UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Tese

A emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil

Naiana Alves Oliveira

Pelotas, 2017

Naiana Alves Oliveira

A emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências.

Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof.ª Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

O48e Oliveira, Naiana Alves

A emergência das práticas de cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil / Naiana Alves Oliveira ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora. — Pelotas, 2017.

149 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Saúde mental. 2. Atenção psicossocial infantojuvenil. 3. Práticas de cuidado. 4. Trabalhadores. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Naiana Alves Oliveira

A emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil

Tese apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 29 de setembro de 2017

Banca examinadora:

Prof.ª Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra (Orientadora)
Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo.

Prof.ª Dr.ª Paula Corrêa Henning
Doutora em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

Prof.ª Dr.ª Stefanie Griebeler Oliveira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof.ª Dr.ª Janaína Quinzen Willrich
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof.ª Dr.ª Bárbara Hees Garré
Doutora em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande.

Prof.ª Dr.ª Ana Paula Müller de Andrade.
Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Psicóloga, Dr.ª Carmen Terezinha Leal Argiles.
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas.

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas, por ter me mostrado a vida e o amor, nas suas expressões mais diversas, e a necessidade da ressignificação diária**.**

Agradecimentos

Um desafio tão grande quanto escrever esta Tese, foi utilizar duas páginas para agradecer as pessoas que fizeram parte da minha trajetória, desde 2009, quando fiz a escolha por ingressar no mundo da pós-graduação.

Inicio meus agradecimentos a minha querida mãe, minha avó e avô maternos. Mesmo frente aos obstáculos da vida, me incentivaram e oportunizaram condições para que eu continuasse a caminhada. Sei que de onde vocês estão, se alegram com a minha conquista. “Amo vocês”

As minhas tias Joici e Méri agradeço pelo carinho, pelo amor e confiança. Agradeço por vocês me incentivarem, diariamente, na busca pelos meus sonhos, e por estarem do meu lado, não somente nas vitórias, mas, também, nos momentos difíceis.

Às minhas irmãs e meus lindos sobrinhos e querida sobrinha-afilhada, Juliana, Carina, Gustavo, Gabriel e Marina, por acreditarem em mim e por compreenderem as minhas ausências em diversos momentos desta caminhada.

Ao Fabio, meu marido, agradeço pelo apoio em cada momento desta trajetória, especialmente nos mais difíceis, que não foram raros, mas sempre esteve do meu lado, cuidando de mim e do nosso filho Lucas, com paciência e amor. Ao meu filho, que tem uma espiritualidade admirável, mesmo sendo criança, soube entender minhas ausências. Ao nosso bebezinho que, pelas escolhas do viver, esteve pouco tempo em nossas vidas. “Amo vocês”.

Agradeço os meus sogros, Dílson e Vera, por todo o carinho e compreensão, e por todas as manhãs que dispensam o seu tempo para cuidar do Lucas. Sem dúvida, tudo isso me ajudou imensamente a concluir esta etapa da minha vida. Muito obrigada!

À minha orientadora, Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra pela amizade, sobretudo pelo profissionalismo, pelos conhecimentos compartilhados e por toda a sua confiança depositada nas minhas potencialidades. Agradeço-lhe pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional. “Aprendi muito com você”. E seguimos juntas nessa luta pelo cuidado às nossas crianças e jovens.

Um agradecimento especial à professora Paula Corrêa Henning, incentivadora, que mesmo a partir de outra instituição de ensino superior, e mesmo

após a ida para o pós-doutorado na Espanha, dedicou seu tempo a me auxiliar, na caminhada ao lado de Michel Foucault. Você, querida amiga, contribuiu fortemente para a construção desta Tese. Muito obrigada!

Às professoras da banca examinadora, professoras Luciane, Bárbara, Stefanie, Janaína, Ana Paula Müller, e a psicóloga Carmen, agradeço à vocês pelas contribuições para o enriquecimento desta pesquisa! Meu muito obrigada! A professora Stefanie Griebeler Oliveira agradeço por cada encontro, por cada aprendizado. Muito obrigada, minha querida!

À todos os colegas, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e da Faculdade de Enfermagem, pela amizade, coleguismo e por terem compartilhado esses momentos da minha vida.

Ao Grupo de Pesquisa Enfermagem, saúde mental e saúde coletiva, da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Meu carinho e admiração por todos e todas vocês: grandes profissionais e parceiros na luta pela saúde pública.

Ao município de São Lourenço, em especial à militante Graziela, por acreditar na potência deste estudo e possibilitar que ele acontecesse. Muito obrigada!

Ao CAPSi SACI, por me receber com tanto carinho e respeito. Fui muito feliz com vocês e aprendi tantas coisas. Uma equipe especial. Muito obrigada!

À Universidade Federal de Pelotas pela liberação concedida para a realização do doutorado, e pelas oportunidades para concretização dos meus sonhos. Esta parceria desde 2004, quando iniciei a graduação em Enfermagem na instituição, se estende até a conquista deste título de doutora. Muito obrigada!

Ao Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, meu agradecimento. A concretização deste estudo, fortalece as práticas de cuidado, com as quais, tenho o compromisso e a responsabilidade de colocá-las em movimento, através da luta e da resistência, como diria Foucault.

Aos trabalhadores e trabalhadoras do CAPSi Canguru, grandes guerreiros (as) na luta pela saúde mental de nossas crianças e jovens. Em especial, um agradecimento à Gári, Lilian, Denise, Marcia e Eduardo. Amigos que o CAPSi Canguru me deu. Suas palavras de carinho e amizade foram fundamentais para eu seguir o caminho, que muitas vezes se mostrou resistente.

E a todos os familiares e amigos que me incentivaram e participaram, de alguma forma desta trajetória, me ajudando na concretização deste grande desafio.

Muito obrigada!

Resumo

OLIVEIRA, Naiana Alves. **A emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil**. 2017. 149p. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

O presente estudo tem por objetivo problematizar as práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores, num Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, o que implicou no atravessamento dos efeitos e das estratégias de poder e norma que circulam neste cenário de cuidado. Pressupõe-se que as práticas de cuidado se constituem a partir de elementos de uma tecnologia disciplinar, investido, na atualidade, por estratégias biopolíticas e de controle para compor o discurso da Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, inspirada no referencial teórico proposto por Michel Foucault, numa vertente pós-estruturalista. Utilizou-se como técnicas de investigação, a entrevista semi-estruturada e a observação participante construída a partir de um diário de campo. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil no município de São Lourenço do Sul/RS e os participantes foram dezesseis trabalhadores. Os dados, através da análise textual, foram operacionalizados com as ferramentas teóricas a disciplina e a biopolítica. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 47881915.2.0000.5316, e seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa estão apresentados em um capítulo de análise, dividido em dois subcapítulos: 1) O CAPSi SACI e a composição da disciplina no espaço do cuidado, onde foi problematizado os mecanismos disciplinares, enquanto possibilidades de normalização das crianças e jovens, que através da disciplina do seu comportamento, favorece os acontecimentos e os meios para controlar e manipular; 2) Biopolítica e a fabricação de uma população: preocupação com o futuro, no qual propus a problematização das estratégias biopolíticas, das práticas disciplinares de cuidado, na Atenção Psicossocial infantojuvenil, e que demarcam uma população específica, que se mostra centrada na prevenção, no futuro, no que pode vir a acontecer. Conclui-se que, no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil SACI, as práticas de cuidado são exercidas por pessoas sujeitadas por outros mecanismos e estratégias que disciplinam, com tendência para normalizar e controlar. Por fim, os trabalhadores tendem a engendrar práticas disciplinadoras de cuidado, com a preocupação de fabricar uma população normalizada.

Palavras-chave: saúde mental; práticas de cuidado; atenção psicossocial infantojuvenil; trabalhadores.

Abstract

OLIVEIRA, Naiana Alves. **The emergence of care practices in psychosocial care for children and adolescents.** 2017. 149p. Thesis (PhD in Sciences) - Postgraduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2017.

The present study aims to problematize the care practices engendered by workers, in a child and adolescent Psychosocial Care Center, which implied crossing the effects and strategies of power and norm that circulate in this scenario. It is assumed that the care practices are constituted from elements of a disciplinary technology, invested, nowadays, by biopolitical and control strategies to compose the discourse of Psychosocial Care. It is a qualitative research, inspired by the theoretical framework proposed by Michel Foucault, in a post-structuralist perspective. Semi-structured interviews and participant observation constructed from a field diary were used as investigation techniques. The research was carried out at the Psychosocial Care Center for children and adolescents in the municipality of São Lourenço do Sul/RS and the participants were sixteen workers. The data, through textual analysis, were operationalized with the theoretical tools of discipline and biopolitics. The research was approved by the Research Ethics Committee, under CAAE: 47881915.2.0000.5316, and followed the rules of the Resolution 466/2012 from the National Health Council. The research results are presented in an analysis chapter, divided into two sub-chapters: 1) CAPSi SACI and the composition of the discipline in the care space, where the disciplinary mechanisms were problematized, as possibilities for normalizing children and young people, who through the discipline of their behavior, favor the events and the means to control and manipulate; 2) Biopolitics and the fabrication of a population: concern for the future, in which I proposed the problematization of biopolitical strategies, disciplinary care practices, in psychosocial care for children and adolescents, and which demarcates a specific population, which is centered on prevention, on future in what may happen. It is concluded that, in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center SACI, care practices are exercised by people subjected to other disciplinary mechanisms and strategies, with a tendency to normalize and control. Thus, workers tend to engender disciplinary care practices, with the concern to manufacture a normalized population.

Keywords: Mental Health; Care Practices; Psychosocial Attention for children and adolescents; Workers.

Riassunto

OLIVEIRA, Naiana Alves. **L'emergere delle pratiche nella Attenzione Psicosociale per bambini e adolescenti.** 2017. 149p. Tesi (Dottorato in scienze) - Programma post-laurea in infermieristica, Facoltà di infermieristica, Università Federale di Pelotas, Pelotas, 2017.

Il presente studio ha come obiettivo problematizzare le pratiche di assistenza generate dai lavoratori, in un centro di attenzione psicosociale per bambini e adolescenti, che ha implicato l'attraversamento degli effetti e delle strategie di potere e norma che circolano in questo scenario assistenziale. Si presume che le pratiche assistenziale siano costituite da elementi di una tecnologia disciplinare, investita, oggigiorno, da strategie biopolitiche e di controllo per comporre il discorso delle attenzione psicosociali. È una ricerca qualitativa, ispirata al quadro teorico proposto da Michel Foucault, in una prospettiva post-strutturalista. L'intervista semi-strutturata e l'osservazione dei partecipanti costruite da un diario di campo sono state usate come tecniche di indagine. La ricerca è stata condotta presso il Centro di attenzione psicosociale per bambini e giovani nel comune di São Lourenço do Sul/RS e i partecipanti sono stati sedici lavoratori. I dati, attraverso l'analisi testuale, sono stati resi operativi con gli strumenti teorici di disciplina e biopolitica. La ricerca è stata approvata dal Comitato etico della ricerca, ai sensi del CAAE: 47881915.2.0000.5316, e ha seguito le regole della risoluzione 466/2012 del National Health Council. I risultati della ricerca sono presentati in un capitolo di analisi, suddiviso in due sottocapitoli: 1) Il CAPSi SACI e la composizione della disciplina nello spazio dell'assistenza, dove sono stati problematizzati i meccanismi disciplinari dalla possibilità di normalizzare bambini e giovani, quelli attraverso la disciplina del loro comportamento, favoriscono eventi e mezzi per controllare e manipolare; 2) Biopolitica e fabbricazione di una popolazione: preocupazione per il futuro, in cui ho proposto la problematizzazione di strategie biopolitiche, delle pratiche disciplinare assitenziale, nella attenzione psicosociale per bambini e adolescenti e che delimitano una popolazione specifica, le qualle sono incentrate sulla prevenzione, di un futuro possibile da accadere. Si è concluso che, nel Centro di attenzione psicosociale per bambini e adolescenti SACI, le pratiche assistenziale sono esercitate da persone sottoposte ad altri meccanismi e strategie disciplinari, con la tendenza a normalizzare e controllare. Infine, i lavoratori tendono a generare pratiche disciplinare assitenziale, con la preoccupazione di produrre una popolazione normalizzata.

Parole-chiavi: Salute Mentale; Pratiche di Assistenza; Attenzione Psicossociale per bambini e adolescenti; Lavoratori.

Lista de abreviaturas e siglas

AT	Acompanhante Terapêutico
APi	Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CAPSUL	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil
CISE	Centro Integrado de Saúde Escolar
DC	Diário de Campo
ECA	Estatuto da Criança e do adolescente
FEn	Faculdade de Enfermagem
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SACI	Serviço de Atenção a Criança pela Inclusão
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação..... 13

1 (Des)construindo o cuidado em saúde mental infantojuvenil..... 20

1.1 Objetivos..... 26

2 História do Presente: de qual cuidado falamos?..... 27

2.1 A loucura, a institucionalização e a psiquiatria: constituição histórica..... 29

2.2 O modo asilar de cuidado e as rupturas epistemológicas..... 37

2.3 A psiquiatria brasileira e o modo psicossocial: os deslocamentos das práticas de cuidado em saúde mental..... 46

2.4 A criança, o jovem e o CAPSi: relação de cuidado fabricado..... 49

2.5 Atenção Psicossocial infantojuvenil: práticas de cuidado na atualidade..... 61

3 Visitando o campo teórico de Michel Foucault: ferramentas conceituais..... 67

4 Caminhos metodológicos percorridos 82

5 Saberes e práticas no CAPSi: possibilidades para o cuidado em saúde mental infantojuvenil..... 92

5.1 O CAPSi SACI e a composição da disciplina no espaço do cuidado..... 93

5.2 Biopolítica e a fabricação de uma população: a preocupação com o futuro..... 102

6 Considerações finais 120

Referências..... 123

Apêndices..... 135

Anexos..... 142

Apresentação

A inspiração inicial para a realização desta pesquisa decorre de questionamentos relacionados à minha prática assistencial, no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), desde 2011. O anseio por pensar em modos de produzir saúde mental para crianças e jovens[1], implicou na busca pelas construções históricas que se constituíram em torno das práticas, o que auxiliou a olhar *como* está sendo engendrado esse cuidado na contemporaneidade. Já dizia Foucault (2013a), e aqui eu expresso a minha intenção de olhar para o presente, com olhos do passado.

Assim, a tese de doutoramento em questão teve como objetivo problematizar as práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores, no CAPSi SACI (Serviço de Atenção à Criança pela Inclusão), de um município da região sul, do Rio Grande do Sul, no período de outubro a dezembro de 2015. Defendo, nesta pesquisa, o pressuposto de que as práticas de cuidado realizadas no CAPSi SACI se constituem a partir de elementos de uma tecnologia disciplinar, para produção de indivíduos econômicos e produtivos e que, na atualidade, é investido por estratégias biopolíticas e de controle para compor o discurso da Atenção Psicossocial. Assim, produz uma história de preocupação com o futuro, ou seja, a preocupação de fabricar uma população "normalizada".

