

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

LUANA GAIGHER GONÇALVES

**A PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E FAMILIARES NO CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL: UM GRUPO GAM NO CAPSI DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA
2018

LUANA GAIGHER GONÇALVES

**A PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E FAMILIARES NO CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL: UM GRUPO GAM NO CAPSI DE VITÓRIA-ES**

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

Linha de Pesquisa: Subjetividade, Saúde e Clínica.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Vieira Caliman

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Janaína Mariano César

VITÓRIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Naturais da
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

G635p Gonçalves, Luana Gaigher, 1992-
 A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde
 mental : um grupo GAM no CAPSi de Vitória-ES / Luana Gaigher
 Gonçalves. – 2018.
 107 f.

Orientador: Luciana Vieira Caliman.

Coorientador: Janaína Mariano César.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2. Saúde
mental infantil. 3. Crianças – Cuidado e tratamento. 4.
Medicamentos – Utilização. I. Caliman, Luciana Vieira. II. César,
Janaína Mariano, 1981-. III. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

Luana Gaigher Gonçalves

A participação de crianças e familiares no cuidado em saúde mental: um Grupo GAM no CAPSi de Vitória-ES.

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

Aprovada em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Janaína Mariano César
Universidade Federal do Espírito Santo
Co-orientadora

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Gilead Marchezi Tavares
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho ao Grupo GAM do CAPSi.

A todas as mães, avós, tias, bisavós, profissionais de saúde e crianças que estiveram presentes nessa trajetória de quase 5 anos, agradeço imensamente pela disponibilidade e confiança em nosso trabalho, por fazerem das tardes de quintas-feiras no CAPSi momentos tão calorosos e vibrantes. Agradeço, em especial, à Karla, Gleidiomar, Jussara e Maristela, por sustentarem e apoiarem esse espaço desde o início desta pesquisa, mantendo nosso desejo e aposta vivos! Agradeço também à Renata, Alex e Tércia, pelo entusiasmo e parceria. À Silvia, pela acolhida e confiança. Às crianças, por nos surpreenderem e contagiarem a cada encontro.

Aos queridos companheiros do Grupo de Pesquisa Fractal, onde vivi momentos preciosos na minha formação em Psicologia e sem os quais o fôlego para essa escrita não seria possível. Lu, Jana, Nat, Enos, Pedro, Lipe, Joyce, Vic, Drica, Meiri, Alana, Karin, Babs, Lygia, Rê, Lu Covre e Ani – fractalinhos, esse trabalho tem centelhas de cada um de vocês!

À minha orientadora e amiga, Lu Caliman, desde a acolhida no grupo de pesquisa durante a graduação até a aposta mútua nesse trabalho. Lu, muito obrigada pelo carinho, pela atenção, pela confiança e liberdade na escrita. Sua forma leve e vibrante de trabalhar foi um grande incentivo para que eu me aventurasse pelos caminhos do mestrado. Já são mais de cinco anos com Grupo Fractal e eu sou muito grata por você ter construído e me acompanhado em tantos projetos e sonhos. Muito obrigada!

Agradeço também à essa pessoa “iluminada” de quem me aproximei durante o período do mestrado e que não só culminou numa co-orientação, mas em uma parceria de tantos trabalhos, uma nova amizade e uma admiração profunda. Jana, é difícil falar de uma forma que não fique boba, mas torço para que existam no mundo mais pessoas como você! Eu agradeço profundamente pela sua acolhida neste trabalho de co-orientação, por seu cuidado e dedicação imensos, e por ter me dado coragem e suporte, sempre com muito tato e delicadeza, pra “encontrar a minha voz” nesse trabalho tecido carinhosamente por tantas mãos. Obrigada cem vezes! E também às queridas do entre-visões: Gabi, Aida, Chris, Yara e Alana, que me impulsionaram com muito afinco nessa reta final.

À minha amada família, Mamis, Papis e Jupis, por incentivarem meus sonhos, a base para que o processo do mestrado fosse vivido com tranquilidade e dedicação. Aos demais familiares, pelo amor, presença e apoio constantes. Aos meus gatos, Mingau e Zé, companheiros noturnos de escrita. Ao Lucas, meu bem, por despertar sempre meus melhores sorrisos e tornar a vida mais leve.

Às minhas tantas amigas-mulheres-maravilhosas, por serem meus espelhos de determinação e coragem, além de parceiras de uma vida: Ju Pak, Ju Vescovi, Li, Babs, Rê, Carol, Duda, Flavs, Jacque, Gaby, Laura, Lara, Giow, Silvia, Maíra, Brubs, Ju Domingues, Rafa, Mamari, Marina e Paula. Amo vocês.

Aos colegas da Turma 10, muito obrigada por esse bom encontro. Aos professores do PPPGSI, mestres que eu admiro. À Soninha, Silvia e Natalie, pela generosidade.

Aos professores Eduardo Passos e Gilead Tavares, é um privilégio poder partilhar mais uma vez esse trabalho com vocês. Sou muito grata pelas contribuições e disponibilidade.

À FAPES, por fomentar e apoiar esta pesquisa.

A todos os trabalhadores participantes dos encontros da Rede-GAM – ES, que me animam ao lembrar que essa pesquisa é só um passo de um caminho tão potente.

No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá
onde a criança diz: Eu escuto a cor dos
passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não
funciona para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um
verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é a voz
de fazer nascimentos —
O verbo tem que pegar delírio.

(Manoel de Barros, Uma didática da invenção)

RESUMO

Como as crianças podem participar do cuidado em saúde mental? Como aquelas que historicamente não são vistas como sendo responsáveis e tendo condições de responderem por si podem ter direito a participar, opinar, se expressar? Este trabalho parte de uma pesquisa situada no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil que visa problematizar a baixa participação de crianças e seus familiares nos tratamentos, principalmente no que tange à gestão da medicação. Apesar dos avanços obtidos no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e das mudanças significativas em relação aos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a questão da medicação é ainda um ponto nevrálgico nesse processo. As experiências vividas pelos usuários do campo da saúde mental e seus familiares raramente são consideradas como parte do saber em relação ao tratamento. E quando esses usuários tratam-se de crianças, essa problemática se torna ainda mais complexa e desafiadora. Além dos engessamentos e barreiras impostas pela produção do diagnóstico de transtorno mental, essas crianças também são marcadas por uma certa construção histórica de imagens da infância, as quais, por um lado, possibilitaram a proteção das crianças, mas, por outro, acabaram gerando impossibilidades e limites à participação infantil em seus processos de cuidado. A partir da proposição de um Grupo de Intervenção (GI) com familiares no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), baseado na Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) esta pesquisa teve como direção de trabalho a deterioração de algumas imagens cristalizadas da infância, apostando, então, na construção de outras relações com as crianças, de outros modos de pensar e de estar com elas, tendo como investimento ético-político o exercício da participação.

Palavras-chaves: participação, estratégia GAM, infância, saúde mental, autonomia.

ABSTRACT

How can children participate in the care for their own mental health? How can those that historically are not seen as responsible or capable of answering for their own lives have the right to participate, voice opinions or express themselves? This work is part of a research situated in the field of child and adolescent mental health that seeks to problematize the low participation of children and their families in treatment, especially regarding the management of medication. In spite of the progress achieved in the process of the Brazilian Psychiatric Reform and the significant changes in the models of care and management in health practices, the matter of medication is still a sore point. The experiences of mental health service users and their relatives are rarely considered as part of the knowledge regarding treatment. And when these users are children, the problem becomes even more complex and challenging. In addition to the difficulties and barriers imposed by the production of mental disorder diagnoses, these children are also marked by a certain historical construction of childhood images, which on the one hand made it possible to protect children, but on the other, ended up generating impossibilities and putting limits on children's participation in their care processes. Through the proposition of an Intervention Group (GI) with family members in the Center for Child and Youth Psychosocial Care (CAPSi), based on the strategy of the Autonomous Management of Medication (GAM), this research had as its guideline of work the deterioration of certain crystallized images of childhood. The hope of this work was to cultivate other possible relations with children — which involve other ways of thinking about and being with them — considering the exercise of participation an ethical-political investment.

Keywords: participation, GAM strategy, childhood, mental health, autonomy.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

ES – Espírito Santo

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GAM-BR – Gestão Autônoma da Medicação brasileira

GI – Grupo de Intervenção

GIU – Grupo de Intervenção com Usuários

GIF – Grupo de Intervenção com Familiares

SUS – Sistema Único de Saúde

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositivo Desafiador

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 A ESTRATÉGIA GAM NO CAPSI	14
2 “COMO CONHECER JAMAIS O MENINO?” OS DESCONTORNOS DE UM PROBLEMA DE PESQUISA	24
2.1 Imagens da infância	24
2.2 Imagens da infância na saúde mental	31
2.2.1 “As mães e o filhos da GAM”	31
2.2.2 A medicação psiquiátrica na construção das imagens da infância	41
2.3 Como conhecer jamais o menino no Grupo GAM?	47
3 A PARTICIPAÇÃO INFANTIL: UM CAMINHO PARA A DETERIORAÇÃO DAS IMAGENS DA INFÂNCIA	50
3.1 Como as crianças podem participar das decisões de seus tratamentos?	50
3.1.1 Um paradoxo problemático	50
3.1.2 Autonomia e interdependência	56
3.2 A participação na estratégia GAM	64
3.3 Três vias de acesso ou três dimensões da participação infantil	69
4 “CONHECER JAMAIS O MENINO”: EFEITOS DO PROCESSO GRUPAL	79
4.1 Movimento de deterioração um: o lugar da medicação nas imagens da infância	79
4.1.1 “É só o medicamento que faz a criança mudar?”	79
4.1.2 Outras interferências e cuidados possíveis	81
4.2 Movimento de deterioração dois: autonomia como interdependência	86
4.2.1 Ampliando a rede de apoio	86
4.2.2 As crianças podem participar do cuidado em saúde mental	88
4.3 Movimento de deterioração três: uma última imagem (ou uma imagem a mais)	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
6 REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	103

APRESENTAÇÃO

Este trabalho envolve uma pesquisa situada no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil que visa problematizar a baixa participação de crianças e seus familiares nos tratamentos, principalmente no que tange à gestão da medicação psiquiátrica. Como veremos mais adiante, apesar dos avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, a questão da medicação é ainda um ponto crítico nesse processo, que impõe uma série de desafios no que se refere à sua gestão, não obstante, pouco discutida.

Com o intuito de problematizar a relação dos sujeitos com seus medicamentos e tratamentos, em 2010, pesquisadores de universidades brasileiras em parceria com a Universidade de Montreal (Canadá) colocam em prática em nosso país uma nova estratégia em saúde mental denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

É em meio a esse contexto, norteadas pelos princípios da estratégia GAM, que esta pesquisa se desenvolve. No capítulo um, denominado “A estratégia GAM no CAPSi”, apresentaremos de forma breve alguns dos principais pontos que caracterizam o trabalho com a estratégia GAM, para então situarmos o campo problemático ao qual esta pesquisa se dedica: a trajetória de um grupo de experimentação da estratégia GAM no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) de Vitória-ES. Ainda nesse capítulo, nos debruçaremos sobre alguns desafios que já de início se colocavam para o grupo de pesquisa, afinal, até onde foi possível acompanhar, este foi o primeiro trabalho envolvendo a estratégia GAM realizado em um CAPSi, isto é, o primeiro trabalho com GAM que se propôs a pensar os desafios presentes na relação com a medicação com crianças e adolescentes.

Se a participação nos tratamentos já um ponto nevrálgico no trabalho com usuários adultos (como nos apontam as pesquisas já realizadas com a estratégia GAM), quando os usuários tratam-se de crianças e adolescente, essa questão ganha dimensões específicas que nos parecem, como afirmaremos nos próximos capítulos, complexas e desafiadoras. Afinal, como aqueles que historicamente não são vistos como sendo responsáveis e tendo condições de responderem por si podem ter direito a participar, opinar, se expressar? Neste primeiro capítulo, portanto, apresentaremos o cenário no qual esta pesquisa emerge, assim como os problemas e desafios que ela nos traz.

No segundo capítulo, “‘Como conhecer jamais o menino?’ Os descontornos de um problema de pesquisa”, continuaremos construindo a problemática deste trabalho, trazendo também elementos históricos que nos ajudam a interpelar certas imagens atribuída às crianças,

as quais, por um lado, possibilitaram estabelecer alguns direitos de proteção e cuidados considerados necessários à criança, contudo, acabaram gerando impossibilidades e limites ao processo de participação infantil. Para isso, nos apoiaremos nos trabalhos de alguns autores, dentre eles: Walter Kohan, Ricardo Ceccin, Phillipe Ariès, Henrique Skliar, Betina Hillesheim e Virgínia Kastrup. E através da experiência do próprio Grupo de Intervenção (GI) realizado no CAPSi, tendo como participantes pesquisadores, profissionais de saúde e familiares de crianças que fazem uso de psicotrópicos, problematizaremos como, no caso de crianças usuárias de saúde mental, essas imagens também são atravessadas por outras nuances: elas são vistas socialmente como mais incapazes, deficitárias e, por isso, mais dependentes. Os limites a participação dessas crianças são ainda mais rigorosos. Por fim, nesse capítulo, apontaremos que a direção do trabalho realizado com o Grupo foi visibilizar e *deteriorar* com os participantes algumas das imagens cristalizadas da infância, “*conhecer jamais*” essas imagens que endurecem e tutelam nossas práticas com as crianças.

O terceiro capítulo, “A participação infantil: um caminho para a deterioração das imagens da infância”, traz de forma mais específica a problemática da participação infantil a partir do diálogo com outros campos de estudos, como a Sociologia da Infância e os Estudos da Deficiência, principalmente no que tange a entrada das perspectivas feministas nesse campo. A aproximação com esses estudos foi fundamental para que pudéssemos articular os princípios da Gestão Autônoma da Medicação no trabalho com crianças e adolescentes, de modo a continuar ampliando a estratégia na relação com as problemáticas concernentes a esse trabalho. Buscamos também neste capítulo desenvolver algumas questões referentes ao processo de participação infantil: o que significa dizer que as crianças podem (e devem) participar? O que é participar? Como é construir com a criança processos participativos? Trata-se de uma competência? Trata-se de decidir sozinho? Para então, desembocarmos na questão central desse trabalho: como acessar a experiência de participação infantil e cuidar de seus efeitos em um grupo com familiares adultos?

A partir da análise da experiência com o Grupo GAM no CAPSi, apontaremos algumas direções de como, nesta pesquisa, foi possível experimentar intervenções na relação dos participantes com as crianças, através cultivo da experiência de participação infantil. Para isso, destacaremos três possíveis vias ou três dimensões de acesso a essa experiência que puderam ser experimentadas e trabalhadas ao longo do grupo, apoiadas pela operação do certo manejo grupal.

No quarto capítulo, titulado “‘Conhecer jamais o menino’: efeitos do processo grupal”, nos debruçaremos sobre algumas cenas registradas do Grupo, que nos permitiram colher e analisar efeitos do acesso e construção da experiência de participação infantil ao longo do trabalho. Observaremos como fomos “*conhecendo e desconhecendo*” nossos “*meninos*” no Grupo GAM? De que modo as cenas permitiram desconhecer as imagens e dar passagem a outras relações com as crianças? Que imagens cristalizadas da infância puderam ser craqueladas, deterioradas e, sobretudo, reinventadas nesse trabalho? Quais outras constituições subjetivas se deram?

Por fim, nas Considerações Finais, ratificamos a nossa aposta com esse trabalho a partir das amarrações e costuras que foram possíveis ao longo desta trajetória.

1 A ESTRATÉGIA GAM NO CAPSI

O problema que se delineará ao longo desta dissertação parte de uma experiência de pesquisa-intervenção, situada no campo da saúde mental infanto-juvenil. Essa pesquisa integra um projeto mais amplo realizado pelo grupo Fractal¹, da Universidade Federal do Espírito Santo, que há cerca de seis anos tem se dedicado a trabalhos que visam acompanhar a experiência infantil atravessada pelo uso de medicamentos psiquiátricos, em parceria com uma estratégia cogestiva em saúde mental. Denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM), essa estratégia tem o intuito de problematizar a relação dos sujeitos com seus tratamentos e medicamentos, considerando seus efeitos sobre os múltiplos aspectos de suas vidas (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

A história da construção da GAM tem início no Canadá, em meio a movimentos de usuários de serviços alternativos de saúde mental que se propuseram a criar espaços de conversa sobre os medicamentos psiquiátricos, junto à elaboração do documento *Gestion Autonome de la médication de l'âme – Mon Guide Personnel* (Guia da Gestão Autônoma da medicação). O Guia GAM-BR², como foi traduzido para o Brasil, é uma cartilha organizada em passos, com questões relativas às experiências vividas dos usuários de saúde mental, aos direitos em relação ao tratamento, às informações técnicas sobre os fármacos, dentre tantas outras, e que tem o objetivo de enfrentar o uso pouco crítico dos medicamentos psiquiátricos no país (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO-CAMPOS, 2013). Em 2010, o Guia é traduzido e adaptado para o Brasil (Guia GAM-BR) em uma cooperação entre pesquisadores de universidades brasileiras – Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – e da Universidade de Montreal, no Canadá (CAMPOS et al., 2012).

No Brasil, a estratégia GAM esbarra em um contexto no qual, apesar dos avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira³, a questão da medicação é ainda um ponto cego, muito pouco discutido, e apinhado de tensões e desafios. Se, por um lado, a realidade nos

¹ Grupo de pesquisa que integra o Conectus (grupo de pesquisa do CNPq) e que se interessa pelo estudo dos processos de medicalização da vida, composto por graduandos de Psicologia, mestrandos do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da UFES (PPGPSI) e duas professoras do Departamento de Psicologia.

² A versão brasileira do Guia encontra-se disponível no link: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

³ A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo político e social em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, tipicamente curativos e hospitalocêntricos (BRASIL, 2005). Afinado com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), esse movimento tem seus ideários pautados na atenção psicossocial, visando a promoção de autonomia como direção do tratamento atrelada ao protagonismo dos usuários nos serviços de saúde e a ampliação das redes de relações (SADE et al., 2013).

serviços de saúde brasileiros é marcada pelo excesso de prescrição de medicamentos, os quais muitas vezes ocupam o lugar central nos tratamentos e sobrepõem outras formas de cuidado, por outro, diferentemente do Canadá, os brasileiros enfrentam também dificuldades no acesso a esses medicamentos, relacionadas à frequente falta destes e de profissionais nos serviços, assim como à ausência de outras estratégias e tecnologias de cuidado disponíveis.

Outro desafio refere-se à gestão da medicação, uma prática ainda muito verticalizada que separa nitidamente aquele que “sabe” e pode prescrever, daquele que “não sabe” e, portanto, não pode participar das decisões. O paciente de saúde mental, historicamente marcado pela condição de loucura, de descontrole sobre o próprio corpo e vida, é tido como incapaz de pensar, discernir, opinar, e portanto, participar do seu próprio tratamento (MARQUES et al, 2013); suas experiências como usuários de psicotrópicos não são, na maioria das vezes, consideradas como saber legítimo em relação à gestão da medicação. Mesmo as experiências de seus familiares e cuidadores parecem não contar muito nesse processo. A “participação”⁴ tanto de usuários quanto dos familiares nos tratamentos fica restrita, em muitos casos, ao relato dos sintomas e a gestão da medicação em casa. O que se acompanha nos serviços de saúde mental, de modo hegemônico, é um saber produzido sobre a medicação centralizado nos “especialistas da saúde” (MACHADO, 2011), exclusivamente nos médicos psiquiatras, atualizado em práticas de cuidado em que são cada vez mais raros os espaços de conversa, de compartilhamento de questões e troca de experiências. Como consequência, a gestão da medicação vai se tornando, cada vez mais, um processo isolado e solitário: ou decide-se sozinho (automedicação do usuário ou familiar em casa), ou decide-se sozinho pelo outro (médico prescritor, sobrepondo a experiência do usuário). Conforme analisam Marques et al (2013), “ [...] se o saber sobre o medicamento não circula, menos ainda pode circular o poder decisório sobre o seu uso, sendo estes um dos embates da gestão compartilhada do tratamento” (p. 114).

Diante desses desafios, a GAM é colocada em prática no Brasil como uma estratégia no campo da saúde mental que visa problematizar a baixa participação dos usuários (e familiares) nas decisões dos tratamentos. Existem dois princípios-chaves que estão na base desse trabalho e, não por acaso, dão o nome à estratégia; são eles: **gestão** e **autonomia**. No Brasil, esses princípios foram modulados, incorporando noções importantes da saúde coletiva e saúde mental do país, em aliança com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de

⁴ O termo encontra-se entre aspas porque problematizaremos a ideia de participação mais adiante.

Saúde (SUS) (MELO et al., 2015, RENAULT, 2015). A noção de autonomia, tantas vezes associada a características de independência e autossuficiência, é pensada como uma construção coletiva, sustentada por uma rede de apoio e criação de laços de codependência. Como nos aponta Kinoshita (1996), principal articulador desse conceito no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, “somos mais autônomos, quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser [...]” (p.56). Assim, na Gestão Autônoma da Medicação, a autonomia envolve “compartilhamento”. Participar do tratamento não quer dizer gerir sozinho; trata-se, propriamente, de ter a possibilidade de fazer escolhas acompanhadas e apoiadas por um coletivo. Isso nos leva ao segundo princípio, gestão, que ganha aqui uma dimensão compartilhada através do prefixo “co” – **cogestão**.

A cogestão também é um conceito estratégico que emerge a partir de lutas e movimentos sociais no campo da saúde pública brasileira, o quais alertavam para a inseparabilidade entre os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços e a produção do cuidado em saúde (PASSOS et al., 2013). Deste modo, visando romper com uma certa lógica de trabalho vigente, marcada pela fragmentação do cuidado, hierarquias e centralização do saber, a cogestão fundamenta-se na aposta em uma gestão que se faz junto: usuário, equipe de saúde, familiar, cuidadores, comunidade, entre outros. “Quanto mais conectados a uma rede de cuidados estiverem, mais possibilidades os usuários, seus familiares e/ou equipe de saúde terão para administrar (gerir) a medicação” (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014, p.11).

Para suscitar que a gestão da medicação se torne uma prática cogestiva, cogeriada por um coletivo do cuidado (não individualizada ou pessoalizada), a intenção é que a estratégia GAM se operacionalize atrelada a um dispositivo grupal, os chamados Grupos de Intervenção (GIs). Os GIs são espaços de leitura e discussão coletiva do Guia GAM-BR, onde os participantes podem ampliar a compreensão sobre os medicamentos (além de outras questões relacionadas ao seu uso), compartilhar experiências na relação com a medicação e coletivizar decisões (CAMPOS et al., 2012). No período de adaptação da estratégia para o Brasil, esses grupos foram realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵ e se compuseram de duas

⁵ Considerados “a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”, os CAPS são um serviço de atenção diária e acolhimento em saúde a pacientes com transtornos mentais. Entre as características desse dispositivo, destaca-se a busca por um trabalho que se desenvolva junto com o “território” – espaços de vida nos quais o usuário e sua família circulam. Dessa forma, os CAPS atuam como ordenadores e articuladores das redes intersetoriais que podem potencializar o cuidado em saúde, rompendo com a lógica asilar-manicomial imperante (BRASIL, 2004).

formas: Grupos de intervenção com usuários (GIU) e Grupo de intervenção com familiares (GIF), ambos incluindo também profissionais do serviço e pesquisadores universitários.

Em sua tese de doutorado, Letícia Renault (2015), que participou desse processo no estado do Rio de Janeiro, destaca duas mudanças importantes que caracterizam o “modo de fazer GAM” brasileiro. A primeira delas diz respeito à sua inserção: enquanto no Canadá a GAM surge a partir dos movimentos de usuários em serviços alternativos (ao Estado), no Brasil, a estratégia é colocada em prática em parceria com os serviços públicos de saúde. Renault analisa que a implementação da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira nos serviços, junto à criação dos CAPS como local de referência para o cuidado em saúde mental, fazem desse serviço um espaço estratégico para a discussão e o debate das práticas medicalizantes e psiquiatrizantes.

A segunda mudança consiste na inclusão de outros pontos de vista na prática da cogestão da medicação. Se, no Canadá, a ênfase do trabalho era nos usuários, em nosso país, fomentou-se a participação dos trabalhadores de saúde vinculados aos serviços nos quais ocorreram os GIs (até então os CAPS) e posteriormente dos familiares⁶. Como ressalta a autora, no Brasil, “a validação do Guia e do dispositivo GAM dependia de uma inclusão dos familiares no cerne do Projeto” (RENAULT, 2015, p.16). Fazemos essa marcação na inclusão dos familiares, pois esse é um ponto fundamental no processo de trabalho do qual essa dissertação se ocupa.

E é nesse cenário que essa pesquisa surge. Até aqui trouxemos algumas das questões e direções basilares que compõem com este trabalho, movidas pelo encontro com a estratégia GAM. Após as situarmos brevemente, vamos adensar uma problemática mais específica, aproximando-nos da saúde mental infanto-juvenil, campo de interesse desta dissertação e no qual a gestão da medicação nos parece uma questão ainda mais desafiadora. Como veremos nos próximos capítulos, há uma certa configuração/imagem da criança que a silencia, objetifica e mortifica, sustentada por um conjunto de saberes, discursos e práticas que compreendem a criança como um ser sempre em desenvolvimento, inocente frente aos riscos da vida, incapaz de dizer de si e de sua experiência. Assume-se que ela não está apta para decidir ou mesmo participar das decisões que lhe dizem respeito – estas precisam ser feitas por um adulto. E no caso das crianças que são usuárias dos serviços de saúde mental, essas marcas parecem estar ainda mais acentuadas: seus pontos de vistas quase nunca aparecem

⁶ É importante ressaltar que, até o momento, no que conseguimos mapear, os GIF foram experimentados somente em São Pedro da Aldeia (Rio de Janeiro) e no Espírito Santo, no CAPSi.

ou são considerados ao longo de seus tratamentos. Em relação aos medicamentos psiquiátricos, percebe-se que, em muitos casos, elas nem sequer tomam conhecimento de que estão fazendo uso, ou mesmo dos motivos da sua ingestão.

Diante dessa problemática, podemos nos questionar se o saber da criança usuária de saúde mental seria ainda mais silenciado nas decisões sobre o tratamento. Estariam elas duplamente objetificadas? Pela infantilização que as tiram o direito de falar sobre si e pela hierarquia do saber médico que sobrepõe a experiência do paciente? Uma infância duplamente infantilizada? E ainda, o direito à participação nas decisões do tratamento assume, nesse contexto, um desafio maior? A partir dessas indagações e considerando a importância de acessar as experiências infantis silenciadas pelos processos de infantilização, medicalização e medicamentação⁷, o grupo Fractal se propôs o desafio de criar espaço, cultivar um lugar mais interessante com a criança usuária de medicamentos psiquiátricos na relação com seu tratamento – incluí-la como participante da (co)gestão compartilhada do cuidado, bem como a seus familiares.

À medida que nos aprofundávamos nas leituras e estudos sobre a GAM, sentíamos que a estratégia nos era muito interessante e começamos a apostar fortemente nesse dispositivo. Contudo, da mesma forma que a metodologia proposta nos indicava um caminho que nos amparava, ela inaugurava novos problemas. Até o início dessa pesquisa, não havia registro de algum trabalho com a estratégia GAM que se propusesse a acompanhar a experiência do público infanto-juvenil no uso de medicamentos. Hoje, sabemos que há uma multiplicidade de usos e experimentações da GAM em Unidades de Saúde, instituições prisionais, CAPSad (álcool e outras drogas) e até mesmo projetos interessados em acompanhar a experiência infantil. Naquele momento, porém, um trabalho com a GAM envolvendo crianças e adolescentes era ainda uma novidade e impunha uma série de desafios no seu saber-fazer. Indagávamos: Como as crianças podem participar das decisões sobre seus tratamentos? De que forma as crianças podem se tornar sujeitos participantes no trabalho com a GAM? Trata-se também com elas da produção de autonomia e cogestão? Qual a potência de um trabalho que se propõe a pensar a experiência da medicação em um grupo com crianças? Como conversar com elas? Qual linguagem utilizar? Como garantir que a experiência infantil seja considerada e legitimada como um saber?

⁷ De acordo com Caliman, Passos e Machado (2016), os processos de medicamentação da vida se instituem quando a prescrição do medicamento é entendida como a melhor (e única) forma de cuidar, sobrepondo outras práticas, estratégias e tecnologias. Submetido à medicalização, o processo de medicamentação ocorre quando a prescrição do medicamento passa a ser o foco das ações, a solução rápida que busca a normalização.

Havia em nós a sensação de que era preciso uma “preparação” para conversar com as crianças, um certo jeito, um certo tom e a criação de um dispositivo específico. O Guia GAM, naquele momento, parecia ainda limitado, pois foi um material construído e validado para usuários adultos, com uma linguagem e forma de trabalho específicas para esse público. Como contornar esse impasse? A criação de um dispositivo baseado na estratégia GAM voltado para o público infantil era como um sonho a ser cultivado, mas demandaria um novo investimento⁸.

Nosso caminho foi seguir uma pista que a própria adaptação da estratégia para o Brasil já indicava: para a GAM-BR, a construção da autonomia dos usuários implica necessariamente o trabalho com um coletivo que a legitime e possibilite. Isso porquê compreendemos a experiência com medicamentos como uma experiência ampliada, que não envolve somente aquele que faz uso, mas uma trama de relações e práticas farmacológicas entre aqueles que acompanham, cuidam, prescrevem, fornecem o medicamento, entre tantas outras (DOMITROVIC, 2014). Um desafio da pesquisa GAM é, portanto, incluir e fazer atravessar tais experiências. Nesse ponto, um trabalho intensivo com familiares é não só interessante, mas fundamental.

