísmos rompe com uma cadeia causal, com uma racionalidade transcendental e com os objetos eternos. Desse modo, não há de um lado a criança ou adolescente com “transtorno mental” e do outro lado os cuidados a serem dispensados para este público específico. Há regimes de práticas que formam, ao mesmo tempo, sujeito e objeto, criança e cuidado, delinquente e prisão, louco e hospital psiquiátrico.

Veyne (1992) chama atenção para o “método” foucaultiano, que visa fazer uma história das objetivações, ou seja, das práticas que objetivaram os “bibelôs raros de época”, os “fatos humanos raros”. Consiste em descrever, muito positivamente, o que fazem as pessoas, suspendendo o uso de termos “vagos e nobres”. Ele frisa que Foucault não descobre uma nova instância chamada “prática”; faz o que todo historiador já fez: fala do que fazem as pessoas. Da mesma forma, as práticas vêm, como todas as coisas, das “mil transformações da realidade histórica, isto é, do resto da história” (VEYNE, 1992: 159). Portanto, o ponto de partida são as práticas:

Os objetos parecem determinar nossa conduta, mas, primeiramente, nossa prática determina esses objetos. Portanto, partamos, antes, dessa própria prática, de tal modo que o objeto ao qual ela se aplica só seja o que é relativamente a ela. (...) O objeto não é senão o correlato da prática; não existe nada antes dela, um governado

eterno que visaria mais ou menos bem e com relação ao qual se modificaria a pontaria para melhorar o tiro. O príncipe que trata seu povo como crianças nem sequer imagina que se poderia fazer diferentemente: faz o que lhe parece evidente, sendo as coisas o que são. (VEYNE, 1992: 159).

Analisar as práticas é criar um diagrama de inteligibilidade da nossa atual condição, injetando movimento e possibilidade de mudança. Partir dos objetos vagos, das evidências do presente pode incorrer em alguns perigos. Constatar que “faltam serviços” ou que há uma “desassistência” para crianças e adolescentes na Saúde Mental pode criar uma demanda por especialismos, por uma psiquiatrização da infância e adolescência. Como coloca Veyne (1992), os objetos são o que são relativos às práticas correlatas a eles. Partindo dos objetos “crianças desassistidas” e “Estado sacana” – o que não assume sua responsabilidade pela assistência – não olhamos para as práticas que produzem um arranjo – que seja de desassistência, mas de outras coisas também. Partindo desses objetos, a solução só pode ser mais assistência, e uma assistência já dada: psicologização, psiquiatrização, medicalização, proliferação de diagnósticos.

Colocar em análise o que estamos vendo e o que pedimos para atender as nossas demandas é um trabalho cotidiano. Localizar, no tecido histórico, práticas que objetivam certos cuidados ajuda a identificar esses “pedidos”. Lobo (2008), em sua pesquisa genealógica sobre a instituição “deficiência” no Brasil, faz referência a discursos de médicos e educadores do início do século XX, que também reconheciam a insuficiência de serviços para “crianças anormais” e o “descuido” por parte do Estado. Nesse sentido, pedem por mais “escolas especiais”, numa exclusão institucional dessas crianças. A autora cita um trecho do livro de Basílio de Magalhães, de 1913. Este educador chama atenção para o fato de que o governo federal da época não havia enfrentado o “sério problema”, já resolvido por outras nações da Europa e nos Estados Unidos, a educação dos anormais. Para tanto, defende a segregação: “E isso (...) só se poderá conseguir segregando, até certo ponto, dos ainda não viciados, nem viciosos, os que são “débeis de espírito”, e educando-os e dando-lhes tratamento às moléstias, sempre suscetíveis de modificação profunda, quando não de cura radical.” (MAGALHÃES, 1913: 180 *apud* LOBO, 2008: 387).

Partindo do objeto identificável “criança anormal”, esses médicos, educadores, pais, enfim, a sociedade conchama práticas que sejam adequadas a esse público. Parte-se do objeto para a ele dirigir as ações. A proposta deste trabalho está na direção oposta. Tendo como ponto de partida as práticas que produzem os objetos, a primeira resposta à

problemática colocada é suspender a evidência do que se pede: mais serviços, mais dispositivos, mais leis, mais financiamentos. Instaura-se um tempo de análise em que se coloca em questão: o que queremos? Para que queremos? O que estamos fazendo de nós mesmos? Quais são as práticas empreendidas com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental?