Problematizar as práticas de cuidado, produzidas pelos trabalhadores, no cenário da Atenção Psicossocial infantojuvenil, não foi uma tarefa fácil,

[1] A escolha por utilizar o termo jovem, ao invés de adolescente, atende ao acento foucaultiano proposto nesta Tese, entendendo a juventude como categoria mais ampla. Busquei me distanciar do objeto adolescência, enquanto aquele constituído por processos, tanto psicologizantes, quanto biológicos, que enquadram o adolescente em etapas que se aprimoram ao longo de sua vida (Coimbra; Bocco; Nascimento, 2005). Tais etapas, recortadas em fases de desenvolvimento, confere ao termo adolescência características próprias, distintas, organizadas por idade, modos de pensar, modos de agir, dos quais, este estudo tem a pretensão de distanciar-se (FRANCO *et al*, 2014).

principalmente após a análise dos dados, que sinalizou a preocupação com o futuro das crianças/jovens, e que ambos vêm sendo fabricados ao longo de sua história.

Neste estudo, como mencionado, está implicado a motivação enquanto trabalhadora deste cenário de cuidado. Mas além disso, ser aluna de uma faculdade que possui um grupo de saúde mental consolidado através de muitas batalhas, lutas e transformações, me incentivou a desenvolver esta pesquisa, especialmente ao ser parte do projeto de pesquisa da prof.ª Dr.ª Valeria Cristina Christello Coimbra, minha orientadora, sobre estudos que envolvem a atenção psicossocial infantojuvenil.

A atuação como membro do grupo de pesquisa Estudos em Saúde Mental e Saúde Coletiva, da Faculdade de Enfermagem da UFPel, coordenado pela professora Drª. Luciane Prado Kantorski, revela-se como um forte incentivo, especialmente, por ter participado, em meados de 2006-2007, em diversas etapas da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil – CAPSUL.

A participação como entrevistadora na pesquisa CAPSUL, me proporcionou conhecer a realidade do modo de cuidado na Atenção Psicossocial, onde atuei em três municípios da região centro-oeste, do estado do Rio Grande do Sul – Santo Ângelo, Panambi e Santiago. Foi um momento que permitiu o diálogo com a prática de cuidado entre trabalhadores, usuários e familiares, e que fizeram diferença na minha constituição enquanto enfermeira, o que me permitiu a olhar para histórias de vida, de sonhos, de sujeitos que nos dizem muito sobre modos de atenção, de necessidades de cuidado.

Esse momento foi muito importante para minha formação acadêmica, pois além da formação profissional, tive a possibilidade do contato com a pesquisa. Mas devido ao término da minha participação na pesquisa CAPSUL, como fazia parte de outro grupo de estudos, na linha de organização do trabalho, e com a aproximação do término da graduação e a possibilidade de ingressar no programa de pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, afastei-me, neste período, do campo da saúde mental.

O ingresso no curso de Mestrado Acadêmico na FURG, em 2009, me permitiu desenvolver a pesquisa com os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da referida universidade, buscando, através da história oral, conhecer a criação dos cursos de pós-graduação em Enfermagem da FURG. Para tanto, numa perspectiva histórica e cultural de grupos sociais, busquei visualizar as

transformações e as mudanças presentes no contexto da prática docente. No período do mestrado na FURG, realizei o curso de especialização em Educação, na Faculdade de Educação, da UFPel, no qual tive a oportunidade de refletir acerca das da identidade profissional do enfermeiro que atua na docência do ensino superior, também, numa perspectiva histórica e sociocultural, compreendendo a importância da formação, na constituição do sentido do exercício pedagógico.

Acredito que são nesses aspectos da minha formação em pós-graduação anterior, que esta tese se situa, pelo fio condutor que me aproximou da necessidade de compreensão das práticas sociais construídas coletivamente.

No ano de conclusão da dissertação de mestrado, em 2011, tive a oportunidade de iniciar a minha formação, mais especificamente profissional, retornando para a área de saúde mental, no curso de especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na UFPel. Refiro-me à formação profissional pois, no decorrer do curso, fui nomeada através de concurso público, pela Secretaria de Saúde de Pelotas, e convocada a trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, onde desenvolvo minha prática assistencial, até o presente momento.

Como disse no início desta apresentação, a atuação como enfermeira no CAPSi Canguru, de Pelotas/RS, permitiu conhecer crianças e jovens em sofrimento psíquico, na maioria deles relacionados às dificuldades escolares, transtornos de comportamento, de conduta e muitos deles, como causa da desorganização do suporte familiar e social e do aspecto socioeconômico. Desse modo, entendo a necessidade da promoção e orientação de práticas de cuidado que estejam atentas às demandas desses usuários, e as diretrizes que estão sendo apontadas e discutidas no cenário da Atenção Psicossocial, e das políticas públicas de saúde brasileira.

Outro importante desafio na construção desta pesquisa, foi a escolha do referencial teórico para seu desenvolvimento. O contato inicial com Michel Foucault ocorreu durante a realização da disciplina de Epistemologia, no curso de doutorado em 2013. Ao me deparar com as leituras, fiquei encantada com autor, pois ele me colocou a questionar tantas coisas, buscando em outros programas de pós-graduação da UFPel e da FURG, o aprofundamento nas leituras da obra de Foucault.

Nesta trajetória, tive a oportunidade de conhecer a professora Dr.ª Paula Corrêa Henning, na FURG, do programa de pós-graduação em Educação Ambiental. A professora Paula, mesmo que de outra instituição, me auxiliou, nas leituras e escolhas das ferramentas teóricas foucaultianas, e no aprofundamento dos meus estudos para esta construção.

Assim, esta pesquisa e os movimentos realizados para percorrê-la, inspirada em Michel Foucault, foram fundamentais para problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Corroborando com Foucault, a intenção deste estudo não foi a de buscar e tampouco mostrar verdades, mas me possibilitou rever fatos passados para pensar o hoje e problematizar as práticas; um hoje que sempre se tornará um ontem, no momento em que é pensado novamente.

A problematização realizada neste estudo, significou conhecer as relações que se dão nas falas dos trabalhadores, a partir das quais foram possíveis identificar as relações entre saber-poder. Ao olhar para as condições de possibilidades existentes neste cenário de cuidado, essa construção, se movimenta na possibilidade de transformação dos modos de cuidar, a partir do momento que me fez questionar, problematizar, ver de outra forma as práticas de cuidado as crianças e jovens, produzidas pelos trabalhadores na atualidade.

A escolha por dialogar com Michel Foucault possibilitou a não buscar sentido de verdade nesses acontecimentos, tampouco nas estratégias utilizadas para desenvolver este estudo. Tem-se que o discurso se constitui como uma série de acontecimentos que conversam, estabelecem relações com outros acontecimentos (FOUCAULT, 2008) e, para que essas relações sejam constituídas, elas precisam ocorrer num determinado lugar, marcado por saberes e relações de força, das quais produzem um discurso: um discurso que sinaliza uma preocupação com o futuro, com o que pode vir a acontecer. Um discurso sobre as práticas de cuidado.

Na metodologia, utilizei algumas ferramentas teóricas, a partir dos estudos de Michel Foucault, tais como, discurso, enunciações, relações de poder, saber, disciplina, vigilância, normalização e biopolítica. Destaco que a minha intenção com este estudo foi ficar no nível do que foi (está) dito, não entrar ao nível da universalidade de verdades ou mentiras. Minha intenção foi problematizar, questionar, colocar em operação os discursos ditos, e colocá-los em um campo de exterioridade (FOUCAULT, 2013a, p. 55).

Pretendo, assim, mostrar como articulei os acontecimentos nesta pesquisa, revelando aspectos históricos importantes e necessários que me auxiliaram a pensar o hoje. Desse modo, contextualizei a história da loucura, das práticas psiquiátricas, asilares e psicossociais, constituídas em cada período desses acontecimentos, até o modo de cuidado na perspectiva da Atenção Psicossocial. Ainda, contextualizei o modo como as crianças e os jovens foram institucionalizados, tanto dentro de espaços manicomiais, quanto fora deles. Contextualização que parte de questionamentos que nos emitem palavras, nos constituem. Palavras que podem nos dizer *como* a criança, o jovem, ainda, se constituiu na contemporaneidade.

Saliento que, para o desenvolvimento desta pesquisa, eu precisei me afastar para não entrar na ordem arriscada do discurso, mas ao mesmo tempo, tive de estar atenta a instituição contemporânea, pois ela sim nos inquieta, nos convida a supor dominações, a nos preparar para o futuro, por que ela nos quer úteis e produtivos. Este foi um perigo que esteve comigo ao longo de cada página escrita.

Essas suposições me motivaram a pensar e a olhar como a criança e o jovem vêm, ao longo de suas histórias, sendo controlados, vigiados, selecionados e organizados, através das práticas de cuidado que os direciona a como devem se relacionar nos espaços sociais em que vivem, ou seja, na família e na escola. Assim, entendo que as falas dos trabalhadores do CAPSi SACI, relacionadas ao cuidado engendrado nas suas práticas cotidianas, me deram subsídios para problematizá-las no cenário da Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Desse modo, o meu objeto analítico são as práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil, e a partir desse objeto, estruturei a tese a partir das seguintes interrogações: 1) Quais as práticas de cuidado em saúde mental que surgem na Atenção Psicossocial infantojuvenil? 2) Quais os efeitos e as estratégias de cuidado que foram engendradas pelos trabalhadores na constituição histórica da Atenção Psicossocial infantojuvenil? e 3) Que enunciações circulam nas práticas de cuidado na Atenção Psicossocial e que legitimam a emergência do cuidado em saúde mental infantojuvenil?

Por fim, apresento a estruturação do meu estudo, construído, especialmente, pelas mobilizações presentes, enquanto profissional enfermeira, e a busca por transformações da prática profissional, num movimento em que envolve as práticas de cuidado voltadas à criança e ao jovem, na Atenção Psicossocial:

No capítulo **1 “(Des)construindo o cuidado em saúde mental infantojuvenil”** desenvolvi o meu objeto histórico, além das questões que nortearam a pesquisa, e os objetivos gerais e específicos.

No segundo capítulo **“História do Presente: de qual cuidado falamos?”** apresento as estratégias das práticas de cuidado na institucionalização da loucura, bem como os efeitos e os momentos históricos que marcaram a constituição da Atenção Psicossocial infantojuvenil, quando dessa emergência.

No capítulo **3** “**Teorização foucaultiana: ferramentas conceituais**” demonstro a construção teórica inspirada nas ferramentas propostas por Michel Foucault.

O quarto capítulo “**Movimentos de inspiração foucaultiana: caminhos percorridos**” apresenta o referencial metodológico, no qual descrevi os caminhos percorridos para a realização desta pesquisa.

No capítulo **5 “Saberes e práticas no CAPSi: possibilidades para o cuidado em saúde mental infantojuvenil?”** propus um movimento analítico das enunciações que circularam nas práticas de cuidado, problematizando-as, enquanto possibilidade para a transformação de modos de vida. Este capítulo, compõe-se em dois subcapítulos, que são: 5.1) O CAPSi e a composição da disciplina no espaço do cuidado e 5.2) Biopolítica e a fabricação de uma população: preocupação com o futuro, no qual mostrei como as estratégias biopolíticas das práticas disciplinares de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, demarcam uma população específica, que se mostra centrada na prevenção, no futuro, no que pode vir a acontecer.

Por fim, no capítulo 6 trago as **“Considerações finais”** do estudo, no qual me dediquei a resgatar os objetivos da pesquisa, articulando com os pontos importantes que amarram os capítulos descritos anteriormente.

Na tentativa de encerrar este caminho a que me propus percorrer e, compreendendo que a modernidade nos conduz a iniciar e a concluir etapas, e a oferecer respostas - respostas que aqui eu não tenho, definidas, marcadas -, mostro indícios que nos movem para a transformação das práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil, na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Assim, convido ao atravessamento deste estudo que contribuirá a olhar o presente de outra forma, a olhar para o modo como estamos realizando o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, em meio a saberes e práticas tão distintas de

tempos anteriores, mas com propósitos (me parece) semelhantes. Desse modo, este estudo, não tem a pretensão de construir novas práticas de cuidado em saúde mental para crianças e jovens, mesmo por que, a Atenção Psicossocial infantojuvenil está consolidada na política de saúde brasileira. Mas é um convite para mergulhar neste cenário dócil, vigiado, controlado e operado por estratégias biopolíticas, tão caras a contemporaneidade.

1 (Des)construindo o cuidado em saúde mental infantojuvenil

> [...] 1. As condições para que apareça um objeto de discurso, as condições históricas para que dele se possa “dizer alguma coisa” e para que dele várias pessoas possam dizer coisas diferentes, as condições para que ele se inscreva em um domínio de parentesco com outros objetos, para que possa estabelecer com eles relações de semelhança, de vizinhança, de afastamento, de diferença, de transformação – essas condições, como se vê, são numerosas e importantes. Isto significa que não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época; não é fácil dizer alguma coisa nova; não basta abrir os olhos, prestar atenção, ou tomar consciência, para que novos objetos logo se iluminem e, na superfície do solo, lancem sua primeira claridade. Mas esta dificuldade não é apenas negativa; não se deve associá-la a um obstáculo cujo poder seria, exclusivamente, de cegar, perturbar, impedir a descoberta, mascarar a pureza da evidência ou a obstinação muda das próprias coisas; [...] (FOUCAULT, 2013a, p. 54).

Inicio este capítulo com a citação de Michel Foucault (2013a), pois esta tese, trata de problematizar as relações estabelecidas nas práticas de cuidado na Atenção Psicossocial, o que me possibilitou conhecer as trans-formações (LAROSSA, 2002), neste novo projeto de cuidar em saúde mental. Assim, de modo a operar as condições históricas que atravessaram e ainda atravessam a preocupação com a saúde mental infantojuvenil, considero oportuno contextualizar o cuidado, as práticas e os saberes, enquanto acontecimentos históricos, e que envolvem subjetividades do trabalhador, da criança e do jovem.

Os caminhos percorridos para a construção desta tese, operacionalizados pelas ferramentas teórico-metodológicas de Foucault, para problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil (APi), implicou no atravessamento dos efeitos e estratégias de poder e norma, produzidos no contexto desse cenário de cuidado, a partir das falas dos trabalhadores. Com o *corpus* empírico em mãos, tive o receio – diria até medo - de cair na armadilha de não ser leal à Foucault - fiel

ele não quer que sejamos mesmo - e, também, por que esse *corpus* que se produziu me mobiliza, especialmente por que me toca e me faz produzir tantos questionamentos. Mas eu precisei me afastar. Eu precisei ser leal a ele; tenho dúvidas e não tenho repostas, talvez nunca as terei. Precisei superar medos, anseios e, ao trilhar o caminho, busquei brechas capazes de me auxiliar, a romper com o que parece estar instituído.

Assim, para problematizar as práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores no CAPSi foi necessário que eu realizasse, uma incursão nos estudos de Michel Foucault, para a sustentação teórica. Além disso, eu também, dialoguei com outros autores que me ajudaram a fazer na problematização, tais como, Alfredo Veiga-Neto, Rosa Maria Fischer, Edgardo Castro, Albuquerque Junior, Judith Revel, Sandra Caponi, dentre outros.

Para o apoio teórico, também, busquei outros autores que me ajudaram a dialogar com o meu objeto de estudo, tais como, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Abílio Costa-Rosa, Ribeiro e Lykouropoulos (Org.), dentre outros. Além desses, os autores Phillipe Àries e Franco Frabboni, me auxiliaram a adentrar no universo da história das crianças e dos jovens.

Conceituando cuidado, a palavra tem sua origem do latim *cogitatu*, que significa pensado, imaginado, planejado. O cuidado também se refere à dedicação, cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosos; exige atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo, aquilo que se dedica a alguém ou algo (HOUAISS; SALLES, 2001; PEREIRA; LIMA, 2008).