Na tese de Renault (2015), a autora analisa a primeira experiência de um GIF realizado no Brasil e ressalta que “parecia-nos impossível realizar a discussão sobre a autonomia no tratamento medicamentoso sem uma referência constante aos familiares” (p.24). São os familiares que, na maioria das vezes, fazem a gestão da medicação em casa, acompanham seus efeitos na vida dos usuários e nas suas redes de pertencimento, auxiliam nas tarefas do dia a dia, os levam para os serviços de saúde, entre outras atividades. E quando esses usuários são crianças e adolescentes, essa relação com o familiar ganha uma tonalidade ainda mais visível. A própria Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes tem como diretriz a intersetorialidade (COUTO; DELGADO, 2015), e portanto, é imprescindível que o trabalho nos serviços com atendimentos voltados para esse público envolva uma rede de cuidado que inclui minimamente (e, diríamos, principalmente) a família. Mesmo assim, como mencionado anteriormente, percebemos que também para o familiar são raros os espaços participativos e de partilha da sua experiência nos serviços de assistência à infância. Como seria, então,

⁸ Ao longo de três anos, uma frente de pesquisa do grupo Fractal realizou semanalmente no CAPSi um trabalho de experimentação da estratégia GAM com as crianças usuárias do serviço. Chamado de “Oficina da Palavra”, esse trabalho dispunha de diversos materiais como livros, imagens, jogos, desenhos, pinturas, teatro, fantasia, exercícios corporais e, também, o Guia GAM em sua materialidade, e buscava criar condições que exercitassem a gestão e autonomia com crianças usuárias de medicamentos psiquiátricos.

acompanhar a experiência daqueles que acompanham o uso de psicotrópicos por crianças e jovens?

Engajado com esses desafios, o grupo de pesquisa Fractal opta, então, por investir inicialmente na construção de um GI com familiares (GIF). Depois de um tempo caminhando entre serviços de saúde de Vitória, tateando nossas possibilidades de construção de uma pesquisa-intervenção, em dezembro de 2013, após consolidada a parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)⁹ de Vitória, na época o único CAPSi do estado¹⁰, iniciamos nosso Grupo de Gestão Autônoma da Medicação.

Ao longo de aproximadamente três anos (de dezembro de 2013 a dezembro de 2016), os pesquisadores do grupo Fractal (graduandos, mestrandos e professores) estiveram presentes no grupo, investindo fortemente nesse espaço. O Grupo GAM no CAPSi tinha frequência semanal e era constituído predominantemente por mulheres – mães, avós, bisavós, tias, pesquisadoras e trabalhadoras do serviço. Uma observação pertinente é que durante esse período, apenas um pai participou de um único encontro. Podemos pensar que essa configuração, predominantemente feminina, pode ter possibilitado que em um certo momento aparecesse no grupo questões relacionadas com a maternidade e a condição feminina (ser mulher). Neste tempo de trabalho, contamos com a presença de 21 familiares de crianças acompanhadas pelo CAPSi, alguns frequentando o grupo desde o início, outros com participações pontuais ou passageiras. Além dos familiares e pesquisadores, participaram do grupo estagiários do serviço, estagiárias de psicologia da UFES, duas psicólogas, um psiquiatra, uma assistente social, um musicoterapeuta, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, e nos últimos anos, acompanhando de modo mais intensivo, uma pediatra e um educador físico¹¹.

Depois de três anos frequentando assiduamente os encontros no CAPSi, em 2016, construímos com os participantes a possibilidade dos pesquisadores acompanharem os movimentos do grupo de outra forma, através de um trabalho de acompanhamento coletivo realizado na Universidade Federal do Espírito Santo, que ao longo do tempo foi sendo

⁹ Serviço de atenção diária que promove o tratamento e assistência integral em saúde mental à crianças e adolescentes com transtornos mentais considerados graves - portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e sujeitos que apresentam dificuldades em manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

¹⁰ Em 2017 foi inaugurado um CAPSi no município de Serra e em 2018 no município de Vila Velha.

¹¹ Na sessão de Apêndices desse trabalho há uma lista dos participantes que estiveram presentes no GIF no período entre dezembro de 2013 e dezembro de 2016.

nomeado pelos participantes como supervisão coletiva¹². Esse outro dispositivo de intervenção, criado em 2015, é coordenado pelas professoras Luciana Vieira Caliman e Janaína Mariano César, e composto por pesquisadores do grupo Fractal e profissionais de saúde de outros municípios do ES (Serra, Vila Velha e Vitória), interessados em implantar ou que já implantaram a estratégia GAM nos serviços. Além de acompanharmos e cuidarmos dessas experiências, passamos a acolher também no grupo os desdobramentos do trabalho no CAPSi de Vitória, contando com a participação da médica-pediatra e do educador físico, que atualmente manejam o grupo na instituição.

Desde a apresentação da proposta da pesquisa, foi pactuado com os participantes do GIF que os encontros no CAPSi seriam gravados em áudio. Essas gravações serviram de recurso para que os pesquisadores produzissem as **Memórias Intensivas**, um instrumento de registro já utilizado nas pesquisas brasileiras com GAM. As Memórias são textos que buscam destacar os movimentos e afetos surgidos nos grupos, para serem compartilhadas e analisadas posteriormente nos momentos de supervisão coletiva do grupo de pesquisa. Algumas Memórias também são compiladas em **Narrativas**, um registro mais amplo, que também é utilizado nas pesquisas-GAM como estratégia de devolutiva, fomentando a inclusão dos usuários, familiares e trabalhadores na construção de conhecimento. Com as Narrativas, pretende-se ressaltar os principais analisadores surgidos nos encontros e reavivar os tensionamentos experimentados, através das leituras coletivas nos **Grupos Narrativos**. Nesses grupos, os participantes dos GIs são convocados a interferir nos textos, sugerir alterações, recolocando as questões apresentadas. Em nossa pesquisa em Vitória, foram produzidas ao todo cinco Narrativas e, por decisão do próprio grupo, elas passaram a ser compartilhadas também nas reuniões de equipe do CAPSi, o que provocou efeitos interessantes no serviço. As Memórias e Narrativas escritas sobre o Grupo GAM no CAPSi compõem parte do terreno de análise desta dissertação. Alguns de seus fragmentos aparecerão destacados ou incorporados ao texto, com o intuito de mergulhar novamente nessas experiências e ampliar seus sentidos. As falas literais dos participantes estarão demarcadas através do recurso textual itálico.

¹² Os encontros de supervisão (pensados como espaço formativo) iniciaram-se em um regime quinzenal em julho de 2015, com trabalhadores do CAPS II Mestre Álvaro de Serra/ES, que pretendiam implantar a estratégia GAM no serviço com o público de usuários adultos. Em 2016 participam também os profissionais do CAPSi de Vitória e em 2018 aqueles também de Vila Velha (CAPSi e Caps AD) e de Serra (CAPSi), que intentavam a realização da GAM em seus serviços. No último ano, esse trabalho incluiu também alunas do estágio específico do curso de Psicologia da Ufes, que passaram a integrar os Grupos GAM no CAPSi de Vitória e no CAPS II de Serra, sob orientação da professora Janaína Mariano César.

Também é importante mencionar que o Guia GAM é uma ferramenta pensada e validada para grupos de usuários de adultos, com questões relativas à experiência de uso medicamentoso, por exemplo, “Por que começou a tomar medicamentos psiquiátricos? Há quanto tempo?”, “Você pode imaginar sua vida sem a medicação?”. Logo, no trabalho de intervenção com familiares é preciso fazer algumas torções neste dispositivo e criar outras possibilidades de trabalho. Na experiência do GIF em São Pedro da Aldeia (RJ), discutida na tese de Renault (2015), entre as estratégias utilizadas, solicitava-se que os participantes do grupo tentassem responder as perguntas do Guia pensando em como seus familiares (no caso, os usuários) responderiam. Instigados pelas questões e pela própria dificuldade em formular algumas respostas, os participantes passaram a fazer as perguntas do Guia ao seus familiares em casa, o que teve como importante efeito disparador a conversa entre usuários e familiares. Esse movimento estratégico, como veremos nos próximos capítulos, também foi experimentado no GIF do CAPSi de Vitória-ES.

Ao longo desta pesquisa, *pudemos sustentar o processo de legitimação do lugar de saber de quem acompanha, cuida, educa e medica; de quem sente na pele os desafios em se partilhar o cuidado* [Trecho da Narrativa GAM de 30/11/2016]. Sentíamos que era preciso fortalecer a experiência dos familiares, afinal, como cultivar o direito ao protagonismo infantil quando a participação/inclusão do familiar ainda não tem lugar?

Cuidamos também de muitas questões, entre elas: a luta de forças que atravessa as práticas medicalizantes – embates entre o acesso e o excesso de psicotrópicos, prescrever ou não prescrever, diagnosticar ou não – e que, tantas vezes, silencia a heterogeneidade das experiências em torno da medicação (DROMITROVIC, 2014); a solidão e a sobrecarga nos processos de cuidado, evidenciados por uma rede de saúde fragilizada e fragmentada (cf. PEREIRA, 2016); a importância de construir um trabalho que se articule em rede, e no caso das crianças e adolescentes, um trabalho que envolva a escola, onde as questões da medicação se complexificam (CHAVES, 2016); e o exercício da conversa como um êthos possibilitador da existência em processos singularizantes (SELVATICI, 2017).

Contudo, o desafio inicial dessa pesquisa ainda nos bordeava e continuou nos inquietando ao longo de todo o trabalho: como acessar a experiência infantil a partir de/com um grupo realizado com seus familiares? Como, num Grupo de intervenção com familiares, dar passagem à perspectiva da criança? Que efeitos a experiência infantil, quando acessada e incluída, produz no grupo?

E é sobre a história e trajetória desse GIF, ou alguns de seus processos, que esse texto trata. Não cabe narrar aqui o universo, ou como propõe Latour (2002), apropriando-se do termo de William James, o multiverso de questões, produções e repercussões da experiência com a estratégia GAM no CAPSi e no grupo de supervisão coletiva. Muitas destas questões foram já cuidadas e narradas em produções já citadas, outras estão também a caminho. Nesse trabalho de dissertação olharemos para essa experiência com uma lente específica: a da experiência e participação infantil. O que tentaremos cartografar é: Como a perspectiva da(s) criança(s) comparece no grupo? Como ela aparece nas falas e discussões entre familiares, trabalhadores e pesquisadores? Em que momentos e como foi possível incluí-la? Quais efeitos provocaram? O que a abertura para essas experiências produz na relação entre adultos e crianças? E ainda, como essa abertura para a experiência nos permite desestabilizar as formas de silenciamento e assujeitamento da infância?

2 “COMO CONHECER JAMAIS O MENINO?” OS DESCONTORNOS DE UM PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 Imagens da infância

Como conhecer jamais o menino? Para conhecê-lo tenho que esperar que ele se deteriore, e só então ele estará ao meu alcance. Lá está ele, um ponto no infinito. Ninguém conhecerá o hoje dele. Nem ele próprio. Quanto a mim, olho, e é inútil: não consigo entender coisa apenas atual, totalmente atual. O que conheço dele é a sua situação: o menino é aquele em quem acabaram de nascer os primeiros dentes e é o mesmo que será médico ou carpinteiro. Enquanto isso – lá está ele sentado no chão, de um real que tenho de chamar de vegetativo para poder entender. Trinta mil desses meninos sentados no chão, teriam eles a chance de construir um mundo outro, um que levasse em conta a memória da atualidade absoluta a que um dia já pertencemos? [...] Não sei como desenhar o menino. Sei que é impossível desenhá-lo a carvão, pois até o bico de pena mancha o papel para além da finíssima linha de extrema atualidade em que ele vive. Um dia o domesticaremos em humano, e poderemos desenhá-lo.

[O menino do bico de pena, Clarice Lispector]

O conceito de imagem proposto por Ricardo Ceccim (2001) refere-se a “[...] uma definição de contornos ou uma territorialização, forjada pela coagulação ou cristalização de um circuito de conexões que faz emergir as figuras da realidade” (p. 87). A partir dessa formulação, é possível fazer dois usos desse conceito. No primeiro deles, as imagens são pensadas como **representações** de modelos da realidade, servindo para fixar categorias, grupos, populações, formas, gestos, modos de estar no mundo, entre outros. Muitas vezes, essas imagens são tão consolidadas histórica e socialmente ao ponto de se tornar quase impossível considerar que foram construídas ao longo do tempo, embora estejam em constante formulação. Quando a imagem tem sua dimensão temporal e processual enfraquecida, descolada da história, ela se naturaliza. No entanto, também é possível explorar outra dimensão do conceito trazido por Ceccim (2001), que aqui nos interessa. Entendidas como “abertas às produções” (p. 87) e aos acontecimentos, as imagens são compostas por atravessamentos históricos, sociais, culturais, caracterizando-se mais como **configurações** do que representações. Pensar as imagens como configurações nos permite experimentar outras conexões; desfazer alguns traços, linhas e contornos, tornando-as mutáveis e fluidas, imagens-móveis; e também olhar para seus processos de produção, deslocando-as, modulando-as e redesenhando-as.

Ao longo da história da humanidade, a infância foi interpretada por diversas abordagens e campos de saber interessados em explicá-la em suas especificidades, tais como: a Biologia,

Psicologia, Psicanálise, Medicina, Pedagogia, Sociologia, Filosofia e Religião (LEAL, 2004). Apesar de suas diferenças teóricas (inclusive as inerentes a um mesmo campo de saber), essas abordagens produziram/produzem discursos, conceituações, saberes e práticas que atualizam uma imagem-configuração da infância: determinando contornos dentro dos quais as crianças devem se reconhecer, marcando seus lugares sociais, moldando seus comportamentos, desenhando e configurando um corpo infantil do qual se diz e se fala sobre (HILLESHEIM, 2008).

Walter O. Kohan, na primeira parte do livro “Infância. Entre Educação e Filosofia” (2005), traz uma apresentação do que ele chama de “história das ideias filosóficas sobre a infância”, uma análise dos discursos que tomaram a infância como objeto dentro de um campo específico do pensamento, a Filosofia¹³. Em seus estudos, o autor demonstra que a educação para os filósofos gregos era uma questão fundamental e estava diretamente relacionada com a vida na *polis*, isto é, à situação política e social de Atenas naquele tempo. Para cuidar da *polis*, os gregos precisavam cuidar de seus indivíduos e a via para esse cuidado, na aposta dos filósofos Sócrates e Platão, era a educação. Uma educação atravessada por intencionalidades e projeções políticas, pelo desejo de formar cidadãos justos, prudentes, fortes e perspicazes - os futuros guardiões da *Polis* (KOHAN, 2005). Mas quem seriam esses futuros cidadãos da *polis*? A resposta era: os jovens e as crianças¹⁴.

Ainda segundo Kohan (2005), é a partir dessa constatação que a infância se torna objeto de interesse para Platão – não pelo que as crianças são, mas pelo que elas podem vir a ser. Produziu-se então, em Atenas, a necessidade de educar os jovens e as crianças e nelas investir: escolher cuidadosamente os relatos, músicas, fábulas a elas apresentadas para que fossem convenientes com os valores, ideais e interesses da *polis*. Mesmo que, para Sócrates, o ser humano estivesse em constante aprendizado e constituição de si (KOHAN, 2005), a infância passou a ocupar um lugar prioritário nos investimentos educativos, o que é possível

¹³ Apesar de falar de uma “história das ideias”, é importante mencionar que o trabalho de Kohan não busca reproduzir uma história das conceituações da infância, nem representar o pensamento de uma época ou autor determinados. Para Kohan (2005, p. 20), “[...] A forma como uma época retrata um pensamento – nas artes, na literatura e nas mais diversas formas de produção social e cultural – é sempre muito mais complexa que os pensamentos presentes em alguns textos de certos filósofos”. Seu interesse é justamente problematizar como essas conceptualizações históricas atravessam os nossos modos de perceber a infância no contemporâneo.

¹⁴ Vale ressaltar no grego antigo não existia uma palavra de uso exclusivo para referir-se às crianças (HILLESHEIM, 2008). De acordo com Kohan (2005), os termos utilizadas por Platão possuem uma definição mais abrangente. *País*, por exemplo, representa as crianças e jovens que não atingiram a cidadania (no caso dos homens) ou o matrimônio (no caso das mulheres). O termo também denota o sentido de filho(a). Outra palavra utilizada por Platão é *Néos*, que significa “jovem”, “recente”, mas com uma conotação muito cronológica. Ainda segundo o autor, apesar da ausência de palavra, é possível afirmar que Platão faz reflexões sobre a infância que vão se sofisticar (HILLESHEIM, 2008) com o advento da modernidade.

observar na seguinte passagem registrada por Platão: “E bem sabes que o princípio de toda obra é o principal, especialmente nos mais pequenos e ternos; porque é então quando se forma e imprime o tipo que alguém quer disseminar em cada pessoa” (PLATAO apud KOHAN, 2005, p.39). É possível perceber que a infância, devido à sua singularidade temporal, foi compreendida como um período de “pura possibilidade”, o qual seria também a base fundadora do ser humano (KOHAN, 2005).

Todavia, ao mesmo tempo que o período da infância aparece marcado por essa potencialidade e plasticidade, ele carrega também uma outra face, uma dimensão que poderíamos chamar de não-afirmativa: a incompletude. Como exemplifica Kohan (2005, p. 40), “[...] o ser tudo no futuro esconde um não se é nada no presente”. Nessa dupla-acepção, ao mesmo tempo que a infância é o período da “pura possibilidade”, as crianças são consideradas seres amorfos, maleáveis e, em muitos sentidos, inferiores ao adulto (ao cidadão). Em alguns textos de Platão, elas são comparadas a “rebanhos sem pastor” ou ainda “escravos sem dono”, quando não estão acompanhadas de um preceptor adulto (KOHAN, 2005).

Na leitura de Kohan, a infância para Platão é, portanto, um fenômeno complexo, ambíguo, que ora vai ocupar um lugar potencializado, ora um lugar de inferioridade. O potencial da infância não está nas crianças em si, mas no que elas podem vir a ser. O que elas são é algo desprezado socialmente, pois elas ainda não atingiram o modelo ideal do homem adulto, racional e destemido Cidadão de Atenas. Contudo, quando educadas e politizadas, as crianças são a promessa de uma *polis* sonhada, a possibilidade de mudanças – a infância como “material de sonhos políticos” (p.34).

É possível então, a partir dessa exposição, destacar no trabalho de Kohan, dentro desse recorte, quatro marcas da infância presentes no pensamento de Platão: 1) a infância como pura possibilidade, 2) a infância como inferioridade, 3) a infância como o outro desprezado (oposição ao adulto) e 4) a infância como material de sonhos políticos. O autor ainda nos provoca: apesar de retratarem (mesmo que parcialmente) um pensamento temporalmente longínquo, estariam essas marcas distantes de nós? Como elas compõem com as configurações da infância que (nos) habitam hoje? Quais sentidos elas produzem? Que modos de relações são criados?

Deixando ao lado o período clássico e dando um salto para a Modernidade, encontramos com o trabalho de Phillipe Ariès. O historiador francês fez uma extensa pesquisa por meio de criações artísticas, documentos históricos, canções antigas, bilhetes e diários, que nos

permite acompanhar historicamente o surgimento de instituições como a família e a escola, e ainda o que o autor vai chamar de sentimento de infância (ARIÈS, 1981). O trabalho de Ariès, para diversos autores, é considerado um marco na história da psicologia social. Em seu livro *História Social da criança e da família*, o autor problematiza a ideia da existência de uma infância natural e a-histórica.

Ariès (1981) nos mostra que em determinados contextos histórico-sociais, como na Sociedade Medieval, apesar de existirem crianças, não havia um sentimento de infância, isto é, a consciência de uma particularidade infantil que distinguisse as crianças dos jovens ou adultos. Como ressalta Ceccin (2001), inspirado pelos estudos de Ariès e outros autores, no século XII, as crianças eram retratadas nas pinturas como adultos em miniatura. Não havia uma figura ou imagem social que representasse a infância. “[...] Não eram nem mesmo o adulto em potencial ou em crescimento, elas eram o adulto, ainda em miniatura” (p.90). Assim que deixavam de depender dos cuidados necessários, as crianças eram imediatamente inseridas no mundo adulto: frequentavam o mesmo ambiente, utilizavam a mesma linguagem, realizavam o mesmo tipo de trabalho, jogos e brincadeiras, usavam as mesmas vestimentas e estavam submetidas aos mesmos riscos. E as crianças muito pequenas, os bebês, devido à sua fragilidade registrada pelo alto índice de mortalidade infantil, não chegavam nem a serem “contados”, não eram considerados humanos até que “superassem” esse período (ARIÈS, 1981).

Já no século XIV, é possível encontrar os primeiros sinais de um sentimento em relação a infância¹⁵ e o reconhecimento de características específicas atribuídas às crianças. Ingênuas, graciosas e puras, as crianças começam a ser vistas como “[...] fonte de distração e relaxamento para o adulto, um sentimento que podemos chamar de 'paparicação'” (ARIÈS, 1981, p.158). Isso não significa que o encantamento com as crianças não existia antes, mas de acordo com Ariès, ele não era expressado. Nas pinturas e esculturas, principalmente no período da Renascença, as crianças ganham imagens angelicais, risonhas e bochechudas (CECCIN, 2001).

¹⁵ É importante considerar que o pensamento de Platão nos permite questionar essa ausência de qualquer sentimento de infância antes da modernidade, contudo, como ressalta Kohan (2005), é possível constatar que na modernidade há uma “forte intensificação dos sentimentos, práticas e ideias em torno da infância como em nenhum outro período anterior da história humana” (p.69). Apesar do contraste entre as percepções de Platão e Ariès, elas não se opõem completamente e ambas nos ajudam a pensar as marcas da infância que se atualizam nas imagens contemporâneas. Talvez não a invenção da Infância, mas o que se investiga no trabalho de Ariès é a emergência de uma infância, a infância moderna (KOHAN, 2005).

De acordo com Ariès (1981), essa mudança na forma de se relacionar com a criança também pode ser percebida por um sentimento contrário ao da paparicação, o da irritação. “Algumas pessoas mais rabugentas consideravam insuportável a atenção que se dispensava então as crianças [...]” (p.159). Por meio desses sentimentos, tanto o de paparicação, quanto o de irritação, é possível notar que, a partir do século XIV, inaugura-se uma nova sensibilidade em relação às crianças, uma atenção específica a elas, principalmente no âmbito familiar.

Essa mudança deu abertura para o que Ariès descreve como um segundo sentimento de infância, que se torna mais evidente a partir de século XVII. Segundo Kohan (2005), com base nos estudos de Ariès, até o século XVII, o infanticídio era algo “tolerado”, pois apesar de proibido legalmente, era uma prática regular, mascarada sob a forma de acidente. Com a mudança no olhar e nas relações com as crianças, estas vão passar a ocupar um lugar especial não só dentro das famílias, mas também em outras instituições cada vez mais interessadas pela infância. É o caso dos “moralistas e educadores do século XVII” que participarão das condições de emergência do segundo sentimento de infância (ARIÈS, 1981, p.162); sentimento que marcará toda a história da educação, nos diversos contextos socioeconômicos, ainda que em composições singulares. Seus interesses e preocupações são estritamente psicológicos e morais: as crianças são ingênuas e levianas, o que faz necessário desenvolver a razão e torná-las homens racionais, honrados e cristãos (ARIÈS, 1981).

Essa nítida preocupação com o futuro das crianças interfere diretamente nas relações entre adultos e crianças. É preciso separá-las do mundo adulto, preservá-las e discipliná-las. Não à toa, nesse período surgem os primeiros colégios e reformatórios, primeiros espaços destinados exclusivamente às crianças, a princípio vinculados às igrejas.

No século XVIII, esses dois sentimentos de infância (paparicação e preocupação com o futuro) ganham força através de uma nova preocupação: a higiene e saúde física das crianças. O corpo infantil se torna objeto de interesse e atenção: “Não só o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dignos de preocupação – a criança havia assumido um lugar central dentro da família” (ARIÈS, 1981, p. 164). Na passagem do século XVII ao século XVIII há uma mudança que não é trivial: passa-se de uma alta taxa de fertilidade e alta taxa de mortalidade infantil para uma baixa taxa de fertilidade e mortalidade. Como ressalta Kohan (2005), esse cenário não pode ser explicado somente pelos “avanços” da medicina e higiene: eles estão intimamente relacionados com esse novo sentimento de infância da modernidade, com uma nova imagem da infância, uma nova forma de olhar.

Neste breve panorama traçado até aqui, nos encontramos com o surgimento de algumas imagens-configurações da infância. Consideramos que essas produções são importantes, pois elas se atualizam nos modos de nos relacionarmos com as crianças e tecem cotidianamente nossas práticas com elas – práticas educativas, de saúde, saúde mental, de assistência social, familiares, religiosas, entre tantas outras. No entanto, entendemos também que elas não dão conta da multiplicidade de experiências do que é ser criança no mundo, na cidade, no campo, na periferia, nos abrigamentos, nos campos de exilados, na saúde mental, entre tantos outros espaços. Como nos aponta Skliar (2014), sempre que tentamos responder o que é a criança ou mesmo a infância, estamos diante do “inapreensível”, do “incontornável”; algo “se perde, se esfuma [...]”. Uma espécie de cometa fugaz cuja luminosidade se perdeu no próprio umbral do discurso sucessivo” (SKLIAR, 2014, p.164-165).

Mesmo assim, apesar dessa impossibilidade de contornar a infância em definitivo e da variedade de discursos e saberes e relações com esta, é possível notar uma certa tendência representacional hegemônica em caracterizá-la como início, princípio, ou ainda como uma pré-existência. Esses discursos estão imersos em uma tradição do pensamento que traz como marca uma concepção de tempo cronológico, sucessivo e linear. Segundo Andrade (1999) e Kastrup (2000), as teorias do desenvolvimento e da evolução pertencem a essa tradição, na medida em que compreendem o desenvolvimento infantil como uma evolução de etapas, uma ascensão de estágios, uma passagem de “[...] estados de imperfeição a estados de perfeição, de imaturidade para a maturidade, de incapacidade para a capacidade (ANDRADE, 1999, p.167)”. Para essas teorias, a criança é vista como “ser sempre em desenvolvimento”, a quem sempre faltará alguma coisa, posto que ela ainda não é, será (COUTO, 2004).

Essa delimitação da infância num período inicial da vida, no qual somos incompletos e dependentes, produz certamente relações de atenção e cuidado consideradas necessárias para o desenvolvimento e proteção das crianças. Ao mesmo tempo, chamamos atenção para o fato de que ela também contribui para a formação de imagens nas quais as crianças são consideradas incapazes, vulneráveis e/ou deficitárias, impedindo, muitas vezes, que elas sejam vistas e performadas de outras formas. Como ressalta Kastrup (2000),

[...] através de um modelo de desenvolvimento por estágios e em sintonia com a ideia de déficit, o desenvolvimento ultrapassa e deixa para trás a criança, pensada sob a forma de estruturas intelectuais mais rígidas e pobres (p.374).

A produção dessas imagens e relações com a infância tem fortalecido (e são fortalecidas por) uma tendência contemporânea que o filósofo Félix Guattari nomeia como “infantilização

da infância”: pensam pelas crianças, gerenciam suas vidas, decidem por elas, criando relações de dependência (GUATTARI; ROLNIK, 2005). Infantilização que não escapa aos adultos, como mencionado no capítulo anterior – ela também é visível nas relações com usuários de saúde mental, não importando a idade. Contudo, os processos de infantilização dos usuários quando crianças poderiam, a princípio, passarem despercebidos, afinal, a criança já não é infantil? Como falar de infantilizações do que é infantil? Parecemos estar diante de uma questão paradoxal.

Sob outro olhar, poderíamos dizer também de uma tendência “oposta” – a adultização da infância, isto é, a tentativa de tornar a criança um pequeno adulto. Vemos hoje crianças com rotinas sobrecarregadas de tarefas, agendas completamente tomadas, com pouco espaço para a brincadeira e o ócio. Para garantir que no futuro elas alcancem o modelo de adulto desejado socialmente (produtivo, autocontrolado, bem sucedido), tem-se exigido cada vez mais que as crianças se ocupem de certas preocupações e de uma produtividade, cujo tempo deve ser gerido e gestado na máxima eficiência. Também poderíamos dizer, conforme analisado por Kastrup (2000), de uma precocidade dos comportamentos sexuais, da sexualização do corpo infantil (sobretudo nos corpos das meninas); de atos de violência praticados por crianças cada vez mais jovens e, junto a isso, a presença cada vez maior de um discurso que aclama pela redução da maioria penal. Nas palavras da autora, tantos fatores que “amplamente divulgados pela imprensa nacional e internacional, levam a que se fale numa abreviação e mesmo num fim da infância nos dias atuais” (p. 382). Ao poucos, a “linha aparente” que separa o mundo adulto do infantil vai sendo, então, tensionada.

Apesar de parecer inicialmente uma tendência oposta, podemos considerar que a adultização opera no mesmo sentido da infantilização: ao invés de reconhecerem a criança como tendo uma maneira singular de sentir, perceber e se expressar, tanto a infantilização quanto a adultização a submetem à lógica de produção de certo modelo de homem, mulher (adulto), não havendo (em ambas) espaço para qualquer variação ou derivação.

Na tentativa de afirmar a singularidade da experiência infantil, Skliar (2014) aponta que o tempo da criança, diferentemente dos adultos, não acontece por esforço, concentração, foco ou produtividade. O autor sugere que existe nessa experiência uma certa animalidade, “uma animalidade gestual, uma animalidade do movimento, do olhar, da exploração, da escuta” (p.169), a qual em nada se parece com os “rebanhos sem pastor” de Platão, e é denominada por Skliar como afeição perceptiva, isto é:

quando os ouvidos estão abertos, quando o olhar está aberto, quando a pele está aberta, quando o mundo chega incontinentemente a um corpo que o recebe sem escrúpulos, sem armadilhas, sem jurisprudência. [...] A animalidade não é bestialidade nem monstrosidade nem desumanidade. A animalidade põe a humanidade em seu lugar, mesmo que pareça sempre o contrário (p.168).

Ao compreenderem o desenvolvimento da criança como um período de preparação para o modo adulto de ser e pensar, as concepções tradicionais da infância desconsideram a singularidade, a potencialidade e a legitimidade da experiência infantil, domesticando sua *animalidade* e emoldurando a criança em uma imagem que a torna sempre menos. Temos hoje, portanto, uma produção inflamada de discursos e saberes “sobre” as crianças mas que, dificilmente, abrem brechas para falar “com” elas, fixados a imagem da criança incapaz de dizer sobre si e com o outro.

É da complexidade das relações criadas e em criação com a infância, diante os efeitos produzidos pelas imagens-configurações cristalizadas, que continuaremos nos ocupando nos pontos a seguir. Todavia, a especificidade desse trabalho vai nos pedir que nos perguntemos também como essas infantilizações, domesticações e silenciamentos operam na produção de imagens da criança usuária de saúde mental. Quais outras fixações e aprisionamentos estão presentes na produção de imagens daquela que recebe um diagnóstico? Da criança louca? Da criança autista? Da criança hiperativa? Da criança que faz uso de psicofármacos? Quais marcas e contornos habitam nossas práticas com essas crianças?