Uma abordagem histórica tem a função de suspender o “fazer evidente”. Essa é a primeira função teórico-política de “acontecimentalização”. Foucault (2003) coloca que o “acontecimento” foi uma categoria pouco trabalhada entre os historiadores. Ele diz isso ao receber uma interpelação de que suas análises oscilam entre um hiper-racionalismo e uma sub-racionalidade. Por “acontecimentalização” deve-se entender uma ruptura evidente onde habitualmente vemos uma constância – processo que faz surgir uma singularidade (FOUCAULT, 2003). Nas palavras de Veyne (1992), uma “forma rara”. Olhar para essas raridades é mostrar que elas não foram necessárias. “Pletora do lado das inteligibilidades. Falta do lado da necessidade.” (FOUCAULT, 2003: 341). A acontecimentalização reencontra também as conexões que, em um dado momento, formaram a evidência, numa espécie de “desmultiplicação causal” (FOUCAULT, 2003). Faz, assim, diminuir o “peso causal” e constrói, em torno do acontecimento singular, um “poliedro de inteligibilidade” com várias faces não definidas *a priori* e que não é concluído.

Nesse sentido, poderíamos perguntar: quais as conexões, quais as montagens, que proporcionaram à psiquiatria, em um momento específico, tomar a criança como objeto de cuidado? Quais os processos múltiplos aí conectados? Uma análise, uma decomposição interna que constrói relações de inteligibilidade externa – a psiquiatria com práticas pedagógicas, ortopédicas, higiênicas, por exemplo.

As linhas do caso, as práticas de cuidado.

No fenômeno da generalização do poder psiquiátrico por meio da criança não louca temos alguns caminhos de análise: o sistema escolar oferecendo o método pedagógico para tratamento dos idiotas, a proliferação das anomalias, a periculosidade dos anormais como condição para a assistência agir, dentre outros elementos apontados por Foucault (2006). Desses caminhos, chamamos atenção para a operação de divisão presente na distinção entre anormalidade (onde entrariam a idiotia, o retardo, a imbecilidade) e a loucura – operação esta que começa com os estudos de Esquirol e

Seguin, que têm como conceito-referência o “desenvolvimento”. Não se concebe a criança como tendo a possibilidade de um padecimento, de um “sofrimento psíquico” e sim um “problema no desenvolvimento normal”. Mesmo com os trabalhos de Charcot, quando a criança passa a ser vista, no cenário familiar, como “louca”, parece ser a marca do “desenvolvimento” que irá direcionar as práticas de cuidado. A condição de um sujeito que pode interromper ou retardar seu “desenvolvimento normal” coloca crianças e adolescentes em um patamar inferior, no registro do déficit e, por isso, a esse público deve ser direcionado um trabalho pedagógico-ortopédico (de conserto dos desvios) e disciplinar.

Ao nos depararmos com o direcionamento de cuidado de um CAPS em não acolher o Menino por ele estar mais próximo de um “retardo mental” que de um “transtorno mental”, indagamos pelo que faz essa distinção e orienta essa prática. O caso do Menino traz essa linha divisória tênue entre um e outro (retardo e transtorno). Não se trata somente de nomenclaturas diferentes. Foucault (2006) nos mostra que junto a uma elaboração teórica de distinção entre idiotia e loucura, todo um aparato médico-pedagógico foi montado para cuidar das crianças idiotas nos asilos. Essa linha de distinção não é natural. Para mostrar tal condição, retomamos o que proporcionou, em um dado momento, que a infância fosse colocada no âmbito das anomalias. Não queremos afirmar que se, ao contrário, a criança fosse concebida no campo da loucura, teríamos outra forma de cuidado que não a anexação institucional. Foucault (2006) apresenta um “diagrama de inteligibilidade” desse processo composto de vários vetores: econômicos, políticos, ideológicos. E o modo de cuidado asilar foi ao encontro da necessidade de liberação dos pais para o trabalho (FOUCAULT, 2006). Assim como a concepção de infância como “fase em desenvolvimento”, podendo algumas crianças parar ou retardar esse processo, fez com que o modo de cuidar fosse o modelo médico-pedagógico-assistencial.