O cuidado em saúde significa tratar, respeitar, acolher, atender o sujeito em seu sofrimento, na maioria das vezes ocasionado pela fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade que suas dificuldades requerem (PEREIRA; LIMA, 2008). Produzir cuidado envolve parcerias entre usuários, profissionais e instituições e, ainda para os autores, o vínculo estabelecido entre esses sujeitos, tem a possibilidade de promover e atender demandas (PEREIRA; LIMA, 2008).

Essa relação entre quem cuida e quem é cuidado é produzida social e historicamente, delimita modos de agir, cuja produção de cuidado se faz contextualizada e exerce impacto na vida dos sujeitos, dada por “aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em práticas e na ação de cidadãos sobre os outros, em uma dada sociedade“ (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 112). Desse

modo, a produção do cuidado que circula nas práticas e nos espaços de cuidado em saúde mental infantojuvenil, constituem-se enquanto modos de vigilância e estratégias de poder, pois pressupõem modos de ação sobre ações possíveis, e que colocam em funcionamento mecanismos de poder e de constituição de sujeitos (CASTRO, 2016).

A partir do século XVIII, o Ocidente conheceu transformações quanto aos mecanismos de poder, substituindo um poder individual, para um poder que fala sobre a vida, sobre a história dos indivíduos, ou seja, os processos relacionados à vida humana, começam a ser levados em conta por "procedimentos de poder e de saber, que tentam controlá-los e modificá-los" (FOUCAULT, 2014, p. 134). Ainda, sobre a concepção moderna que regulamenta a vida, Foucault diz que:

> O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder (FOUCAULT, 2014, p. 134).

A partir dessa concepção de um poder que fala sobre a vida, e a emergência das práticas de cuidado na APi, é que se busca (re)ver as práticas desse outro regime do discurso científico, o modo psicossocial, a partir da ruptura epistemológica que se instituiu, no início do século XXI. Buscar os novos modos de relações existentes, entre a história e a vida, nas suas dimensões biológicas, sociais e políticas, e suas implicações sobre a doença mental na contemporaneidade. Esse pensamento contemporâneo pode nos indicar que, ao pensar na prevenção das doenças mentais que, se não detectadas precocemente, assim como relatam Oliveira, Ribeiro e Coimbra (2012), se não tratadas, examinadas, medicadas, acarretará prejuízos na vida adulta. O que se traduz num prejuízo para a sociedade.

Nesse contexto, Merhy (2005) aponta para a necessidade de um modelo de assistência, que esteja centrado no usuário e comprometido com uma gestão coletiva, multidisciplinar e interdisciplinar. Com isso, as relações que se estabelecem nesse encontro, entre quem cuida e quem recebe o cuidado, produzem uma rede complexa de atos, procedimentos, práticas, mas, também, de disputa de saberes e relações de poder (MALTA; MERHY, 2010). Nessa rede, as ações relacionadas às

práticas de cuidado, exercidas por um sujeito, uma equipe, uma instituição, produzem novos sentidos de cuidado a todo o momento, pois o “outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo, tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida” (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 112).

No contexto da saúde mental, o cuidado em saúde mental, para crianças e jovens, segue o mesmo paradigma da Reforma Psiquiátrica, que se contrapõe ao modelo asilar e aos saberes que a partir dele, foram constituídos (REIS; DELFINI; BARBOSA; NETO, 2016). Pensar as práticas de cuidado, nessa perspectiva, permitiu um olhar para uma prática que possa intervir, não somente no corpo orgânico, mas a favor de um corpo social, destituído da universalidade de verdades (FOUCAULT, 2012a). É compreender que o indivíduo pode ser responsável pelo seu próprio corpo, pela sua própria saúde, e enquanto produtores de saúde mental, precisamos incentivá-lo.

Assim, surgem ao final do século XX, resistências que buscaram a superação do modelo biomédico envolvido no processo de cuidado as crianças e aos jovens. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituíram-se através de importantes mudanças que viabilizaram a consolidação do modo psicossocial de cuidado em saúde mental (BARBOSA *et al*, 2016, REIS; DELFINI; BARBOSA; NETO, 2016). A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, e a Portaria GM N.º 332, de 2000 e a Lei N.º 10.216, em 2001, ambas do Ministério da Saúde, foram condições de possibilidades para, além de proteção e a atenção em saúde mental, a criação do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, orientando as diretrizes específicas para o cuidado da criança e do jovem, em sofrimento psíquico (REIS; DELFINI; BARBOSA; NETO, 2016; BRASIL, 2005a).

O conceito de cuidado aqui empreendido, se mostra, portanto, relacionado à uma condição de possibilidade que busca a valorização da saúde do indivíduo, que tem necessidades e responsabilidades, mas que sua vida e seu corpo, precisam ser modulados para um bom funcionamento social.

Os diferentes modos de cuidado, ao longo da história da saúde mental, portanto, pressupõem uma mudança de paradigma na atenção psiquiátrica. Essas práticas de cuidado que orientavam e, ainda orientam os tratamentos realizados, podem ser problematizados, com o que Foucault (2012b) entende por verdade que é tudo o que é dito num determinado lugar, e num determinado tempo, e que produz

regimes de verdade, ou seja, um conjunto de regras, procedimentos e práticas que legitimam determinados conceitos e verdades. Essas verdades são produzidas de acordo com a necessidade histórica, social e que atende aos interesses determinados num tempo histórico, o que o autor denomina de acontecimento (FOUCAULT, 2012c). Para tanto, foi fundamental realizar este percurso histórico sobre os modos de cuidado, ao longo das práticas em saúde mental, para eu pensar e problematizar, sobre a concretização do projeto de Atenção Psicossocial, proposto atualmente.

Os desafios envolvidos na produção de práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, foram abordados na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, quando foram apontados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens (BRASIL, 2005b). Contudo, o cuidado na perspectiva da Atenção Psicossocial concretizou-se, somente, após as deliberações da Lei N.º 10.216, de 2001, e meio ano depois, pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005b). Assim, a 2ª e 3ª conferências de saúde, e a lei de 2001, foram importantes movimentos para a construção da legislação para o cuidado da criança e do jovem em sofrimento psíquico (REIS; DELFINI; BARBOSA; NETO, 2016), mas penso que esse movimento, não foi suficiente para pensar o cuidado em saúde mental, para esta população específica.

Segundo Lykouropoulos e Péchy (2016), no Brasil, é histórica a falta de espaços e de políticas próprias para saúde mental infantojuvenil. As mesmas autoras sinalizam que, se o CAPSi é um equipamento da rede de atenção à saúde, constituído para atenção diária, destinado à criança e ao jovem, com transtorno mental, além de marcar socialmente a exclusão – somente transtorno mental grave, persistente, recorrente – mantemos uma visão reducionista, não nos dando conta de atender a singularidade, dos contextos que engendram processos de adoecimento.

Assim, busquei a partida através desses pontos para olhar, historicamente, para a emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, no sentido, também, de romper, lutar e resistir com uma lógica institucionalizante, para exercer um cuidado que se processa na vida e para a vida das crianças e dos jovens. Cabe lembrar que, somente a partir de 2005, que o Ministério da Saúde passou a orientar, a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária, territorial, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005a).

Desse modo, o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil é orientado a partir das políticas públicas, numa perspectiva de cuidado ampliado e multiprofissional, e de base comunitária. Essas estratégias de cuidado alinham-se aos pressupostos da proposta psicossocial, de modo a pensar na promoção de uma saúde mental, atendendo as necessidades de saúde, incluindo ações de autocuidado e inserção social. Além disso, operam para uma clínica que se processa na vida e para a vida, possibilitando o desenvolvimento de atividades que integrem a família e a comunidade desses usuários, e sejam desenvolvidas, preferencialmente, no território do indivíduo, para que essas práticas sejam realizadas de forma horizontal, na composição de redes de cuidado em saúde (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016).

Para tanto, na intenção de problematizar as práticas de cuidado realizadas no CAPSi, considerei importante, um olhar para o passado, para as ações de cuidado e para as práticas realizadas ao longo dessa história, me questionando como foi e como está sendo realizado o cuidado na atenção em saúde mental, para crianças e jovens. Essa questão permeou meu objeto de estudo, pois ao mesmo tempo que dispomos de um cuidado em saúde mental infantojuvenil, precisamos problematizá-lo como esse ocorre, na Atenção Psicossocial.

Sendo assim, o objeto do presente estudo são as práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores que atuam na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Pretende-se, a partir desse objeto, interrogar: 1) Quais as práticas e estratégias de cuidado em saúde mental engendradas pelos trabalhadores, que legitimam a emergência da Atenção Psicossocial infantojuvenil? e 2) Quais os efeitos das estratégias de cuidado na constituição histórica da Atenção Psicossocial infantojuvenil?

TESE: Minha tese compreende que as práticas de cuidado se constituem a partir de elementos como a tecnologia disciplinar, e são investidas por estratégias biopolíticas e de controle para compor o discurso da Atenção Psicossocial, produzindo uma história de preocupação com o futuro, ou seja, a preocupação de fabricar uma população “normalizada”

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Problematizar as práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

1.1.2 Objetivos específicos:

Identificar os efeitos e estratégias de poder e norma que circulam nas práticas de cuidado realizadas na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas no contexto da Atenção Psicossocial infantojuvenil, na perspectiva dos trabalhadores.

2 História do Presente: de qual cuidado falamos?

Neste capítulo, proponho trazer conceitos importantes, buscando mostrar o porquê e o como certas práticas e conhecimentos se constituíram em dado momento histórico, trilhando, para tanto, no passado com olhos do presente, de modo a identificar rupturas epistemológicas que tratam da loucura, processos saúde-doença mental, criança/jovem e atenção psicossocial, a partir de aspectos históricos e os que se constituem na contemporaneidade.

Esta tese parte do questionamento acerca das práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores, nos serviços de saúde mental para criança e jovem. Sabe-se que os Centros de Atenção Psicossocial ganharam forma a partir da Portaria GM n.º 336, de 2002, seguindo os princípios da Lei Federal n.º 10.216/2001, os quais estabeleceram o modo psicossocial de cuidado, que surge em oposição às características do modo asilar, sendo propostos como equipamentos quando da implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva – Reforma psiquiátrica - ao modelo manicomial (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001).

Para Lykouropoulos e Péchy (2016) a Reforma Psiquiátrica e a política antimanicomial não deram conta de planejar uma mudança substancial de paradigma para a saúde mental de crianças e jovens, pois esses sujeitos não tiveram as mesmas experiências dos adultos, nos moldes de cuidado no interior dos manicômios:

> [...] se os CAPS se apresentam como serviço estratégico de cuidado substitutivo à internação psiquiátrica a que estavam submetidos em larga escala os adultos com transtornos mentais, no caso de crianças e jovens há aí mesmo um paradoxo. Isto por que, se não oferecermos **a devida atenção** durante seu desenvolvimento, **garantindo a liberdade de experimentação da vida** no estabelecimento de laços

> e referenciais de pertencimento social, estaremos sob o risco de que **se tornem adultos institucionalizados** e privados do pleno exercício da cidadania (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 88, **grifo nosso**).

A partir dos aspectos apontados pelas autoras, posso sinalizar que existe uma tentativa de reforçar a objetivação acerca do processo saúde-doença mental, sobretudo enfatizando marcas da exclusão social. Ao longo deste capítulo, mostrarei como a história da criança e do jovem movimenta-se em meio à experiências institucionalizantes, nem sempre em espaços manicomiais – por que nasceram crianças nos asilos – mas aquelas que ocorrem em cenários como creches, internatos, escolas.

Para Foucault (2010a), em “Em defesa da sociedade”, volume que reuniu edições de gravações e transcrições, conservadas no *Collège de France*, e que inaugurou a publicação dos cursos proferidos pelo autor, o poder se exerce no domínio da norma, essa em congruência com a construção de um paradigma que fundamentará a distinção do que é normal e do que é anormal.

A **norma** para Foucault (2010a) não tem a pretensão de rejeitar, propor exclusão, mas a de estar ao tempo todo ligada à um mecanismo de técnica positiva de intervenção e transformação, uma espécie de poder normativo (CANGUILHEM, 2006). Já o que é anormal, aquele que está situado à margem da norma, são aqueles que estão expostos aos instrumentos de correção, pautados, principalmente, em mecanismos de exclusão.

O poder, por sua vez, nas sociedades ocidentais e modernas, é exercido através da disciplina – poder exercido no indivíduo - e da biopolítica que é o poder que é exercido sobre as populações (FOUCAULT, 2010a).

Assim, incialmente, para problematizar as práticas de cuidado, o que será apresentado no capítulo 5, torna-se necessário introduzir alguns conceitos importantes de modo a dar clareza histórica para as discussões posteriores, a fim de pontuar como se dá a emergência da Atenção Psicossocial infantojuvenil na atualidade. Problematizar o meu objeto significa apontar o como e o porquê de certas práticas e conhecimentos em um dado momento histórico, e a relação contingente estabelecida entre ambos os domínios.

Desse modo, é importante dizer que uma análise que visa problematizar não deve ser compreendida como uma categoria analítica apenas, mas sim

como uma atitude engajada na superação dos limites impostos ao pensamento, e que busca a experimentação do pensar através da luta, do combate ao que é objetivado, racional, fixo e estável. Desse modo, perpasso por alguns termos caros à Foucault, apontando essas ferramentas como possíveis para problematizar com o objeto que ora me interessa.

Mas por que história do presente? Para Foucault, a história só é necessária por que olha para o passado, com os olhos do presente, o que me ajudou a pensar como o cuidado é marcado por rupturas epistemológicas que tratam da institucionalização da loucura e os modos de tratar a criança/jovem e a doença mental no espaço do CAPSi.

Alguns questionamentos se fizeram necessários para construção deste capítulo e as incursões conceituais que circulam entre a história que aqui se faz presente, mas que também, já aconteceu, mas que precisa acontecer novamente para que novas inquietações surjam e mobilizem transformações do que está constituído. Para tanto me perguntei: como o “louco” foi assumido enquanto doente mental? Que práticas de cuidado foram produzidas quando dessa emergência? Essas inquietações me fizeram pensar em práticas de cuidado produzidas para e com a população, e não com o louco, que é constantemente tomado enquanto indivíduo perigoso, enquanto aquele que é necessário excluir para tratar, para normalizar a anormalidade existente?

Para tanto, as incursões ocorreram nos escritos de Michel Foucault: Nascimento da Clínica (1977), Nascimento do Hospital (2012d) – no livro Microfísica do Poder -, História da Loucura (2012e) e Poder Psiquiátrico (2006).

2.1 A loucura, a institucionalização e a psiquiatria: constituição histórica

Foucault (2012e) no livro *História da Loucura* investigou as condições de possibilidade e de existência da psicologia, desde a Idade Média até os tempos modernos, enquanto saber envolvido na constituição do sujeito louco. Ao analisar a existência da psicologia, desde o fim da Idade Média e durante todo o período da Renascença, apontou que o saber psicológico não foi pensado nestes períodos históricos, seja enquanto ciência como a conhecemos, seja no que se refere à loucura enquanto doença mental.

Sabe-se que nem sempre a loucura foi entendida enquanto doença, tampouco a compreensão sobre sua constituição se dava a partir de um problema de integração social. Do mesmo modo que a “loucura”, o cuidado prestado às pessoas que apresentavam algum comportamento diferente dos demais, variou no decorrer dos tempos e foi influenciado por costumes, crenças e religião.