Para nos adensarmos nessa problemática, tomaremos como material de análise as experiências narradas pelos participantes do GIF no CAPSi, nas quais essas marcas apareciam não só na vivência cotidiana dos familiares, mas na experiência destes com a escola, vizinhos, comunidade e, inclusive, em alguns serviços de saúde e assistência. Tentaremos acompanhar nessas narrativas as seguintes questões: Como são e quais crianças habitavam o GIF? O que elas passam? Por onde circulam? Como elas eram apresentadas nas falas e gestos dos participantes? Quais imagens da infância se fizeram presentes nesse grupo? Quais fixações também se enunciavam? Quais marcas e contornos permeavam e engendravam a relação dos participantes do GIF com essas crianças?

2.2 Imagens da infância na saúde mental

2.2.1 “As mães e os filhos da GAM”

Os encontros do GIF (comumente chamado por nós de Grupo GAM) ocorriam na sala de reuniões do CAPSi, uma sala com alguns computadores e uma grande mesa no centro em

torno da qual nos sentávamos semanalmente às quintas-feiras. Como mencionado anteriormente, os participantes do grupo eram os pesquisadores da UFES, trabalhadores do CAPSi e familiares de crianças acompanhadas pelo serviço. Os familiares eram em sua maioria mães, ou mulheres que ocupavam esse lugar no cuidado com as crianças – uma tia que detinha a guarda dos sobrinhos, uma mãe adotiva e avós que responsabilizavam-se pelos netos, por diversos motivos. Pelas crianças, eram chamadas de mães. Essas mães eram moradoras da cidade de Vitória e muitas delas habitavam bairros periféricos, alguns marcados por condições de extrema violência, exposição ao tráfico de drogas e fragilidade de políticas públicas de moradia, saneamento básico, saúde e educação. Mulheres, em sua maioria, negras. Mulheres faxineiras, manicures, cabeleireiras, costureiras, artesãs. Muitas também eram vinculadas a alguma igreja ou prática religiosa.

Algumas delas já frequentavam o CAPSi há algum tempo: 1, 2, 3, 4, 5 anos... e muitas começaram o acompanhamento quando os filhos ainda eram bem pequenos. Percebemos, ao longo dos encontros, que era bastante comum que os pedidos de encaminhamento aos serviços de saúde, seja ao CAPSi, ou inicialmente às Unidades de Saúde, fossem disparados por creches ou escolas, dados que corroboram com pesquisas feitas em âmbito nacional e que chamam atenção para os processos de psicologização e psiquiatrização dos chamados problemas de aprendizagem e de conduta (COUTO, 2004). Na história narrada por Nádia, uma das participantes do grupo, essa problemática é bastante evidente.

Começamos a ouvir Nádia que, há um ano, faz acompanhamento com o sobrinho Vítor, de 11 anos, no CAPSi. Sobrinho que é filho, chama de mãe e tudo mais. *Desde que ele nasceu que ele está comigo*, comenta Nádia. Vítor tem um irmão mais velho de 15 anos e os dois estudam na mesma sala de aula na escola, pertencem à mesma série. A mãe biológica dos meninos é usuária do CAPS adulto e possui diagnóstico de esquizofrenia. *A mãe deles toma medicamento MESMO, tem problema MESMO*, conta Nádia. Na família, a responsabilidade foi repartida – uma irmã cuida da mãe e do irmão de Vítor e ela cuida de Vítor [além de suas duas filhas e dois netos]. O encaminhamento de Vítor ao CAPSi foi feito pela escola.

Qual o diagnóstico dele? Sandra (outra mãe do Grupo GAM) pergunta. *Não falaram nada ainda não*, responde Nádia. Chamamos atenção para o fato da escola encaminhar somente Vítor para atendimento. *E o irmão? Ele não está mais “atrasado” que o Vítor?* Os participantes do grupo questionam. Nádia justifica que *Vítor estava dando muito trabalho, fazendo bagunça, atrapalhando a professora...* O irmão, que apesar do “atraso escolar” significativo, *está lá “na dele”, não faz bagunça*, não necessita de intervenção. A escola,

inclusive, já anuncia uma nova reprovação do irmão de Vítor. ‘Irmão de Vítor’... queria ao menos saber seu nome [Trechos da Memória de 23/10/2014].

A “bagunça na escola” também aparece no relato trazido por Maria, mãe de cinco filhos, dos quais três moram com ela: Douglas, Tales e Felipe. Embora sejam Douglas e Felipe que fazem acompanhamento no CAPSi, é uma experiência ocorrida com ela e Tales que nos chama atenção nesse momento. Em um dos grupos, Maria nos conta que finalmente tinha levado Tales ao neurologista (consulta marcada há bastante tempo, pois o menino sente muitas dores de cabeça), mas ficou bastante desconfiada da avaliação do médico. Na consulta, quando o médico perguntou para Tales como ele era na escola, o menino falou que fazia bagunça em todas as matérias.

E o médico foi e passou Ritalina para ele!! A mãe exclama enraivecida, parecendo não concordar com a postura do médico. *E o que você achou?* Pergunta Luciana (pesquisadora da UFES). Maria responde: *Eu pensei na hora: mas ele não é [Hiperativo]! Porque, assim, ele é bagunceiro, mas é uma bagunça normal para uma criança de onze anos. Ele presta atenção, ele tira nota boa, nunca tirou nota baixa, nunca reprovou, ele tá na quinta-série. Aí eu até falei com o professor dele e o professor confirmou que ele está bem na sala. Por que ele (Tales) falou que é bagunceiro? Ele não é bagunceiro. Ele é até prestativo!* Luana (pesquisadora da UFES) pergunta: *Prestativo?*, surpresa com a palavra. *Ele é!* Responde Maria. *Ele é muito curioso, futuca tudo... não consegue ver uma coisa sem mexer.* Tales conserta os aparelhos eletrônicos da casa. Às vezes ele desmonta as coisas para remontar depois [Trechos da Memória de 02/10/2014].

Agitação, choro intenso, agressão aos colegas, bagunça na sala, dificuldades para dormir, comer... muitas vezes são os primeiros sinais colhidos de que “algo não vai bem”. No caso de Ariel, menino de 12 anos, essas indicações também começaram na creche, quando ele tinha 2 anos e meio. Como nos contou Cleide (avó), a professora da creche foi observando que toda vez em que ela pedia para os alunos arrumarem mochilas para irem embora, independente da hora, Ariel chorava muito e só parava quando Cleide chegava.

E ela [a professora] falou comigo: “Olha, ele tem algum problema, você tem que procurar saber” e me deu um encaminhamento para levá-lo em uma clínica em Jucutuquara. Na hora eu pensei: “Ela não conhece Ariel ainda não, deixa pra lá”. Não levei muito a sério, fui levando... Mas a questão de Ariel, é que aconteceram muitas coisas que perturbaram ele, houve muito desencontro na vida dele. Eu prefiro nem falar agora... o que levou isso acontecer... pra ele ficar assim... deixa pra lá. Nesse momento o relato da avó ganha um tom

entristecido, seu corpo vai encolhendo e sua voz vai se tornando cada vez mais baixa, quase um sussurro. O grupo, em sintonia com aquela história, faz esforço para ouvir. Silêncio. De repente, algo se passa em um instante, e a avó volta a falar com vigor, como se “se recuperasse” e sentisse que pudesse continuar ali. *Aí isso passou, não dei muita atenção não. Mas quando ele estava no último ano da creche, há cinco anos, vai fazer agora no dia 12 de novembro, houve um problema... muito grave, até! Ele colocou fogo na casa... ele colocou fogo embaixo da cama, embaixo do colchão, assim... E só não me queimou porque eu estava atenta! Aí sim eu levei ele no posto de saúde, lá na psicóloga, e conversei com a psicóloga. Essa psicóloga que encaminhou Ariel para o CAPSi. E eu tô aqui até hoje* [Trechos da Memória de 02/10/2014].

Com Camila, menina de 5 anos, Ivana (tia) diz que foram as agressões na escola os primeiros motivos do encaminhamento, inicialmente ao neurologista. Camila é filha do irmão de Ivana, Os pais da menina faziam uso de substâncias psicoativas e, até o que pudemos acompanhar no GIF, eram usuários do CAPSad de Vitória. Em dado momento chegaram a ser presos e depois disso Ivana assumiu a guarda da criança. Camila sabe quem são seus pais biológicos, mas não gosta muito de conviver com eles, apesar de Ivana tentar aproximá-la do irmão e da cunhada. A tia costuma falar que Camila tem medo dos pais e pede para ir embora quando está perto deles. Nas palavras da tia, os pais da menina a *maltratavam muito, colocavam a filha pra pedir dinheiro na rua*. Foi a avó (mãe de Ivana) que fez a denúncia dos maus tratos, quando a neta tinha apenas um ano. A princípio Ivana não queria ficar com Camila, a menina circulava entre ela e avó, mas com o curso dos eventos ela acabou ficando com a guarda.

Ninguém queria ficar com ela, hoje em dia todo mundo quer [...] a Camila é muito inteligente! [...] Mas no início era difícil.... Ivana conta que além das agressões aos colegas, Camila também tinha o hábito de comer as coisas do chão. *Ela pegava e colocava na boca, comia tudo, até cigarro! Aí a escola mandou para o neurologista pra ver isso, entre outras coisas, aí o neurologista encaminhou ela para o CAPSi.* [Trechos da Memória de 02/10/2014].

Durante o tempo que estivemos com Ivana no Grupo GAM, Camila fazia acompanhamento com um neurologista da rede privada e com um psicológico no CAPSi. Alguns anos depois, ela teve alta do serviço. Quando tinha três anos ela começou a tomar Carbamazepina, medicamento também usado para tratar as crises convulsivas, e aos cinco ela passou a tomar Depakene (também para as convulsões), Risperidona e Ritalina. *Mas Camila agora tá bem, tá **normal!** O neurologista falou que a única coisa dela é a hiperatividade, que*

vai viver sempre [que vai ter sempre]... mas ela não tem outras coisas. Ela é hiperatividade e epilepsia, conta a tia [Trecho da Memória de 30/10/2014].

A cada grupo, íamos nos aproximando dessas crianças, dessas mães, dessas famílias, de seus entornos, das suas tantas histórias. Histórias intensas, histórias de sofrimento, por vezes avassaladoras; histórias que solicitavam do grupo silêncio, escuta e acolhimento. Histórias que, no entanto, foram na maioria das vezes rapidamente ou precocemente direcionadas e enquadradas nos moldes diagnósticos. A frase destacada “*ela é hiperatividade e epilepsia*” aponta como essas histórias, essas infâncias e essas vidas podem, em um instante, serem reduzidas a um diagnóstico. Fabrica-se uma imagem da criança acoplada ao seu diagnóstico: “ela é a sua ‘doença’”, silenciando as tantas coisas que ela é e que pode ser.

Em diversos momentos no grupo as mães se surpreenderam ao perceber que, quando apresentavam seus filhos, a primeira característica mencionada era o diagnóstico. *Eu apresentava ele com um rótulo: “ele é hiperativo”, reflete Carmen. Parece que quando você dá uma “justificativa”, entre aspas, as pessoas aceitam melhor. Não ficam criticando, não ficam apontando dedo para você o tempo todo...* [Trechos da Memória de 28/10/2014]. No grupo, os diagnósticos são muitos. Algumas crianças carregam mais de um, outras já passaram por vários. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA), Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Epilepsia, Retardo Mental, para citar alguns.

Leo, de 7 anos, começou a tomar a medicação com 1 ano e 8 meses. Sandra fala de uma gravidez turbulenta, um marido com *diagnósticos de esquizofrenia, depressão e muitos mais*, e uma criança com um choro intenso. Chegou a levar o filho em vários médicos, os quais não “*achavam nada*”, até que resolveu levá-lo a um neurologista. Leo foi diagnosticado com depressão, diagnóstico com um peso familiar. *Nem sabia que criança tinha depressão!* Comenta Sandra. Com o eletroencefalograma, ele também foi diagnosticado com crises de ausência. *Ele caía muuuito, desligava... até hoje ele desliga muito. Ficava paradinho... aí você falava, falava, falava, ele não respondia.* Depois disso, Leo ficou um ano em acompanhamento com esse neurologista, trocando várias vezes de medicação. Segundo a mãe, o organismo dele é muito resistente aos remédios. Depois de um tempo, o menino foi encaminhado para um psiquiatra, o qual indicou o CAPSi para a mãe. Ele foi atendido pela psiquiatra do CAPSi e mesmo quando a médica saiu do serviço, Sandra foi atrás dela para continuar o tratamento. *A neurologista cuida da ausência dele e a psiquiatra cuida de todo o resto.* Leo toma medicamentos há cinco anos e atualmente faz o uso de Quetiapina, Ritalina,

Trofanil, Torval e outro medicamento para o tratamento das convulsões que não tivemos acesso ao nome. Segundo a mãe, sempre que se tenta diminuir as dosagens, ele não responde bem [Trechos da Memória de 11/12/14].

Para Carmen, outra mãe do grupo, foi muito difícil aceitar o diagnóstico de hiperatividade no início, quando Felipe tinha apenas 1 ano e meio e não podia tomar a Ritalina porque era muito novo. Ele começou o tratamento medicamentoso tomando remédios para dormir, mas, segundo a mãe, estes faziam pouco efeito. *Logo ele falava que o efeito estava passando e que precisava pular. E você tem que pular junto... e a gente pulava junto, até que ele desmaiava. Ele não dormia, ele desmaiava.* O médico tentou outros medicamentos, mas não tiveram um bom resultado. Carmen fala também da experiência do Felipe na escola. Quando ele tinha 1 ano, a professora da turma tocava violão e ele gostava. Nessa época, a mãe não recebia reclamações da escola. Mas no segundo ano, quando mudou a professora, Felipe começou a bater e morder forte os colegas. *Uma personalidade muito forte para crianças de 2 anos*, diz Carmen. Aos 5 anos, Felipe inicia o uso da Ritalina e segundo Carmen, o remédio fazia efeito por exatamente 4 horas; passado esse tempo, Felipe *voltava a ser a criança que ele era*, agitado, gritando muito.

Ainda segundo a mãe, a convivência com as outras pessoas é uma das maiores dificuldades do filho. *Eu não posso deixar ele brincando do lado de fora porque pode dar problema. Os vizinhos não, os vizinhos já conhecem, mas as outras crianças falam que vão bater, falam que vão matar. Tem que ter sempre alguém ali por perto monitorando. Na escola tem o estagiário¹⁶, por exemplo. Precisa de alguém ali para fazer a ponte, ajudá-lo a se integrar com aquele grupo.* Carmen também nos contou que passou muito tempo fazendo adaptação dele na creche, chegando mais cedo, saindo mais cedo, permanecendo ali, e continuou fazendo isso na escola. Ela não se arrepende de ter escolhido dar a medicação e fala bastante das conquistas de Felipe: *hoje ele tem uma socialização na escola, consegue ficar na sala de aula, fazer o dever, consegue conversar, conviver, ter colegas... Para mim a*

¹⁶ Assim como Felipe, outras crianças do grupo eram acompanhadas por estagiários nas escolas. Esse tipo de apoio está previsto na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015. De acordo com a legislação, é responsabilidade do poder público ofertar esse acompanhamento à crianças com deficiências como forma de facilitar o processo de inclusão escolar. Apesar de não tratar particularmente de crianças usuárias de saúde mental, o documento, ao abordar a deficiência como um “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”, dá margem para que crianças usuárias de saúde mental também tenham acesso a esse recurso. Entretanto, pelo que pudemos acompanhar no GIF, na maioria dos casos, é necessário um laudo que comprove o diagnóstico de transtorno mental. Vale ressaltar também que, no caso de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), há uma lei específica (Lei 12.764/2012) que garante o acompanhamento especializado na escola à essas crianças.

recompensa é mais pra ele do que pra mim [Trechos da Memória de 11/12/14].

Assim, fomos conhecendo (e aos poucos também desconhecendo) o encontro dessas famílias com a produção do diagnóstico, com os serviços de saúde e com a medicação psiquiátrica¹⁷. Relações que, como pudemos acompanhar, não são vividas sem tensões, sem controvérsias, sem conflitos e muito sofrimento. Por vezes, elas apareciam no grupo de forma bastante endurecida: certas experiências eram vividas com tanta solidez que nos atingiam como blocos de gelo, a princípio impossíveis de lapidar. De que forma poderíamos estremecer essas experiências que já surgiam tão condensadas, tão bem contadas, em um percurso feito de muitos profissionais, instituições e medicamentos?

O discurso é sempre o mesmo: não dá para trabalhar com seu filho, ele não tem jeito, comenta Jamile, outra mãe participante, depois de contar que várias escolinhas de esporte, quatro psicólogos, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma psicopedagoga **desistiram** de acompanhar seu filho, José Henrique Jr., de 14 anos [Trecho da Memória de 04/12/2014]. Dificuldades que também surgiam nas tentativas da mãe em mudar o filho de escola, devido ao histórico escolar do menino ser considerado ruim.

A marca da **desistência** aparece cedo na história de “Zé Henrique” e Jamile: o menino foi adotado por ela quando tinha cinco meses, após ser deixado em uma cestinha na porta de sua casa. Durante o período da adoção, o marido de Jamile começa a apresentar alguns sintomas clínicos que posteriormente são atribuídos a um diagnóstico de esquizofrenia. No grupo, Jamile fala das duras críticas que recebeu da família e amigos quando decidiu manter a guarda da criança e o casamento. *Minha família é contra tudo. Todo mundo achou um absurdo eu ter largado minha profissão... eu fui muito criticada. E a cada crítica que eu recebia, eu ficava mais perdida, me perguntava se eu estava fazendo certo...* A mãe continua falando por um bom tempo, sua fala vai se tornando cada vez mais pesada. *Até hoje poucas pessoas convivem comigo. Ninguém quer os dois, pedem para eu deixar o Junior com o pai e ir visitá-los. Eu ouvi muito das pessoas: “enterra”, “sai fora”, “largar essa cruz que não é sua”, “por que você não larga esses dois abacaxis [filho e marido] e vai viver sua vida?”.* Mas entre tantas demandas de desistência, há uma Jamile que insiste, tenta, que permanece e acolhe – movimentos necessários para a prática do cuidado. *Eu comecei a ser malcriada com as pessoas*, diz a mãe [Trechos da Memória de 28/08/2014].

É nessa trama de relações com os serviços de saúde, com a escola, com a família, com a

¹⁷ Na sessão de apêndices há uma lista com os principais medicamentos utilizados pelas crianças do Grupo GAM e suas principais indicações no tratamento com crianças.

vizinhança, com a assistência social... que as imagens dessas crianças vão sendo construídas e mutuamente reforçadas. Uma trama de histórias... Não era raro para os familiares ouvirem que seus filhos são “a criança problema”, “a criança que não aprende”, “que nunca presta atenção”, “que nunca fica quieta (bagunceira)”, “a criança impossível de se trabalhar”, “a criança que precisa ser tratada”, “a criança que nunca vai poder ficar sem medicação” e mesmo “a criança doida”. Não era raro também as mães se queixarem sobre um “tratamento diferenciado” dado pela escola a seus filhos. Ainda nas palavras de Jamile: *As pessoas ficam falando, “ah, se ele toma remédio é doido...” e tratam diferente.*

Carmen, em outro encontro, comenta que os professores da escola acham normal que Felipe, aos 7 anos, não saiba ler, e que não se pode cobrar dele a mesma coisa que é cobrado das outras crianças por ele ser, nas palavras da mãe, *do jeito que ele é*. Mas ao mesmo tempo não há uma proposta de trabalho diferente para o menino. Ela narra uma situação em que o filho levou para casa um caderninho de exercícios no qual continha as seguintes perguntas: “O que você gosta de comer? O que você gosta de fazer?”. Como ninguém leu para ele a atividade, na questão “O que você gosta de fazer?” Felipe desenhou ele e a mãe. Carmen acha que se alguém o tivesse ajudado ele responderia de outra forma, e se queixa da falta de incentivo dos professores, pois foi um dia que o estagiário não estava lá para acompanhá-lo. *Ele ficou aéreo ali na escola. Mas eu fiquei feliz que ele fez do jeito dele. Isso já é um avanço. Antes nem isso ele fazia* [Trechos da Memória de 14/02/2014].

Em outra memória registrada em 2014, Cleide nos contava que demorou dois anos para conseguir mudar Ariel de escola. Essa era uma vontade antiga, mas o processo foi difícil: ela só conseguiu quando uma funcionária da escola bateu no neto com uma sandália. A avó tirou foto e prestou queixa na delegacia. Retirou o menino da escola e no mesmo dia a Secretaria de Educação conseguiu a vaga em uma nova escola. *Mas mesmo entrando nessa nova escola, eu fiquei lá, 1 mês e quinze dias, de 7h às 11h, esperando com ele na escola porque não tinha estagiário. Aí veio um estagiário, mas não deu certo.* O acordo estabelecido foi que ela continuasse com Ariel na escola. O menino chegava no intervalo para o recreio (9h) e depois ia para a sala de educação especial, onde permanecia até o horário da saída (11h20min). Ele não frequentava a sala de aula “regular” e só convivia com a turma na hora do recreio. *Na sala de aula ele atrapalha todo mundo, comenta Cleide, mas a diretora acha muito importante ele participar do recreio para interagir com os outros alunos. Aí eu fico lá, com ele. Não tem mais briga, ninguém bate nele, ele também não bate em ninguém... ele brinca na hora do recreio. Eu tô sempre olhando, então ninguém provoca ele. Aí começou a*

desenvolver a amizade dele com os outros. Cleide também fica junto com Ariel na sala de educação especial e conta que às vezes ajuda outras crianças com dificuldades [Trechos da Memória de 02/10/2014].

Apesar de reconhecer os avanços do neto mediante à sua presença na escola, Cleide também pôde se questionar sobre essa condição enquanto falávamos no grupo sobre *rede de apoio*, alguns encontros seguintes. O terceiro passo do GGAM-BR contém uma parte dedicada ao tema: os “recursos, o conjunto de serviços, grupos e pessoas com quem você conta e pode confiar...” (GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2012, p.43). Em uma das páginas há um grande círculo com nomes de recursos que poderiam compor uma rede de apoio para os familiares, entre eles: Unidades de Saúde, Ambulatórios, CAPS, Vizinhos, Clubes, Igreja, Escola, Cursos, Hospital, Profissionais de Saúde, Centros Comunitários, Grupos de Ajuda mútua, CRAS, Partidos Políticos, Sindicatos, Associações, entre tantos outros. A intenção é que os participantes do GIF sublinhem os recursos que estão disponíveis nos espaços em que eles circulam e com os quais eles podem contar.

No meu caso eu posso, eu tenho esse tempo pra ficar lá na escola, avalia Cleide. Mas e se fosse uma família que não tivesse ninguém pra ficar lá com ele? Ele estaria fora da escola. E a lei diz que ele tem que está estudando! Outros familiares vão fazendo suas entradas na conversa. Há bastante tensão no grupo nesse dia, a maioria dos participantes sente que ainda não pode contar com as escolas de seus filhos, que este não é um espaço que eles encontram apoio. As questões em torno da inclusão de crianças com deficiências nas escolas eram recorrentes ao longo dos encontros e constantemente retornavam assinalando mais uma cena, outro ponto, ainda muitas questões.

É por isso que muitos pais desistem, eu conheço um caso, diz Sandra. Falar em inclusão, que está incluído, é fácil. Mas viver aquele dia-a-dia de inclusão, com ele [filho] do jeito que é, é difícil. Cleide continua: *Se a família, se eu falar que “não vou mais”, que não vai pra escola, desistir, acabou!* Sandra comenta que já teve vontade de tirar o filho da escola várias vezes. *Alguns professores iam amar se a gente não levasse nossos filhos!* Exclama Jamile. E Cleide se queixa: *Eles [professores] se sentem sozinhos. Muitos chegam a falar, junto com os pais dos alunos ditos normais, que “tinha que ter uma escola só pra esses meninos”. Retrocedem! Voltam pra aquela conversa de separar! Os pais falam: “esses meninos não tinham que estar misturados com nossos filhos, esse menino é doido. Eles falam desse jeito”.*

Nesse mesmo encontro, Cleide amplia a discussão trazendo outra situação complexa

que também é vivida por alguns familiares: em caso de ausência da professora de educação especial ou dos estagiários que acompanham as crianças, elas não podem ir para a escola. As mães também relatam que, em qualquer situação de conflito na escola, é pedido a elas que busquem os filhos. *Chega a hora do recreio e eles me ligam para ir buscá-lo*, comenta Maria, salientando que isso não acontece com as outras mães da escola [Trechos da Memória de 23/10/2014].

Em um dos grupos, Sandra denuncia que muitas escolas não aceitam as crianças quando sabem que tomam medicamentos ou tem transtornos, alegando que não há profissional capacitado para acolher estas crianças. O mesmo acontece com outros espaços. Ela também chama atenção para o *despreparo* dos professores para cuidar das crianças.

A professora do Leo diz que é formada em educação especial, mas ela não está preparada para lidar com ele. A professora se desespera, segundo a mãe, sobretudo nos momentos de crises de nervosismo, choro, ou ausência (Leo tem diagnóstico de epilepsia). *Os profissionais não estão preparados para lidar com as nossas crianças. Cada um [criança] tem seu jeito, sua dificuldade e eles não estão preparados. A diretora falou assim: “Esquizofrenia é desse jeito aí, esquizofrenia”.* Na frente do menino! Cleide concorda com Sandra e comenta que, no ano anterior, na escola antiga, uma psicóloga do CAPSi e a coordenadora da Educação Especial em Vitória foram na escola três vezes fazer reunião. Ela vai nos contando a história em um clima bastante tenso. *O diretor falava assim: “Esse menino tá com dez anos, ele tem que ter autonomia pra se virar sozinho nessa escola!”.* Ariel tem **autonomia** pra se virar sozinho aonde?!?! Cleide lança a questão no grupo, parecendo sentir-se desacreditada [Trechos da Memória de 23/10/2014].

As marcas das imagens da infância também se presentificavam na relação das crianças com outras crianças da escola. *Às vezes eu fico preocupada*, comenta Jamile durante o grupo. *Ele faz uns “Relatórios de vingamento” e fala que vai se vingar de fulano, fulano [...] Mas ele é sempre muito malvisto pelos colegas. Tem aquela patota que não deixa ele fazer amizade [...] ele já foi **marcado** pelos colegas.* É perguntado no grupo se Zé Henrique tem algum amigo mais próximo e Jamile responde que ele até tenta, mas não consegue, os outros colegas da escola não deixam. *Esses dias ele ajoelhou nos meus pés, para eu dar um jeito num menino chamado Vinícios [...] e esse menino, realmente, ele não deixa ninguém se aproximar dele.* A mãe conta que foi à escola e pediu para que os professores entrevistassem nessa situação. *Esses dias ele me pediu 100 reais para pagar um menino para brincar com ele! Tive que convencer muito, falar que a gente não compra amizade. Ele se sente muito só...*

[Trechos da Memória de 28/08/2014].

As partilhas das mães no Grupo GAM fazem circular os desenhos em imagens que uma rede de atores produz sobre e também com a criança, e que inclui nessa produção, muitas vezes, as familiares e as próprias crianças. Difícil desconhecer o menino, manter o hoje e seu amanhã na “finíssima linha de extrema atualidade em que ele vive”. Diante do desafio, o trabalho no processo grupal não era o de minimizar as histórias. Abri-las ou deteriorá-las, como diz Lispector, não é desqualificar ou diminuir. As imagens bem contornadas da “criança anormal”, da “criança problema”, da “criança impossível”, daquele que “não está sendo a contento”, que “não será”, geram sofrimento, paralisias, nós de difícil desate no quotidiano das relações. No emaranhado desses nós, a relação com a medicação (questão capital na estratégia GAM), surge como um dos fios que nos interessam, e por isso, norteará a continuação dessa discussão.

2.2.2 A medicação psiquiátrica na construção das imagens da infância

No subcapítulo anterior, buscamos aproximar o leitor de algumas imagens-configurações da infância que permearam os encontros no Grupo GAM no CAPSi. Imagens que, quando deslocadas das histórias singulares e contextos de vida imensamente complexos, produzem corpos, crianças, infâncias e vidas despotencializadas, incapacitadas e debilitadas. E também regulam e sustentam nossos discursos, olhares, falas, relações e práticas com essas crianças. Práticas, como vimos, marcadas por relações de exclusão, repressão, julgamento, isolamento das crianças. Práticas que também atravessavam a vida das mães do Grupo no CAPSi: imersas nesse cotidiano de olhares, comentários de estranhamento e julgamento, elas traziam nas falas as suas experiências de sofrimento, relatos de uma vida pesada, cansada e cada vez mais solitária e isolada.

Em um dos grupos, a psicóloga do CAPSi fala das experiências que observa com o acompanhamento das famílias no serviço. *Entrar num ônibus é uma coisa muito difícil. Estar numa festinha, num ambiente social, num shopping... a criança começa a colocar a mão no ouvido, a se balançar, chorar ou ficar agitada... E aí muitos [familiares] pensam assim: “Nossa, o que eu estou fazendo aqui? Devia tá em casa quieto para não escutar esse tipo de coisa”!* *A gente como sociedade muitas vezes é muito... muito pouco compreensivo, né?! E aí você passa isso uma vez, duas vezes, três, quatros vezes... aí você fica...* Ela para e suspira. *Aí você desanima... desanima sair, porque sabe que aquilo ali vai causar todo um transtorno, toda uma situação. Como é difícil esse dilema!* A psicóloga também aponta que muitos

familiares, para contornar essas “situações”, acabam deixando de fazer alguns programas, de passar por lugares específicos, estabelecendo uma rotina que, de saída, parece funcionar melhor. *Por exemplo: não vou passar em determinado lugar, porque se ele passar ele vai ver o brinquedinho tal e vai fazer a maior pirraça porque quer o brinquedo! E aí a família vai criando essas estratégias, mas também vai se **cercando**...*

Cleide conta que faz esse tipo de coisa para *evitar constrangimentos, aborrecimentos e para proteger seu neto. Tem pessoas que falam cada coisa...* Madalena, outra mãe, também sente na pele os olhares de reprovação. *Parece que é coisa de outro mundo!* Ela diz, se referindo a experiência do filho. Cleide descreve que Ariel, quando tinha quatro anos, não conseguia ir nas festinhas de aniversário dos amigos pois tinha muito medo das bolas de soprar e das garrafas de refrigerante. *Aí depois a gente tem que escutar: “Nossa, aquele menino dela é terrível, não pode nem ir em festa, nem nada!” Mas eles não entendem que ele estava sofrendo e com medo daquilo ali*” [Memória 11/06/2015].