Para Couto (2003), tal concepção, dentre outros fatores, delineou as políticas públicas para crianças e adolescentes com “transtornos mentais” nos campos da Educação e da Assistência. “A “criança aprendiz”, que apenas cumpre a função de aprender – para se desenvolver inclusive –, informou e configurou um campo de políticas públicas cujo formato foi, basicamente, assistencial e educacional”. (COUTO, 2003: 193)

A montagem do caso de “Um Menino que pulava para falar” proporcionou que puxássemos algumas linhas de análise e que colocássemos a questão sobre os lugares produzidos para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. O caso nos mostrou uma “expulsão dos lugares”, um “não lugar”, o “lugar da lista de espera”, os encaminhamentos e as perambulações. Agora, puxamos outras linhas a partir desse caso: as problemáticas da infância sendo tratadas como “problemas de desenvolvimento” e o tardio enfrentamento pela Saúde Mental das questões que permeiam a infância e juventude. A concepção de desenvolvimento direcionou as práticas de cuidado no sentido do modelo médico-pedagógico que, como Foucault (2006) apontou, serviu de identificação e tratamento das crianças anormais. O que nos leva a essa discussão é um dos pontos desse caso que foi a prática de um CAPS em não elege o Menino como usuário desse dispositivo.

O caso traz linhas de análise, e não linhas de interpretação. O que significa que não queremos afirmar que “a causa” de o CAPS não ter acolhido seja essa demarcação entre idiotia e loucura do início do século XIX que Foucault (2006) descreve. Mas apontamos esse fato histórico como um dos indícios de montagem de práticas dirigidas a crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Com isso, tentamos retirar a evidência que se coloca ao dizer que não se acolhe porque esse é um critério de seleção para uma “clientela de CAPS”. Muito mais nos interessa como esse critério é estabelecido, quais os recursos para montá-lo, quais operações de divisão ele coloca para funcionar. No caso do Menino, parece ser dessa distinção entre deficiência/retardo e transtorno/loucura.

Também não estamos afirmando que loucura = transtorno mental e idiotia = deficiência mental. Cada um desses termos faz parte de uma constelação própria de sentidos e orienta diferentes práticas. Mas parece haver uma conjugação que compõe, de um lado, Reforma Psiquiátrica-loucura-transtorno mental – termo este que cunhou os direitos civis dos “portadores de transtornos mentais” - Lei 10 216/2001⁷. Por outro lado, há a composição deficiência mental- retardo mental e os transtornos globais do desenvolvimento, que também aglutina uma luta, a que se dá pelos “direitos da pessoa com deficiência”.

A não escolarização do Menino e a sua passagem pela APAE foram os indícios de que ele não estaria no campo da tríade “Reforma Psiquiátrica-loucura-transtorno mental” e, portanto, não poderia ser um usuário do CAPS. Não nos interessa definir em qual categoria o Menino se encaixaria. Também não queremos afirmar a “loucura”

como outro estigma (como foi a deficiência para este Menino) e como definidora da eleição de usuários para dispositivo da Reforma. Queremos, sim, apontar para o que promove essa divisão, para o que orienta uma prática de cuidado, para o que produz sujeitos e saúde. Neste caso, a divisão identificada entre duas séries produziu mais um encaminhamento burocrático, mais uma “expulsão dos lugares” – que, como apontamos no começo do texto, parece compor as práticas com crianças e adolescentes na Saúde Mental.

Considerações Finais

A montagem do caso nos serve para visualizar as práticas de cuidado no campo da Saúde Mental com crianças e adolescentes. Práticas que afirmamos serem políticas nesse campo, pois são direcionamentos. Os casos funcionam para puxar as linhas históricas, ou seja, para desnaturalizar as práticas. Em cada ato de cuidado estão envolvidas políticas que orientam uma ação e que são formadas no tecido histórico. A análise das práticas instaura um tempo de reflexão e ação sobre o mundo e sobre si. Também acompanha uma transformação, pois remete ao próprio processo de constituição das práticas. Uma mudança de postura, de olhar.