Ao longo da sua constituição, a loucura, na Grécia antiga era vista como manifestação dos deuses nessa época, era reconhecida e tinha um valor social, pois as palavras ditas pelo louco eram como saberes capazes de interferir principalmente no destino das pessoas (FOUCAULT, 2012a).

No início da Idade Média, Foucault (2012e) bem nos lembra em *A História da Loucura* que o processo de exclusão iniciou com a criação dos leprosários, com o intuito de colocar os leprosos num local de cuidado, mas não para tratá-los e, sim, para excluí-los da sociedade. Com o desenrolar do momento histórico, os leprosários iam gradativamente desaparecendo, mas logo foram preenchidos por pessoas que não contribuíam para sociedade, ou seja, os mendigos, os feiticeiros, os portadores de doenças venéreas, doenças mentais e dentre outros.

Nesse período, os filhos dos doentes “leprosos” eram retirados de seus pais e enviados à educandários. Marca social de exclusão que se camuflava através da institucionalização que disciplinava, moldava e preparava para o futuro. Já os pais leprosos, excluídos, foram colocados dentro de navios, sem direção de desembarque. Porém, para a cultura da época, a exclusão e o abandono era sinal de salvação. Logo, com o desaparecimento da lepra, surgiram as doenças venéreas, mas estas não permaneceram muito tempo no palco das doenças, pois a ciência logo trouxe explicação para sua causa e tratamento. O espaço deixado pela lepra, portanto, foi substituído por um fenômeno bastante complexo para a ciência, ou seja, a loucura (2012e).

Na época do Renascimento (século XV e XVI) a loucura perde a posição de natureza divina e o louco passa a ser visto como aquele que transgride ou ignora a moral racional – não tem controle dos seus atos; até então, os loucos eram inofensivos e viviam soltos pela cidade e faziam parte de sua paisagem (FOUCAULT, 2011). De acordo com o autor, alguns, chamados de lunáticos mais perigosos, eram lançados em prisões e submetidos à inanição, por se

tornarem uma possível ameaça à sociedade. Esse paradigma denominado razão e loucura, originado no interior do homem, se alimenta de nossas angústias, ilusões e sonhos – por isso nesse período a loucura estava associada às transcendências imaginárias (FOUCAULT, 2011).

No final do século XVII, a peste determinou que todos os indivíduos permaneceriam em "[...] Espaço recortado, imóvel, fixado. Cada qual se prende a seu lugar. E, caso se mexa, corre perigo de vida, por contágio ou punição" (FOUCAULT, 2011, p. 186). O controle, a vigilância estão em toda a parte; registra-se todas patologias, constantemente e de modo centralizado; o poder é exercido sem divisão e cada indivíduo é facilmente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos (FOUCAULT, 2011). Eis a segregação,

> [...] a determinação a cada um de seu "verdadeiro" nome, de seu "verdadeiro" lugar, de seu "verdadeiro" corpo e da "verdadeira" doença. A peste como forma real e, ao mesmo tempo, imaginária da desordem tem a disciplina como correlato médico e político. Atrás dos dispositivos[2] disciplinares se lê o terror dos "contágios", da peste, das revoltas, dos crimes, da vagabundagem, das deserções, das pessoas que aparecem e desaparecem, vivem e morrem na desordem. (FOUCAULT, 2011, p. 188)

Ao final do século XVII, por volta de 1692, formou-se na Inglaterra uma sociedade chamada, "Sociedade para a Reforma das Maneiras (do comportamento, da conduta)" (FOUCAULT, 2013b, p. 91). Essa sociedade se constituiu e se reconstituiu ao longo do século XVIII, se propondo a reformular determinada maneiras, tais como, fazer respeitar o domingo, impedir o jogo, a bebedeira, reprimir a prostituição, o adultério, tudo o que pudesse manifestar desprezo para com Deus. Essa sociedade teve a influência de Wesley, que era metodista, e fez parte das comunidades religiosas, os *quakers* que, sem nenhuma delegação superior de poder, desempenhavam a tarefa de manter a ordem e criar seus próprios instrumentos que asseguravam a ordem (FOUCAULT, 2013b).

---

[2] Dispositivo neste estudo, faz referência à "qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes" (Agamben, 2005, p. 40), uma leitura feita por Giorgio Agamben, a partir do conceito de dispositivo de Michel Foucault, que o auxiliou na compreensão do mecanismo político contemporâneo.

Contudo, como Foucault (2013b) sinaliza, os *quakers* e os metodistas ao buscarem suprimir os vícios, reformar as maneiras, eram sociedades constituídas por pequenos burgueses que se agrupavam, e determinavam a ordem entre eles e em volta deles, como forma de escapar do poder político – a legislação penal e judiciária -, ou seja, escapar do controle, da vigilância, da punição. Eles se protegiam, organizavam, proibiam tudo o que permitisse ao poder atacar o grupo. A penalidade fabricada pelo grupo, em detrimento à penalidade do Estado (FOUCAULT, 2013b).

Nesse mesmo período, e início do século XVIII, nasce um novo conceito de psiquiatria proposto por Pinel que instituiu a consolidação do internamento, nos quais os loucos passaram a ser denominados de pacientes e foram desacorrentados. Assim, a possiblidade de cura instaurou um certo olhar para um tratamento mais “humanizado”, uma suposta liberdade, pois ao mesmo tempo que Pinel libertou os loucos das prisões, os colocou num campo asilar puro: o manicômio, permitindo a constituição de uma relação de tutela, no qual estabeleceu a doença mental como problema de ordem moral (BASAGLIA, 1982). Pinel postulou, portanto, que o doente deveria ficar internado para cumprir regulamentos, e nessa liberdade verificada foi possível observar, controlar e tratar sintomas, além de descrevê-los. Nesse momento, a loucura é dividida, objetivada. Uma medicina “mental” que classifica, agrupa e localiza a doença no organismo (AMARANTE, 1995).

Nesse período, que data ao final do século XVIII, surge a medicina hospitalar ou um hospital médico, e o hospital passa a ser visto enquanto um instrumento terapêutico, destinado à cura (FOUCAULT, 2012b). Para tanto é necessárias novas práticas para realizar a intervenção sobre a doença e o doente, como a instauração da visita e da observação sistemática. Portanto, por volta de 1780, o hospital passa a ser considerado como “máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido” (FOUCAULT, 2012b, p. 173).

Sabe-se que anteriormente ao século XVIII o hospital era visto como uma instituição de assistência aos pobres, “como também de separação e de exclusão”, como bem pontua Foucault (2012d, p. 174), pois o pobre, também, precisa de assistência, mas carrega a marca social que, se portador de alguma doença, é perigoso e pode contagiar outras pessoas. Assim, para o hospital,

até o século XVIII, o objeto de cuidado ideal não era o doente curável, mas aquele pobre que estava prestes a morrer, e se morresse, sua alma estaria salva.

Mas por que Foucault falava em pobres como “indivíduos perigosos”? Uma das razões disso se deu devido a instituição hospitalar se preocupar, primeiramente, em se proteger dos efeitos nocivos e da desordem que poderia ocorrer através da propagação das doenças, dos ditos pobres perigosos e preocupava-se em evitar que as doenças fossem espalhadas pela cidade (FOUCAULT, 2012b). A outra razão pela qual o hospital era um local onde se podia morrer, refere-se a função do hospital naquela época: assistir “material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento”, e assim o hospital não era destinado a curar o pobre doente, mas a conseguir e prover a sua salvação (FOUCAULT, 2012b, p. 174). Eis a salvação do pobre doente: separação essa que identifica os indivíduos perigosos para a saúde da população (FOUCAULT, 2012b).

O hospital manteve-se desse modo, até o começo do século XVIII, um lugar de internamento, onde se misturavam loucos, doentes, prostitutas, devassos; um local onde se concentravam a exclusão, a assistência e a transformação espiritual (FOUCAULT, 2012b). A prática médica nesse período, só ocorria em momentos de crise, pois era somente nessa situação que o médico poderia observar sinais e sintomas e prever a evolução, pois na crise que se confrontavam a natureza do indivíduo sadio e o mal que estava o atacando (FOUCAULT, 2012b). Enquanto lugar de internação, o hospital é uma criação institucional que surgiu no século XVII com intuito de precaução social, momento em que a loucura “é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” e ainda, contém a desordem (FOUCAULT, 2012a, p. 114).

Uma das grandes invenções do século XVIII foi a elaboração da disciplina enquanto uma técnica para o exercício do poder. Para tanto, Foucault (2012e) percorre o hospital militar para nos mostrar o quanto era necessário vigiar, curar, monitorar; surge uma nova organização administrativa e política, ou seja, um esquadrinhamento do poder, no espaço do hospital militar. Mas tudo isso ocorreu por que o exército vinha perdendo seus soldados ao longo da

guerra, especialmente, por motivo de doenças, epidemias, por exemplo, e é nessa época, que a formação do indivíduo, para a o combate na guerra era avaliada conforme sua capacidade, aptidões que passam a ser fundamentais para viver em sociedade (FOUCAULT, 2012b).

Ao mesmo tempo, na Europa, as escolas passaram a observar que o progresso na alfabetização estava atrelado ao surgimento de técnicas de poder, e implicou, fortemente, para a arte de distribuição espacial dos indivíduos; antes, os alunos ficavam aglomerados. Com a distribuição dos indivíduos, a disciplina passou a reorientar a análise do espaço, individualizando, classificando e combinando. Assim, a disciplina exerce seu poder, sobre o desenvolvimento daquele indivíduo, na escola. Uma maneira de fabricá-lo; o controle o ensinava, o tornava mais eficaz, rápido e mais bem-ajustado (FOUCAULT, 2012c).

A disciplina implica em vigilância dos indivíduos. Por isso, como bem sinaliza Foucault (2012c), foi a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar que possibilitou a sua medicalização. Além disso, as questões econômicas, o preço do tratamento do indivíduo, a intenção de regular e evitar que as epidemias se propaguem, o que explica o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas aqui também existe uma transformação quanto ao saber médico que adquire potência, um espaço onde os doentes são individualizados e distribuídos de modo que possam ser vigiados. Desse modo, é

> [...] o ajuste desses dois processos, deslocamentos da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso dos doentes e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. [...] (FOUCAULT, 2012c, p. 183).

Assim, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica, graças a tecnologia que se constituiu no espaço do hospital. A partir do século XIX, produz-se um olhar com pretensões científicas, dirigido sobre o fenômeno da loucura, quando passa a ser entendida como doença mental, e essa transformação em objeto do conhecimento. Além disso, a doença mental,

ganha importante aliada que passou, também, a tratá-la, a classificá-la, e a cuidá-la, com a finalidade de controle social dos indivíduos: a psiquiatria. Em *História da Loucura*, a psiquiatria, então, passou a ser reconhecida e tratou a loucura “segundo uma verdade que não tinha sido enxergada durante tanto tempo” (FOUCAULT, 2012a, p. 459).

Neste momento, o mercantilismo trouxe pressupostos de uma visão que a população era o bem maior de qualquer nação, pensamento este que trazia uma visão lucrativa, com intervenção total do Estado, ou seja, todo aquele que não era produtivo para o crescimento da nação era inserido no conjunto de mendigos, loucos, dentre outros.

Em *A verdade e as formas jurídicas*, Foucault (2013b, p. 81) procurou mostrar quais são “as formas de saber, os tipos de conhecimento, os tipos de sujeito de conhecimento” que emergiram a partir da sociedade disciplinar, que é a sociedade contemporânea. A sociedade disciplinar, que surge ao final do século XVIII e início do XIX, pode ser caracterizada pelo aparecimento de um fato, com duas expressões visivelmente contraditórias, isto é, a reforma, e a reorganização do sistema judiciário e penal na Europa e outros países. Um dos princípios da lei penal é que a mesma deve representar o que era útil para a sociedade, caracterizando como condenável o que era nocivo a ela (FOUCAULT, 2013b).

No sistema penal o crime é algo que danifica a sociedade, é um dano social, uma perturbação. Por outro lado, o criminoso é o indivíduo que danifica, que perturba essa sociedade. Assim, o crime já não tem nada a ver com a falta, o desrespeito à lei divina, religiosa, e sim, com a possibilidade de que este dano seja reparado ou impedido de alguma forma. Como Foucault (2013b) sinaliza, no início do século XIX, as punições foram sendo substituídas pelo aprisionamento. O aprisionamento já não busca a utilidade, mas procurará ajustar-se ao indivíduo, passando a constituir-se enquanto controle, “sobre o que podem fazer, o que são capazes de fazer, o que estão sujeitos a fazer, o que estão na iminência de fazer” (FOUCAULT, 2013b, p. 86).

Nesse período surge a noção de periculosidade que significa dizer, segundo Foucault (2013b) que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade de acordo com as suas virtudes, e não pelos seus atos. Assim, o controle dos indivíduos passa a ser realizado através de uma série de outros

poderes, dentre a polícia e instituições de vigilância e correção, as instituições psiquiátricas, médicas, criminológicas, pedagógicas, como o asilo, o hospital, a escola, por exemplo, (FOUCAULT, 2013b).

Assim no século XIX, em torno da instituição judiciária, as instituições controlam os indivíduos quanto a sua periculosidade, enquadrinhando-os ao longo de sua existência; a escola, através da pedagogia, atua de modo a não mais punir os indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades (FOUCAULT, 2013b), período o qual Foucault chama de ortopedia social – idade de controle social, de vigilância. Trata-se de Bentham, que para Foucault (2013b, p. 87) foi quem “programou, definiu e descreveu da maneira mais precisa as formas de poder em que vivemos e que apresentou um maravilhoso e célebre pequeno modelo desta sociedade da ortopedia generalizada: o famoso *Panopticon*”, instituição que vale para escolas, hospitais, prisões, casas de correção e hospícios (FOUCAULT, 2013b, p. 87).

A prisão foi a grande punição do século XIX, e teve sua origem na prática da *lettre-de-cachet*, ou seja, a utilização do poder real pelo controle espontâneo dos grupos, como modo de regulamentar a moralidade da vida social (FOUCAULT, 2013b). Quando algum indivíduo recebia *lettre-de*-cachet, não era mais enforcado, nem marcado, mas colocado no aprisionamento e, somente seria solto, se caso alguém afirmasse que aquele indivíduo tinha se corrigido (FOUCAULT, 2013b), o que reforçou a condição de aprisionamento como possibilidade, para corrigir comportamentos inadequados, atitudes e condutas que representasse algum perigo para a sociedade.

No início do século XIX, além de conceber as ciências humanas – constituídas em torno da norma, pelo controle dos indivíduos e das relações de saber-poder, ao lado da psicologia, da sociologia, a Psiquiatria surgiu para a medicina, enquanto disciplina teórica, e como saber médico sobre a loucura. Assim, o hospital psiquiátrico surge como um lugar de diagnóstico e classificação, por que é na instituição que o médico pode dizer a verdade da doença, pelo saber que detém sobre ela, e pode fabricar a doença em sua verdade, submetendo-a pelo poder que a sua vontade exerce sobre pelo doente.

Quanto à loucura, vários olhares, denominações, rótulos passaram a fazer parte da sua vida; a psiquiatria passa, assim, a classificar a doença

mental, tornando o doente dependente da atuação médica, implicando numa dependência difícil de ser desfeita, enraizando a psiquiatria numa posição de dominância frente ao doente, fortalecida pela imposição do Estado que sempre usou de repressão para oprimir doentes pobres.

A classe burguesa não aceitava os problemas sociais e sempre se distanciou das questões que envolviam a doença mental, destacando o lugar do que era tido como anormal, improdutivo, e deixou claro que pobre, louco deveria ser mantido no manicômio, nos asilos. Para infância, a institucionalização.