Tem pessoas que não entendem o que a gente passa, suspira Maria. Ivana também traz a sua experiência: *eu cheguei no fundo do poço [...]. No CAPSi eu me senti forte, com força para retomar a vida.* Sente que pode contar com o CAPSi e com o Grupo GAM. *No grupo temos uns aos outros, amigos de verdade.* Dessa fala de Ivana surge a ideia de trocar os telefones dos participantes do grupo, uma forma de fortalecer nossa rede de apoio para além dos espaços do CAPSi. Joyce (pesquisadora da UFES) passa seu caderno para as mães irem anotando os contatos. Combinamos de fazer um cartãozinho para todas com os números. *É uma forma de fortalecer o que temos e continuar isso de outras formas,* diz Joyce.

Cleide fala que *tem dias que são tensos. Dá vontade de chorar.* Maria diz que perde o sono. As mães comentam que pedir ajudar é uma dificuldade para elas. Como é conseguir pedir ajuda? Em um cantinho do grupo, Carolina, outra mãe, está chorando baixinho, sem falar. Cleide se aproxima dela e pede para ela *colocar pra fora*, mas Carolina continua quietinha. Vai dando a hora do término do grupo. Há uma tensão no ar, mas ao mesmo tempo é possível vislumbrar os fios de uma rede que tem sido tecida ali [Trechos Memória GAM de 16/10/2014].

É no bojo dessas vidas marcadas, cansadas e isoladas, somada à fragilização dos espaços e redes de apoio, que uma certa relação com a medicação psiquiátrica vai ganhando força, ocupando um lugar cada vez mais central e também complexo. Carmen, mãe de Felipe, nos dá algumas pistas sobre a relação que ela (e o filho) foram criando com o metilfenidato, psicoestimulante comumente prescrito para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção

e Hiperatividade, TDAH, vendido no Brasil sob os nomes comerciais Ritalina ou Concerta:

*Ele não é uma criança que senta para prestar atenção nas coisas. Com o remédio ele faz. Eu pergunto: “E aí, Felipe, tá tudo bem?” Se ele tiver no fator dele normal ele responde: “Tá e tá e tá” [fala rápido] e sai andando, sem prestar atenção no que você tá falando, 24 horas no ar. Com o remédio não, ele já para, fica ali analisando... Você pergunta e ele responde [...]. Eu não consigo visualizar ele sem medicamento. Para mim é dolorido ver os julgamentos que as pessoas fazem com ele, a maneira que as pessoas tratam, a maneira que as pessoas falam [...]. Elas julgam... batem o martelinho como o juízo final: “Você vai ser vagabundo, drogado!” E você ouvir um filho falar o tempo todo que “ninguém me ama, ninguém é meu amigo”, é dolorido. E eu não sei se ele guarda... Mas eu observo tudo. Sem o medicamento ele **jamais** faria uma aula de educação física, **jamais** ficaria numa sala de aula, ali, com a professora ensinando... **não ficaria** [Trechos da memória de 21/03/2014].*

Para Carmen, o metilfenidato possibilita que Felipe habite o espaço da sala de aula, das atividades escolares, o processo de aprendizagem. Talvez, Carmen seja uma das mães do Grupo que mais tenha buscado o tratamento medicamentoso para o filho. Mulher negra, de fala forte e articulada, religiosa, atuante, que se constituiu quase fortaleza para *brigar* pelo filho e por seus direitos. A *briga* pelo medicamento foi mais uma de tantas outras com a escola, com a coordenação de educação especial, com outras instituições como a APAE e o próprio CAPSi. O uso do medicamento não resolve tudo. Muitas lutas precisam ainda ser travadas. Carmen fala de uma aula de educação física na qual a professora falava com todas as crianças, menos com seu filho. *Quando eu coloquei minha cara na porta e ela me viu, a reação dela foi nítida: “Vamos, Felipe, vamos lá!”*. A mãe questiona a atitude da professora: *Precisava de mim ali? **Ele não é como as outras crianças ali?*** [Trechos da memória de 21/03/2014].

No entanto, é ao medicamento que Carmen credita a entrada do filho no processo de letramento: Felipe agora lê e escreve. E isso não é pouco para a mãe nem para o filho o qual, em muitos momentos, como nos informou Carmen, *pedia para tomar o remédio*. No entanto, Carmen expressou diversas vezes seu incômodo diante de alguns efeitos da Ritalina em seu filho. Ele fazia tudo o que ela pedia, mas de forma apática, desinteressada. Carmen dizia: *“Mas meu filho não é assim”*. Ainda nas palavras da mãe, o filho com a medicação *fica igual um vegetal, uma plantinha* e ela também reconhece que para a escola esse efeito é bom... pois, *numa sala com 40 alunos, se consegue que um vire uma plantinha já é alguma coisa* [Trechos da memória de 12/12/2013].

Em outro grupo, Vanessa, mãe de Caio, narra a singularidade de sua experiência, de alguém que problematiza a prescrição da Ritalina. Fala que recebeu bem a opinião de médicos que diziam que o filho não tinha nada e não precisava do remédio. *É tudo que quero ouvir.* Sente-se aliviada. Vê o Grupo GAM como um *espaço na contramão, um lugar para aqueles que querem mais do que apenas remédio.* No entanto, pergunta-se: *Mas o que fazer quando as coisas não vão bem? Não é o remédio, mas é o quê? Como lidar?* A escola do filho “acolhe”, mas assim como outras escolas, é um ambiente que acredita muito na medicação, e não aceita facilmente a decisão da mãe em não dar o medicamento ou relutar: pressiona para que a criança seja medicada. Exige que Vanessa assine um termo se responsabilizando pela decisão de não dar o medicamento (Ritalina) e pelos possíveis riscos daí advindos. Seria isso um acolhimento? Carmen acrescenta, *é, é desse jeito. A escola cobra o laudo e se não der a medicação, o filho não terá atendimento.*

A linha adicionada por Vanessa à trama das possíveis relações criadas com a medicação é também partilhada por Carmen que, nesse mesmo dia fala da responsabilidade outorgada às mães, apontadas por muitos como negligentes quando se recusam a dar o medicamento. Fala, inclusive, do medo de intervenções de instituições como o Conselho Tutelar. O risco da judicialização é um fantasma presente, na medida em que não medicar uma criança com um diagnóstico é visto como indicador de ausência de cuidado. Porque isto muitas vezes não é claro para o Conselho Tutelar, para a escola, para certos espaços de saúde, nosso desafio no Grupo GAM era o tempo todo de afirmar a diferença: cuidar e medicar são práticas que podem se encontrar, mas não se sobrepõem [Trechos da Memória de 09/04/2015].

O medicamento passa a ser, nesse contexto, condição de permanência no espaço escolar e acesso a recursos de direito como a presença de um estagiário e atividades complementares. Para além do contexto escolar, *[...]se ele não estiver medicado, as outras redes não querem atender e outros profissionais também não. Só o CAPSi acolhe, mas não tem estrutura para lidar com a criança o dia todo.* É Carmen que novamente nos diz que **quer ter o filho normal, alegre, conversando**, contudo, sabe que *se ele não estiver medicado, não é acolhido nos outros lugares e nem na escola* [Trechos da Memória de 09/04/2015].

No Grupo, o atravessamento de todas essas experiências em torno da medicação produzia, por vezes, nós atados e apertados, como se houvesse pouco espaço para uma vida não medicada. Ao mesmo tempo, era no trabalho de acolhimento e partilha dessas experiências que, aos poucos, foi sendo possível cultivar aberturas, espaços para reposicionamentos de si. No segundo passo do Guia, intitulado “Observando a si mesmo”, é

proposta a seguinte questão: “Você pode imaginar sua vida sem a medicação?”. Curiosas para saber o que as crianças responderiam, algumas mães indagaram os filhos em casa e compartilharam as respostas no encontro seguinte. A partir de uma das respostas dadas por Felipe (criança), Luciana (pesquisadora da UFES) pergunta para Carmen como foi para ela ouvir o filho falar que consegue imaginar a vida dele sem medicamento. Nas palavras da mãe, esse foi um momento *angustiante*. *Primeiro era angustiante ouvir ele falar que precisava do remédio. Hoje é angustiante saber que ele não acha que o remédio seja tão bom assim... mas que eu percebo, e às vezes ele percebe, ser necessário para ele. É dolorido, porque você não tem outras direções. Com o remédio ele já consegue ouvir um não, consegue se direcionar para outras coisas sem dar aquela crise emocional que ele tem. Nessa parte para mim é bom. Por outro lado, não é ele como meu filho mesmo, sabe... aquela pessoa que é daquele jeito que é... Não é aquela criança que... eu não sei explicar, age naturalmente... Pra mim é difícil, mas eu ainda não vi outra solução...*

Ouvir e considerar (o ponto de vista de) Felipe é angustiante. Um ponto de vista que muda com o tempo, que pedia o medicamento e agora vislumbra a possibilidade de sua retirada. Ponto de vista que é, portanto, modulado pelas experiências vividas, pelas relações estabelecidas com o medicamento e com as situações que o solicitam como estratégia de cuidado. O acesso à experiência de Felipe nos ajuda a perceber que o medicamento não é autossuficiente, que seus efeitos resultam da constelação de fatores nos quais ele está imbricado – constelação movente e mutante. Felipe surge aqui como alguém que pode dizer de si, dos efeitos do medicamento sobre si. E é desse lugar de saber que ele pode dizer que o remédio *não é tão bom assim*, embora perceba ser necessário. O conhecimento produzido por Felipe no encontro com Carmen e com a medicação é complexo – o medicamento é bom e ruim, destoando, portanto, das posições simplistas que tendem a posicionar o remédio no lugar de uma pílula milagrosa ou, contrariamente, como uma tecnologia de controle que é sempre nociva.

No encontro com a experiência de Felipe, Carmen se põe a pensar, a colocar em análise os diversos efeitos do medicamento em suas vidas. Neste processo, ela também surge participante da produção do conhecimento sobre o medicamento. Conhecimento que é singular, na medida em que a experiência com a medicação emerge da rede de relações nas quais ela está imbricada. E nessas relações há a problemática constatação da ausência de outras direções de tratamento e cuidado. Se não for o medicamento, o quê mais? Com quem ou o quê contar? Carmen adiciona ainda uma outra questão:

*Eu... eu consigo ver ele [sem a medicação] por alguns dias, alguns minutos, algumas horas. Não totalmente. Ele sem medicação, eu fico sem cabelo nenhum na cabeça. **A questão não sou eu, não é ele... é onde ele está.** [...] Eu não vivo só eu e ele. Se fosse só eu e ele, eu te responderia tranquilamente que sim, dá para viver sem a medicação; porque eu tô junto com ele, eu tô ensinando... ninguém vai falar para ele “você é muito chato, você é insuportável, você não presta...”. [...] Mas como a gente vive em sociedade, eu não imagino ele sem o medicamento. Sem o medicamento ele vai sofrer muito mais do que tomando [Trecho Memória 21/03/2014].*

Este é o grande entrave. Diante de tantas impossibilidades, processos de exclusão, barreiras e sofrimento, a medicação é apontada como a solução, mesmo que ela também não dê conta sozinha, mesmo com seus efeitos colaterais indesejados, mesmo com a permanente dúvida das mães em dar ou não, mesmo que o filho imagine sua vida sem o medicamento – pois é considerada como a forma das crianças acessarem e permanecerem em espaços importantes, de cultivarem relações, de viverem “na sociedade”. Uma solução que corre o risco, no entanto, de eliminar as dúvidas quando deixa de ser coletivamente colocada em análise.

São nos momentos em que se tenta achar “a” solução, que as verdades sobre as crianças vão sendo construídas, que suas histórias vão se fechando, simplificando e individualizando, que as imagens da infância vão se cristalizando. Por vezes, a medicação entra também, pelo modo com que sua prescrição é gerada, pelo modo como o diagnóstico é produzido e na centralidade que ocupa nas estratégias de cuidado, como um dos pontos desse circuito de conexões, dessa rede de instituições que compõem e enrijecem essas imagens, e cristalizam essas infâncias. Apesar de garantir certa presença da criança em determinados espaços, também há risco de, com a medicação, se desinvestir ou invisibilizar outras tentativas de acolhimento e formas de cuidado – processo que demarcamos anteriormente como medicamentação da vida.

A cada grupo, tomávamos como direção afirmar o direito de não se fechar a decisão sobre “dar ou não” o medicamento. Era preciso acompanhar seus efeitos. Buscávamos sustentar as incertezas, as possibilidades de voltar atrás, de repactuar, reconsiderar e reavaliar: como é a relação dos sujeitos com seus medicamentos? Que função a medicação ocupa em suas vidas? No que ela ajuda? Em quais momentos? No que não ajuda? O que ela permite? O que ela impede? Quais outras estratégias de cuidado também são possíveis? Lidar com essas questões exige uma postura atenta aos movimentos das crianças e muita, muita, conversa!

Conversa com as crianças, conversa com os profissionais, conversa com o serviço, conversa no grupo... uma conversa que nunca se fecha, não tem fim. Pois quando pensamos que está tudo bem, algo muda, um problema ressurgem... as variações e instabilidades não apenas fazem parte, mas são condições do viver. Carmen comenta **rindo**: *até que seria bom não ter que pensar mais no medicamento, seria bom se houvesse um ponto final...* [Trecho Memória de 09/04/2015].

Surge, então, um paradoxo: lutamos para sustentar a abertura, reposicionamentos... mas ao mesmo tempo este é um movimento difícil, que cansa, dá trabalho. E é mais trabalhoso ainda quando estamos diante de uma rede de cuidados fragilizada, quando não encontramos apoio de outras pessoas, quando julgamos, quando estranhamos, quando nos sentimos sozinhos. O ponto final tranquiliza um pouco, traz um certo alívio..., mas é também ilusório...

A fala de Carmen traz esse paradoxo encarnado. Ele está estampado em seu riso, riso que em diversos grupos não entendíamos claramente, que aparecia no meio de falas tão sofridas e intensas, e que nos desconcertava. Riso de alguém que já tentou colocar pontos finais, que sabe deste duplo aspecto: se por um lado o ponto final traz tranquilidade, ele também gera sofrimento quando queremos mantê-lo a todo custo, a rebote do caráter movente da experiência. Se a direção do nosso trabalho é considerar a complexidade da experiência do medicamento e sustentar processos de participação – na experiência da conversa, da abertura à experiência do outro – os “pontos finais”, que poderíamos considerar como pontos de vistas cristalizados, se equivocam. Quando Carmen acolhe a experiência infante de Felipe e pergunta, por exemplo, se ele consegue se imaginar sem a medicação, esse ponto final se equivoca. Quando Carmen compartilha essa experiência no grupo e é interferida pelas experiências das outras mães, o ponto final se equivoca. Quando conversa com outros profissionais, o ponto final também se equivoca. O efeito é uma ampliação inclusivista, na qual podem emergir novas configurações da infância e da experiência com o uso do medicamento.

No grupo íamos mergulhando nessas histórias, acolhendo esse vai e vem, sustentando as equivocações, cultivando processos de abertura para que as imagens da infância e os pontos de vistas cristalizados pudessem sofrer deteriorações. No lugar de pontos finais, buscávamos tornar possível a construção de afirmações provisórias e imagens-móveis.

2.3 Como conhecer jamais o menino no grupo GAM?

Linhas de desrazão, descontrole, devido a condição de loucura, e linhas de incapacidade,

imaturidade, porque também são crianças. Loucas ou crianças, crianças-loucas... essas produções continuam evidenciadas pelos prefixos de negação “in”, “i” “des”. Na introdução desse trabalho, abrimos com a seguinte questão: seriam essas crianças duplamente contornadas, desenhadas, aprisionadas, domesticadas? Ou ainda desinvestidas por serem do jeito que são, por não ter autonomia pra se virarem sozinhas, na medida em que afastam-se da criança modelo, da “criança normal” na qual se projeta um futuro promissor?

Nas tentativas de apreender a criança, traçar seus contornos, ou desenhar o menino a carvão, como no conto de Clarice que abre esse capítulo, corremos o risco que ela se “domestique”, o que não é objetivo desse trabalho de escrita e tampouco o era no processo de pesquisa.

Ao deslizar entre alguns fios da história e certas imagens-configurações da infância, a direção deste capítulo foi analisar o que delas ainda opera como “marca de seu rastro em nós” (SKLIAR, 2014, p.165), para então, sermos capazes de perder seus contornos, desmanchar suas linhas, esfumaçar suas bordas: habitar os confins da infância, lá onde ela perde suas fronteiras e se deteriora. Seguimos com essa pista encontrada no conto de Clarice: *Como conhecer jamais o menino? Para conhecê-lo tenho que esperar que ele se deteriore, e só então ele estará ao meu alcance. Lá está ele, um ponto no infinito.* Este é, portanto, um trabalho de **deterioração**: de deterioração de verdades, das cristalizações e representações sobre a infância.

É comum em nossos discursos que o termo deterioração tenha uma conotação ruim. De acordo com o dicionário brasileiro Aurélio, o verbo deteriorar significa 1) Tornar pior; estragar. 2) Arruinar, danificar. À vista disto, poderíamos nos servir de outros conceitos que também expressam a aposta desse trabalho, como desterritorialização (DELEUZE; GUATTARI, 1976), assim como dissolução (PASSOS; EIRADO, 2009), ou mesmo alguns termos que já aparecem nessa escrita como: desmanchar, decompor, rachar, esburacar... Contudo, optamos pelo uso da deterioração como uma ferramenta-conceito pois, além de mencionada no conto de Clarice, a palavra deteriorar encarna a força de uma ação que é decorrente do tempo, o que evidencia a dimensão processual deste trabalho. Deteriorar imagens conservadas da infância, torná-las perecíveis (móveis) demanda tempo e trabalho, e é com essa direção ética que seguiremos caminhando nesse texto.

Como conhecer jamais o menino? Como provocar, diante dessa produção inflamada de discursos *sobre* a criança e mais especificamente a criança usuária de saúde mental, encontros com outras imagens-configurações que deteriore, estremeçam, variem e

desloquem nossas formas de nos relacionarmos com a infância? Como dar abertura para a infância incontornável, inapreensível, que habita o infinito? Como criar outras imagens e configurações, e sobretudo, relações com a infância que permitam e incluam a expressão de outras formas de ver/ser criança? Configurações moventes, abertas, nas quais caibam o movimento das próprias crianças? Como encontrar *com* a criança (junto com ela) um modo singular de estar no mundo?

Por fim, como desconhecer o menino no Grupo GAM? Como deteriorar e ampliar imagens da infância em um grupo com familiares em uma instituição de saúde mental? “Estar sempre atento às coisas sutis, aos mínimos detalhes, faz parte de uma arte da GAM, de fortalecer as pequenas diferenças e de reencontrar, onde não se espera, novos ares” (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014, p.36).

3 A PARTICIPAÇÃO INFANTIL: UM CAMINHO PARA A DETERIORAÇÃO DAS IMAGENS DA INFÂNCIA

3.1 Como as crianças podem participar das decisões de seus tratamentos?

É claro que é preciso cuidar das crianças, protegê-las, alimentá-las, dar-lhes saúde, família, lazer, educação, etc. O que está em discussão aqui é se isso corresponde a tudo que poderíamos fazer [...].

(SKLIAR, 2014, p. 172)

3.1.1 Um paradoxo problemático

As investigações brasileiras baseadas na estratégia GAM têm sustentado uma direção ético-política de pesquisa-intervenção compreendendo que pesquisar e intervir são processos indissociáveis, pois estamos sempre intervindo na realidade para conhecê-la (SADE et al., 2013; RENAULT, 2015). Algumas dessas pesquisas, inclusive, têm operado com conceitos, direções e formulações da metodologia cartográfica¹⁸, a qual afirma que o ato de pesquisar tem o potencial de disparar novas problematizações, acionar processos de mudanças nos sujeitos, criar mundos e produzir realidade. Cabe ao pesquisador, portanto, estar atento a uma dupla-direção de trabalho: 1) acompanhar a experiência dos sujeitos na pesquisa e 2) cuidar dos efeitos produzidos por ela [pela própria pesquisa] (SADE et al., 2013). Para essa perspectiva metodológica, produção de conhecimento e produção de cuidado caminham juntos – responsabilidade ética e política da pesquisa. Isso demanda que o pesquisador esteja atento a seguinte questão: se pesquisar é intervir nas realidades, que configurações de realidades estamos construindo ou queremos construir com nossas pesquisas?

Na introdução dessa dissertação, vimos que a GAM se insere no Brasil como uma estratégia em saúde mental que busca fomentar a ampliação da autonomia e do exercício da cidadania dos sujeitos, que são historicamente silenciados e excluídos das decisões de seus tratamentos (PASSOS et al., 2013). O desafio é construir um espaço de escuta e acolhimento das experiências de usuários e familiares, de forma que elas passem a contar efetivamente nas negociações e decisões do tratamento – de forma que esses sujeitos possam *participar*. A participação na GAM, mais do que um direito fundamental, é a condição de trabalho no grupo, um exercício de abertura e disposição à experiência do outro – ela é objetivo, metodologia e efeito do trabalho (RENAULT, 2015). Esta é, portanto, a política de pesquisa assumida: o

¹⁸ Para aprofundamento nesse método de pesquisa cf. Passos, Kastrup e Escóssia (2009) e Passos, Kastrup e Tedesco (2016).

cultivo da autonomia e exercício da cidadania, através da participação dos diferentes pontos de vistas.

Entretanto, também temos argumentado ao longo deste texto que, se o trabalho nessa direção com usuários e familiares não é trivial, na saúde mental infanto-juvenil ele parece tornar-se ainda mais desafiador. Através das imagens da infância que apresentamos e discutimos até aqui, é possível analisar como as características e contornos atribuídos às crianças têm produzido uma relação com elas implicada numa *dupla-ausência*. Uma *ausência* que estaria *na criança*, pois, mesmo presente, a criança é assombrada pelo fantasma da incompletude, *ausente* de certas capacidades por ser considerada um ser “em desenvolvimento”, a quem sempre falta alguma coisa; e uma *ausência da criança*, devido à suposta ausência de características quando comparadas aos adultos, as crianças são privadas de estarem presentes em espaços políticos, de participarem de espaços de direitos, das decisões que lhes dizem respeito, visto que não é permitido à elas dizer, sentir, opinar sobre si e sobre o mundo. Considerando, portanto, que a cogestão e a autonomia são os princípios fundamentais que norteiam todo o trabalho com a estratégia GAM – na pesquisa com crianças, com crianças usuárias de medicamentos psiquiátricos, seriam essas as nossas direções? Seria possível construir autonomia e cogestão com elas?

A autora Annemarie Mol, no terceiro capítulo de seu livro *A Lógica do Cuidado* (*The Logic of Care*, 2008), nos ajuda a embasar esse plano de discussão ao descrever três ideais de cidadãos que foram sendo constituídos ao longo da história. O primeiro deles é o cidadão grego, aquele que detém o controle dos músculos e do corpo. O segundo, o cidadão burguês, para o qual o controle do corpo também é importante, mas não é mais preciso controlar os músculos – o necessário aqui é dominar as paixões, estas que encobrem nossas habilidades racionais. E o terceiro, o cidadão iluminado/esclarecido, aquele que transcende o corpo para se tornar um espírito livre, capaz de fazer julgamentos críticos.

O que há de comum nessas três imagens? Mol enuncia:

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

Assim, quando atrelamos o exercício da cidadania a esses ideais históricos, os corpos infantes, como os corpos loucos, deficientes, doentes crônicos, em sofrimento, envelhecidos, etc., estão impossibilitados de exercer essa condição, de participar das decisões que lhes dizem respeito, de gerir e cuidar de suas vidas. Pensar o direito à autonomia e participação de crianças (e mais ainda de crianças ditas “especiais”, “deficientes”, “doentes” ou “pacientes de saúde mental”), mostra-se, a princípio, absurdo ou no mínimo estranho, já que elas não atendem ao controle, à domesticação do corpo ou à sua transcendência.

Retomando, então, a questão anterior: como seria incluir e fazer valer o ponto de vista das crianças nas decisões do tratamento? Como aquelas que não são vistas como sendo racionais, responsáveis e tendo condições de responderem por si podem ter direito à participação e autonomia? Como considerar a cidadania e a participação daquelas que, historicamente, não são consideradas cidadãs e estão duplamente ausentes dos espaços e decisões políticas? Parecemos aqui estar diante de um paradoxo problemático.

Com o intuito de aquecer ainda mais a discussão, dialogaremos com alguns autores da Sociologia da Infância, um campo de estudos recente que empenha-se em colocar em questão a forma dominante de compreender a infância¹⁹. É interesse da Sociologia da Infância pensar práticas mais observadoras dos direitos das crianças e, para tanto, os teóricos desse movimento vão colocar em análise a produção de conhecimento científico sobre a criança, propondo metodologias de pesquisa que tenham como foco seus pontos de vistas, suas experiências, sua linguagem e participação na pesquisa (FERNANDES, 2015).

Segundo Fernandes (2015), a Sociologia da Infância parte de alguns pressupostos. Primeiramente, considera-se que a infância é uma construção social que atravessa e constitui as diferentes sociedades humanas. Além disso, afirma-se que “[...] os modos como o mundo adulto *conceptualiza* a infância e as crianças interferem *objectivamente* nos modos que se relaciona com ela” (p.21). Outro aspecto importante para os sociólogos da infância é a compreensão do processo de socialização. Conforme Delgado e Muller (2005), a socialização possui uma dimensão ativa, o que coloca em cheque as concepções tradicionais que definem o processo de socialização como unilateral, efetuado pelo adulto sobre a criança, a qual é apenas um receptáculo. Portanto, na Sociologia da Infância a socialização ganha um novo enfoque: é um processo fluido, no qual crianças e adultos se implicam concomitantemente

¹⁹ Em 2005, a revista Educação & Sociedade, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicou o *Dossiê: Sociologia da infância: pesquisas com crianças*, no qual é possível conferir alguns trabalhos realizados por pesquisadores desse campo. Esse conteúdo está disponível via: <https://www.cedes.unicamp.br/publicacoes/edicao/127>.

(FERNANDES, 2005). As crianças passam a ser consideradas pesquisadoras e, mais ainda, “[...] agentes ativos, que constroem a própria cultura e contribuem para a produção do mundo adulto” (COSARO, 1997 apud DELGADO, MULLER, 2005, p. 354).

A aproximação com esse campo foi fundamental na composição desse trabalho, posto que esses estudos vêm trazendo contribuições importantes, no cenário internacional e nacional, no que tange à luta pela afirmação e construção dos direitos das crianças, à visibilidade destas como cidadãs e ainda de sua participação ativa nos processos de produção de conhecimento, que ajudam a construir as configurações-imagens da infância. Entretanto, faremos nesse texto um pequeno recorte, abordando mais especificamente como esses autores nos auxiliam a complexificar a problemática em torno do direito à participação na infância.

Em entrevista com as autoras Carvalho e Silva (2016), a professora e socióloga Natália Fernandes Soares, que tem um papel importante nesses estudos, analisa que a participação infantil é colocada como questão acadêmica e científica somente no final da década de 80. Segundo a socióloga, um movimento histórico que formaliza esse processo é a elaboração da Convenção dos Direitos da Criança (CDC)²⁰, em 1989. A CDC é um documento oficializado como lei internacional que incorpora uma diversidade de direitos às crianças e traz também uma série de avanços na luta pelo direito de participação infantil.

Comumente, os direitos promulgados na CDC têm sido agrupados em três modalidades, apontadas no trabalho de Hammarberg (apud SOARES, 2005). A primeira delas, denominada direitos de **provisão**, contempla os direitos sociais da criança, como o direito a saúde, educação, segurança, cuidados físicos, vida familiar, lazer, cultura. A segunda congrega os direitos de **proteção** referentes à discriminação, abusos, exploração, conflitos e injustiças. E a terceira aborda a dimensão civil e política dos direitos, como direito ao nome e à identidade, à liberdade de expressão e opinião, à informação, direito de ser ouvida e de poder tomar decisões – os direitos de **participação**. Contudo, Soares (2005) analisa que, enquanto os direitos de provisão e de proteção têm sido amplamente discutidos, legitimados e assegurados pela sociedade, a luta pelos direitos de participação tem sido mais lenta, menos visibilizada e encontra ainda uma série de obstáculos.

Algumas perspectivas clássicas entendem que o exercício da participação está relacionado com o alcance de certa racionalidade e autonomia, as quais, quando partimos das imagens dominantes da infância atualizadas em nossos discursos e práticas, as crianças

²⁰ É possível acessar o documento através do *link*: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm

supostamente não possuem. Assentado nessa lógica, certo discurso, o **discurso paternalista**, afirma que, por essa razão, caberia aos adultos decidirem pelas crianças, pois dessa forma estão protegendo-as da sua própria inaptidão (SOARES, 2005).

Para o professor de sociologia Eric Plaisance (2005), esta é uma fase nova e ao mesmo tempo contraditória em relação aos direitos das crianças. Muitas dessas medidas protetivas são tomadas como fundamentais à infância, mas estas acabam se tornando obstáculos para a conquista da autonomia, do direito à expressão, à participação e dos direitos políticos (direitos que este autor agrupa como direitos de liberdade). Instigado pelo trabalho de Alain Renault, Plaisance ressalta que a luta pelas diferentes categorias de direitos deveria estar articulada, com o intuito de evitar excesso de um sobre o outro. Segundo Soares (2005), a CDC foi um passo importante nesse processo, ao considerar que a ausência de poderes políticos também contribui para a vulnerabilidade²¹ das crianças. Entretanto, nas palavras da autora, nas “encruzilhadas da provisão e proteção”, tem sido “complicado encontrar um atalho para a participação” (p.6).