O “Menino que pulava para falar” nos indicou alguns lugares produzidos para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental: perambulando de serviço em serviço, permanecendo em lista de espera, sendo expulso da escola, da APAE e não entrando no CAPS. Consideramos que tais práticas, naturalizadas por tipologias, critérios e estruturas de serviço, precisariam ser remetidas ao processo de constituição desses lugares. Essa é a função da análise das práticas, como coloca Foucault (2003):

Ajudar, de uma certa maneira, para que se escamem algumas “evidências”, ou “lugares-comuns”, no que se refere à loucura, à normalidade, à doença, à delinquência e à punição; fazer, juntamente com muitos outros, de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância etc. (FOUCAULT, 2003: 347).

Retomamos o debate de Foucault (2003) com os historiadores naquela “mesa-redonda” de 1978 para indicar qual a aposta do presente trabalho, que não pretende revelar “a verdade” sobre a Saúde Mental Infanto-juvenil nem ofertar soluções “prêt-à-

porter”. A direção é a de incitar pequenas invenções, problematizando e colocando em análise as práticas de cuidado nesse campo.

Foucault (2003) reconhece a fragilidade do seu trabalho, que é, sobretudo, propositivo, apesar da alegação e da sensação de que anestesia⁸, de que não se saiba o que fazer com ele. Está mais próximo de um exercício de cultivo, sobretudo, de uma postura. Nem tanto de respostas ou de esquemas perceptivos, mas de um modo de enxergar o que se passa. A abordagem histórica deseja esse modo de olhar para os processos constituintes e constituídos. Suspender as naturalizações, as cristalizações. Deslocar as formas de sensibilidade.

Consideramos que a “montagem dos casos” sirva para visibilizar as práticas de cuidado, as políticas em jogo, as linhas de invenção, os percursos institucionais, as conexões e articulações. Montando e desmontando “o caso” para poder operar deslocamentos, mudanças de olhar, desnaturalizações.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, DF, 2005.
- BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.23, n.3, p.641-658, set./dez. 2011.
- COSTA E SILVA, A. Estas primeiras estórias. In: ROSA, J. G. (1908-1967). *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.
- COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. de (orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003. pp. 191-198.
- DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), p 114-121, 2011.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382 p.
- FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: *Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. pp.335-351.
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.
- LOBO, L. F. *Os Infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.
- ROSA, J. G. (1908-1967). *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

VEYNE, P. *Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992. pp. 151-181.

Ivana Carneiro Botelho – Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
E-mail: ivana_cbotelho@hotmail.com

Maria Elizabeth Barros de Barros, Dra. – Departamento de Psicologia e do Programa de Pós graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
E-mail: betebarros@uol.com.br

¹ Havia, neste trabalho, uma confusão quanto ao termo a ser usado para se referir às crianças e aos adolescentes que são usuários de dispositivos da Saúde Mental. São vários os nomes que circulam: transtorno mental, sofrimento psíquico, deficiência mental, debilidade. Cada nome, um mundo. Mas essa “confusão” não é só nossa. Ela tem uma montagem histórica que é a de um “afã classificatório”, como sugere Lobo (2008) ao referir-se aos estudos de médicos e de educadores sobre “anormalidades infantis” no início do século XX: “uma espécie de desvario nosográfico que parece perdurar até hoje para os chamados casos intermediários ou fronteiriços à deficiência.” (LOBO, 2008, p. 378). O termo usado no contexto jurídico é “transtorno mental” (Lei 10.216/2001; Portaria MS 336/2002). Fazemos a opção por este termo, contudo, menos pelo respaldo jurídico do que pelo sentido de “transtornar os limites”, na direção da normatividade. O que nos interessa em qualquer comportamento de crianças e adolescentes encaminhados para serviços ditos de “Saúde Mental” é o que ele indica de uma configuração doentia – que envolve a criança, mas também outros elementos. Nesse sentido, os comportamentos considerados “anormais” ou “bizarros”, para nós são tentativas de invenção de outros limites, outros contornos para a existência. Também o termo “saúde mental” é digno de problematização, o que não é, porém, objetivo deste trabalho. É possível uma pessoa saudável mentalmente? Haveria aí uma separação mente x corpo? A saúde mental estaria numa oposição à doença mental? Não entraremos nessa importante discussão, mas apontamos que “saúde mental” não é um termo natural e evidente e quando, neste trabalho, fazemos uso dele é mais para indicar um campo de atuação que possui serviços, regulamentações, práticas e políticas.

² Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Vitória, ES. Neste ambulatório funciona, desde o ano de 2005, o Programa de Extensão Universitário do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), “Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”. Um das autoras deste artigo fez parte deste Programa de Extensão entre os anos de 2009 a 2011. No estado do Espírito Santo só há um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), localizado na capital, Vitória, enquanto há outros municípios que têm o aporte para implantar este dispositivo. Por estar em um hospital universitário federal, por não ser um serviço municipalizado, o ambulatório acolhe usuários de diferentes cidades e até de estados vizinhos.

³ Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Caracteriza-se por ser uma organização social cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla”. (<http://www.apaebrasil.org.br>)

⁴ Terminal rodoviário. Na região da Grande Vitória, os ônibus coletivos têm como pontos de saída e de chegada os terminais. No município onde o Menino reside, existem três terminais de ônibus.

⁵ Centro de Atenção Psicossocial. Serviço estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336-02. De acordo com esta portaria, trata-se de um “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Os CAPS “poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria”. Dentro da modalidade CAPS II, há o CAPSi, destinado a “crianças e adolescentes com transtornos mentais” e o CAPSad, álcool e outras drogas, “para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”.

⁶ O conceito que Foucault elabora de “poder psiquiátrico” não se refere ao poder que o médico psiquiatra possui com suas intervenções. Lembremo-nos da noção de poder formulado por Foucault. Poder não é

posse de alguém ou de um grupo. Poder é jogo de forças que se dá nas relações e sempre está acompanhado de resistências. O poder faz funcionar realidades e regimes de verdades. Nesse sentido, “(...) o poder psiquiátrico é antes de mais nada certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências e medidas, obrigações de trabalho, etc.” (FOUCAULT, 2006: 217)

⁷ A Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O seu projeto de lei (PL 3657/89) ficou em tramitação por doze anos e a década de 1990 foi marcada por intensos debates sobre a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental. Delgado (2011) refere-se a tal movimentação como “fenômeno importante de germinação de uma política pública e sua base jurídica, que marcou os anos 90 no campo da saúde mental”. Com a promulgação desta lei e, no ano seguinte, da Portaria MS nº 336-02, o quantitativo de CAPS aumentou, o número de leitos de internação psiquiátrica diminuiu e houve uma mudança qualitativa do debate a respeito da cidadania. Para saber mais sobre o processo histórico de criação desta Lei e sobre a avaliação do período após sua promulgação, consultar Delgado, 2011.

⁸ Na mesa redonda com Foucault (2003), é dirigido um questionamento a respeito da transmissão de suas análises. O interlocutor diz haver um “efeito anestésico” por parte de quem lê o seu livro (no caso, os educadores penitenciários). Estes acabam por não saber o que fazer com o “esquema” foucaultiano. A resposta de Foucault é categórica. Diz que o efeito desejado é este mesmo: fazer com que as pessoas não saibam mais o que fazer. Isso não é anestésico; pelo contrário, as pessoas ficam “estesiadas” e irritadas (referindo-se também aos historiadores) pela falta de esquema, pela falta de respostas. Essa é a condição para a movimentação, para não cristalização das ações. “Mas parece-me que “o que há a fazer” não deve ser determinado do alto, por um reformador com funções proféticas ou legislativas. Mas por um longo trabalho de vaivém, de trocas, de reflexões, de tentativas, de análises diversas.” (FOUCAULT, 2003: 348).