2.2 O modo asilar de cuidado e as rupturas epistemológicas

> [...] Tratar os “leprosos” como “pestilentos”, projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento, trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões – isso é o que foi regularmente realizado pelo poder disciplinar desde o começo do século XIX [...] (FOUCAULT, 2011, p. 131).

O modo asilar de cuidado que surge nos asilos do século XIX, instituição em que “cuidavam dos loucos” era gerenciado pelo saber médico - em seus poderes administrativo, executivo, jurídico e terapêutico – tendo uma equipe de pessoal para auxiliar (CARNEIRO, 2008), dando ênfase as expressões orgânicas da doença, o que implicou no tratamento medicamentoso para todo e qualquer problema “do louco” que pretendeu tratar (COSTA-ROSA, 2006).

Nesse espaço de cuidado não havia – ou se havia, era pouquíssima – consideração com a existência do louco, a sua cooperação no tratamento era abolida, e se quer, qualquer dimensão existencial era relevante (COSTA-ROSA, 2006). Isso ocorria por que o louco, desde a idade média, era aquele cujo discurso não circula como o discurso dos outros, pois sua palavra pode ser considerada nula, não possuindo verdade, tampouco importância, “rejeitada, tão logo proferida” (FOUCAULT, 2012c, p. 11).

No modo asilar, o remédio era relevante; a ação do remédio no organismo que constituía o tratamento, o que a medicina desejava tratar (COSTA-ROSA, 2006). Isso demarcou uma divisão constante, binária: normal-anormal, perigoso-inofensivo. Mecanismos dualistas de exclusão que

assumiam como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais, fazendo funcionar os dispositivos disciplinares e seus mecanismos de poder para modificá-lo (FOUCAULT, 2011).

Nesse contexto Costa-Rosa (2006) propôs uma espécie de paralelo: de um lado, o isolamento do indivíduo e do outro o distanciamento total do sujeito no seu tratamento. Sim, isolados por que eram vistos como doentes, incapazes. A família se distanciava, a sociedade não os aceitava por que diante deste “louco”, a normalidade, também, se constituía. Desse modo, o tratamento da loucura previa o isolamento do anormal (FOUCAULT, 2011).

Outro paralelo possível, o trabalho desenvolvido no modo asilar, assemelhava-se ao que Costa-Rosa (2006) entendia sobre a “linha-de-montagem”, como a produção comum de mercadoria, revelado no trecho a seguir:

> [...] o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria (...) primeiramente o usuário é atendido pelo psiquiatra, que diagnostica o mal e define que parte do tratamento será feito por ele ou por outros especialistas da equipe [...] (COSTA-ROSA, 2006, p. 12).

Cabe ressaltar que, nesse período, não existia reunião de equipe, e o prontuário era mero elo de interconexão dos profissionais (COSTA-ROSA, 2006). Mesmo com a inserção de outros saberes, como a psicologia, a psicanálise, a natureza do paradigma do modo asilar de cuidado não permitiam condições de possibilidades para conceber práticas de cuidado, tão discutidas na contemporaneidade, como a multidisciplinaridade, por exemplo.

Os regimes de verdades instituídos neste modo de atenção à saúde mental estavam centrados no alienismo, no tratamento moral e físico, através de estratégias que utilizavam a medicação para atuar enquanto coerção e a punição, e como precaução social (FOUCAULT, 2013a). Assim, a criação dos asilos foi uma necessidade da época, na tentativa de solucionar a problemática das doenças, da pobreza, dos mendigos da rua: Higiene social.

No hospital psiquiátrico, instituição típica do modo asilar de cuidado, prevalecia o cuidado centrado em práticas de natureza persuasivo-manipulatório, através de modos em que a punição e a recompensa prevaleciam (CARNEIRO, 2008). Mesmo que, nas últimas décadas os hospitais psiquiátricos venham passando por “reformas democratizantes, intermitentes, e

estejam acompanhado de dispositivos extra-asilares" (COSTA-ROSA, 2006, p.13), as técnicas de controle utilizadas nesse cenário, impedem os sujeitos "loucos" de estabelecerem relações com a sociedade, de constituírem laços de convívio com as famílias, condutas que acabavam determinando que o lugar ideal para o louco era a institucionalização, condição que reforçava a necessidade de controle, monitoramento, de uso de psicofármacos. Além disso, as práticas de cuidado, desse modo, impossibilitavam o "louco" de tornar-se sujeito, ocasionado pela inadaptação do saber e das práticas psiquiátricas no trato com a loucura (AMARANTE, 1995).

Basaglia (1982) dizia que acabar com os manicômios representaria acabar com toda miséria que existe no mundo e lutar com todos que buscavam a liberdade e através disso, pensar na possibilidade de constituir novos modos, de propor maneiras para que as pessoas pudessem compreender melhor as coisas, como, por exemplo, que o médico está naquela posição para ajudar os indivíduos. Ainda nos moldes asilares, no início do século XX surgiram os hospitais psiquiátricos clássicos. O acelerado desenvolvimento tecnológico e o avanço da psicofarmacologia impuseram o tratamento moral indicando a hospitalização como tratamento único e necessário, e a utilização da medicalização para a loucura, se apresentava como mandato social, a partir de práticas centradas no modelo hospitalar, administração de psicofármacos realizado pelo pessoal auxiliar dos médicos (CARNEIRO, 2008). Nesse contexto pode-se observar não somente a instituição das práticas psiquiátricas hospitalares, mas de um pensamento psiquiátrico atravessado por relações de poder e de verdade, contidos no discurso da psiquiatria.

Sabe-se que não há ausência do discurso e, sim, existe uma ordem do discurso, pois o discurso do louco é indispensável para que se fabriquem saberes sobre ele (FOUCAULT, 2012c). Esse discurso produz uma verdade, mesmo que manifestado e produzido nos modelos asilares, manicomiais e hospitalocêntricos, o que me estimula a olhar para as práticas de cuidado, como forma de resistência as anteriores, mas que de alguma forma, ainda são predominantes na contemporaneidade. A antipsiquiatria propôs o rompimento conceitual e teórico do modelo de assistência, centrado no saber do médico.

Outro movimento de contestação da psiquiatria asilar foi a psiquiatria de setor, ocorrida na França, após 1960, influenciado por Michel Foucault e Castel

(1978), além de um grupo de psiquiatras que, ao conhecerem os hospitais psiquiátricos franceses, exigiram sua imediata transformação. Assim, de acordo com os autores, é proposto que o paciente seja tratado na sua comunidade, ultrapassando o campo médico de cuidado e passando a investir no cotidiano da coletividade, e que a hospitalização correspondesse a um processo que fizesse parte do tratamento, mas que fosse de caráter transitório (AMARANTE, 1995; YASUI, 2011). Esses hospitais, ao proporem um cotidiano de cuidado baseado na atuação ritualizada e com frequência inalterada, mantém os efeitos de cronicidade (Desviat, 1999). Assim, precisamos problematizar as práticas de cuidado, neste contexto, oportunizando projetos de vida reais.

Portanto, tal movimento inicial, de proposta de desospitalização, instituiu

> [...] o princípio de esquadrinhar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada “divisão” hospitalar corresponda uma área geográfica e social. Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital (AMARANTE, 1995, p. 35)

A psiquiatria de setor foi uma prática nos quais todos os processos tiveram avanços e limitações, especialmente pela deflagração do pós-guerra e o aumento do número de demandas ao saber psiquiátrico, o que desencadeou fortes resistências de setores conservadores, que implicou no controle social e na normalização, impedindo que os “loucos” invadissem as ruas novamente. Mais uma vez, os tratamentos mantem-se “dentro dos muros”, institucionalizados.

O processo de desospitalização ganhou forças com o surgimento dos projetos da psiquiatria preventiva e comunitária, nos EUA, os quais criticam o modelo psiquiátrico centrado na assistência hospitalar, contudo não questionavam acerca do saber psiquiátrico. Esse projeto, constituiu-se num momento da história em que muitas preocupações com o futuro foram urgentes, especialmente, a preocupação com medidas sanitárias saneadoras, ou seja, a preocupação dos EUA, objetivava a redução da doença mental nas comunidades. Com a Guerra do Vietnã, por exemplo, ocorria um aumento do uso de drogas pelos jovens, o surgimento de gangues de jovens considerados desviantes, enfim, tudo o que desestabilizava e ainda desacomoda a

sociedade, a cultura, a política e a economia (AMARANTE, 1995). Imaginário de salvação: a doença mental pode ser prevenida. Controlada.

Só que nos EUA, o processo de desospitalização implicou no fechamento dos hospitais psiquiátricos, pela objetivação de redução de despesas para o Estado, contudo, sem preocupar-se, com a criação de serviços adequados ao atendimento dessas pessoas, o que provocou o fenômeno “os loucos na rua” (KANTORSKI, 2001).

Neste período surge, portanto, o distúrbio, o desvio da norma, o marginal, mas eles podem ser prevenidos, controlados. Há uma preocupação com o futuro, “a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, (...) é preciso sair às ruas (...) identificar os vícios, mapear aqueles que, por suas vidas desregradas (...) venham a ser “suspeitos” (AMARANTE, 1995, p. 37). Torna-se relevante a prevenção, por que, economicamente, é menos custosa para o Estado do que o modelo de isolamento que, além de necessitar um conjunto de elementos para cuidá-lo e tratá-lo, ainda, não é viável, por que o “doente mental” é alguém que não produz para a sociedade. Portanto, pouco mudou e seguem as práticas médico-centradas, legitimando o paradigma tradicional da ciência psiquiátrica, validando seus princípios, mas constrói-se um novo objeto de cuidado: a saúde mental.

Na década de 60, do século passado, outras rupturas epistemológicas ocorrem na ordem da instituição hospitalar. A antipsiquiatria, em defesa do ser humano e em respeito a seu sofrimento psíquico, foi um movimento que se fundamentou na extinção total dos manicômios e na eliminação da ideia de doença mental, além de questionar os métodos utilizados para o tratamento da loucura (OLIVEIRA, 2011). Ainda, a antipsiquiatria considerava

> [...] a inexistência de doenças mentais e acreditava que a nosologia médica psiquiátrica não passava de um conjunto de rótulos apropriados apenas para invalidar os sujeitos. A antipsiquiatria, portanto, pregava o fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos alegando que as práticas de assistência ao doente mental, naquele contexto, pautavam-se pela violência constante e desumana (OLIVEIRA, 2011, p. 149).

Pode-se entender que, para a antipsiquiatria, os sintomas que os indivíduos manifestavam, estavam relacionados às relações que esses

mantinham com outras pessoas. O movimento acreditava relações “doentias” refletem nos indivíduos, que então passam a ser considerados, doentes (OLIVEIRA, 2011). Partindo desse pressuposto, uma das condições de possibilidades para o movimento da antipsiquiatria é a de que “não há seres humanos isolados, mas apenas em relação com os outros; nossa vida se dá e se define a partir dos relacionamentos que mantemos nos diferentes grupos sociais” (OLIVEIRA, 2011, p. 150).

Assim, neste momento, instaura-se a primeira crítica radical ao saber médico psiquiátrico, propondo o rompimento conceitual e teórico do modelo de cuidado, especialmente quanto aos saberes e práticas que eram utilizadas para o tratamento da esquizofrenia, pois era colocado que a esquizofrenia se constituiu como a comprovação da função tutelar da instituição psiquiátrica no tratamento da loucura (AMARANTE, 1995).

As práticas de cuidado no movimento da antipsiquiatria buscavam um diálogo entre a razão e a loucura, pois se enxergava a loucura na relação entre os homens, e, por isso, nesse movimento não se previa tratamento medicamentoso ou físico, valorizava-se o momento da crise e que esta não devia ser inibida, valorizando o discurso do louco, através da metanóia[3]. Mesmo tentando identificar e classificar a loucura, através dos estudos que trouxeram referências teóricas para a esquizofrenia, a antipsiquiatria propôs fortes e decisivas contribuições para a transformação da teoria e da prática, e do conceito de desinstitucionalização enquanto desconstrução, movimentos já iniciados por Franco Basaglia, em Gorizia, na Itália.

Mas sabe-se que a antipsiquiatria foi um movimento que entendia que os tratamentos psiquiátricos tradicionais atendiam à interesses políticos e econômicos, a partir do qual, busca a anulação do indivíduo “em nome da manutenção da ordem e do bom exercício do poder” (OLIVEIRA, 2011, p. 151). Assim, é contrária àquela psiquiatria que pune com o encarceramento dos indivíduos que não são produtivos para o contexto econômico, na qual dociliza os corpos, com a finalidade de dominá-los, controlá-los (FOUCAULT, 2011). E, através de um controle diria “sutil” das formas e dos modos de se comportar,

[3] A palavra metanóia é de origem grega e significa transformação de comportamento ou do caráter.

no momento histórico, ainda se tornava mais fácil e eficiente, o controle, disciplinar o “corpo” individual e, não, o coletivo.

Esses questionamentos acerca da lógica e do funcionamento do manicômio foi fortemente tensionado por Franco Basaglia, na Itália, o que produziu efeitos decisivos, e demonstrou a necessidade de mudança de todo o recurso humano e material depositados, no manicômio, e que fortaleciam as práticas de cuidado de modo asilar (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Desse modo, foi preciso superar os conceitos que fundaram a psiquiatria, como instituição de poder e que anulava os sujeitos. Essa superação foi condição de possibilidade para que a atenção estivesse voltada para a pessoa-existência, promovendo mudança de objeto que por muito tempo produziu relações no campo da psiquiatria de das suas atuações (BASAGLIA, 2014)

A partir desses acontecimentos, foi possível a promover a consolidação de serviços de caráter substitutivo aos hospitais psiquiátricos e de base territorial, tendo, como exemplo, os Serviços de Saúde Mental da cidade de Trieste, que surgem no interior de um processo social em que incluíam como atores os sujeitos - “os loucos” – envolvendo-os no processo de cuidado.

Portanto, de acordo com os mesmos autores a desinstitucionalização na Itália, surgiu num movimento de desmontar a condição de normalidade estabelecida e entendida sobre a doença mental, o que provoca uma mudança no conjunto das ações da instituição, confrontando com uma estrutura científica, terapêutica, normativa e que reproduz a doença mental (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) acreditam que que o processo de desinstitucionalização não está centrado no processo de cura, mas sim na possibilidade de inventar a saúde e produzir socialmente o paciente

Nesse sentido, a desinstitucionalização implicou na reorientação das práticas de cuidado ao doente mental, não estando centralizadas no enfrentamento da origem da doença mental, ao contrário, sua intervenção busca restaurar a existência e expressão dos atores envolvidos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Com isso, entende-se que a desinstitucionalização se constituiu num processo que propôs um novo arranjo para o conjunto de procedimentos, humanos e técnicos, da instituição, e foi,

imprescindível na formulação de um projeto de cuidado centrado na existência-sofrimento, e na sua relação com o corpo social (ROTELLI, 2001).

A prática da desinstitucionalização, portanto, permite um outro modo, a criação, de oportunidades e de probabilidades. Este é a relação extramuros que se estabelece nas premissas da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, a reforma psiquiátrica, coloca em questionamento, o paradigma asilar e suas formas de exclusão, e propõe novos modos de cuidado, principalmente, novas sociabilidades que possibilitem a interlocução entre as singularidades dos sujeitos. A reforma psiquiátrica é entendida por Birman (1992) e Desviat (1999), para além da discussão sobre a assistência psiquiátrica, objetivando a construção de um outro lugar social para a loucura. Isto envolve a necessidade de construção de novos modos de relação com essa experiência e com o sujeito reconhecido socialmente como louco, ou seja, a possibilidade de convívio social.