É no contexto da CDC que a Sociologia da Infância surge como um campo de pesquisa, como cita Fernandes em sua entrevista: “não em paralelo, porque elas se tocam, acho eu” (CARVALHO; SILVA, 2016, p.188). De uma forma geral, podemos dizer que a Sociologia da Infância propõe uma visão afirmativa em relação à infância, uma nova forma de olhar para as crianças, compreendendo-as como atores sociais, sujeitos que experimentam ativamente o mundo e que, portanto, podem intervir sobre ele. Interpela também a imagem constantemente reforçada e reproduzida da criança frágil, incapaz, irracional e, acrescentaríamos duplamente ausente, que, ao mesmo tempo, possibilitou a sua proteção e restringiu sua participação. Reforçando, portanto, a relação entre esses estudos e a luta pela conquista e construção dos direitos da infância, Fernandes (em entrevista) reitera:

Quando a Sociologia da Infância defende a imagem da criança como um sujeito, um ator social, não está a defender mais do que aquilo que é salvaguardado na Convenção quando diz que a criança tem o direito a dar opinião, tem direito de envolver-se nos assuntos que lhe dizem respeito [...] houve uma sinergia interessante do surgimento de uma área científica que tem como foco exclusivo a criança e a valorização da sua ação social e o surgimento da Convenção que legitima formalmente a participação das crianças (CARVALHO; SILVA, 2016, p.188).

²¹ Entendemos que a discussão sobre a questão da vulnerabilidade é muito complexa e também controversa, sendo o termo utilizado com frequência, atualmente, no campo da Assistência Social, para legitimar análises a respeito da experiência de famílias consideradas em “risco social”. A complexidade desta conceituação e seus efeitos naturalizadores em relação às famílias e inclusive quanto às crianças pede-nos certa cautela quanto ao uso do termo. Aqui o utilizamos, acompanhando o modo como Soares (2005) analisa, unicamente para problematizar relações entre adultos e crianças, presentes em nossas sociedades.

Em oposição ao discurso paternalista, outro discurso, o **discurso emancipador**, afirma que as crianças possuem as competências necessárias para “desenvolver um pensamento racional e para fazer escolhas acertadas, [...] até decisões mais significativas, como, por exemplo, as relacionadas com agressões de colegas na escola, ou abuso dos pais em casa” (SOARES, 2005 p.8). De acordo com Soares (2005), os argumentadores desse discurso têm se baseado em estudos e experiências realizados nos países nórdicos envolvendo a participação das crianças, os quais vêm demonstrando que estas têm capacidade para participar e tomar decisões sem que isso acarrete nas “consequências desastrosas previstas nos discursos paternalistas” (p.9). Esses autores defendem ainda que se as crianças nunca experimentarem tomar decisões, tal processo nunca poderá se iniciar.

Mas, o que significa dizer que as crianças podem (e devem) participar? O que é participar? O que estamos entendendo por participação infantil? Como é construir com a criança processos participativos? Trata-se de uma competência? Trata-se de decidir sozinho? Ouvir a opinião da criança e considerá-la nas tomadas de decisão é suficiente para garantir a participação? É um passo? Há outros?

Plaisance (2005) acrescenta ainda outro aspecto fundamental a estas questões e que nos aproxima da especificidade do plano problemático dessa pesquisa, afinal, não podemos negligenciar que há uma multiplicidade de experiências infantis e a luta pelos direitos não se coloca da mesma forma para todas. Interessado em articular as discussões da Sociologia da Infância com os *estudos sobre deficiência*²² (*Disability studies*), Plaisance reforça que se, a problematização e atribuição dos direitos de liberdade (ou participação) às crianças é um desafio, no caso das crianças deficientes, ela se torna ainda mais espinhosa. De forma semelhante às crianças usuárias do campo da saúde mental, as crianças deficientes são vistas como duplamente vulneráveis e incapazes, com maior necessidade de serem protegidas pelos adultos: por serem crianças e por serem crianças com “necessidades especiais”²³.

Apesar das diferenças inerentes entre os campos da saúde mental e da deficiência, das particularidades das questões de cada âmbito, podemos fazer uma aproximação entre eles,

²² De acordo com Diniz (2005), este campo de estudos surge nas universidades britânicas através do trabalho de pesquisadores que tinham o objetivo de ampliar as perspectivas em torno da deficiência, complexificando as discussões para além do âmbito da saúde. Deste modo, as pesquisas e ações desses estudos são produzidas “na interface das ciências humanas e da saúde, sendo a maioria de seus pesquisadores oriundos das ciências sociais” (DINIZ, 2005, p.6).

²³ Lembramos que no campo da deficiência as nomenclaturas surgidas são extremamente controversas. A denominação “especial”, por exemplo, tem sido questionada por pessoas e grupos dentro do campo dos Estudos da Deficiência e do movimento de pessoas com deficiência, conforme aponta Melo (2009).

considerando que a discussão da questão do cuidado envolvendo crianças e familiares lhes é comum, sendo também próximo os desafios em relação ao constrangimento do exercício da autonomia e cidadania efetivado por e com elas. A linha entre a proteção e a tutela, na relação com essas crianças, é ainda mais tênue, e o direito à participação se torna ainda mais desafiador.

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

Ao analisarmos o problema da participação, coloca-se também em problematização, ou em movimento de contingenciamento, o problema da proteção. Pensar a participação infantil nos convoca, ao mesmo tempo, a pensar em outros modos de proteção a crianças e adolescentes, visando romper com uma ação unidirecional e instalar ali, onde a criança comparece como objeto do cuidado e/ou da proteção, seu surgimento como sujeito em uma relação. Nesse sentido, não haveria direito de proteção sem o direito de participação/liberdade, sob o risco de que a proteção torne-se tutela e/ou sujeição. Retomando a frase de Skliar, que abre esse capítulo, “é claro que é preciso cuidar das crianças, protegê-las, alimentá-las, dar-lhes saúde, família, lazer, educação, etc. O que está em discussão aqui é se isso corresponde a tudo que poderíamos fazer [...]” (SKLIAR, 2014, p. 172).

Para Soares (2005) é fundamental que a luta pela afirmação dos direitos de proteção, provisão e participação considere o aspecto interdependente desses direitos, considerando que “para além da *proteção*, [a criança] necessita também de margens de *ação* e intervenção no seu cotidiano” (p.9). Uma luta que afirme, portanto, a participação das crianças como sujeitos de direitos que sabem e podem dizer sobre si (descolando-as das imagens dominantes da infância), e que abrigue também as vulnerabilidades e as contingências de infâncias múltiplas.

3.1.2 Autonomia e interdependência

As narrativas das mães no grupo GAM nos ajudam a analisar como a discussão iniciada no tópico anterior é complexa. Em uma das cenas apresentadas no capítulo dois, Cleide, ao falar da sua relação com a escola antiga do neto, comentou que [...] *o diretor falava assim: “Esse menino tá com dez anos, ele tem que ter autonomia pra se virar sozinho nessa escola”!* ***Ariel tem autonomia pra se virar sozinho aonde?!?!*** Cleide lança a questão para o grupo, parecendo sentir-se desamparada [Trecho da memória de 23/10/2014].

Em outro grupo, Ivana compartilha que fez em casa a seguinte pergunta (do Guia GAM) para a filha: “*Como você cuida de você mesma?*”. Camila, de 5 anos, genuinamente respondeu: “*Cuidando*”. Esta resposta, que à primeira vista soa tão simples, de alguma forma mexe com o grupo e risadas diante do inesperado passam a preencher a sala. O que há de surpreendente quando uma criança responde que cuida dela mesma? A mãe, parecendo não ficar muito satisfeita com a resposta dada, adverte à filha: *Vou colocar aqui [no Guia] que você não gosta de escovar os dentes e pentear o cabelo.*

Ainda nesse encontro, no qual o tema do cuidado consigo foi amplamente discutido, Carmen relata suas impressões em relação ao filho Felipe. *Ele em si é autônomo; ele é uma criança que não espera por ninguém, a não ser que ele não consiga fazer [...] ele consegue ir no banheiro e escovar os dentes, ele sabe tomar banho, ele sabe ir na cozinha pegar uma comida pra ele comer; nesses aspectos ele é bem independente. Mas se ele tentou e não conseguiu, ele não vai pedir ajuda. Ele só vai gritar, chorar, muito nervoso. Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia* [Trechos da Memória de 08/10/2014].

A questão da autonomia surge, assim, na imanência do próprio grupo, na complexidade das falas, por ser uma questão presente no cotidiano das mães e crianças. Nas experiências narradas por elas, podemos perceber alguns sentidos importantes. Por um lado, elas trazem uma percepção de autonomia (esta que é difundida socialmente) associada à independência, à emancipação, à capacidade de fazer as coisas sozinho, de ser “responsável por si”, de fazer escolhas (livre-arbítrio), ou, nas palavras de Carmen, a *criança que não espera por ninguém*. Nessa perspectiva, a autonomia é uma qualidade do sujeito, uma atribuição individual, uma competência/capacidade, e por isso ou se tem ou não se tem. Quando não se tem, é preciso conquistá-la por conta própria (como afirma o discurso emancipador). Não cabe, por exemplo, pedir ajuda – esta necessidade é muitas vezes entendida como fracasso ou incompetência. É como no caso de Felipe: quando não consegue fazer algo sozinho, o menino fica nervoso, chora e grita, não consegue pedir ajuda – como se também partisse de um raciocínio no qual a ajuda é algo que nos incapacita.

É importante ressaltar que a compreensão de autonomia como capacidade de auto controle ou autossuficiência traz embutida uma certa lógica liberalista na qual impera um ideal de indivíduo independente, emancipado e produtivo, e também um ideal de normalização. Ideais difundidos e injetados nas sociedades capitalísticas, que produzem nossos corpos, relações, subjetividades e desejos (DELEUZE; GUATTARI, 1976). Ideais que também não escapam às “mães e aos filhos da GAM” – o desejo pela autonomia e normalização é vivido no cotidiano das preocupações com os filhos: se eles vão conseguir cuidar deles mesmos, se vão poder permanecer na escola *sem elas*, se um dia vão conseguir ler e escrever, tirar boas notas, acompanhar a turma. Se vão conseguir ficar quietos, serem responsáveis, não fazer bagunça, não brigar. Se vão poder frequentar espaços *sozinhos*, atravessar a rua com atenção, pegar um ônibus até o CAPSi. Se vão poder cuidar (sozinhos) de suas próprias vidas – situações que, como vimos, são vividas com grandes dificuldades. A procura incessante pela medicação “perfeita” aparece, muitas vezes, atrelada a essa busca, como uma promessa de aproximação das crianças do modo-indivíduo²⁴ socialmente desejado, ou, como vimos, do ideal da criança “normal”.

Entretanto, é preciso estar atento a algumas indagações: o que é ser normal? Essa autonomia é mesmo algo vivível? Não pedir ajuda é mesmo possível? Do que falam essas noções perseguidas de autonomia e normalidade no caso das crianças que frequentam o Grupo GAM? Quais são seus efeitos? Há o risco aqui de cairmos numa armadilha, pois se os ideais de autonomia e normalidade, por se tratarem de ideais, já se distanciam do “vivo” (da vida dos sujeitos de um modo geral), quando eles se tornam parâmetro para crianças que frequentam um CAPSi – crianças marcadas por experiências de sofrimento, de abandono, de abuso, de exclusão, da própria loucura e das barreiras sociais impostas por determinados diagnósticos – ficam ainda mais inatingíveis. Na frase de Carmen, por exemplo, quando a mãe diz que o filho “*tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia*”, ela evidencia justamente esse paradoxo problemático. A mãe consegue, por alguns instantes, se deslocar dos ideais e valorizar as singularidades do filho que “*consegue ir no banheiro e escovar os dentes, sabe tomar banho, sabe ir na cozinha pegar uma comida pra ele comer*”. Porém, é logo recapturada por eles: “*se ele tentou e não conseguiu, ele não vai pedir ajuda, ele só vai gritar, chorar, muito nervoso*”, concluindo assim que ele não teria autonomia. Com isso, mais do que um efeito emancipador, a questão da autonomia baseada no ideal da autossuficiência se torna individualizante e, conseqüentemente, limitante.

²⁴ Termo utilizado por BARROS (2007).

Retomando então as questões levantadas através do diálogo com a Sociologia da Infância, como pensar no cultivo da autonomia, da participação, de um lugar de atividade a essas crianças e ao mesmo tempo considerar as condições desses sujeitos, a densidade de suas histórias, a experiência de sofrimento vivida por elas e suas cuidadoras? Como pensar o exercício da participação sem perder de vista as especificidades do ser criança, e mais ainda, do ser criança usuária do campo da saúde mental?

A estratégia GAM, a partir das reflexões introduzidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, nos ajuda a redimensionar a problemática da autonomia, quando nos atenta para a importância do cuidado coletivo em saúde, reiterando um trabalho pela via da construção de vínculos, relações e redes de apoio. A autonomia que a estratégia visa fomentar só é possível se sustentada por um coletivo, ou, em outras palavras, quanto mais conectados a uma rede de cuidados estiverem, mais possibilidades os sujeitos têm de construir autonomia. A criança surge, assim, como mais um ator dessa rede ampliada. Ela não é autônoma sozinha, da mesma forma que ter autonomia não implica que ela não precise de cuidados.

A compreensão de autonomia sustentada pela GAM rompe, então, com a idealização de que quando o outro entra junto, como apoio, o sujeito não é mais autônomo; da *criança que tem que ter autonomia pra se virar sozinha nessa escola*; do sujeito autônomo que não pode pedir ajuda. Apesar de valorizar e legitimar o saber do usuário, incentivar o protagonismo e papel ativo destes, a força da estratégia GAM está no exercício da cogestão, na construção das relações: é preciso que os diferentes sujeitos envolvidos no cuidado participem juntos desse processo.

Voltando, mais uma vez, ao paradoxo da fala de Carmen, “*Ele tem aquela autonomia, mas não tem aquela autonomia*”, podemos dizer que, se estamos na lógica da autonomia vinculada à independência, racionalidade, do gerir a vida sozinho, as crianças, de fato, não têm autonomia, ou no mínimo não têm o tempo inteiro, como nos mostra a experiência das mulheres cuidadoras (do GAM), com base na proximidade da experiência encarnada dos filhos. Ao mesmo tempo, estamos insistindo que criança é capaz e deve opinar, se expressar, estar numa posição ativa e participar do seu próprio cuidado. Ela cuida de si, *cuidando*. Se autonomia for fazer e decidir sozinho, a criança não tem (e alguém teria?); mas se for uma autonomia cogestiva, apoiada por uma rede de cuidado, ela pode ser, então, possível.

...

De forma análoga a saúde mental, a questão da autonomia também precisou ser problematizada no campo dos Estudos sobre deficiência (*Disability studies*) e as contribuições trazidas por esses estudos, principalmente no que tange à entrada das perspectivas feministas, na década de 90, nos ajudam a fortalecer a perspectiva da autonomia cogestiva presente na estratégia GAM. Como nos mostra Diniz (2003), a luta pela emancipação, produtividade e independência das pessoas deficientes foi por muito tempo uma tática necessária a esse campo, em objeção às práticas infantilizadoras, protetivas e tutelares que outrora apontamos estarem presentes na relação com esses sujeitos.

Os principais articuladores da luta pela autonomia e independência das pessoas deficientes ficaram conhecidos como os teóricos do **modelo social da deficiência**²⁵, em contraposição ao **modelo médico** que fundamentava as discussões desse campo até então. Segundo Diniz (2003), esses teóricos eram, em sua maioria, homens com lesão medular, os quais acreditavam que através do enfretamento a determinadas barreiras sociais estariam aptos a se tornarem sujeitos autônomos e independentes. Esses mesmos autores defendem que a lesão, em natureza biológica, não teria um sentido em si mesma e, por isso, os esforços para o combate das desigualdades deveriam centrar-se principalmente em mudanças estruturais da sociedade deficientizante (sobretudo arquitetônicas e de transporte) e não em terapêuticas de reabilitação que eram o foco das intervenções do modelo médico.

Para Diniz (2003), “o modelo social da deficiência era um projeto de igualdade e justiça para os deficientes” (p.4). Ao fomentar a luta pela emancipação dos sujeitos deficientes e o combate às barreiras sociais, os autores do modelo social reiteram que há mudanças necessárias à sociedade ou, dito de outro modo, que a sociedade também “deficientiza”, infantiliza, incapacita e gera dependência – incluindo, pela primeira vez, a dimensão social em um debate que era até então limitado à uma perspectiva de saúde de cunho biologizante e individualizante. Assim, Diniz (2003) afirma que “a retirada da deficiência do campo da natureza e sua transferência para a sociedade foi uma guinada revolucionária [...] uma

²⁵ Para Diniz (2003) os estudos da deficiência podem ser estruturados historicamente a partir de três modelos que compreendem e significam a relação entre a lesão e a deficiência sob diferentes aspectos. O primeiro deles, o mais antigo, ficou conhecido como modelo médico da deficiência, quando as discussões nesses estudos ainda eram muito restritas ao âmbito da saúde. Neste modelo, a deficiência, assim como as dificuldades e desvantagens vivenciadas pelos deficientes, são atribuídas à própria lesão do indivíduo, não havendo, portanto, influência ou problematização das estruturas sociais. O segundo modelo, denominado modelo social da deficiência, se propõe a colocar em cheque o modelo médico ao afirmar que as limitações e barreiras sofridas por pessoas deficientes são resultantes de um processo social, de “arranjos sociais pouco sensíveis à diversidade” (p.2). E o terceiro, o modelo feminista, que redimensiona a questão da autonomia nesse campo, como veremos a seguir, a partir do princípio da interdependência.

afirmação com implicações políticas desconcertantes” (p.2). Entretanto, é importante sublinhar que, ao conservar o princípio da autonomia como independência, o modelo social da deficiência permanece assentado em um ideal de homem, que por si mesmo teria condições de autossuficiência, o que nos faz retomar o paradoxo problemático dessa dissertação ao pensar na relação com a criança. A busca pela autonomia passa somente por elas? Trata-se de buscar a emancipação desses sujeitos? Entendemos que recolocar o problema da autonomia em outros termos é fundamental para reorientar também a questão emancipatória, ou, poderíamos dizer, dos direitos.

É somente com as investidas das pesquisas de perspectivas feministas nesse campo que o problema da autonomia pôde ser reposicionado, visto que a principal crítica colocada pelo modelo feminista ao modelo social é, justamente, à noção de autonomia que predominou nesse último. É o modelo feminista que aponta os riscos de, a partir dessa compreensão de autonomia, se desconsiderar a subjetividade da experiência dos corpos em sofrimento, assim como a influência de outras variáveis como gênero, raça, orientação sexual ou idade (DINIZ, 2003). Para as teóricas feministas, o modelo social configurou-se como “uma teoria desencarnada da lesão” (DINIZ, 2003, p.4), o que nos faz lembrar dos ideais de cidadão apontados nos estudos de Mol (2008), nos quais os “corpos nunca interferem em seus planos”.

Citando Diniz (2003),

Foram as teóricas feministas que, pela primeira vez, mencionaram a importância do cuidado, falaram sobre a experiência do corpo doente, exigiram uma discussão sobre a dor e trouxeram os gravemente deficientes para o centro das discussões - aqueles que jamais serão independentes, produtivos ou capacitados à vida social, não importando quais ajustes arquitetônicos ou de transporte sejam feitos. Foram as feministas que introduziram a questão das crianças deficientes, das restrições intelectuais e, o mais revolucionário e estrategicamente esquecido pelos teóricos do modelo social, o papel das cuidadoras dos deficientes. Foi o feminismo quem levantou a bandeira da subjetividade na experiência do corpo lesado, o significado da transcendência do corpo para a experiência da dor, forçando uma discussão não apenas sobre a deficiência, mas sobre o que significava viver em um corpo doente ou lesado. Foram as feministas que passaram a falar nos “corpos temporariamente não-deficientes”, sugerindo a ampliação do conceito de deficiência para condições como o envelhecimento ou as doenças crônicas. [...] (p.3-4).

Outro aspecto importante e também revolucionário é que passaram a fazer parte desses estudos (além de mulheres deficientes) mulheres cuidadoras de crianças ou adultos deficientes, que puderam incluir outros pontos de vistas, perspectivas e contribuições para o campo. “Ser

uma mulher deficiente ou ser uma mulher cuidadora de uma criança ou de um adulto deficiente era uma experiência muito diferente daquela descrita pelos homens com lesão medular que iniciaram o modelo social da deficiência” (DINIZ, 2003, p.3-4). A participação das cuidadoras nos Estudos sobre deficiência foi de suma importância, pois a partir delas foi possível ressignificar o tema do cuidado nesse campo. Como veremos a seguir, o cuidado passa a ser compreendido como uma dimensão constitutiva das relações humanas, indo muito além de uma prática apenas necessária nos momentos de crise. É a partir desta compreensão que a autonomia nesse campo pode ser pensada de outra forma.

As teóricas feministas vão abordar, pela primeira vez nesses estudos, o princípio da interdependência, baseado no trabalho da filósofa e cuidadora de uma filha com paralisia cerebral grave, Eva Kittay. Este princípio reconhece que a existência humana é constituída, sobretudo, por relações assimétricas, as quais no caso dos deficientes graves – e poderíamos acrescentar também, no caso das crianças, usuários de saúde mental, doentes crônicos, etc. – colocam-se de forma extrema. Assim, mais do que uma direção fundamental na luta política da deficiência, a interdependência é afirmada por este movimento como uma condição/princípio basilar da existência humana, sobretudo para que a vida se torne possível. Como nos lembra Kittay, “todos somos filhos de uma mãe” (DINIZ, 2003, p.5) e, nesse sentido, todos nós somos constituídos de relações, somos seres relacionais, *somos em relação...* por isso, a interdependência não é algo específico das crianças ou dos deficientes²⁶.

Em uma das cenas do documentário canadense *Examined Life* (2008)²⁷, a filósofa Judith Butler **caminha** pelas ruas de São Francisco (Califórnia) ao lado da pintora, ativista e deficiente física, Sunaura Taylor, em sua cadeira de rodas. Elas estão discutindo, justamente, a ação de *caminhar*. Ao passarem por um tênis “de caminhada” descartado na rua, Butler exprime que todos nós (seres humanos) temos alguma técnica de andar, mecanismos e objetos que nos auxiliam a caminhar e que estão fora de nosso corpo ou de nós mesmos. A partir disso, a filósofa levanta uma questão: “[...] talvez nós tenhamos a falsa ideia de que alguém com o corpo eficiente é de alguma forma radicalmente autossuficiente”. Continuando a cena, Butler e Sunaura concluem que, habitando corpos “eficientes” ou deficientes, todos nós estamos sempre em relações, humanas e não-humanas, em qualquer tipo de situação; afirmando mais uma vez: todos somos interdependentes. A questão da autossuficiência,

²⁶ Importante ressaltar que a interdependência pensada aqui não supõe entidades separadas em relação. Fazendo uma aproximação com a tese da coemergência (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2001), estamos afirmando que é nessa relação que emergimos, somos dela interdependentes e não somos anteriores a ela.

²⁷ A cena descrita está disponível na plataforma do Youtube no *link*: <https://www.youtube.com/watch?v=wgJ9ErSGsXQ>

portanto, se coloca como “falso” ideal e por isso, a autonomia vai ser sempre gerada numa cooperação, pois esta é a base de nossa existência.

Ao recolocar a questão da autonomia através do princípio da interdependência podemos abrigar o paradoxo da criança que cuida e é cuidada; que pode decidir, mas não decide sozinha; que pode ser protegida e participar, *que tem autonomia, mas não tem autonomia*. Ela não tem a autonomia da autossuficiência, da normalidade, pois este é um paradigma falso, mas ela tem uma autonomia que é construída a partir da condição de interdependência e da criação de vínculos de cuidado. Pensar a autonomia como interdependência nos permite reposicionar também a dimensão da ajuda em nossas relações, sem que isso desqualifique o processo da autonomia – se somos todos interdependentes, todos nós precisamos de ajuda. Pedir ajuda não é uma ação apenas cabível, mas imprescindível. A criança (ou qualquer outra pessoa) pode e deve ser ajudada sem que isso faça dela menos capaz. Como diz Sunaura Taylor, “pedir ajuda é um ato político” (EXAMINED LIFE, 2008), um gesto revolucionário nas sociedades em que impera a lógica do individualismo, da competitividade, do falso ideal da autonomia como autossuficiência.

Portanto, as questões levantadas anteriormente, por exemplo, “como contemplar a dimensão da necessidade, da ajuda, do cuidado, da relação de dependência das crianças e ao mesmo tempo compreende-las como sujeitos de direito?”. “Como proteger e ao mesmo tempo garantir a participação e autonomia?”. E ainda, como ser autônomo sem dispensar o outro, mostram-se, então, como falsos problemas (BERGSON, 2011), visto que acabam por colocar em discussão algo que é fundamental e constitutivo da nossa existência. Além disso, trata-se de habitar a paradoxal inseparabilidade entre ser autônomo e ser relacional, uma autonomia potente que somente pode ser vivida no fortalecimento das relações constituintes, conforme também nos visibilizava a Estratégia GAM.

Fazendo uma interlocução com a discussão presente na GAM, podemos associar a dimensão da ajuda e do cuidado presentes no princípio da interdependência com o princípio da autonomia cogestiva, da formação de redes de apoio – na afirmação que se constroem autonomia e processos participativos quando assumimos e cuidamos dessa dimensão relacional e coletiva da existência.

Segundo Diniz (2003), ainda hoje o modelo feminista da deficiência sofre duras críticas dos teóricos do modelo social, os quais apontam o risco de, em nome do cuidado e da proteção, reativarmos práticas caritativas e tutelares. Risco também presente no campo da saúde mental e, não por acaso, é também um ponto fundamental do trabalho de intervenção

com a estratégia GAM. Como vimos, é também em nome de um cuidado que práticas infantilizadoras, normalizadoras e geradoras de dependência vão se constituindo, o que nos recoloca incessantemente diante do desafio: como cuidar sem tutelar? De fato, quando afirmamos e insistimos na dimensão relacional da existência, do cuidado, estamos sujeitos a atropelos, abusos e violência. Estaremos diante desse paradoxo o tempo todo. Contudo, é também essa dimensão da autonomia como interdependência, atrelada ao exercício da cogestão, que nos permite habitar esse paradoxo e seguir com ele nessa tensão constituinte.

Apesar de não tratar da experiência do corpo lesado (deficiente), existe na experiência das crianças e familiares cuidadoras do Grupo GAM outras barreiras e experiências específicas de sofrimento que nos aproximam das discussões presentes nos Estudos sobre deficiência e que também não podem ser desconsideradas. É somente quando nos afastamos dos falsos ideais de autonomia e normalidade atualizados nas imagens da infância, e também do enganoso discurso de que, se as crianças não são independentes, isso implica que serão sempre tuteladas, não autônomas e não agentes – que é possível cultivar um caminho para a participação infantil.

Diante esses desafios, como, então, acessar a experiência de participação infantil e cuidar de seus efeitos num grupo com familiares adultos? Como fazer falar também os familiares, sem com isso calar as experiências das crianças? Sem cair nas armadilhas da tutela? Sem promover mais ainda um esmagamento, uma objetificação, uma infantilização dessa experiência? Como não ser mais um espaço no qual se fala sobre as crianças e não com elas? Como fazer presente as experiências infantis duplamente ausentes?

A cada grupo GAM no CAPSi esse plano problemático intensificava-se e nosso trabalho conjunto era, ao mesmo tempo, deteriorar as imagens da infância coladas na ideia do déficit, da incapacidade, da incompletude, da dupla-ausência, e incluir as crianças nas decisões do seus tratamentos, disparar processos de autonomia e participação nessas experiências, construir com elas (e não sobre elas, nem deixando-as sozinhas) esse surgimento como legítimo sujeito.

3.2 A participação na estratégia GAM

Vamos agora mais detidamente nos debruçar sobre a problemática da participação junto à estratégia GAM, a partir de algumas suposições e questionamentos. Como construímos e exercitamos participação em um grupo? Como se cuida dessa dimensão no processo grupal?

Até aqui apresentamos alguns movimentos que nos ajudam a analisar o processo de construção do direito infantil de participação, incorporado à luta por outras infâncias, por relações mais singulares com as crianças. Contudo, entendemos que essa não é uma questão específica das crianças. A participação não é algo dado nem para o adulto. Na GAM, ela é um direito a ser cultivado, produzido, exercitado. E neste sentido, não é inerente a ninguém ou alguém em especial. Mas quais seriam as especificidades dessa experiência infantil de participação? Quais desafios se colocam ao seu cultivo?

A socióloga Natália Fernandes nos ajuda a pensar alguns aspectos da participação que interessam à GAM, ao estabelecer que a participação é uma

[...] ação dotada de sentido para o sujeito, e que tenha implicações; implicações em termo de transformação social. Não precisa mudar o mundo, nem o país, nem o bairro, podem ser mudanças pontuais no próprio sujeito, no próprio grupo, mas esse sujeito tem que sentir que aquela ação intencional que ele desencadeia é acolhida num determinado coletivo, e depois de ter sido acolhida, que tem impacto ou não (CARVALHO, SILVA, 2016, p.188).

Há nessa definição de Fernandes algumas colocações importantes. Primeiramente ela nos interessa, pois reafirma que a participação não é um exercício individual, e sim uma construção **coletiva, relacional** – dimensão da interdependência que estamos afirmando ser imprescindível em nossas vidas e não seria diferente no trabalho com a GAM. A participação só é possível se for acolhida e cultivada em um espaço coletivo, envolvendo necessariamente a abertura para a experiência do outro. Participar, então, não é saber articular questões, tomar decisões sozinho, nem recusar ou aceitar algo que está dado – trata-se da possibilidade de fabricar novas alternativas sustentadas por uma rede de apoio (RENAULT, 2015).

Essa concepção também coloca em questão o pensamento vigente de que o usuário de saúde mental, ou a criança, ou ainda a criança usuária de saúde mental, não pode participar das decisões do tratamento porque é incapaz de fazer escolhas/decidir. Ela também problematiza ou vai além das concepções que, na mesma direção, vão afirmar que a criança pode participar porque capaz de fazer escolhas/decidir (ou até mesmo decidir sozinha). No entanto, se esse é um passo importante do processo participativo, não pode ser o único. É preciso fomentar a participação infantil sem sucumbir à lógica da escolha (MOL, 2008), do decidir sozinho, da autonomia pensada com independência/autossuficiência e da responsabilização individual.

Em segundo lugar, seguindo ainda a definição de Fernandes, estamos considerando que participar é necessariamente uma ação que afeta, que cria modulações nas relações e no

próprio sujeito, provoca variações, transformações e reposicionamentos subjetivos; dissolve pontos de vistas; transforma realidades. Neste sentido, diríamos que mais do que um direito, a participação é uma condição da existência no mundo, de uma existência viva, de ser sujeito na construção de si e do seu mundo próprio.

Ao apoiar a participação de usuários e familiares na cogestão do cuidado, a estratégia GAM se estrutura como pesquisa-intervenção-participativa, acolhendo as múltiplas experiências vividas, fazendo valer os diferentes pontos de vista (RENAULT, 2015). Uma pesquisa que inclui. Um dos desafios do trabalho é, de fato, investir e intervir na trama de relações que envolvem a experiência do cuidado em saúde mental: relações entre usuários e familiares; usuários e equipe de saúde; equipe e CAPS; familiares e CAPS; usuários e CAPS; familiares e equipe; comunidade e serviço... um mundo de relações possíveis. Assim, os efeitos do trabalho grupal se estendem para além dos seus participantes, pois do que cuidamos em um grupo GAM, via de regra, são relações. A aposta é que acessar a experiência dos familiares é também acessar a dos usuários e vice-versa (RENAULT, 2015), pois há sempre ressonâncias, interferências, aproximações e sensibilizações entre elas. No processo de acesso e inclusão da experiência dos familiares vai se incluindo também a experiência infantil. Trata-se, sobretudo, de acessar uma rede de coemergência ou de interdependência.

A composição dos GIFs, em especial, evidencia ainda mais esse plano relacional na medida em que se propõe a fazer caber e transitar por experiências distintas (minimamente as de usuários e familiares) na imanência do próprio grupo (RENAULT, 2015). O uso do Guia GAM nesses grupos já nos convoca a inventar outras possibilidades de trabalho, posto que é um material focado nas experiências dos usuários de medicamento, com questões direcionadas para o uso medicamentoso. Dessa forma, tínhamos também o desafio de nos aproximarmos das experiências desses que não fazem uso, mas são co-usuários²⁸ da medicação porque acompanham esse processo. E que também são co-usuários dos serviços de saúde mental. Contudo, entendemos que o acesso ao plano coemergente da experiência não é algo garantido apenas pela leitura coletiva do Guia. Como criar, então, condições de abertura e acolhimento das experiências de participação nos grupos-GAM? Como cuidar das relações e interferências entre essas experiências (familiares, profissionais, usuários)? Como não perder de vista o acesso à rede de coemergência-interdependência?

²⁸ Selvatici (2017) nos atenta para essa dimensão de coemergência através do termo “familiares-usuários”.

De acordo com Melo et al. (2015), o manejo é uma operação da estratégia GAM que permite “performatizar a gestão autônoma como prática de cuidado em saúde mental” (p. 237), um modo de fazê-la funcionar. Se os princípios que direcionam o trabalho da GAM são cogestão e autonomia, o manejo é o fio que conduz nessa direção, não como forma de “alcançar” esses princípios, mas para exercitá-los cotidianamente no grupo. Por isso, ele é também denominado **manejo cogestivo**. Apesar de localizar-se inicialmente na figura de um (ou mais) manejador, é fundamental que o exercício do manejo possa distribuir-se no grupo, entre os participantes. Nesse sentido, o manejo opera uma função também paradoxal: ao mesmo tempo que ele é localizado, ele é descentralizante (MELO et al., 2015) – faz circular afetos, experiências, falas²⁹.

Como o trabalho do manejador e/ou moderador é, justamente, cultivar com os outros a autonomia cogestiva, de modo a gerarem essa experiência, em que dela todos participam, uma das operações do manejo é, primeiramente, construir condições para que o grupo experimente a cogestão – o que não é uma tarefa simples. É preciso gerar com o grupo um sentimento de grupo, isto é, um sentimento de pertença, de disposição, de grupalidade (MELO et al, 2015). Apoiado nesse sentimento, nessa “liga”, o manejo pode, então, se descentralizar e se distribuir entre os demais participantes, ampliando os graus de protagonismo e participação dos sujeitos. Portanto, cabe ao manejador exercitar e fortalecer, ao mesmo tempo, a “contração de grupalidade” (MELO et al, 2015, p.238) e a descentralização do manejo e das falas.

No tempo em que os pesquisadores-universitários frequentaram o GIF, escolhemos, junto com o grupo, o desafio de mantê-lo aberto, acolhendo as idas e vindas dos participantes, afastamentos e retornos, as diferentes configurações de familiares, profissionais e pesquisadores, e até mesmo, como veremos mais adiante, a inclusão das próprias crianças nessa configuração grupal. Contudo, mesmo com as modulações, sentíamos que havia ali um percurso em comum, uma sentimento de partilha que nos unia, uma história que continuava

²⁹ É importante ressaltar também que o manejo dos grupos pode ser exercido por todos os participantes, sejam eles pesquisadores, usuários, familiares e trabalhadores. Foi com a intenção de fortalecer essa função e apoiar os futuros manejadores que, em 2014, pesquisadores, trabalhadores e usuários, envolvidos na implementação da GAM nos serviços de saúde, construíram e disponibilizaram o Guia do Moderador, uma cartilha nos formatos do Guia GAM-BR e que compartilha “dicas, pistas e indicações aos que se interessem pela GAM” (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014, p.9); também contém informações importantes que abordam desde a montagem dos grupos, “por onde começar?” “quem pode participar?”, o que trabalhar em cada passo, até como manejar um grupo. Esse Guia também encontra-se disponível no link: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>.

Apostar que todos os participantes são capazes de exercitar a função do manejo nos grupos foi fundamental para que conseguíssemos dar continuidade ao trabalho no CAPSi, mesmo com a saída dos pesquisadores universitários do grupo, no ano de 2016. Na nova configuração grupal, o manejo tem podido circular de forma mais intensiva entre familiares e trabalhadores do CAPSi, os quais em 2017 leram juntos no grupo o Guia do Moderador.

diferentemente: a construção de um plano comum da experiência, ou, em outras palavras, um plano que acolhia as diferentes participações.

Em segundo lugar, e não menos importante, a operação do manejo cogestivo busca exercitar no grupo a cogestão em sua dupla-dimensão, macro e micropolítica (PASSOS et al., 2013). Em sua dimensão macropolítica, a cogestão coloca lado a lado os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, acolhendo as múltiplas experiências vividas. Entretanto, a cogestão não se reduz ao acolhimento dessas experiências. De forma complementar, a dimensão micropolítica da cogestão abrange os reposicionamentos subjetivos dos participantes, a partir de condições concretas vivenciadas no grupo de trabalho, via de regra, acompanhadas pelo manejo. Não basta só incluir os diferentes pontos de vista, é preciso transformá-los. “Colocar em palavras a ação de usar os medicamentos não é apenas a transmissão de uma informação; é também a emergência de uma experiência mais autônoma e de uma transformação de si e do mundo” (SADE et al, 2013, p. 2817).

A partir das considerações aqui tecidas sobre a participação e sobre a operação do manejo cogestivo, podemos afirmar que a experiência que os GIs visam acessar, cultivar, acompanhar é, *per si*, a experiência de participação como ação ativa na constituição de si e do mundo – compreendendo que as relações em torno do tratamento medicamentoso e das estratégias de cuidado são parte importante desse mundo. Experiência de participação como ação que é/precisa ser cultivada cotidianamente e coletivamente. Trata-se, antes de tudo, de criar condições de possibilidade para que possamos ampliar nossa capacidade de atuar na constituição das relações que nos formam.

Assim, o manejo grupal opera no sentido de gerar a construção de um plano de participação, plano que envolve movimentos de escuta, fala, abertura, acolhimento, reposicionamento, e, principalmente, o cultivo da cogestão e autonomia como interdependência.

Trata-se de uma função ao mesmo tempo clínica e política, que opera no grupo visando propiciar a emergência de novas qualidades participativas [...] criando condições para a maneira como os diferentes sujeitos se engajam e se corresponsabilizam pelo processo de produção de saúde (MELO et al., 2015, p.238).

No que tange ao Grupo GAM no CAPSi de Vitória, tornava-se necessário também cultivar uma disponibilidade e abertura no grupo para que a experiência infantil pudesse participar e (assim inter-vir) nas experiências de participação dos seus acompanhantes e cuidadores. Tornava-se necessário ampliar o coletivo da participação incluindo nele a criança

usuária de saúde mental. Tornava-se necessário, assim, fazer caber no grupo a experiência infantil de participação, cuidando para que seus efeitos de abertura e reposicionamento subjetivo fossem cultivados e colhidos.

É essa experiência de participação (de familiares e crianças) como constituição de si e do mundo que buscamos acessar, construir e manejar no grupo GAM no CAPSi. Como ressalta Renault (2015): “Produzir conhecimento de maneira participativa significa reinventar limites de si e do mundo” (p.253). Acreditamos que este é/foi o desafio desse trabalho e é com essa pista que seguiremos caminhando. Através do cultivo da participação, diferentes imagens ou modos de experimentar a infância em sua singularidade tornaram-se possíveis. Diferentes formas de relação com a infância, com o próprio diagnóstico e também com a medicação psiquiátrica puderam ser reinventadas. Neste sentido, reiteramos que o cultivo da participação possibilita variar e ampliar os limites das imagens da infância, ou ainda, é uma pista para sua deterioração.

3.3 Três vias de acesso ou três dimensões da participação infantil

Neste tópico, olharemos para a experiência do Grupo GAM no CAPSi, tentando traçar algumas direções de como, no manejo grupal, foi possível experimentar algumas intervenções conjuntas na relação dos participantes com as crianças, a partir do cultivo/acesso da experiência de participação infantil. Para isso, distinguimos três vias ou três dimensões de acesso a essa experiência, no sentido de colher como as modulações, os movimentos e construção da participação foram comparecendo e se fazendo ao longo do trabalho. São dimensões da experiência vivida e em processo, como plano de variação, que se distinguem, mas não se separam, como efeitos de estranhamentos, deslocamentos e constituição de outros modos de pensar-viver a infância nas crianças e adultos, na relação entre estes, equivocando as distâncias pré-estabelecidas.

I

A primeira via experimentada teve como base uma estratégia de manejo que se mostrou interessante na experiência de alguns GIFs no Brasil. Como as perguntas do Guia GAM são direcionadas à experiência dos usuários, os participantes (familiares e trabalhadores) foram convocados nesses grupos a responderem às questões pensando em como os usuários responderiam, um exercício de deslocamento e ampliação dos pontos de vistas.

Contudo, assim que lançamos esse desafio ao Grupo GAM no CAPSi, já nos primeiros encontros, alguns participantes afirmaram: *mas não é possível responder como ele [criança]!* Uma mãe chegou a afirmar que *é mais fácil se colocar no lugar de um adulto, que já está formado. Com a criança é diferente, é difícil extrair a realidade do olhar delas em relação às perguntas, fazer de conta que não temos nossas experiências.* Essa fala fazia-nos indagar: qual diferença é essa que a mãe nos atenta no trato com as crianças, que nos impossibilita de poder dizer por elas ou mesmo delas nos aproximar? Trata-se apenas da impossibilidade de dizer pelo outro ou há uma particularidade nisso que estamos chamando de experiência da criança? De fato, não é possível (e nem desejável) que os participantes sejam as crianças, mas acreditamos que quando o familiar ou o profissional responde *como se fosse a criança*, abre-se a possibilidade para que ele seja interferido por essa experiência, deslocando seu ponto de vista, vivenciando um “não lugar”, que não é o da criança e nem dele mesmo, mas um terceiro híbrido, impessoal.

Em vários momentos, diante dessa impossibilidade de “responder como a criança responderia”, os familiares buscaram se aproximar das experiências das crianças fazendo as perguntas do Guia a elas em casa. Esse nem sempre era um movimento fácil, muitas vezes as crianças não queriam responder, associavam as perguntas do Guia às tarefas da escola, ao conhecido “dever de casa”. *Livro chato, perguntas chatas...* Em casa, Camila pergunta para Ivana se pode desenhar no Guia GAM. Quando no grupo respondemos que ela poderia ficar à vontade para rabiscar, colorir e recortar o Guia como quisesse, a mãe fica surpresa, pois havia censurado a atitude da filha. Assim, as mães iam lançando mão das mais diversas estratégias: modulavam as perguntas, criavam novas, ofereciam carinho, escolhiam cuidadosamente os instantes mais propícios para abrir o Guia com as crianças e iniciar uma conversa (a hora do videogame e da televisão rapidamente foram descartadas como bons momentos). Quando os diálogos aconteciam, mesmo que breves, surtiam efeitos muito interessantes, por ora surpreendentes, divertidos, mas também chocantes e desestabilizadores, muitas vezes a contragosto das mães.

Para Skliar (2014), “a relação com as crianças é uma relação de alteridade. De estranheza. De mistério. De tremor. De perplexidade. De perturbação” (p.178). Era comum que perturbações provocadas pelas falas ou respostas das crianças fossem motivo de indignação das mães no grupo GAM. *Com tanto esforço e ele responde isso?* Comenta Carmen perplexa diante da resposta do filho que disse sentir-se mais próximo do pai do que dela, em suas palavras, “aquela que realmente cuida dele”. Outra mãe exclama: *É um universo*

completamente inverso do nosso! Essa colocação levava-nos a questionar que universo-inverso é esse que nos referimos ao acessar a experiência infantil e como nele vão se produzindo graus de abertura, estranhamento e desconhecimento das imagens da infância. Talvez não *inversa*, mas estamos nos aproximando de uma lógica *outra*, de um tempo *outro* de ver, sentir, perceber, pensar, e falar sobre o mundo. O que ela nos provoca? Que tipo de torções e inversões a experiência infantil força passagem quando participa no encontro com a experiência do adulto?

Em outro grupo, Ivana nos conta parecendo bastante surpresa que, enquanto estava em casa fazendo as perguntas do Guia GAM com a filha, de 5 anos, a menina perguntou: *Você gostaria que eu escrevesse o que você fala no caderno? Eu não sei se eu quero que você fale com as outras pessoas o que eu penso.* A resposta da menina reverbera na mãe uma experiência de estranhamento que pôde ser então compartilhada no grupo. Alguns participantes ficam frustrados com a “não-resposta”, outros exclamam que ficaram chocados com a reação da criança. *A gente não pensa que a criança tem coisas que ela não quer falar, que elas tem segredos, particularidades...* comenta uma das pesquisadoras. Ivana continua: *“Pareceu até uma moça de 15 anos!”.*

Assim, éramos constantemente atravessados no grupo por estranhamentos, constrangimentos e impasses presentes no encontro com a criança – experiência que, segundo Skliar (2014), pode ter efeitos diversos, variando desde uma “aproximação amorosa” a “uma indiferença brutal”. Nesse sentido, é somente quando trabalhamos e cultivamos uma certa disponibilidade para o acesso e acolhimento dessa estranheza, quando nos propomos a uma relação de partilha, quando permitimos que essa experiência *participe*, que algumas imagens da infância podem ser fissuradas, craqueladas, deterioradas... abrindo passagem para que outras relações com as crianças possam emergir. Ainda nos servindo de Skliar (2014), “A perplexidade pode ser reduzida a poucos segundos, ou durar a vida. A perturbação pode importunar, incomodar ou ofender. Ou começar a fazer parte de nós mesmos” (p.178).

A primeira via de acesso ou dimensão da experiência de participação infantil consistiu, portanto, neste trabalho do manejo grupal que, mesmo diante dos desafios e tensões, solicitava, incentivava e instigava no encontro entre mãe (ou profissional) e criança, a conversa, a partilha, o estranhamento, apostando que essa interferência mútua possibilitaria o co-surgimento de outra relação adulto-infante. Tratava-se então de fazer encontrar, de diminuir distâncias e produzir conversa e interferência mútuas. Eis a primeira via.

II

Em dado momento, as crianças passaram a compor a cena e seus movimentos eram acolhidos pelo grupo. Este não foi um processo premeditado por nós. Algumas dessas crianças eram irmãos das crianças atendidas no CAPSi, trazidas pelas mães e, a princípio, permaneciam ali no grupo por “não terem onde ficar”³⁰. Por vezes também as “nossas crianças”, também chamadas de “filhos da GAM”, entravam na sala após saírem dos atendimentos ou oficinas dos quais faziam parte, muitas vezes à procura das mães para irem embora. E ainda, outras crianças usuárias do serviço que apareciam de supetão, algumas de uma maneira rápida e caótica, mas outras por alguma circunstância demoravam-se ali, misturavam-se com a gente; intervinham com risos, piadas, gritos, puxões de cabelo, pedidos de comida, beijos, abraços... elas passaram a compor também aquele espaço. Aos poucos, essas crianças, irmãos e usuários, também foram se sentindo acolhidas para participarem das discussões e passaram a colocar na roda seus pontos de vistas.

A nova configuração grupal (com a presença das crianças) permitiu um deslocamento no próprio grupo, o qual foi se tornando cada vez mais híbrido, acolhendo usuários e familiares, sendo esses familiares adultos e crianças. Brincando um pouco com os termos utilizados pela estratégia GAM, podemos dizer que ao longo do processo grupal fomos nos tornando “GIUF” (Grupo de Intervenção com Usuários e Familiares), fomos *criançando* a cena. Essa composição pôde assim se constituir em uma segunda via de acesso à experiência infantil, talvez até a mais visível para nós, pois trata-se de uma experiência vivida pelas crianças, encarnada e narrada por elas: suas histórias, opiniões, seus sentimentos sobre o diagnóstico e a medicação, sobre a escola, sobre o mundo; em outras palavras, a segunda via de acesso traz para a cena a participação da *criança concreta*, a “criança que brinca agora, cala, pensa, imagina, desenha, trabalha, consome, vê televisão [...] se move, é olhada, é objeto de conhecimento [...]” (SKLIAR, 2014, p.165); essa criança que está inserida em um serviço de saúde mental, que é marcada por um diagnóstico, que faz o uso de medicamentos psiquiátricos ou que acompanha e cuida de irmãos e primos que vivem essa experiência.

³⁰ Durante um certo período, outros pesquisadores do Grupo Fractal (que não participavam presencialmente do GIF) experimentaram estar com essas crianças no espaço coletivo do CAPSi, conhecendo-as, propondo brincadeiras e atividades com elas, e também com as outras crianças que circulavam por ali. Esses foram os primeiros movimentos do que viria a ser, um ano depois, a Oficina da Palavra, nosso segundo dispositivo ou superfície de trabalho realizado no CAPSi, que também teve como direção o cultivo de processos de autonomia e cogestão com crianças, articulados à estratégia GAM. Contudo, em acordo com o CAPSi, os encontros da Oficina da Palavra foram realizados em dias diferentes do GIF, contando com a participação de outras crianças do serviço, não necessariamente aquelas que eram filhos das participantes do GIF.

Buscou-se, a partir da segunda via de acesso ou dimensão da participação infantil, acolher essa criança que “vem”, que chega, que desloca, que fica e que por vezes caotiza a cena, como um participante legítimo, como alguém que compõe o espaço grupal. Procurou-se acessar as experiências dessas crianças concretas, mesmo sabendo que essa experiência não é particular, privada, e sim uma experiência de relação com um mundo. Havia na direção do manejo grupal uma aposta em sustentar no grupo essa presença infante. Junto a isso, o desejo de transmutar essas experiências vividas das crianças, também marcadas e atuadas pelas imagens construídas sobre elas. Afinal, como, no acolhimento da experiência infantil, dar passagem para a sua deterioração e refazimento? Como conhecer e desconhecer o menino no Grupo GAM?

III

Como vimos, acolher a dimensão da experiência das crianças em sua alteridade já se mostrava um desafio, (visto que ela pode produzir perturbações, modificações – um encontro que não é simples). Percebíamos que, para que essas experiências fossem acolhidas/incluídas no coletivo do grupo GAM e contassem efetivamente como uma experiência legítima, era necessário construir um coletivo sensível a essa experiência, que abrigasse os deslocamentos, as reverberações e as interferências produzidas no encontro com a criança. Essa experiência nos levou a formular neste trabalho uma terceira via, uma terceira dimensão da experiência de participação infantil, aquela que acessa a experiência infantil em nós (adultos).

Para apoiarmos essa terceira via de acesso, tomaremos como base alguns autores que nos ajudam suspender as imagens e construções da infância e experiência infantil. Hillesheim (2009) desfaz alguns traços da noção de infância e propõe um caminho para se discutir uma outra ética e estética desse conceito. Em seu livro *Entre a Literatura e o Infantil: uma infância*, a autora propõe a não-associação da imagem da infância com as crianças diretamente. Apoiada pelos estudos de Kohan (2003), Hillesheim propõe uma concepção de infância como “margem”, estendendo-a para além da criança concreta e caracterizando-a como um “símbolo de afirmação”, “figura do novo”, movimento de ruptura, de quebra de continuidade do estabelecido. Segunda ela, uma marca do infantil é indagar o mundo sobre o que é óbvio. “[...] Infância seria, assim, a possibilidade de se pensar diferentemente do que se pensa” (HILLESHEIM, 2009, p.105) – novamente há aqui uma aposta na qualidade disruptiva da experiência infantil.

Seguindo a mesma direção, a autora faz uso do conceito de **Infante**, proposto por Kohan, para afirmar uma dimensão da experiência infantil que pode atravessar o adulto. “Infante é aquele que pensa de novo e faz pensar de novo, cada primeira vez” (KOHAN, 2003 apud HILLESHEIM, 2009, p.113) Desatrelada da experiência individual da criança (em oposição ao adulto), a experiência infantil compreendida dessa forma expressa qualidades e movimento de transformação, em qualquer humano, em qualquer idade. Como aponta Skliar (2014),

A infância não é uma coisa que passa, mas uma duração, mesmo que não seja mais que a milésima parte do tempo do mundo. A duração de estar sendo criança [...]. O durante das crianças seria, pelo pouco que saberemos um dia, um tempo não linear, não evolutivo, não unidimensional (p.166).

Os pensamentos de Skliar, Hillesheim e Kohan, ao desassociarem a infância de uma etapa ou período inicial da vida, rompem com uma organização de tempo cronológico, sucessivo e linear – dimensão temporal que fundamenta grande parte dos saberes, imagens e experiências infantis que narramos até aqui. No entanto, ela não é a única. Nos trabalhos desses (e outros) autores, parecemos nos aproximar do pensamento do filósofo francês Henri Bergson, no qual, conforme a leitura de Kastrup (2000), é possível encontrar uma concepção de tempo que “se apresenta como coexistência de todos os tempos” (p.375), isto é, presente passado e futuro não são temporalidades que se sobrepõem, mas coexistem virtualmente.

Segundo Kastrup (2000), no trabalho de Bergson a realidade comporta, além da dimensão atual (aquilo que é percebível), uma parcela de virtualidade (aquilo que não é percebível), mas que pode se atualizar no real e ganhar forma a qualquer momento, dependendo de como se agencia a ele. Sob essa lógica, a realidade nunca está dada, pois contém em si uma dimensão que a torna imprevisível – a dimensão virtual. A dimensão atual da realidade (tempo presente que se atualiza) está permanentemente em movimento, criação, pois coexiste com uma virtualidade temporal (passado e futuro). Portanto, para Bergson, não há equilíbrio entre organismo e meio. Mesmo que seja possível identificar formas, coisas, objetos e sujeitos, eles nunca estão inertes; estão em constante movimento, desequilíbrio, criação e transformação. Tudo está no tempo, tudo tem duração.

Mas como essas concepções de tempo e realidade se articulam com as relações que estamos tentando tecer nesse trabalho com a infância? Kastrup (2000) ressalta que, apesar do filósofo não apresentar uma teoria da infância ou da criança em sua obra, é possível recorrer ao trabalho de Bergson para afirmar uma concepção de infância desatrelada do paradigma da ausência, da falta e do déficit. É o que podemos observar na passagem a seguir:

Numa filosofia que considera a coexistência das tendências e dos tempos, o modo de conhecer da criança não é algo a ser ultrapassado nem indicativo de um déficit em relação as formas cognitivas terminais, mas um modo de conhecer que assegura a abertura da cognição e persiste como virtualidade. No contexto de uma evolução criadora [...] o “infantil” e o “adulto” coexistem no interior da cognição e a dimensão “infantil” vai se destacar como uma tendência sempre virtual, capaz de fazer divergir as formas e as estruturas constituídas (KASTRUP, 2000, p.375).

Estamos admitindo, portanto, que a experiência infantil é portadora de uma dimensão virtual da realidade, que se faz perceptível nas suas qualidades de disrupção, criação, invenção e abertura para o novo. Abertura que já mencionamos com a teoria da *afeição perceptiva* de Skliar (2014): “quando os ouvidos estão abertos, quando o olhar está aberto, quando a pele está aberta, quando o mundo chega incontinentemente a um corpo que o recebe sem escrúpulos, sem armadilhas, sem jurisprudência” (p.168). Também estamos considerando que partículas da experiência infantil podem se atualizar no adulto, nos momentos de divergência, abertura e criação.

Instigados pelas proposições de Bergson, os filósofos Deleuze e Guattari “formulam o conceito de devir-criança” (KASTRUP, 2000, p.376):

"uma" criança molecular é produzida... "uma" criança coexiste conosco, numa zona de vizinhança ou num bloco de devir, numa linha de desterritorialização que nos arrasta a ambos — contrariamente à criança que fomos, da qual nos lembramos ou que fantasmamos, a criança molar da qual o adulto é o futuro (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.81).

Se a realidade está sempre em movimento, em devir, é possível que um devir-criança atravesse o adulto enquanto força, virtualidade. Não se trata de voltar a ser criança ou passar de uma forma (adulta) a outra (criança); nem mesmo de revisitar lembranças infantis. Podemos falar sim de uma memória, mas uma memória que se atualiza no presente e o modifica: já não é mais a criança que foi, nem o adulto que se é, mas um devir-criança, uma força disruptiva em movimento.

Passos e Kastrup (2013), apoiados nas análises de Francisco Varela, nos ajudam a fortalecer essas questões ao trabalharem com duas dimensões da experiência que podem ser acessadas no processo de pesquisa, são elas: a **experiência de vida** e a **experiência pré-refletida**.

A primeira inclui os processos motivacionais, as emoções e as reflexões sobre as vivências do sujeito. A segunda dimensão é a da experiência aquém da reflexão consciente e que tem o sentido ontológico de plano de coemergência de si e do mundo. São duas dimensões não excludentes da experiência, pois as experiências de vida são inseparáveis da experiência

como plano de coemergência de si e de mundo (PASSOS; KASTRUP, 2013, p.400).

Logo, se pressupomos e insistimos que sujeitos e mundos estão em constante coemergência, interdependência, em um plano relacional, há uma dimensão da experiência que diz da vivência individual/pessoal dos sujeitos, mas há também uma segunda que emerge na relação com o outro, com o mundo, caracterizando-se mais como uma dimensão impessoal. Os autores complementam ainda que o acesso à dimensão impessoal se dá “quando dissolvemos os pontos de vista daquele que pesquisa e daquele que é pesquisado” (PASSOS; KASTRUP, 2013, p.4001); afirmação que poderíamos desdobrar também, pensando na problemática desse trabalho, em: quando dissolvemos os pontos de vista daquele que cuida e daquele que é cuidado, quando dissolvemos os pontos de vista de adultos e crianças. A dimensão pré-refletida da experiência também nos fornece pistas para pensar que a experiência que por ora nomeamos de “infantil” não é uma experiência inerente à criança, mas é uma experiência múltipla, forjada nas relações e interdependência destas com sujeitos, grupos, espaços, objetos e territórios.

Tentando amarrar essas diversas linhas de pensamento, podemos dizer que essa pesquisa buscou também pensar/acessar a experiência infantil em uma terceira dimensão participativa. Era preciso que acessássemos também no grupo a dimensão pré-refletida da experiência infante em nós, que tem força de deteriorar, recriar e acolher os movimentos de um devir-criança.

No último ano de trabalho da permanência dos pesquisadores no GIF no CAPSi, fomos percebendo cada vez mais a necessidade de compartilhar a experiência dos familiares no grupo, afinal, como exercitar a participação infantil quando a experiência do familiar também não tem lugar? Podemos dizer que neste ano cuidamos mais fortemente da dimensão da experiência infantil no adulto. Fomos acolhendo a relação das “mães da GAM” com seus filhos, mas também as relações delas em casa, com a escola, com seus maridos, com outras mães do grupo. Ouvimos também suas histórias de infância, histórias sobre ser mulher, suas histórias de sofrimento, solidão e “sobrecarga” no cuidado de uma criança “especial”, como às vezes chamavam.

Tentar incluir a experiência infante do adulto no grupo é uma aposta na experimentação, criação e invenção de si. Movimento necessário quando percebermos que tudo ao redor caminha pelo viés da reprodução, dos modelos prontos e das formas instituídas. Exercitar um devir-criança é também disparar modos de afeição perceptiva, repetindo: “quando os ouvidos

estão abertos, quando o olhar está aberto, quando a pele está aberta, quando o mundo chega incontinente a um corpo que o recebe sem escrúpulos, sem armadilhas, sem jurisprudência” (SKLIAR, 2014, p.168).

Segundo Ceccim e Palombini (2009), é possível identificar o devir-criança nos acessos de alegria, na curiosidade risonha, no bom humor quando se detecta uma nova suavidade dos encontros. Em diversos momentos no grupo foi possível experimentar o brincar, o variar, o confiar. Há um riso que surge, mesmo nas situações difíceis. Quando esse riso é indagado, alguns participantes relatam que é necessário falar dessa forma para suportar certas coisas. O riso cria uma leveza no grupo, uma nova suavidade. *Criançar a cena*.

O esforço de acessar essa terceira dimensão é uma forma de afirmar que a experiência infantil encarna uma potência de intensificar o acesso à experiência pré-reflexiva, a dissolução de pontos de vistas cristalizados e a criação de novas formas subjetivas abertas às diferenças. Acessar essa dimensão do devir-criança como experiência de participação infantil nos parece condição para que as experiências disruptivas das crianças nos afetem, mas mais do que isso, que comecem “a fazer parte de nós mesmos” (SKLIAR, 2014, p.178). Servindo-nos mais uma vez das palavras de Skliar (2014),

A tarefa de estar entre crianças consiste em fazer durar a infância o tempo todo que for possível [...]. Deter-se **com** elas num corpo que não sabe de divisões nem regiões de privilégios, deter-se **com** elas numa atenção que é plural e sensível, deter-se **com** elas numa ficção das traduções, deter-se **com** elas numa linguagem que quer brincar com a linguagem”. (p.178, grifos nossos).