Reforça-se que, tanto os manicômios, quanto as prisões, os internatos, por exemplo, acabavam por marginalizar aqueles indivíduos que se encontravam excluídos da sociedade, que eram vistos como improdutivos, pois aquele que não produzia, era visto como doente (BASAGLIA, 1982). Assim, este modelo de (des) cuidado acabava impondo, de certa forma, um controle social, pois o louco era visto como aquele que não fazia parte da sociedade, e, por isso, ficavam trancados, por décadas, em hospitais psiquiátricos.

Na Itália, a Lei nº 180, de 1978 denominada Lei Basaglia estabeleceu a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, e determinou o fechamento dos que ainda funcionam, e sua substituição por outras práticas assistenciais, constituindo-se numa referência para formulação da assistência em saúde mental. Na perspectiva de extinção dos manicômios, Franco Basaglia e sua equipe, criaram os Centros de Saúde Mental, na Itália. Sabe-se que esta conquista, atrelada ao apoio da comunidade que esteve engajada nesta luta e no compromisso e responsabilidade de aceitar esse indivíduo no tecido social, e ajudá-lo nesta (re) integração (BASAGLIA, 1985).

As relações estabelecidas no seio da instituição manicomial podem estar sendo reproduzidas para fora deles, ou seja, nos espaços substitutivos de cuidado do doente mental? Como é cuidado o louco neste novo arranjo que envolve uma ruptura epistemológica? É nessa perspectiva que Basaglia (1993)

propõe transformações, também, nas formas de pensar e de cuidar das pessoas denominadas como “loucas”; pensar a questão do cuidado como um processo que se preocupa, que se movimenta para um sentido de entendimento do outro, na relação com o outro.

Essa mudança na forma de intervir e de engendrar o cuidado, implicou na necessidade de transformação social, isto é, na possibilidade de operar o cuidado, baseando-se na territorialidade e na criação de instituições, elementos sociais que, efetivamente, possam substituir o manicômio. Desta forma, a desinstitucionalização é um processo crítico-prático que implicou na negação dos saberes e valores que se concretizaram no espaço do manicômio e, ao mesmo tempo, a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Nessa conjuntura, o processo de desinstitucionalização para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), ocorrido na Itália, diferencia-se pela existência de três aspectos que foram constituindo, à medida que o manicômio se desfaz, mesmo que aos poucos e com muita resistência,

> [...] à medida que o manicômio vai se desmontando, e que representam sua conotação de fundo: a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também, conflitiva, de todos os atores interessados (...); b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, (...) permitindo, assim, a multiplicidade das relações sociais; c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente por que nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 36).

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, em 1973, deu início à criação de estratégias para a organização de uma prática que critica a ação do paradigma racionalista (problema-solução) no âmbito da psiquiatria. Assim, a terapia deve ser vista, não somente como a relação individualista entre médico e paciente, mas propondo transformar o modo como as pessoas são tratadas para mudança do seu sofrimento (BASAGLIA, 1985). Elementos como o trabalho, a amizade, a vizinhança foram algumas das ferramentas importantes que auxiliaram na desconstrução da tutela da instituição da psiquiatria e das

práticas que se confrontaram, principalmente, com a comunidade e com a relação dos técnicos de saúde com a loucura (AMARANTE, 1995). Ainda, para o mesmo autor, o projeto de transformação institucional de Basaglia constitui-se num projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e dos intelectuais", pois a ruptura do paradigma fundante da psiquiatria, permitiu a verdadeira desinstitucionalização que previu um processo prático-crítico, que reorientou instituições e serviços, saberes, estratégias e intervenções, contrapondo-se ao objeto da psiquiatria tradicional – a doença mental (ROTELLI, 2001).

2.3 A psiquiatria brasileira e o modo psicossocial: o deslocamento das práticas de cuidado em saúde mental

Na década de 30, do século passado, a psiquiatria brasileira foi tomada pela descoberta da insulinoterapia[4] e cardiozólico[5], da eletroconvulsoterapia[6] (ECT) e das lobotomias, tratamentos que, no período histórico, sinalizou muitas perspectivas de cura das doenças mentais. Contudo, essas estratégias para o cuidado e tratamento legitimavam o modo de cuidado em que práticas de violência eram aplicadas. Nesse período, e com a proposição das "supostas" possibilidades terapêuticas, atualmente em desuso, o Hospício Nacional de Alienados sofreu algumas reformas e ampliação de suas instalações, chegando a ter mais de 1.500 vagas, na década de 40. Além das enfermarias para homens, foi construído um centro cirúrgico para as lobotomias, passando a denominar-se Centro Psiquiátrico Pedro II (BRASIL, 2005a).

Após o advento da II Guerra Mundial, dois importantes aspectos marcaram a história da psiquiatria em todo o mundo ocidental: as experiências de reformas psiquiátricas e a descoberta dos primeiros neurolépticos. Mesmo assim, com as inovações ocorridas nos países europeus, a situação brasileira

[4] Consistia no uso de doses altas de insulina intramuscular até que o paciente ficasse comatoso, e era usado em pacientes com psicose, esquizofrenia (GUIMARÃES et al, 2013).
[5] O uso do cardiazol ocasionava convulsões rápidas, e era realizada em pacientes agitados (GUIMARÃES et al, 2013).
[6] Conhecida inicialmente como terapia de eletrochoque, desde o seu surgimento, nos anos 60 e 70, sua popularidade declinou. Contudo, a cerca de alguns anos voltou a ganhar destaque, sendo o tratamento considerado efetivo para algumas pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, como transtornos depressivos graves, catatonia, mania e certos casos de esquizofrenia (GUIMARÃES et al, 2013).

permaneceu inalterada, independentemente das novas experiências e dos novos medicamentos.

Na década de 1950, o modelo de assistência permanecia sendo o hospitalar com fortes características asilares, como o Hospício de Juquery, de Barbacena e o Hospital São Pedro, em Porto Alegre, com cerca de 3 mil internos (BRASIL, 2005a).

Após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, o Brasil mostrou-se interessado e mobilizado pela experiência da psiquiatria italiana (ROTELLI; AMARANTE,1992), o que o incentivou e promoveu a possibilidade de desconstrução da epistemologia psiquiátrica, e a de criação de serviços e ações de cuidado, a partir de práticas sociais que contribuíssem para que o país pudesse pensar em novos modos de lidar, de forma transformadora, com o doente mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, através da Lei Federal 10.216, de abril de 2001, redimensionou o modelo de assistência na saúde mental no país, indicando proteção e os direitos aos portadores de sofrimento mental grave, e a Portaria N. 336, de 2002, estabelece os financiamentos necessários para a constituição de serviços substitutivos, tendo os Centros de Atenção Psicossociais, como um deles, para o cumprimento da proposta da Lei 10.216, oportunizando o tratamento para os usuários com sofrimento mental grave.

Nesse sentido, para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira foi imprescindível a construção de uma rede de cuidados em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Essa rede de cuidados, através dos Centros de Atenção Psicossociais, pressupõe mudança de paradigma na atenção a saúde mental, orientando novas modalidades assistenciais, além de propor ações técnicas, administrativas e políticas ao cuidado as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a). Desse modo, a Reforma Psiquiátrica foi e ainda se constitui num movimento que tem avançado, assim como tem indicado, um novo modo de cuidar da loucura.

Conforme Couto (2004) a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem se constituindo nas últimas décadas do século passado, e no início do século XXI, num movimento caracterizado por avanços importantes, mas impondo novos desafios, revelando que há muito a ser feito no contexto das práticas de

cuidado de sujeitos que estão em sofrimento psíquico, que visam, entre outras questões, a reabilitação psicossocial.

Reabilitar não significa substituir a desabilitação pela habilitação; não significa, ainda, propor um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades do indivíduo, mas de estabelecer um conjunto de estratégias que possam viabilizar e aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito 'habilitador'" (SARACENO, 2001, p. 112). Para tanto, essas possiblidades que se ocorrem no momento em que as portas da atenção psicossocial abrem-se, os recebe e promove interlocuções entre o espaço de cuidado e o convívio social. A reabilitação psicossocial envolve, portanto, os profissionais e os atores do processo saúde-doença, ou seja, os usuários e a sociedade como um todo (SARACENO, 2001).

A relação entre trabalhadores da saúde mental e o usuário, no âmbito das práticas de cuidado, implica diretamente em quatro parâmetros fundamentais proposto pelo paradigma pensado por Costa-Rosa (2006), ou seja, a definição de "seu objeto" e dos "meios" teórico-técnicos de intervenção, incluindo as formas de divisão do trabalho interprofissional, as formas de organização dos dispositivos institucionais, as modalidades de relacionamento com os usuários e a população e as implicações éticas dos efeitos das práticas assistenciais em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos. Esses parâmetros foram propostos a fim de diferenciar o paradigma das práticas asilares ao possível paradigma psicossocial de cuidado.

O modo psicossocial de cuidado está centrado em práticas que possibilitam a autonomia, a reinserção no espaço social, a possibilidade de ser cuidado em liberdade. O asilar, ao contrário, propôs, ao dito doente mental, a lembrança de uma história triste, carregada por modos de (des) cuidado. Assim, problematizar as práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores no CAPSi vai ao encontro dessas questões, pois é nos discursos que

> [...] nos defrontamos com nossa história ou nosso passado, aceitando pensar de outra forma o agora que nos é tão evidente; assim, nos libertamos do presente e nos instalamos quase num futuro, numa perspectiva de transformação de nós mesmos. [...] (FISCHER, 2012, p. 96).

Pode-se dizer que as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial é um acontecimento, pois implica em constituir novos modos de cuidado e de atenção ao sofrimento psíquico, em substituição aquele cuidado baseado em modelos que segregavam, excluíam, marcas tão profundas de práticas institucionalizantes, que funcionavam no modo de cuidado asilar.

Tratando-se de um acontecimento, a construção de novos modos de cuidado, nos serviços substitutivos, implica em ter profissionais promotores de transformação dos modelos de trabalho e das práticas segmentadas pelos saberes, mesmo aqueles que estão afinados com o processo de desinstitucionalização da loucura (OLIVEIRA; PASSOS, 2007). O trabalhador em saúde mental é um agente coadjuvante capaz de utilizar seu saber, como propiciador do saber dos agentes principais, isto é, dos usuários em sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2006), no modo de cuidar psicossocial, em que as relações que se estabelecem entre trabalhador-usuário é potencializador de vida e saúde mental.

A ruptura epistemológica provocada pelo projeto da Reforma Psiquiátrica, que compreende um conjunto de saberes em oposição à concepção de doença mental, e suas medidas terapêuticas, como o isolamento e a segregação, confere a construção de outros referenciais, estabelecendo não só processos cognitivos, mas também subjetivos, pois para Foucault (2013a), somos produzidos pelos saberes e pelas diferentes formas como estes nos afetam e nos transformam.

2.4 A criança, o jovem e o CAPSi: relação de cuidado fabricado

Michel Foucault, ao longo de sua obra, provoca a reflexão para pensarmos, problematizarmos acerca dos saberes que constituíram a sociedade ocidental e que produziu um sujeito moderno. Para tanto, questionou sobre como nos tornamos aquilo que somos, enquanto sujeitos do saber, do poder e da ética (FOUCAULT, 2012b).

Portanto, a ideia de um sujeito criança/jovem, também, faz parte de uma fabricação da modernidade. Foucault questiona sobre como ocorreu/ocorre a fabricação desse sujeito moderno, sobre o qual o coloca como uma invenção

do iluminismo, aquele que tem uma identidade única, estável, permanente que é assujeitado e submetido as práticas e às estratégias de normalização.

Hoje temos uma criança, um jovem que ocupa um espaço na sociedade, é questionador e vem sofrendo importantes transformações. Mas anteriormente, falava-se sobre uma suposta ausência, social e cultural da criança e da infância na história, pois o sentido de infância não existia para a sociedade, era, na maioria das vezes, um adulto em miniatura (ÀRIES, 2014).

Tendo como base a obra de Àries, o educador italiano Franco Frabboni, em seu texto *A Escola Infantil entre a Cultura da Infância e a Ciência Pedagógica e Didática*, organiza o entendimento da constituição da criança por meio de três momentos históricos, os quais demonstro a seguir.

O primeiro momento, entre os séculos XIV e XV, foi identificado pelo autor como “Primeira identidade: criança-adulto ou a infância negada”. Nesse período, a criança era vista como um mistério; não se imaginava a existência da criança, pois era um ser sem humanidade, sem conceito social preciso, que só se tornaria pessoa se, precocemente, fossem inseridas na sociedade dos adultos.

Constituiu-se num período em as crianças morriam, em grande número, pelas precárias condições de higiene e saúde, e as que sobreviviam se confundiam rapidamente com os adultos. Essa mortalidade infantil era considerada indiferente, ou pelo elevado número de mortes, ou porque acreditavam que a criança pequena não tinha “alma”. O número expressivo de mortes nesta época devia-se à prática do infanticídio na Idade Média. Quanto ao infanticídio, Àries (2014) nos diz que é

> [...] um fenômeno muito importante (...) O infanticídio era um crime severamente punido. No entanto, era praticado em segredo, correntemente, talvez camuflado sob a forma de um acidente: as crianças morriam asfixiadas, naturalmente, na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las. (...) Fazia parte das coisas moralmente neutras, condenadas pela ética da Igreja e do Estado, mas praticadas em segredo, numa semiconsciência, no limite da vontade, do esquecimento e da falta de jeito (ÀRIES, 2014, prefácio p. xv).

Assim, aquela prática de infanticídio camuflado, indicava uma coisa moralmente neutra, que ao mesmo tempo em que era condenada pela igreja e pelo Estado, acontecia em segredo. Àries (2014) identifica a vida da criança

nesse período, como a do feto que é abortado, mas reivindicado em voz alta na modernidade. Desse modo, seria uma preocupação posta já no “século XVII, de um infanticídio secretamente admitido, passou-se a um respeito cada vez mais exigente pela vida da criança” (ÀRIES, 2014, PREFACIO, p. XV), mas para torná-la um adulto produtivo?

Existia um sentimento superficial quanto à criança, em seus primeiros anos de vida: a “paparicação”. As pessoas se divertiam com as crianças pequenas, como se fossem um animal de estimação. Ariès (2014) dizia que “esse sentimento da infância pode ser ainda melhor percebido através das reações críticas que provocou: (...) algumas pessoas rabugentas consideravam insuportável a atenção que se dispensava, então, às crianças (...)” (ARIÈS, 2014, p. 101), Um período que marca a criança como um indivíduo que não era amado, não recebia afeto dos adultos, muitas delas foram desprezadas, abandonadas, asfixiadas. Ainda, não havia distinção entre a criança e o adulto.

Entre os séculos XVI e XVII, a chamada “Segunda identidade: Criança-filho-aluno ou criança institucionalizada”, para o autor, surge a família moderna (FRABBONI, 1998). A criança inicia um novo percurso na sua existência, passando a ser o centro do interesse econômico, político dos adultos: há uma preocupação com os sentimentos, com os cuidados, com o reconhecimento e, especialmente, com a continuidade da família (FRABBONI, 1998).