Ao cultivar o acesso à experiência infantil e investir na trama de relações que compõem e constroem as imagens-configurações da criança, estamos provocando também uma experiência de descontorno e deterioração de infâncias cristalizadas; estamos desconhecendo o menino, saindo de uma perspectiva individualizante (biologizante e medicalizante) onde apenas o menino é “o problema”, “o incapaz”, “o que não aprende...” e ampliando os graus de participação da experiência infantil. O plano da coemergência já nos indica que a imagem da infância rígida opera uma rigidez que não está *na* criança, mas que é atualizada o tempo inteiro nas relações com elas. Portanto, se algo dessa configuração cristalizada se mexe, isso tem efeitos nas crianças, nos familiares, nos serviços, de formas singulares, o que nos permite concluir que não é possível construir outras relações com as crianças sem os familiares ou profissionais tocarem nas relações consigo.

No próximo capítulo, trataremos algumas cenas em que foi possível acompanhar, através do acesso e acolhimento à experiência de participação infantil pelo manejo grupal, alguns

movimentos de deterioração das imagens cristalizadas da infância, seus efeitos e produções. Importante compreender, no entanto, que ao destacarmos três vias de acesso ou três dimensões da participação infantil não buscamos nas cenas do grupo isolá-las exatamente, porque, ainda que façamos uma distinção nos movimentos ou vias, estas não se fazem de modo separado no cotidiano do trabalho. E talvez todas elas configurem *uma* só na sua radicalidade, distribuindo-se em diferentes movimentos. Quando o encontro e conversas entre adulto e criança, entre crianças e grupo GAM, tornam-se de fato possíveis é ali também que um devir-criança insinua-se, surpreendendo a ambos na imagem cristalizada e também em ambos, posto que na relação.

Ressaltamos ainda que ao mapear os três movimentos observamos que a intervenção no manejo grupal não tem como alvo único e central a criança, ainda que estejamos atentos a ela, mas incide nessa rede de relações interdependentes, da qual a criança participa.

Na sequência tomaremos então como direção de análise algumas perguntas já formuladas e disparadas no primeiro capítulo desta dissertação, de modo a acompanhar modulações deteriorantes: como a perspectiva da(s) criança(s) compareceu no grupo? Como ela apareceu nas falas e discussões entre familiares, trabalhadores e pesquisadores? Em que momentos e como foi possível incluí-la? Quais efeitos provocaram? O que a abertura para essas experiências produz na relação entre adultos e crianças? E ainda, como essa abertura para a experiência nos permite desestabilizar as formas de silenciamento e assujeitamento da infância? Como ela nos permite deteriorar algumas imagens endurecidas da infância?

4 “CONHECER JAMAIS O MENINO”: EFEITOS DO PROCESSO GRUPAL

4.1 Movimento de deterioração um: o lugar da medicação nas imagens da infância

4.1.1 “É só o medicamento que faz a criança mudar?”

No grupo, Jamile nos conta que o filho, Zé Henrique, pediu a ela que aumentasse a dosagem da sua medicação. Desde os 7 anos o menino faz uso de Ritalina, medicamento que ele mesmo chama de *remédio “descontrolado”, para não ter crise de nervos, não ficar agressivo, se controlar*. Agora com 14 anos, ele pede para a mãe um remédio mais forte. *Eu tô precisando, mãe! Você não vê que eu tô precisando?* De início ela fica preocupada, mas diz para o filho que a dosagem está certa, que *ele que precisa se controlar, afinal, todo mundo tem seus aborrecimentos*.

Algumas semanas depois ela retoma o assunto no Grupo enquanto liamos o segundo passo do Guia GAM – “Observando a Si mesmo”. Nesse passo, há uma parte dedicada aos efeitos da medicação na vida dos sujeitos. Jamile comenta que o filho anda muito agitado: agrediu a professora, queria dormir em um hotel, queria comprar uma casa, ameaçou matá-la, disse que ia tomar o remédio do pai (Rivotril). *Será que são os hormônios?* Ela se pergunta com certa angústia. *Ele está na puberdade... mas como ter certeza?* Sua impressão é que *o remédio virou farinha*, não está fazendo mais efeito [Trecho da memória de 11/09/2014].

Paremos um pouco e olhemos novamente para essa cena. Temos um menino que começa a usar medicamentos psiquiátricos com sete anos; sete anos fazendo uso de psicofármacos de forma ininterrupta. Qual é o lugar da medicação na vida do menino? De que modo ele lida com seus efeitos? Sete de 14 anos, metade de uma vida, e talvez a parte da vida da qual ele cultiva suas maiores lembranças. O menino agora cresceu. É um adolescente e vive no corpo as mudanças vividas por um adolescente. Sente que algo de diferente está se passando com ele, ele está crescendo, já não é mais criança. Se ele cresce, a sensação é de que o medicamento também precisa “crescer”, um colado no outro, tamanha é sua confiança que o *remédio descontrolado* é o que controla sua vida.

A questão do controle do corpo apontada por Mol (2008) na constituição do ideal do cidadão aparece aqui novamente. “É você que tem se controlar”, “todo mundo se aborrece” - diz a mãe para o filho, mas este percebe que sozinho ele “não dá conta”, é preciso um amparo, algum ponto de apoio, alguma ajuda. Assim, José Henrique pede por doses maiores da medicação, quer tomar o remédio do pai, “remédio de adulto”, pois a medicação é o ponto de apoio que aparece nesse momento, o qual se tem acesso.

Após essa primeira conversa com o filho, na semana seguinte, Jamile marca uma consulta com o psiquiatra que o acompanha no CAPSi e compartilha no Grupo sua experiência alguns encontros depois. Segundo ela, durante a consulta Zé Henrique foi categórico: *Pelo amor de Deus, véi! Muda o meu remédio, porque eu tô com vontade de pegar a faca e matar minha mãe!* O médico, que tem uma boa relação com o menino, faz alguns reajustes e propõe um processo de reavaliação da medicação [Trecho da Memória de 25/09/2014].

A solicitação de Zé Henrique é ouvida e acolhida e sua situação é avaliada. As conversas feitas no grupo reverberam em casa e no próprio serviço com o agendamento da consulta com o psiquiatra no CAPSi. Aqui é possível perceber o exercício da cogestão da medicação, que passa a incluir o adolescente, os participantes do Grupo GAM, a mãe e médico do CAPSi. A experiência de Zé Henrique vai podendo ser ouvida e considerada, ressoando nesta conversa continuada entre mãe e filho, entre mãe e grupo, entre grupo e filho, entre usuário e médico... Nesse processo, o grupo se inclina junto para as questões que Zé Henrique e Jamile trazem, aberturas vão se produzindo e as experiências de participação infantil e familiar vão sendo acolhidas.

Cerca de um mês depois, Jamile comenta sobre outro momento que teve em casa com o filho, no qual pensava com ele sobre algumas questões discutidas no Grupo GAM anterior: *Você sabe por quanto tempo vai precisar tomar seus medicamentos? Você sabe por que esse tempo? Você pode imaginar sua vida sem a medicação?* (GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2012, p.31). Jamile nos conta que ficou surpresa durante a conversa com o filho. *Ele se questionou se é só o medicamento que faz a criança mudar... e me perguntou: “Mamãe, você acha que eu já posso parar de tomar remédio? Porque eu tô conseguindo me controlar”.* *Dai eu falei, vamos conversar com o médico.* Uma outra participante pergunta à Jamile como foi para ela escutar essa fala do filho. ***Eu percebi que ele está se observando, né... Tudo bem que tem o efeito do remédio, mas é um conjunto,*** ela diz [Trecho da Memória de 23/10/2014].

É só o medicamento que faz a criança mudar? A pergunta de Zé Henrique parece encarnar a seguinte questão: se é só a medicação que faz mudar, se é só o remédio que produz alteração, não há espaço para um sujeito ativo e as relações que ele estabelece com o mundo. Os movimentos da vida ficam a serviço de ajustes e reajustes das dosagens, neutralizando a participação do sujeito no seu próprio processo de gestão da vida, obstaculizando também

outras interferências possíveis, invisibilizando a construção de outras formas e estratégias de cuidado.

Porém, é na medida em que a experiência de Zé Henrique vai podendo participar de uma rede de relações e ser legitimada por um coletivo, que um Zé Henrique mais participante, mais observador, mais atento aos seus processos de cuidado pode emergir. O remédio descontrolado usado para controlar o menino e seu nervosismo passa agora a coexistir com um Zé Henrique, uma Jamile, um médico, um Grupo GAM, um CAPSi, que ampliam e sustentam outras possibilidades e formas de “controle” e gestão de si – não perfeitas, não completas, não necessariamente refratárias ao medicamento. Um movimento de abertura para coemergência de outro menino, que sente e age devido a uma multiplicidade de questões que vão muito além dos efeitos da medicação.

Nesse processo de idas e vindas, dúvidas e reposicionamentos, acolhimento da experiência de participação infantil, imagens da infância vão podendo ser deterioradas e reconstruídas na relação entre Zé Henrique e Jamile. Apropriando-nos de uma passagem retirada do próprio Guia GAM “Eu sou uma pessoa, não uma doença” (p.18), podemos brincar de reescrever essa frase como “Eu sou uma pessoa, não uma medicação”. Essa é uma das direções do Guia: olhar para si, para que a própria experiência de si seja acessada, ampliada, alargada.

4.1.2 Outras interferências e cuidados possíveis

Cleide chega no grupo radiante: já faz um mês que o psiquiatra mudou a medicação do seu neto, Ariel, e, segunda ela, *agora ele está muito melhor. Ele acalmou de um jeito que eu esperava que acontecesse há cinco anos, desde que eu vim pra cá [CAPSi]. Agora ele não bate mais em ninguém, eu posso deixar ele brincando [...]. Ele era assim, um animalzinho pronto para atacar. Algumas risadas ecoam. Agora ele consegue conversar, ele fala, fala “Bom dia!”, “Bença, mãe!”, cuida do cachorro...*

Após ouvir o relato entusiasmado da avó, a manejadora decide fazer uma pergunta: *Mas será que essa mudança é só por causa do medicamento? Tem uma parte do Guia que vai falar mais sobre isso, o que é efeito do medicamento e o que é também efeito de outras coisas.* Cleide pensa um pouco, mas insiste que nada mudou. Ivana, outra mãe, comenta que acha que *o medicamento é bom, mas o trabalho com a psicóloga ajudou muito. Acho que se fosse só o medicamento não dava conta.*

A manejadora volta para a questão da Cleide. Recentemente a avó nos contou no grupo que o neto está passando por uma mudança de escola. Abre-se uma discussão e a manejadora comenta: *Ele estava numa escola, que pelo que você fala, não investia... aí muda de escola. Uma mudança grande pra ele. Pensa, você tá 4 anos numa escola que você fica ali de lado, ninguém investe em você, só fica ali brincando... Eu fico pensando que isso, por exemplo, essa mudança de escola, esse investimento, o novo estagiário, isso também pode ter produzido uma interferência, uma mudança, que vai se consolidando aos poucos... aos poucos ele foi sentindo segurança.* Cleide pensa por um tempo e concorda. Acrescenta ainda que uma mudança importante foi *o modo como passaram a tratar ele na escola. Na outra escola ele era xingado, colocavam apelido nele, chamavam ele de um monte de coisa...* Na nova escola quando alguém provoca o menino a coordenação interfere. *Lá ele não encontrou rejeição por parte dos colegas. [...] Ninguém ficou assim [ela modula a voz para imitar as pessoas falando do neto]: “você é doido... você toma remédio controlado”.* E fala que agora ele fez amigos. *Ele fala: “ó mãe, vou ali brincar com meu amigo” e vai. E na outra escola ele não conseguia, **ele não** encaixava com as pessoas.*

Ao ouvir isso, a manejadora faz surgir uma nova discussão. *Às vezes, a pessoa não consegue, mas não é porque **ela** não consegue, porque **ela** tem problema, mas porquê também tem todo esse entorno, esse preconceito, essa dificuldade que é [lidar com uma criança usuária de saúde mental]. Por exemplo, se ele tivesse naquela mesma escola, tomando todos os medicamentos, será que estaria produzindo esse mesmo efeito?*

Pois é, talvez não estaria, diz a mãe. [Trecho da Memória de 16/10/2014].

Nesta cena, também é possível perceber uma tentativa da manejadora de ampliar a discussão, inserir outras perspectivas, de modo a dissolver alguns pontos de vistas e imagens cristalizadas na direção de visibilizar outras vias do cuidado, deslocando o lugar privilegiado da medicação nas práticas em saúde. Quando a medicação se torna a estratégia central do cuidado, movimento que também vimos na cena de José Henrique e Jamile descrita anteriormente, é difícil visibilizar outras possibilidades, especialmente envolvendo o âmbito das relações e não apenas de uma substância que ingerida atuaria no corpo do sujeito o modificando. Qualquer mudança significativa na vida da criança ou do usuário de saúde mental é logo reduzida a bons ou maus efeitos da medicação, deixando de lado outras interferências que se relacionam a esses efeitos: a acolhida de uma nova escola, um modo do cuidar de um estagiário, as relações com novos pares, o trabalho de uma psicóloga... A mãe

diz: só a medicação não dá conta. Mas existe algo que dá conta? Isto é possível? Do que é importante dar conta?

O medicamento vai então se deslocando de uma posição central na rede de cuidados, não pra ficar sem lugar: ele é **mais um** ator dessa rede, mais um ponto de apoio, importantíssimo pra algumas crianças, fundamental em vários momentos. Contudo, quando se acredita que ele é suficiente em si mesmo, outras formas e estratégias terapêuticas vão sendo desinvestidas, as relações vão deixando de ser cuidadas, impedindo a construção de uma rede. E, como vimos, um medicamento não atua sozinho, não é só o medicamento que faz a criança mudar. A ampliação das vias do cuidado, incluindo, inclusive a medicação, passa pelo redimensionamento do que pode ser interventivo em nossas vidas, e do quanto consideramos a dimensão de interdependência como algo decisivo para a saúde. Como então, investir e sustentar outras formas de cuidado? Como costurar outros pontos nessa rede?

Outro ponto interessante também nessa segunda cena é que mesmo quando a mãe consegue atribuir novos elementos às mudanças do filho, mesmo quando desgruda a criança dos efeitos da medicação, aparece a ideia de que é a criança que não se adapta à escola. A cena traz como os movimentos de deslocamento são descontínuos, e como muitos pontos de vista coabitam em nós. Mesmo quando parece que estamos caminhando no sentido da abertura dos pontos de vistas, surgem outras questões, fechamentos, novas imagens a serem fissuradas, deterioradas.

Há um trabalho de consistir junto para que as modulações subjetivas possam encontrar caminho e serem reposicionadas novamente. Mais uma vez, estamos insistindo na “não colocação de pontos finais” nessas histórias sob o risco de que elas se cristalizem. É o que nos aponta o movimento da cena a seguir: como a imagem endurecida da “criança impossível de se trabalhar”, da “criança que só tem jeito com a medicação”, vai podendo ser fissurada no encontro com um professor de futebol.

Estamos no quarto passo do Guia GAM, aquele que cuida da experiência com medicamentos de forma mais tangível. Jamile vai enumerando em sua fala os comprimidos que o filho toma: aos 7 anos ele começou a fazer o uso do Metilfenidato e Neuleptil e agora, com 14, foram introduzidos o Amplictil e a Risperidona. A pediatra do CAPSi, ao escutar a quantidade de medicamentos relatada pela mãe, deixa transparecer seu incômodo e pergunta se o menino faz outras atividades terapêuticas. A mãe responde que ele tem o hábito de praticar esportes desde pequeno e também já passou por outros profissionais de saúde. A dificuldade é a permanência: além das várias escolinhas de esporte, quatro psicólogos, uma

fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma psicopedagoga *desistiram dele*, chegando ao ponto dela também desistir de procurar ajuda profissional. *O discurso é sempre o mesmo: “não dá para trabalhar com seu filho, ele não tem jeito”*.

No entanto, nesse mesmo dia, ela compartilha na roda uma experiência com um professor de futebol de areia, que mesmo sabendo das dificuldades do menino, acolheu sua chegada e insistia a cada aula que ela continuasse levando-o. O menino não acompanhava as atividades da mesma forma que os outros, não driblava ninguém, muito menos fazia gol, mas permanecia ali. Corria pela praia, chutava algumas bolas, brincava na areia, cavava buracos. E mesmo depois do fim da escolinha e da perda de contato com o grupo, o filho ainda se refere aos colegas do futebol como seus (únicos) grandes amigos.

As interferências do manejo e do grupo vão modulando as cenas, novas relações inauguram a possibilidade de outras crianças co-surgirem no Grupo GAM: a criança que passa a se observar, um menino agressivo que agora pode brincar, um menino que “não tem jeito” inventa um jeito. É a experiência infante produzindo aberturas na experiência do familiar. Mas não apenas. Também visibilizamos esse movimento nas crianças trancadas em sofrimentos, obstacularizadas em sua capacidade de relação, literalmente impedidas. Parecem obstruídas justamente ali na experiência infante que se move na criança. O encontro com a areia, com a escavação nelas, com a brincadeira, o corpo em movimentos, as outras crianças e a confiança do professor deterioram também na criança o modo como ela se pensa e como se percebe, abrindo passagem a um devir-criança que a fortalece. É muito tocante quando outros (adultos, crianças...) podem habitar com elas essa experiência, arejando também um mundo e uma relação familiar. Esse arejamento gera uma surpresa, que também faz craquelar as imagens que atravessam as relações familiares.

Os primeiros movimentos de deterioração que aqui mapeamos levam-nos ainda há mais uma cena, onde vemos mais uma vez como, a partir das modulações da relação adulto-criança, a partir aqui da aposta entre mãe e filho, uma imagem da criança que era o *terror da escola* pôde ser deteriorada, dando passagem para uma criança acompanha as atividades da turma, que pode ir nos passeios, mesmo sem uso da medicação.

Os passeios com a escola são assunto para dar o que falar no Grupo. Apesar de serem momentos ansiosamente aguardados pelas crianças, nem sempre são vividos com o mesmo entusiasmo pelas mães. Será que eles vão sair correndo na frente de todo mundo outra vez? Será que vão chorar? Será que vão ficar pulando? Brigar com os colegas? Vão se colocar em risco? Se machucar? Vão desobedecer? Vão ficar com medo dos animais? Vão se perder? E é

tentando evitar as futuras experiências desconfortáveis que as mães vão lançando mão de várias estratégias junto à escola: pedem para algum auxiliar ficar de olho, aumentam a dosagem da medicação naquele dia, tentam ir junto nos passeios, ou, quando a preocupação é demasiada, acabam não deixando a criança ir. *Mas ele gosta de ir nos passeios?* A manejadora do grupo pergunta. A mãe, Carmen, responde de um jeito inseguro que o filho gosta e começa a rir. O menino tem 5 anos e segundo a mãe é o “terror” da escola, devido a constante agitação. *E os outros gostam?* A manejadora pergunta outra vez e os risos aumentam. *Ele gosta porque no passeio ele é livre, não tem ninguém comandando ele como eu faço, tipo... você não pode ir ali... então ele gosta. Mas as pessoas não gostam não e eu fico preocupada.* Ela conta que costumava ir junto nos passeios da creche, mas agora na escola os passeios são limitados, *vão só os profissionais. As crianças já são maiores e obedecem, mas ele não. Ele vai, mas aí fica o estagiário do lado dele, porque agora ele tem um estagiário do lado dele, mas mesmo assim é complicado. Agora que ele tá tomando a medicação [Ritalina]... então esse ano eu vou ver como vai ser. Mas ele gosta de ir, ele sempre conta como foi, ele marca os lugares que ele passou, se eu for com ele no lugar depois ele me mostra...*

Depois disso, Carmen comenta sobre um passeio em especial que chamou a atenção dela e de nós do grupo. A turma do filho foi ao cinema assistir a estreia do filme “A Era do Gelo IV”. Preocupada e com medo do menino não ficar quieto e assistir ao filme, ela decide ir junto. Eles se sentam na última cadeira, posição que segundo ela é estratégica, caso *alguma coisa* aconteça. Ao longo do filme uma surpresa: o filho adorou, *assistiu tudo certinho e estava sem medicação* [na verdade, ele tomava o Neuleptil, mas segundo a mãe esse remédio não fazia efeito nele]. *Nem parecia ele... eu levei um susto. Como pode uma coisa dessas?!* A psicóloga comenta: *É, quando acha alguma coisa que o interessa ele consegue...* mas, a mãe logo a interrompe: *O difícil é achar alguma coisa que interessa!* A manejadora comenta animada: *Mas mesmo assim indica um possível, isso que é legal! Sai daquele lugar do nunca, tipo, ele nuuuunca fica quieto. Mas ele ficou.* E a mãe responde sorrindo: *É, ele conseguiu!* [Trecho da Memória de 14/02/2014].

Outro ponto importante dessa cena é a relação de cuidado entre a mãe e criança. A mãe cria estratégias para que o filho possa ter um suporte num momento que ela diz não ser simples para ele. Ela decide ir junto com a escola, senta do lado dele, escolhe a cadeira que ela considera melhor posicionada... pequenos gestos que permitem que a criança sustente aquele momento. Não estamos dizendo que não é importante que a criança faça coisas por

conta própria ou que elas precisem das mães o tempo inteiro. Mas quando apostamos em um trabalho que tem a interdependência como princípio, estamos afirmando que existe uma construção para que isso aconteça. A criança não precisa “se virar” de uma hora para outra, “entrar com tudo”. Quais táticas, mecanismo e relações de ajuda são possíveis? A presença da mãe? A presença do estagiário? Sentar mais perto do filme? Sentar mais longe? Um lugar com menos pessoas? Mais pessoas? Menos barulhos? Um certo tipo de filme? Um estagiário? Uma medicação? É na medida em que essas construções vão se ampliando, que uma rede de apoio é alargada e um sujeito mais autônomo pode emergir. Com essas reflexões, passemos ao segundo movimento.

4.2 Movimento de deterioração dois: autonomia como interdependência

4.2.1 Ampliando a rede de apoio

Em uma conversa sobre rede de apoio presente no segundo passo do Guia GAM, Sandra é enfática ao dizer que as *únicas pessoas que entendem o filho são ela, o pai (mais ou menos), e a avó*. O sentimento de solidão, sobrecarga, isolamento era muito comum no grupo, frequentemente trazido pelas mães em falas que relatavam a angústia em ter que “dar conta de tudo sozinha”. Como nos mostram Caliman, Peterle e César (2017), em um artigo referente à experiência do GIF no CAPSi de Vitória-ES, essa sensação deriva de uma série de afazeres e exigências presentes na vida dessas mães.

Administrar a medicação era uma atribuição entre outras, como cuidar da casa, dar conta dos problemas de saúde através de verdadeiras “vias sacras” em busca de serviços e profissionais; responder às diversas demandas da escola, que produziam um efeito gerador de culpa nas mães, responsabilizando-as pelos “problemas dos filhos”; cuidar do marido, etc. As mães relatavam ainda o peso de terem que tomar sozinhas decisões sobre os filhos, sentindo-se inseguras, já que diferentes instâncias, com seus inúmeros pontos de vista e direcionamentos políticos, como por exemplo a escola, a saúde, o judiciário e mesmo a mídia expressam posições conflitantes, deixando dúvidas quanto à melhor direção a seguir (p.34-35).

Uma das manejadoras, na tentativa de ir ampliando os espaços de cuidado para além da família, pergunta à mãe se há alguém na escola com quem o menino pode contar. Sandra se lembra da professora de educação especial: *ela também consegue controlá-lo bem*. A professora da educação especial consegue *acalmá-lo*, já a professora regular não. *E fora a escola, tem mais alguém que você pode contar?*, pergunta outra manejadora. Sandra responde que não. *E o CAPSi?* Insiste mais uma vez a manejadora. *Ah, aqui também. Aqui meu socorro é a Dani [psicóloga do CAPSi]. Ela está com ele desde que eu cheguei no CAPSi, quando ele*

tinha dois anos. E o carinho dela foi conquistando ele. Tudo é tia Dani! [Trecho da Memória de 23/10/2014].

Ainda pensando nos pontos da rede de apoio, Carmen comenta sobre o estagiário da escola que fez grande diferença para Felipe. A mãe se emociona ao falar: *Os deveres que eles [professores] não colocavam pra ele fazer, agora com ajuda, ele está fazendo com muita felicidade. Ele consegue ficar lá, sentado na mesa, fazendo... ele se sente mais feliz naquele ambiente, mas ele precisa de uma segurança que neste caso é o Cleberson [estagiário].* A mãe também relata que atualmente, mesmo nos dias que o estagiário falta, Felipe tem conseguido “ficar bem” na escola, o que para ela é um grande alívio.

A psicóloga do CAPSi comenta que *uma pessoa, muitas vezes, faz grande diferença, que nenhuma tecnologia de ponta pode alcançar. A criança tem como parte da rotina a ajuda, mesmo havendo diferenças de quem ajuda, como ajuda. E ela percebe o apoio e o interesse. Isso é algo mais delicado para o adulto, já que temos essa tendência a achar que não precisamos de ajuda, que temos que nos virar, que dar conta... mas até uma criança percebe quando se faz algo por querer ajudar, gostar, por estar afim ou por puro interesse. Na escola isso aparece demais... a criança vê a diferença de um professor e alguém que está empurrando com a barriga e de alguém que de fato está interessado* [Trecho da Memória de 21/02/2014].

Em outro grupo, Cleide traz também uma situação ocorrida na escola, na qual o professor de português falou com ela que seu neto não precisaria da presença de um estagiário na aula dele, pois ele mesmo se responsabilizaria por esse cuidado. Importante ressaltar aqui que essa criança já foi impedida de frequentar a escola nos períodos em que havia falta de estagiários, a ponto da própria Cleide precisar passar um ano frequentando a escola no horário das aulas para que o menino pudesse permanecer. Cleide relata que sentiu nessa fala do professor uma tentativa de acolhimento e com muita felicidade compartilha no grupo o acontecido. *Para mim isso demonstra o interesse que ele teve pelo Ariel.* Apoio muito importante, pois a criança, que antes só tinha como se apoiar na mãe, passa agora a ter mais uma pessoa com quem pode contar na escola. E assim, redes de cuidado que eram tão circunscritas, vão ganhando outros contornos, se espalhando para outros ambientes, abarcando novos atores. Uma autonomia cogestiva vai podendo ser construída.

Mas nem sempre os movimentos de ampliação da rede de apoio são vividos sem tensionamentos pelas mães, tão habituadas ao cuidado excessivo que parecem estranhar o

surgimento do novos atores nessa rede. Como exemplo, no Guia, após a pergunta sobre “com quem você pode contar?” há um desenho com um rosto sorridente (☺) cercado de círculos vazios e o leitor é convidado a escrever nesses círculos as pessoas com quem pode contar, de acordo com a proximidade. Ao perguntar para o filho: “*De quem você se sente mais próximo?*”, Maria nos conta um tanto inconformada que o menino respondeu que era um amigo da escola. Ela, que se angustia constantemente com a exclusão do filho na escola e partilha com o grupo a dificuldade do menino fazer amigos. *Eu perguntei pra ele: “E a mamãe?!”*.

Carmen também nos conta com certa decepção, mas também com risos, que seu filho, Felipe, colocou nessa mesma atividade do Guia primeiro o pai (como mais próximo), depois o irmão e depois ela. *Eu fui a última, sempre tô sendo a última! Ai depois ele colocou Dr. Ruy [psiquiatra do CAPSi], Dr. Ricardo [neurologista da rede privada] e o estagiário dele, o Cleberson*. Uma das profissionais do CAPSi comenta: *muitos homens* e uma manejadora faz eco: *muitos homens...*

Em seguida, pergunta se Carmen conseguiu conversar com Felipe sobre seu incômodo em algum momento. Carmen responde sem hesitar: *Não, porque eu comecei a perceber assim algumas coisas nele, tipo, ele gostaria que o pai dele tivesse mais com ele, o ambiente familiar dele é a proteção dele, e isso é vivido... eu comecei a perceber isso. Se você perguntar pra ele alguma coisa a respeito do que ele gosta, de quem ele gosta de ficar perto, ele vai falar que é a família dele, mas a pessoa que ele gostaria que tivesse mais perto dele e não pode estar é o pai dele. Então coloca o pai dele sempre na frente* [Trecho da Memória de 23/10/2014].

Como ressaltamos anteriormente, acolher os efeitos da experiência infantil no grupo não era uma tarefa simples: “A perplexidade pode ser reduzida a poucos segundos, ou durar a vida. A perturbação pode importunar, incomodar ou ofender. Ou começar a fazer parte de nós mesmos” (SKLIAR, 2014, p.178). Apesar dos sobressaltos das mães com a inclusão de outros atores nas observâncias da proximidade, o grupo caminha na direção de fortalecer essa relação de confiança que é estabelecida entre pares, entre amigos, considerando que estes também fazem parte do cuidado.

4.2.2 As crianças podem participar do cuidado em saúde mental

Entre os movimentos gerados pela segunda dimensão da experiência de participação infantil, foi possível, inicialmente com a presença dos irmãos-familiares no grupo, deteriorar, craquelar a imagem da criança que não sabe cuidar de si, que não pode cuidar do outro. Com a participação dessas crianças no grupo, os irmãos e irmãs puderam surgir como atuantes do cuidado com as crianças-usuárias³¹, mas também, num segundo movimento, a própria criança-usuária passou a ser incluída nessa rede.

No grupo, Laís, a avó, comenta que ao fazer a pergunta do Guia “Com quem você pode contar?” para o neto “Dedé”, o menino respondeu: “*Minha avó, Julia e minha mãe*”. Julia é a irmã do menino, com idade próxima a dele, 8 anos. Avó e neta participam, lado a lado, nos encontros do Grupo, partilhando suas experiências com Dedé. Segundo a avó, a irmã é o *braço direito* dela em casa. *A gente entende mais ele do que a mãe dele*. Ela conta que a fala do neto é muito embolada devido a problemas de dicção e ela e a neta são as grandes intérpretes.