Assim, de acordo com Àries (2014), as famílias não se contentavam mais em somente ter filhos; a moral naquela época, ao final do século XVII, até mesmo às meninas, era a preparação para a vida e que essa “preparação” estaria assegurada, ainda, pela escola (ÀRIES, 2014). Desse modo, a escola passa a ser o local de educação, ou seja, a criança deixou de aprender sobre a vida por meio do contato direto com os adultos, separando-se deles (basicamente familiares) e mantida a distância, na escola.

No início do século XVIII, nasce a medicina de Estado, ocorrida na Alemanha. Esse período estruturou a ciência do Estado, impulsionando o médico como um agente biopolítico, - instrumento do estado para intervir, para controlar a produção, e por sua vez, a quantidade ativa da população – a Alemanha desenvolve a chamada política médica de Estado. Devido as sociedades patriarcais – importando o desejo do pai, chefe de família e não do Estado – para que o Estado pudesse intervir nas famílias, ele propõe, portanto,

a medicina de Estado, que foi utilizada para garantir o corpo dos indivíduos enquanto força do próprio Estado.

Mais tarde, nos séculos XVIII e XIX, a criança e o jovem passam a confinação em internatos, privando-os da liberdade que gozavam entre os adultos. Começa um longo processo de “enclausuramento” das crianças, dentre eles, o contemporâneo, controle de natalidade (ÀRIES, 2014).

Uma característica deste período foi o interesse do saber da psicologia e das preocupações morais, quanto ao conhecimento das crianças, arquitetando condições de possiblidades para corrigí-las, pois

> [...] duas ideias novas surgem ao mesmo tempo: a noção da fraqueza da infância e o sentimento da responsabilidade moral dos mestres. O sistema disciplinar que elas postulavam não se podia enraizar na antiga escola medieval, onde o mestre não se interessava pelo comportamento de seus alunos fora da sala de aula. [...] A nova disciplina se introduziria através da organização já moderna dos colégios e das pedagogias, com a série completa de classes, em que o diretor e os mestres deixavam de ser *primi inter pares* para se tornarem depositários de uma autoridade superior. **Seria o governo autoritário e hierarquizado dos colégios que permitiria, a partir do século XV, o estabelecimento e o desenvolvimento de um sistema disciplinar cada vez mais rigoroso.** Para definir esse sistema, distinguiremos suas três características principais: a vigilância constante, a delação erigida em princípio de governo e em instituição e a aplicação ampla de castigos corporais (ÀRIES, 2014, p. 117, **grifo nosso**).

Observa-se práticas que, através de um sistema disciplinar, humilhava, castigava as crianças e os jovens que eram igualmente surrados. Contudo, foi a partir da instauração dessas práticas que uma nova orientação do sentimento de infância surge; a criança exigia cuidados e o acompanhamento das etapas de seu desenvolvimento, ou seja, a preocupação com seu desenvolvimento torna-se necessário (ÀRIES, 2014, p 119).

Além da preocupação familiar com relação à criança, a mesma ganhou roupas específicas que a distinguia dos adultos (FRABBONI, 1998). No entanto, a criança pagava um preço alto pela conquista da sua constituição: é a criança institucionalizada, “[...] o direito de ser criança (de ter atenções/gratificações/espaços/jogos) é legitimado somente sob a condição de pertencer a esse tipo de família e a esse tipo de escola” (FRABBONI, 1998, p. 67). Isto é, somente na estrutura de relações de propriedade e de poder. “A criança existe somente como minha, tua, nossa, sua criança, ou seja, dentro de

uma estreita privatização de relações e de definições" (FRABBONI, 1998 p. 67).

No século XX, "Terceira identidade: Criança-sujeito social ou sujeito de direitos", Frabboni (1998) observa que nossas crianças atualmente, apesar da aproximação cronológica, existem a partir de diferentes infâncias: existe a infância da criança que pertence à uma família com nível sócio-econômico alto, que brinca e estuda, mas tem uma rotina preenchida com inúmeras atividades como esporte, estudo de línguas estrangeiras, artes; a infância da criança que participa da formação de renda da família e por isso trabalha e nem sempre pode estudar; a infância da criança que acompanha os adultos ou até mesmo outras crianças, pedindo esmolas nas ruas ou cometendo algumas infrações leves e a infância da criança que ajuda seus pais nas tarefas de casa ou do trabalho, aprendendo desde cedo uma profissão (FRABBONI, 1998).

Todas as infâncias apresentadas referem-se a criança, porém suas situações de socialização, condições de vida, seu tempo de escolarização, de brincadeiras e de trabalho, mudam de acordo com suas experiências, sendo necessário que o adulto, tivesse compreensão dessas diferenças, para conhecer melhor as crianças com quem conviviam e por quem tem responsabilidades.

Desse modo, para Àries (2014), a partir da abordagem da infância de Frabboni (1998), ressalta que durante os séculos XIV, XV e XVI a criança era vista como um adulto em miniatura, e por isso era tratada, socialmente, também, como adulto; as crianças eram desenhadas como o adulto em escala menor, com músculos e feições de adultos (ÀRIES, 2014).

Por muito tempo, o ser criança fez parte de um breve período da vida desses indivíduos, pois logo misturavam-se aos mais velhos e devido a essa convivência com os adultos as crianças participavam ativamente da sociedade, adquirindo conhecimento a partir da convivência social, incluindo o exercício de profissões, participação em festas, rituais e cultos, uso de armas, pois as crianças não eram distinguidas dos adultos. Além disso, naqueles períodos havia pouca clareza a respeito das diferenciações desses grupos sociais (ÀRIES, 2014).

Outro aspecto interessante da história da infância que Àries nos traz é que a passagem pela família era rápida e insignificante, pois em geral, a partir

dos sete anos de idade, as crianças iam viver com outras famílias, para serem educadas até mesmo por que não havia uma educação oferecida formalmente, ou seja, através de um espaço escolar, por exemplo. As famílias, muitas vezes desconhecidas ou vizinhas, no intuito de “ensinar” essas crianças, contavam com elas para realizarem serviços domésticos ou aprenderem alguma profissão. Dessa forma, as crianças logo entravam no mundo adulto e não dependiam tanto dos pais. Mas acontecia exatamente o contrário: os pais biológicos é que dependiam deles, pois quanto mais filhos, mais braços a família teria para trabalhar e sustentá-los (ÀRIES, 2014).

Assim, com a Revolução Industrial, há uma mudança da posição da família na sociedade e aqui inicia a segunda identidade, conforme Frabboni (1998), com o surgimento da família moderna, e o “sentimento” de uma infância que se torna o centro do interesse educativo dos adultos (FRABBONI, 1998).

Segundo as teorias religiosas, as crianças nasciam do pecado e eram símbolos da força do mal. Essa ideia foi colocada por Santo Agostinho[7], que via a criança imersa no pecado, considerando-a como infante, ou seja, aquela que não falava, que era desprovida de razão (ÀRIES, 2014). Os intelectuais e pensadores da modernidade, adeptos desse pensamento religioso, entendiam que a escola tinha o objetivo de corrigir as crianças que viviam em constante estado de pecado, ou seja, aquelas que eram gulosas, preguiçosas, indóceis, desobedientes, briguentas e faladoras (BADINTER, 1985).

Nessa perspectiva, as crianças eram vistas como um material a ser moldado, e na grande maioria, os pais entendiam que essas crianças atrapalhavam suas vidas, no que se refere ao contexto social, afetivo, e até mesmo econômico (ÀRIES, 2014). Com isso, pode-se perceber por que muitas crianças foram abandonadas em orfanatos ou sofreram infanticídio, como anteriormente nos apontou Frabboni (1998) no período criança-institucionalizada.

Embora a ideia de criança e infância tem se transformado na atualidade, muitas concepções apontadas, referentes ao período de transição medieval para o período da idade moderna, permanecem presentes. Só a partir do

[7] Santo Agostinho foi um bispo católico, teólogo e filósofo que nasceu em 354 d.C. em Tagaste, morreu em 28 de Agosto de 430, em Hipona. É considerado pelos católicos como santo e doutor da doutrina da Igreja.

século XVI, importantes mudanças são percebidas referente às concepções da criança e da infância, e a partir do final do século XVII é que a situação de invisibilidade da criança/jovem se modifica. Essas mudanças, segundo Àries (2014) estão associadas ao ingresso na escola, e assim, inicia-se o processo de aprendizagem, como um modo de educação, surgindo um sentido de afeto no âmbito familiar, principalmente, na aproximação da relação entre pais e filhos. Portanto, foi entre os séculos XVI e XVII, na Europa, que a sociedade começou a perceber a criança, como um ser diferente do adulto. Foi neste momento histórico, que o sentimento de infância aparece (ÀRIES, 2014).

No mesmo período, em que importantes mudanças sobre a infância ocorreram na Europa, ocorria a colonização no Brasil. Esse momento da história brasileira, especialmente a partir da Idade Moderna, possibilitou que os europeus trouxessem suas concepções com relação à criança e a infância. No Brasil, durante muito tempo a criança era entendida e vista como um adulto em miniatura, e foram tratadas como força de trabalho, pois no Brasil colonial a partir dos sete anos, os filhos de senhores estudavam, e os dos pobres e escravos, eram colocados no trabalho, ocasionando

> [...] um passado que se intui (...) cheio de anônimas tragédias que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas. O abandono de bebês, a venda de crianças escravas que eram separadas de seus pais, a vida em instituições que no melhor dos casos significavam mera sobrevivência, as violências cotidianas que não excluem os abusos sexuais, as doenças, queimaduras e fraturas que sofriam principalmente no trabalho escravo [...] (DEL PRIORE, 2002, p.4)

Conforme a mesma autora, isto se confirma na época do Iluminismo, a partir do qual surgia a preocupação com a educação, como um preparo para a vida e para o trabalho. Me parece que havia um sentido de institucionalização das crianças, nos espaços de aprendizado, isto é, a escola. E ainda, havia uma diferença da escola para os filhos de burgueses, e para filhos de famílias pobres, ou seja, os filhos de famílias pobres, muitas vezes não chegavam a ir para escola, e quando as frequentavam eram treinados para os trabalhos chamados naquela época de secundários, como os de carpinteiros, pedreiros ou agrícolas (DEL PRIORE, 2002).

A partir desse contexto, da moderna concepção e dos modos de existência da família e da infância, surge, no século XVIII, o termo adolescência. Esse surgimento da adolescência esteve atrelado ao momento em que o trabalho e o convívio familiar, fortalecido e constituído, passou a formar essa nova "unidade" social. Foi neste período da história que os vínculos e os papéis constituíram-se diferentemente entre seus membros, ou seja, com o distanciamento entre a infância e a idade adulta surge a adolescência, como um novo período do desenvolvimento que ganha nome e lugar (ÀRIES, 1981).

Partindo do estranhamento do termo adolescência, assumido com clareza e lealdade ao referencial teórico proposto neste estudo, ao me deparar na literatura a proposição de que, nesta etapa da vida, que foi chamada de adolescência, percebo o quanto ganha forças e uma direção a percorrer.

Garritano (2008) situa que o termo adolescente[8] surge a partir do século XIX, na cultura ocidental, período pelo qual o individualismo foi fortemente valorizado pela sociedade capitalista. No entanto, o termo jovem e juventude, surge na década de 40 do século XX, vinculado ao contexto de trabalho e compreendido entre duas guerras mundiais, o alistamento militar e com a falta de trabalhadores, juntamente com a ascensão da mídia e do consumismo (FRANCO *et al*, 2014).

Adolescência corresponde à uma fase que representa a transição entre a infância e a idade adulta, sendo marcada por importantes mudanças do contexto de vida. Essa fase se relaciona diretamente com o crescimento do indivíduo em direção à vida adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social (RESTA et al, 2014). É considerada uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, sendo o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, marcando não apenas a aquisição da imagem corporal definitiva, mas também a estruturação da personalidade (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

É neste sentido a preocupação colocada em questionamento, em pensar a emergência de não olhar para o adolescente, enquanto uma visão de um

[8] Como já explicado nas primeiras páginas, nesta tese será utilizado o termo jovem. Mas salienta-se que há, a concepção do termo adolescente, ao longo da história, e que foi necessário ser trazido para este estudo, a fim de dar subsídios para a problematização proposta.

desenvolvimento linear, repleto de explicações universais, “embasado em pressupostos científicos [...] como um objeto natural com características e atributos psicológicos bem demarcados” (COIMBRA; BOCCO; NASCIMENTO, 2005, p. 4). Definir uma fase de vida de um indivíduo como adolescência é privá-lo de

> [...] suas multiplicidades de existência e construindo uma definição que impede que os desenhos de novos fluxos e de vida ganhem força de expansão. **Por outro lado, ao operarmos, por exemplo, com o conceito de juventude em nossas práticas**, constituído e atravessado por fluxos, devires, multiplicidades e diferenças [...] (COIMBRA; BOCCO; NASCIMENTO, 2005, p. 8, **gripo nosso**).

O movimento de estranhamento do conceito de adolescência, e passar a operar com o de juventude, ao ponto em que repensamos nossas práticas de cuidado em saúde mental voltadas à eles (FERREIRA et al, 2007), exige dos profissionais de saúde, um conhecimento do mundo jovem, de modo a possibilitar atenção contextualizada e comprometida, levando em consideração suas concepções e experiências de vida. E essa discussão, permeará por este estudo.

Com relação à institucionalização de crianças no Brasil, Arbex (2013) refere ao fechar o hospital de Neuropsiquiatria infantil, localizado na cidade de Oliveira, uma cidade no estado de Minas Gerais, 33 crianças foram enviadas para o Hospital Psiquiátrico Colônia, em 1976, em outro município do mesmo estado, isto é, Barbacena. A autora relatou que as crianças eram deixadas caídas no chão, com braços amarrados e o rosto queimado, pela intensa exposição aos raios solares, sendo vítimas da reprodução de um cuidado em que as práticas eram baseadas no descaso e desrespeito (ARBEX, 2013).

Havia o anseio por resgatar uma infância roubada, através da possibilidade de novos tempos, novos cuidados frente a situação, mas o tratamento não mudou. Lamentável pensar que em plena década de 80, do século passado, as crianças eram tratadas com os mesmos modos degradantes do Hospital Psiquiátrico de Oliveira. E pior que isso, as práticas de cuidado eram tão desumanas que crianças aleijadas ou que tinham paralisia cerebral, eram deixadas em berços, ficando encarcerados neles. Na maioria das vezes, ficavam em meio aos adultos, recebendo tratamento idêntico aos deles, sendo vitimados pelas dores e “maus-tratos das correntes, dos

eletrochoques, da camisa de força, do aprisionamento e do abandono" (ARBEX, 2013, p. 91).

Ainda, na mesma década, a mesma autora conta, através de depoimentos de ex-funcionários da instituição que a lobotomia[9] ainda era uma prática realizada, principalmente em crianças com diagnóstico de epilepsia. Algumas resistiam, e passavam bem, mas a maioria passava a vegetar depois da cirurgia que visava diminuir a agressividade e fazer que os surtos cessassem (ARBEX, 2013).

Quase um século e meio atrás, em meados do século XIX, precisamente em 22 de janeiro de 1840, foi a data que marcou a abertura da colônia de *Mettray*, na França, conhecida como especificidade na operação do adestramento. A modelagem do corpo através das técnicas que induzem a modos de comportamento e aquisição de aptidões, foi fortemente marcado pelas relações de poder que se preocupavam em controlar, fabricar indivíduos submissos. Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2011, p. 278) refere que uma criança de *Mettray* agonizava, dizendo que lamentava ter de deixar tão cedo a colônia, a punição do corpo, mas a preferência pelo adestramento, pela cela.