No tempo em que participou do Grupo, Julia também se aventurou a fazer em casa as perguntas do Guia para o irmão. Ouvíamos empolgados as respostas. Ela nos conta que na pergunta “Como é seu dia-dia?”, André respondeu que *vai à escola, volta para casa, vai para a LBV³² e depois kick boxing*. Quando a manejadora pergunta se ela acha que o irmão gosta da sua rotina, Julia responde que ele não gosta da escola, mas que *a LBV ele ama. Na escola ele faz dever, na LBV só brinca. Uma coisa que ele gosta muito de fazer no dia-a-dia é jogar vídeo-game*. A manejadora pergunta se os dois fazem alguma coisa juntos e Julia comenta que eles jogam bola dentro de casa, mas ela não costuma brincar muito com ele. Ela também menciona que gostou de fazer as perguntas ao irmão. *Foi interessante... eu não sabia se ele gostava da LBV, aí ele foi falando como que é lá, como ele brinca...* [Trecho da Memória de 30/10/2014]

Em outro encontro, Carmen compartilha que o seu Felipe *fez as necessidades na roupa*, na escola. Quando ela chega na escola, cheia de vergonha das outras mães, o irmão mais velho do menino, de 10 anos, a acalma dizendo para ela não se preocupar, pois ele já havia limpado e cuidado do irmão. *Ele cuida mesmo!* Exclama a mãe. *Como ele está mais próximo*

³¹ É interessante destacar também que mesmo antes dessa composição do grupo, as crianças-cuidadoras já apareciam nas falas dos participantes, contudo, a presença delas no grupo pôde fortalecer a experiência de participação infantil.

³² A Legião da Boa Vontade (LBV) é uma associação beneficente e filantrópica que atua nas áreas da educação e assistência social. Fonte: <https://www.lbv.org/quem-somos/missao-visao-e-valores>.

do Felipe na escola, o cuidado é dele. Ele fica de olho! Em outro grupo, Carmen diz a seguinte frase: *Eu queria ter o irmão que ele tem.*

Ainda sobre o cuidado, Cleide nos conta que quando acorda e fica deitada na cama *até um pouquinho mais tarde*, Ariel fica ali, do seu lado. *Mãe, você não vai levantar não? Mãe, você tá passando mal? Mãe, quer que eu pegue algum remédio? Ele quer ficar perto de mim, vendo se estou bem. Ele é muito carinhoso, apesar do nervosismo.* Importante dizer que essa mesma criança já foi falada diversas vezes por essa mãe como: *“um animalzinho pronto para atacar”, “uma cabeça voltada para o perigo”, “muito, muito agressivo”.*

Retomando então o princípio da interdependência, o acesso a essa segunda dimensão da participação infantil (as crianças compondo o grupo) nos permitiu reinventar os limites da criança que é cuidada e que também participa de seu próprio cuidado. Que também pode cuidar de outra criança, assim como de um adulto. Paralelo a isso, foi possível provocar deteriorações na imagem da figura materna como a única responsável pelo cuidado, da mãe que cuida sozinha. Nos encontros, as mães foram percebendo que também podem contar tanto com as crianças, quanto com outros atores dessa rede. Ou seja, a deterioração como movimento alcança a todos, permitindo novidade e saídas de lugares muito cristalizados.

As partilhas no grupo nos permitem acessar, portanto, imagens múltiplas da criança, em diversos momentos destoantes até. Não se trata no trabalho de rejeitar uma e privilegiar outra. Quando nos propomos a olhar para as imagens que puderam aparecer no grupo – como “o agressivo”, “o carinhoso”, “o descuidado”, “o cuidador” – não estamos avaliando se elas são radicalmente boas ou más em si. O objetivo deste trabalho foi analisar como essas imagens endurecem; quando geram fixação; quando estão produzindo algum efeito de sofrimento. São os *efeitos de imagens* que buscamos deteriorar, tendo como a aposta a liberdade do movimento de criação dos pontos de vista, dos modos de olhar, dessa capacidade de **variar** que aqui coincide com a experiência infante ou um devir-criança.

4.3 Movimento de deterioração três: uma última imagem (ou uma imagem a mais)³³

Entramos na habitual sala de reuniões do CAPSi e vamos nos organizando nas cadeiras

³³ Referência ao título do texto “‘É preciso acender a luz’, ou uma imagem a mais”, do psicanalista Luiz Fernando Carrijo da Cunha. Cf. CUNHA (2016). Neste texto, que é o próprio testemunho do final de análise do autor, Cunha recorre a três cenas/imagens da sua infância, que ele denomina “primeiras imagens”, para falar da produção do seu sintoma com algo que se repete nas três cenas descritas. No fim do texto, o autor constrói “uma imagem a mais”, a qual, em suas palavras, não corresponderia a uma quarta imagem, pois nela algo novo pôde emergir a partir do processo analítico.

até que chegam Carmen e, para minha (ou nossa) surpresa, Felipe, filho de Carmen. Nesses anos de convivência com Carmen no CAPSi, tive alguns encontros com Felipe e também fui reunindo algumas imagens e impressões que apareciam do menino: nas falas de Carmen, Felipe aparece como criança agitada, curiosa, faladora, brincalhona e que em alguns momentos perde o controle e fica “muito nervosa”. Para a psicóloga do CAPSi, que participou de alguns grupos GAM, uma criança interessante, que ela sempre teve muita vontade de acompanhar no serviço. Essa psicóloga falou diversas vezes no Grupo dos olhos atentos e brilhantes de Felipe que a encantavam, mas que foram perdendo o brilho a partir do momento que o menino começou a fazer uso da Ritalina. Para a escola, segundo Carmen, Felipe é o “terror”! Menino-furacão que “domina a escola inteira”. Mas que também é muito amável e tem alguns professores como parceiros.

Muitos Felipes já surgiram contados nesse Grupo GAM. Alegre-tímido, nervoso-tranquilo, agitado-quieto, falador-“plantinha”, intenso e até “sem sentimentos”. Como ressaltado anteriormente, o trabalho não passar por rejeitar uma dessas imagens ou privilegiar outra. Contudo, em nossos encontros com o “menino concreto”, uma imagem parece ter se fixado aos nossos olhares: um Felipe muito tímido, cabisbaixo, envergonhado e pouco falante, o que nos deixava curiosos para saber onde estaria aquela criança sapeca e vibrante que faz Carmen ter ataques de riso quando conta as peripécias do menino no grupo?

Nesse encontro, entretanto, outra surpresa. Carmen chega na sala e anuncia que levou Felipe para a escola sem a medicação³⁴ pela primeira vez desde que ele iniciou o tratamento com o metilfenidato, há cerca de 4 anos. Olho para Felipe e nesse momento não sei o quanto essa fala de Carmen influencia meu modo de olhá-lo, mas vejo um menino alegre, com um algo no olhar que eu nunca tinha visto antes (seria aquele brilho nos olhos que a psicóloga dizia?). Reparo também que Felipe está rindo e mais a vontade do que de costume. Enquanto Carmen fala, Cleide e Ariel (neto de Cleide), entram na sala. *Que legal, hoje as crianças estão todas aqui*, eu penso. Ariel está com fones de ouvido na orelha. Felipe olha para Ariel e logo comenta alto que o menino *gosta de uma briga*. Ariel, porém, continua caminhando atrás de sua mãe até sentar-se calmamente na cadeira. Em seguida responde que *não faz mais isso*. O grupo todo sorri. Cleide encosta no neto parecendo apoiá-lo.

O grupo todo quer ouvir a experiência de Carmen. A pediatra do CAPSi parece curiosa

³⁴ Sabíamos que Carmen já vinha experimentando com o filho a retirada da medicação nos finais de semana ou nos dias que ficava em casa com ele, mas este foi o primeiro dia ele foi sem a medicação (após o tratamento com o metilfenidato) para o ambiente escolar.

e entusiasmada ao saber que o menino está sem medicação. Carmen conta que, após tanto tempo de uso da Ritalina (metilfenidato), nos últimos dois anos ela vem percebendo que consegue fazer algumas negociações e pactos com Felipe que antes não eram possíveis. A decisão de experimentar ir para a escola sem a medicação foi uma sugestão dela, mas, como vimos, constantemente conversada e discutida com o menino, que disse a ela que ia ficar *legal* sem a medicação. Na escola ninguém ficou sabendo da decisão de mãe e filho. É uma escolha de Carmen não contar: *quero ver como ele vai reagir, até onde ele vai*. Um voto de confiança para essa relação que foi sendo construída entre os dois.

Carmen comenta feliz que Felipe conseguiu ficar um bom tempo na sala de aula e ninguém, aparentemente, desconfiou que o menino estava sem medicação. Passado algum tempo, mais especificamente às 11h, Carmen foi chamada na escola, pois Felipe estava fora de sala. A mãe pede para o menino contar no grupo o que aconteceu, mas ele ri e fala que está com vergonha. Ela insiste: *você falou para mim que ia contar no grupo GAM...* Depois ela fala que ele ficou nervoso com a professora. *O que deixou você nervoso, Felipe?* O grupo quer saber. Aos poucos o menino vai se soltando e começa a falar timidamente. Ele tinha deitado a cabeça na mesa e a professora brigou. *E o que você fez, Felipe?* Pergunta Carmen mais uma vez, tentando convocá-lo a falar. *Sai da sala,* ele responde envergonhado e acrescenta que a coordenadora da escola não deixa ninguém sair.

Nesse momento a pediatra se dirige a Felipe e pergunta para o menino o que ele faria nessa situação se estivesse no lugar da coordenadora. Felipe responde de imediato: *Eu abriria os portões da escola para que todos os alunos pudessem sair!* O grupo se surpreende e ri diante da espontaneidade da resposta. A pediatra, também impactada, insiste na conversa um pouco mais: *É mesmo? Deixar todo mundo sair? Ai ia ficar sem escola?* Mas o menino não muda a resposta. Carmen comenta que ele gosta de ficar com os seguranças da escola no portão, são seus amigos. *Ah, então não tem nada a ver com a coordenadora...,* diz a pediatra baixinho, como se falasse com ela mesma, tentando entender os efeitos daquela fala [Trecho da Memória de 18/02/2016].

...

A escolha dessa última cena não foi por acaso. Acreditamos que ela ilustra a experiência de participação infantil possível de ser gerada no Grupo GAM no CAPSi em suas três dimensões. No primeiro momento da cena, podemos perceber alguns efeitos do acesso da experiência de participação em sua primeira via – dimensão da conversa entre mãe e filho. Carmen e Felipe, juntos, apostando na retirada da medicação naquele dia de escola, depois de

tantas conversas, dúvidas, experimentações, reposicionamentos, ampliação da rede de cuidados... idas e vindas que pudemos acompanhar em alguns fragmentos dessa história presentes nos capítulos dessa dissertação.

No segundo momento, temos a dimensão da participação infantil através da presença da criança no grupo. Felipe e Ariel, crianças que estão ali, presentes, que também foram se conhecendo através do grupo, criando uma amizade, mesmo com algumas implicâncias e enfrentamentos.

E finalmente, a própria fala espontânea e despojada de Felipe: *Eu abriria os portões da escola para que todos os alunos pudessem sair!* Fala que encarna esse aspecto da força e absurdo, de um *nonsense* cheio de sentido da experiência infantil, de desestabilização, de suspensão de valores, pré-verdades e normas que a princípio não questionaríamos. A fala provoca um estranhamento em nós, no grupo, que rimos, nos surpreendemos, e vai provocando no grupo o *acessar* de uma dimensão infante.

Abrir os portões da escola... de uma forma geral, podemos concluir que os efeitos dos movimentos de deterioração instauram também movimentos de **abertura**: dos portões da escola, das imagens cristalizadas da infância; de histórias, pontos de vistas, pontos finais; abertura de redes de apoio, de formas de cuidado, de novas relações entre adultos e crianças e, por fim, a abertura de processos participativos. E foi nesse duplo-movimento, deterioração e abertura, que pudemos “conhecer jamais” os meninos no Grupo GAM.

Trinta mil desses meninos sentados no chão, teriam eles a chance de construir um mundo outro, um que levasse em conta a memória da atualidade absoluta a que um dia já pertencemos? [...] Não sei como desenhar o menino. Sei que é impossível desenhá-lo a carvão, pois até o bico de pena mancha o papel para além da finíssima linha de extrema atualidade em que ele vive.

[O menino do bico de pena, Clarice Lispector]

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por muito tempo, durante o processo de tessitura deste trabalho e também da escrita desta dissertação, nos interrogamos e questionamos sobre a importância do trabalho com o familiar. Afinal, se a direção da pesquisa era construir processos participativos com crianças – crianças, como vimos, duplamente ausentes, infantilizadas e silenciadas – se o desafio era incluí-las na cogestão do cuidado em saúde mental, por que não trabalhar diretamente com elas? Por que não incluí-las como participantes? Por que não fazer um grupo com crianças? Cada vez que apresentávamos ou compartilhávamos a experiência do GIF no CAPSi, surgiam essas indagações que nós (pesquisadores) também nos fazíamos. Mesmo após o início da Oficina da Palavra com as crianças (também no CAPSi) e um certo respaldo de que alguma forma estávamos construindo a possibilidade de acessar a experiência infantil, nossos desafios iniciais continuavam presentes e a trabalho com o GIF ainda levantava dúvidas. Por que insistir na realização de um GIF se a nossa aposta ética e política era o exercício da participação infantil? Como essa configuração grupal poderia acessar a experiência infante? Ou então, recolocando o problema: por que insistir no acesso à participação infantil em um grupo com familiares? Não seria mais interessante acessar a analisar questões específicas da própria experiência dos familiares, que também não é legitimada nas decisões do tratamento?

Foi ao longo do processo grupal que este falso problema inicial pode ser dissolvido. O Grupo GAM no CAPSi não era um grupo de usuários, ao mesmo tempo não era um grupo restrito à experiência dos familiares. Desde o início da sua construção afirmávamos nosso interesse em acessar a experiência das crianças, e, por fim, fomos surpreendidos pelas próprias crianças *criançando* a cena, experimentando e reconfigurando o espaço grupal.

Que experiência, então, constitui esse grupo? Acreditamos que não se trata das experiências das crianças, nem das experiências dos familiares, e sim como cuidamos da relação de interdependência entre essas experiências, como acessamos um **plano relacional**. Como analisamos anteriormente, o desafio da Estratégia GAM é investir e intervir na trama de relações que tecem a experiência do cuidado em saúde mental, visto que o que cuidamos em um grupo são relações. Há sempre ressonâncias, ecos, reverberações entre as experiências, especialmente quando habitamos no campo da saúde mental infante-juvenil, no qual a relação do familiar com criança aparece tão aliançada, imbricada. Há um sujeito que decide e responde institucionalmente pelo outro.

Vimos também na entrevista Fernandes (CARVALHO, SILVA, 2016) que a participação só é possível se for acolhida num coletivo, e é necessário investir no trabalho

para que este coletivo construa processos de abertura e acolhimento à experiência de participação. Em nosso caso, era preciso que trabalhássemos com o coletivo de familiares e profissionais para que a experiência infantil pudesse participar e intervir. Ao mesmo tempo, fomos percebendo que no acesso à experiência infante a participação dos familiares também foi se modulando, as experiências destes também foram ganhando outros contornos e nuances, afinal, como cultivar o direito ao protagonismo infantil quando a participação/inclusão também é um problema presente na relação com familiares?

Deste modo, podemos tecer nessas amarrações finais que o acolhimento da experiência infantil de participação constituiu o Grupo GAM no CAPSi, assim como seus efeitos e reverberações na da participação dos familiares. A experiência infantil intervindo assim na participação familiar – a experiência familiar se tornando também mais infante. Ao longo do trabalho, a compreensão de experiência infantil que atravessava a pesquisa pôde também ser reformulada e ampliada: ela não é somente uma experiência inerente à criança – trata-se, sobretudo, de uma experiência múltipla, forjada nas relações e interdependência desta com sujeitos, grupos, espaços, objetos e territórios.

Portanto, ao acompanhar as experiências dos familiares e profissionais através dispositivo GIF, foi possível, nesta pesquisa, acessar e incluir também a experiência infantil em três possíveis vias ou três dimensões destacadas anteriormente. Contudo, elas não se separam, posto que as três mantiveram como direção a deterioração, a produção de estranhamentos, a *criação* de outros modos de pensar-viver a infância nas crianças e adultos, nas relações entre estes, equivocando as distâncias pré-estabelecidas. Deteriorar também é possibilidade de criar e, também, *criançar*. É a possibilidade que a experiência infante participe. Por isso a afirmação de que talvez todas as vias fossem uma só na sua radicalidade, distribuindo-se em diferentes movimentos.

Essa abertura à experiência infantil de participação no GIF, em suas diferentes dimensões, possibilitou deslocamentos e fissuras nos pontos de vista dos familiares, profissionais e pesquisadores, bem como modulações nas práticas de cuidado entre adulto e criança. Nos caminhos da proteção, foi possível encontrar um caminho para participação das crianças e também de seus familiares. Como efeito dos movimentos de deterioração das imagens da infância, diferentes imagens ou modos de experimentar a infância em sua singularidade tornaram-se possíveis; formas de relação com a infância, com o cuidado, com o próprio diagnóstico e com a medicação psiquiátrica puderam ser equivocadas e reinventadas.

Nos servindo mais uma vez das palavras de Renault (2015): “Produzir conhecimento de maneira participativa significa reinventar limites de si e do mundo” (p.253). Podemos concluir, portanto, que através do cultivo e exercício ético-político da participação nesta pesquisa, os contornos rígidos de algumas imagens puderam ser deteriorados e novos limites puderam ser reinventados, pois as ideias de cidadão autônomo e normal também puderam ser deslocados. Com isso, as crianças puderam surgir de outras formas, desenhando e colorindo suas novas imagens – mais alegres, mais participativas, mais vivas e mais autônomas.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. N. de. A dimensão ética e/ou moral no atendimento clínico à criança. In: HECKERT, A. et al. **Psicologia: Questões contemporâneas**. Vitória, EDUFES, 1999. 222p. Coleção CEG Publicações; n 5.

ARIÈS, P. Os dois sentimentos da Infância. In: **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981, p.156-164.

BARROS, R.D.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2007.

BERGON, H. **Memória e Vida**. Tradução Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CALIMAN, L. V.; PASSOS, E.; MACHADO, A. M. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação** [S.l: s.n.], 2016.

CALIMAN, L. V.; PETERLE, P. H. S.; CÉSAR, J. M. Gestão autônoma da medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais. In: Adriana Leão; Jorge Luís Gonçalves dos Santos; Renata Costa-Moura. (Org.). **Produção de Subjetividade e Institucionalismo: Experimentações Políticas e Estéticas**. 1ed.Curitiba/PR: Apris Editora, 2017, v. 1, p. 10-30.

CAMPOS, R. T. O. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009>.

CARVALHO, R. S. D; SILVA, A. P. S. A participação infantil em foco: uma entrevista com Natália Fernandes. *Psicologia em Estudo*. **Maringá**. v. 21, n. 1. 2016. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28430/pdf>>.

CECCIN, R. Pediatria, puericultura, pedagogia...: imagens da criança e o devir-criança. **Boletim da Saúde**. Rio Grande do Sul. v. 15, n.1 2001. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1153/pediatria,-puericultura,-pedagogia...:-imagens-da-crianca-e-o-devir-crianca>>.

CECCIM, R. B.; PALOMBINI, A. L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 301-312, dez. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a03v21n3.pdf>>.

CHAVES, F. A. M. **Articul(a)ções entre saúde mental e as escolas**: pistas para construir um trabalho intersetorial (dissertação de mestrado). Universidade Federal Do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Psicologia Institucional: UFES, 2016.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, Tânia (org). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e política**. BH: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004, p.61-74.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, 2015, p. 17 – 40p.

CUNHA, L. F. C. da. “É preciso ascender a luz”, ou uma imagem a mais. **Opção Lacaniana** – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 73. 2016.

DELGADO, A. C.; MULLER, F. Apresentação. **Educ. Soc.**, Campinas , v. 26, n. 91, p. 351-360. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000200002&lng=pt&nrm=iso>.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo**. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

DINIZ, D. Modelo social da deficiência: a crítica feminista. **SérieAnis**, Brasília, v. 28, p. 1-10, 2003. Disponível em <[http://www.anis.or.br/series/artigos/sa28\(diniz\)deficienciafemnismo.pdf](http://www.anis.or.br/series/artigos/sa28(diniz)deficienciafemnismo.pdf)>.

DROMITROVIC, N. **As Práticas Farmacológicas Com o Metilfenidato: Habitando Fronteiras Entre o Acesso e o Excesso** (dissertação de mestrado). Universidade Federal Do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Psicologia Institucional: UFES, 2014.

EXAMINED life. Direct by Astra Taylor. Canada: Zeitgeist Films, 2008. 88 minutes.

FERNANDES, N. **Infância e direitos: participação das crianças nos contextos de vida: representações, práticas e poderes** (tese de doutorado). Braga, Universidade do Minho, 2005.

_____. Pesquisa com crianças: da invisibilidade à participação com implicação na formação de professores? In: Romilda Teodora Ens; Marynelma Camargo Garanhani. (Org.). **Pesquisa com crianças e a formação de professores**. Curitiba: Champagnat, v. 1, p. 21-45, 2015.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – **Guia de Apoio a Moderadores**. Rosana Teresa Onocko Campos; André Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Erotildes Leal; Analice Palombini; Octavio Serpa et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fmc.unicamp.br/interfaces/aqrquivos/ggamBr.pdf>

GUATTARI, F.; ROLNIK, F. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

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

KASTRUP, V. **O devir-criança e a cognição contemporânea**. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.13, n.3, p.373-382, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722000000300006&lng=en&nrm=iso>.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Ana Maria Fernandes Pitta (org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996.

KOHAN, W. **Infância**. Entre a educação e a filosofia. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

LEAL, B. Leituras da infância na poesia de Manoel de Barros. In: KOHAN, W. **Lugares da infância**: filosofia. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 19-30.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: ARRISCADO, J.; ROQUE, N.R. (editors) **Objectos Impuros**. Experiências em Estudo sobre a Ciência, Edições Afrontamento, Porto 37-62, 2009. Disponível em: <<http://www.bruno-latour.fr/node/185>>.

MACHADO, A. M. Formas de pensar e agir nos acontecimentos escolares: abrindo brechas com a psicologia. In: Facci, M.; Meira, M.; Tuleski, S. (Orgs.). **A exclusão dos “incluídos”**: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Santa Catarina: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2011.

MARQUES, C. C., et al. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, Vol.9, n. 1, 2013, p. 106-126. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/cecilia2013sobremudardelugar.pdf>>.

MELLO, A. Por uma abordagem antropológica da deficiência: pessoa, corpo e subjetividade. Monografia – Centro de Filosofia e Ciências Humanas Curso de Ciências Sociais. Florianópolis – SC, 2009.

MELO, J.J.; SCHAEPPPI, P.B.; SOARES, G.; PASSOS, E. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Vol 5 – Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 233-447.

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

PASSOS, E., et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&nrm=iso.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal**, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 391-413. 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.). **Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum (Vol. 2)**. Porto Alegre: Sulina, 2016.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; ONOCOKO-CAMPOS, R. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, 3(2), 4-17. 2013.

PEREIRA, J. P. S. **Memórias de uma Viagem Cartográfica: a Gestão Autônoma da Medicação e o Exercício do Cuidado no Capsi de Vitória** (dissertação de mestrado). Universidade Federal Do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Psicologia Institucional: UFES, 2016

PLAISANCE, E. Denominações da infância: do anormal ao deficiente. **Educ. Soc.**, Campinas, v.26, n.91, p.405-417, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302005000200006&lng=en&nrm=iso>.

RENAULT, L. **A Análise em uma Pesquisa-Intervenção Participativa: O Caso da Gestão Autônoma da Medicação** (tese de doutorado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia Niterói: UFF, 2015.

SADE, C., et al . O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p.2813-2824. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000006>.

SKLIAR, C. **Desobedecer a linguagem: educar**. Tradução de Giane Lessa. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

SOARES, N. F. Os direitos das crianças nas encruzilhadas da proteção e da participação. **Zero-a-Seis**, v.07, n.12. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/zeroseis/article/view/2100/1780>>.

VARELA, F; THOMPSON, E.; ROSCH, E. **A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

APÊNDICE A - LISTA DE PARTICIPANTES GAM

FAMILIAR ³⁵	CRIANÇA	IDADE ³⁶	MEDICAÇÃO	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO
Ana Maria (mãe)	Thiago	-	Ritalina	Um encontro em 2014
Carmen (mãe)	Felipe	7 anos	Ritalina (chegou a usar Risperidona, mas parou)	2013-2016
	Nilo	11 anos	Não faz uso	
Carolina (mãe)	Ana Luíza	11 anos	Carbamazepina (chegou a usar Topiramato, mas a mãe suspende após a filha passar mal com o uso)	2014
Cleide (avó)	Ariel	12 anos	Risperidona (suspenso devido ao ganho de peso e dores de cabeça), Quetiapina (mãe suspende pois o medicamento é caro e a rede pública não fornecia), Amplictil, Ackineton, Ritalina (psiquiatra suspende) e, mais recentemente, Haldol e Amipriptilina.	2014-2016
	Amanda	10 anos	Não faz uso	
Esmeralda	Caique		Não faz uso	2016
Ivana (tia)	Camila	5 anos	Risperidona, Depakene, Ritalina	2014-2015
Laura e Walter (mãe e pai)	Kauã	-	Diazepan, Clonazepan	Um encontro em 2014
Jamile (mãe)	José Henrique	13 anos	Neuleptil, Amplictil, Risperidona e Ritalina	2013-2016
Janete (mãe)	Charles	-	Ritalina	Um Encontro em 2013
Laís (avó) e Rosa (bisavó)	Carlos André	8 anos	Ritalina	2014-2015
	Julia	10 anos	Não faz uso	
Madalena (mãe)	Camila	7 anos	Trofanil, Risperidona	Um encontro em 2014

³⁵ Os nomes utilizados para os familiares e as crianças são fictícios.

³⁶ Idades das crianças referentes ao ano da entrada no grupo.

Madalena (avó)	Eduardo	7 anos	Carbamazepina (suspensão depois de um tempo pois, segundo a avó, “para de fazer efeito”), Amitriptilina (também suspensão pois deixava o neto muito magro e abatido) e Risperidona.	2015
Magda (avó)	Lucas	5 anos	Risperidona, Carbamazepina (avó suspende após episódio de convulsão)	Dois encontros em 2016
Maria (mãe)	Felipe Tales Douglas	7 anos 11 anos 16 anos	Não faz uso Não faz uso Não faz uso	2013-2016
Nádia (tia)	Vítor Samuel	11 anos 15 anos	Não faz uso Não faz uso	2014
Rosa (avó)	Luiz Miguel	13 anos	Ritalina	2016
Rose (mãe)	Marcelo	7 anos	Não faz uso	Três encontros em 2015
Sandra (mãe)	Leo	7 anos	Quetiapina, Trofanil, Torval, Ritalina	2014-2015
Vanessa (mãe)	Caio	8 anos	Ritalina	2015
TRABALHADORES				
	INSTITUIÇÃO		PROFISSÃO	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO
Alex	CAPSi		Educador Físico	2016
Antônio	CAPSi		Musicoterapeuta	Um encontro em 2015
Cristiane	CAPSi		Psicóloga	2014-2015
Ízis	CAPSi		Assistente Social	Três encontros em 2014
Marcelo	CAPSi		Psicólogo	Um encontro em 2013
Renata	CAPSi		Psicólogo	2013-2015
Ruy	CAPSi		Psiquiatra Infantil	2013-2014
Tércia	CAPSi		Médica Pediatra	2015-2016
Vanessa	CAPSi		Enfermeira	2015-2016
PESQUISADORES				
	INSTITUIÇÃO		FORMAÇÃO	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO
Adrielly Selvatici	UFES		Mestranda	2015-2016
Alana Correia Simões	UFES		Graduanda	2016
Felipe Alan Mendes	UFES		Mestrando	2014-2015

Joyce Paula Ferreira	UFES	Mestranda	2014-2015
Luana Gaigher	UFES	Graduanda/ Mestranda	2013-2016
Luanna Covre	UFES	Graduanda	2014-2015
Luciana Caliman	UFES	Professora	2014-2015
Meirieli Campi	UFES	Graduanda	2013-2014
Natalia Domitrovic	UFES	Mestranda	2013-2014
Pedro Henrique Peterle	UFES	Graduando	2013-2014

APÊNDICE B - LISTA DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELAS CRIANÇAS DO GRUPO³⁷

MEDICAMENTO	PRINCIPAIS INDICAÇÕES	USO RECOMENDADO
Clonazepam (Rivotril - Clonotril)	Transtornos de ansiedade, Transtornos do humor, epilepsia	Uso adulto e pediátrico, podendo ser utilizado em crianças com menos 1 ano
Diazepam	Transtornos de ansiedade, crise epiléptica aguda	Contraindicado para menores de 12
Clorpromazina (Ampectil - Longactil - Clorpromaz)	Sintomas psicóticos, ansiedade, agitação, sedativo	Uso adulto e pediátrico acima de 2 anos
Haloperidol (Haldol)	Sintomas psicóticos, dor crônica	Uso adulto e pediátrico, podendo ser utilizado em crianças com menos 1 ano
Propericiazine (Neuleptil)	Sintomas psicóticos, sedativo, epilepsia	Não recomendado para menores de 1 ano
Quetiapina (Seroquel)	Sintomas psicóticos, episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar.	Não recomendado para menores de 10 anos
Risperidona (Respidon, Respidal)	Sintomas psicóticos , ansiedade, irritabilidade	Uso adulto e pediátrico para crianças acima de 5 anos
Imipramina (Tofranil)	Transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, dor crônica, enurese noturna,	Uso adulto e pediátrico acima de 5 anos
Amitriptilina (Amytril, Tryptanol)	Sintomas depressivos, enurese noturna	Não recomendado para menores de 11 anos
Valproatos (Depakene, Valpakine, Depakote)	Transtorno afetivo bipolar e epilepsia	Não recomendado para menores de 10 anos
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	Transtorno afetivo bipolar e epilepsia	Uso adulto e pediátrico, podendo ser utilizado em crianças com menos 1 ano

³⁷ Fontes do apêndice: Guia da Gestão da Medicação (GAM), disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. E Bulário Eletrônico Anvisa, disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>.

Biperideno (Akineton)	Controle de efeitos parkinsonianos causados por antipsicóticos	Uso adulto e pediátrico acima de 3 anos
Topiramato	Epilepsia	Uso adulto e pediátrico acima de 2 anos
Metilfenidato (Ritalina, Concerta)	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Transtorno hiperativo	Uso adulto e pediátrico acima de 6 anos