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e jovens, tem como uma de suas marcas o controle do estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social. No Brasil, o movimento de defesa dos direitos de crianças e jovens, surge na década de 20, culminando na primeira legislação sobre o tema da assistência e proteção a crianças e jovens que reconhecia a situação de pobreza como geradora de "crianças abandonadas" e "jovens delinquentes" (BRASIL, 2013).

A institucionalização no Brasil, por muito tempo, excluiu crianças e jovens com deficiências e transtornos mentais. Nesse contexto, legislações específicas, em diferentes momentos históricos, produziram transformações na compreensão jurídica e social da criança e do jovem, marcando este momento histórico. Dentre eles, podemos citar o Código Mello Mattos 1, de 1927; O Código de Menor66es 2, de 1979 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990 e de 2012 (BRASIL, 2013).

---

[9] Procedimento cirúrgico realizado no cérebro, com a finalidade de seccionar as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo.

O Brasil, ao aprovar o Código de Menores Mello Mattos, em 1927, abandonou o Código Penal de 1890, criando a Consolidação das Leis Penais, deixando de lado o critério biopsicológico, que permitia ao juiz decidir se o jovem entre 9 e 14 anos ia ou não para a cadeia, adotando o critério objetivo de responsabilidade penal, a partir dos 14 anos. A doutrina subjacente ao Código Mello Mattos era a de manter a ordem social. As crianças com família não eram objeto do Direito; já as crianças pobres, abandonadas ou delinquentes, em situação irregular – e apenas aquelas que estivessem em situação irregular-, passariam a sê-lo.

O Código Mello Mattos, portanto, tinha por finalidade o saneamento social. De acordo com Coimbra e Ayres (2009), em função de uma ausência de redes de apoio, o referido código era composto por uma forte aliança entre médicos e juristas sob o discurso de proteção e assistência. Ao juiz de menores, cabia intervir na vida da população infantojuvenil para garantir sua proteção, calcada em 'parâmetros morais e higienistas'. No período entre as duas primeiras legislações citadas (1927-1979) surgiu o termo "menino de rua", por intermédio dos meios de comunicação de massa, que reforçavam o estereótipo de que meninos em situação de vulnerabilidade social eram perigosos e potenciais inimigos do restante da população (BRASIL, 2014)

Em 1979 entrou em vigor o Código de Menores, caracterizado pelo entendimento de que existiam situações de risco na realidade infantojuvenil que precisavam ser controladas com internações em massa. Embora o referido código tenha incorporado avanços em relação à legislação anterior, ele manteve a conotação estigmatizante de crianças e jovens pobres como lógica menorista, o que representou um motivo de fortes críticas. No mesmo período, se ampliou, de forma considerável, o número dos estabelecimentos responsáveis por abrigar de forma desumana os "filhos da pobreza" (COIMBRA; AYRES, 2009; BRASIL, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil, constituído em 1990, a partir da necessidade de ampliação da compreensão do contexto social e político, que gerou a concepção da delinquência infantojuvenil, da constituição da família e da geração de filhos tidos como ilegítimos, implicou no abandono de crianças, além de maus-tratos, cenários de violência, negligência.

Assim, como modo de normatizar a política de assistência das crianças e dos jovens carentes, desamparadas e/ou abandonadas. O ECA, portanto, normatizou a atuação do poder judiciário na defesa de tais direitos, infringidos pela família/cuidadores.

Orientado pelo paradigma da proteção integral, o ECA considera a criança e o adolescente, como sujeitos de direitos, e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas e; (d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Brasil, 1990).

O ECA visa resguardar o acesso à educação e a importância da preservação de vínculos sociais e comunitários das crianças/adolescentes, além da garantia de direitos fundamentais e do acesso a bens socioculturais, de convivência familiar, respeito e dignidade (BRASIL, 1990).

Com relação à proteção à vida e a saúde, o ECA (1990, p. 7; 2012) em seu artigo 7º enfatiza “a necessidade de políticas públicas de saúde efetivas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso das crianças e adolescentes, em condições mínimas, dignas de existência”. O ECA (1990; 2012) ainda prevê que:

> Art. 3º A criança e o jovem gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e com dignidade.
>
> Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
>
> Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do jovem, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Os aspectos apontados, relacionados à atenção voltada a saúde da criança e do jovem, e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública, integrante das ações do Sistema Único de Saúde é recente e tem-se mostrado como um movimento necessário, na intenção de fortalecê-los enquanto sujeitos de direito e responsabilidades. Contudo, o ECA traz alguns efeitos sobre a concepção linear de desenvolvimento, contida nesta noção de adolescência, termo neste estudo, posto em estranhamento.

2.5 Atenção Psicossocial infantojuvenil: práticas de cuidado na atualidade

A atual política de saúde mental brasileira, considera o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) como um serviço estratégico, sendo um dos elementos que compõe a da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A organização em redes poliárquicas, em superação à concepção hierarquizada e piramidal, buscando o respeito as diferentes tecnologias de cuidado existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), rompem com as ações verticalizadas, configurando redes policêntricas horizontais que dialogam, conversam e propõem um cuidado ampliado, compartilhado e efetivo.

Nesse contexto, o CAPSi, implantado e proposto a partir de 2002, pelo Sistema Único de Saúde, e aprovado através da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Nº. 10.216/01, que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental grave, redimensionando o modelo de cuidado em saúde mental no país (BRASIL, 2001). Além disso, a portaria 336 de 2002, define o CAPSi como um serviço ordenador no redirecionamento das políticas públicas em saúde mental para crianças e jovens, e mantendo, especialmente o vínculo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2002). Caracterizam-se por serviços que assumem um caráter aberto, de base territorial e comunitário, de atenção psicossocial.

Em 2003, através da Portaria n.º 1.946, de 10 de outubro, orientou a criação de um Grupo de Trabalho (GT) que analisou o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial infantojuvenil, no âmbito do SUS, propondo ações de ampliação, acesso e equidade. O GT tinha a tarefa de, com base nesse diagnóstico, possibilitar condições para a implantação de um Fórum Nacional, para Atenção à Saúde Mental de crianças e jovens, para que funcionasse

como um espaço de articulação entre diferentes segmentos de cuidado à essa população (BRASIL, 2003a). No mesmo momento, foi aprovado, através da Portaria n.º 1.947, de 10 de outubro de 2003, o Plano Estratégico que previa a expansão do número de 70 Centros de Atenção Psicossocial, para a Infância e juventude, previsto na referida portaria, até dezembro de 2004. Contudo, o município da presente pesquisa, não estava entre os municípios previstos na portaria, estando somente Caxias do Sul, Pelotas e Porto Alegre (BRASIL, 2003b).

Desse modo, em agosto de 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, instituído pela portaria Nº. 1.608 do MS, apontou a necessidade de estender e efetivar as iniciativas da Reforma Psiquiátrica à população infantojuvenil, devido a elevada prevalência dos transtornos psicossociais, acometendo crianças e jovens, e a indispensável articulação com as políticas públicas, como educação, justiça, cultura, dentre outros (BRASIL, 2005b). Portanto, o cuidado aos usuários no CAPSi se dá numa perspectiva de atenção psicossocial, em que a visão de clínica ampliada deve ser compreendida, planejada e organizada para além da doença.

Ao pensar no horizonte da reforma psiquiátrica, quando falamos em clínica ampliada, intersetorial e funcionando em redes, provoco, assim como Vicentin (2016) um paralelo daquela criança e jovem que, “por direito”, previsto em leis e estatutos, por estarem já inseridos num lugar desprovido, de anormalidade, carência e periculosidade, e têm vivências de segregação (VICENTIN, 2016). Assim como para Foucault (2010), me parece que para uma criança e um jovem terem um cuidado em saúde mental adequado para o seu desenvolvimento e efetivo é preciso excluí-lo, pois, somente assim, é possível tratá-lo, consertá-lo e normalizar a anormalidade deles. Mas retomaremos essa discussão no capítulo 5.

No que se refere ao atendimento do CAPSi, essa atenção especializada é referenciada à crianças e jovens, com idade entre 3 e 18 anos, que apresentam transtornos mentais graves, persistentes e de recorrência percebida na sua vida social, ou seja, na família, escola, ou mesmo, na rede de atenção à saúde. A equipe mínima multiprofissional compõe-se por um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior. Dentre esses profissionais,

psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional que seja considerado necessário ao projeto terapêutico do serviço, além de cinco profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde, reafirmando o papel dos CAPS no cuidado em saúde mental, no sentido da garantia da atenção às crianças e jovens, em situação de sofrimento psíquico grave e persistente, mas, também orientou as transformações de ações entre os pontos de atenção, ampliando o cuidado e a garantia do acesso (TAÑO; MATSUKURA, 2014). A portaria, dispôs, também, sobre a garantia do financiamento dos recursos direcionados para atender as demandas dos CAPS e consolidar a sua implementação (BRASIL, 2011).

Ao pensar numa clínica ampliada, é pensar para além da doença mental. A clínica ampliada para a criança e o jovem se dá no momento em que é priorizado a atenção à saúde durante as diferentes fases de suas vidas, possibilitar, nesse cuidado, e reforçar os laços de pertencimento social (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016).

Oliveira, Ribeiro e Coimbra (2012) reforçam que se os transtornos mentais não forem tratados no período da infância, podem ocasionar impactos severos na idade adulta, impedindo, na maioria dos casos, a convivência dessas pessoas na comunidade, no trabalho, na escola, e nos diferentes espaços sociais do qual fazem parte. Contudo, o CAPSi foi criado para atender uma população específica, através de uma estratégia biopolítica e centrada na prevenção, no que pode vir a acontecer. Assim, questiono: o CAPSi foi criado, portanto, para o bem da gestão populacional, enquanto preocupação com o futuro, de modo à normalizá-la e prepará-la para a vida?

Nesse contexto, o trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, coloca os profissionais frente a diferentes problemáticas que envolvem os usuários. Precisam, além de dar conta de um sofrimento psíquico, garantir que as crianças e os jovens, frente à uma situação de vida desorganizada, condições socioeconômicas e culturais precárias, prejuízos nas condições de higiene e de saúde em geral, sem falar das

dificuldades de inserção social, e ocorrência de maus-tratos sofridos pelos pais, familiares e amigos próximos do seu meio de vida, possam estar o mais possível próximo da zona de normalidade.

Sofrimentos psíquicos, com histórias de saúde de abuso, de *bullying*, de relacionamento social prejudicado, mas, principalmente, os que estão descritos no DSM-V, tais como, transtorno disruptivo, controle dos impulsos e de conduta e de comportamento, antigo transtorno de adaptação, conforme DSM-4, evidenciam as problemáticas dos usuários infantojuvenis. Ainda, as dificuldades de aprendizado na escola, mas que é visto como além de uma inadequação de comportamento social, de conduta, implica na atuação de conjunto de normas e disciplinamentos.

Essas situações vivenciadas, enquanto espelho de seus processos reais de vida, ocasionavam prejuízos no desenvolvimento em geral, dificultado pelo estado de saúde mental que estava fragilizado, desorganizado e que afastava a criança e o jovem do seu meio social. Seria a criança novamente classificada, institucionalizada, excluída? Eu poderia dizer aqui que sim, pois são essas crianças e jovens que apresentam as condições para beneficiarem-se do tratamento no CAPSi.

Na escola, o saber sobre o corpo, também, vem sendo constituído por um conjunto de disciplinamentos. Por muito tempo, e atualmente, a escola funciona como uma máquina de ensinar, em que existe um controle das atividades, marcando uma hierarquia do saber ou das capacidades dos alunos. Esse controle disciplinar implica em ter um corpo dócil, capaz de desempenhar o mínimo de funcionamento próprio do organismo, capitalizando, a todo o momento, o seu tempo, a sua produção. Portanto, a disciplina impõe um conjunto de forças sobre os corpos, a fim de obter um organismo eficiente (Foucault, 2011). Desse modo, corroboro com Foucault quando ele diz que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 2011, p. 132).

A intenção da disciplina é formar uma relação de obediência, e quanto mais obediente, mais útil, e assim, inversamente. Nessa relação, ainda, não é intenção o aprofundamento da sujeição da criança e do jovem, viabilizar

desenvolvimento de habilidades; a intenção na disciplina, é colocar o corpo numa maquinaria de poder que “o esquadrinha, o desarticula e o recompõe [...] é também igualmente uma ‘mecânica do poder’” (FOUCAULT, 2011, p. 133).

A partir desse contexto, a escola, atua como um espaço social de ensino sistematizado, mostrando-se enquanto um espaço que promoverá a transformação dos corpos em força para o trabalho, e criam-se novos tipos de saber e poder. É, portanto, no espaço escolar que o controle sobre os corpos propõe em torná-los força produtiva. No espaço terapêutico, não é diferente. As práticas disciplinares, a “mecânica do poder” sobre o corpo, surge “num espaço administrativo e político que tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas” (FOUCAULT, 2011, p. 139).

Na perspectiva do modo psicossocial de cuidado, a constituição da RAPS orientou que os CAPS devessem criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, além de atender às necessidades em saúde mental, das pessoas em uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. No conjunto das ações da atenção psicossocial, atual política em saúde mental, poderíamos dizer que a mecânica do poder no CAPSi está presente, mas é necessário dizer que muitas conquistas foram obtidas, e que o processo de saúde e das práticas de cuidado, precisam olhar para além de um corpo individualizado, estável, normal.

No campo da saúde mental infantojuvenil, o 1º Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, ocorrido no Rio de Janeiro, em abril de 2013, foi um importante espaço para discussões que potencializaram, o processo de construção, de uma rede de atenção ampliada na área de saúde mental à criança e ao jovem, através de discussões e trocas de experiências do trabalho realizado em diferentes CAPSi no país. Contudo, nesse evento, desafios foram colocados, metas foram pensadas e traçadas de forma a fazer valer a responsabilidade do Estado, de modo a garantir a dignidade humana, no “cuidado ético e qualificado de sua população” (CONCAPSi, 2013, p. 12).

Caminho que nos mostra o quanto a preocupação em manter o desenvolvimento infantil está preservado nas determinações do poder do Estado. Tecnologia do poder, em prol do progresso da população. Como diz Foucault “o saber não está contido somente em demonstrações; pode estar

também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas" (FOUCAULT, 2013a, p. 221). É a gestão populacional colocada em funcionamento.

3 Visitando o campo teórico de Michel Foucault: ferramentas conceituais

Nesse capítulo, estruturei a sustentação conceitual que foi imprescindível para a construção da tese. Partindo do que se construiu até aqui, os convido a adentrar neste universo de conceitos que, como diz Fischer (2012, p. 22), se constituiu como "o mote da multiplicidade dos acontecimentos como aglutinador de um saboroso líquido a inspirar um jeito especial de fazer história, filosofia, literatura, ficções, pensamento sobre o presente". Me atrevo a pensar como Rosa Fischer que, ainda nos diz

> [...] narrados na sua condição de multiplicidades, sempre multiplicidades: multiplicidades dos visíveis e dos enunciáveis, enfim, do acontecimento. Nada em Foucault se resolve pela distinta clareza das coisas ditas e das práticas institucionais: há que problematizar, nos diferentes campos de saber, o que vivemos no presente; melhor, os modos dispersos pelos quais nos tornamos a diferença do que hoje somos [...] (FISCHER, 2012, p. 26)

Veiga-Neto e Rech (2014, p. 77) sinalizam "[...] com Foucault, fale de teorizações", pois entendem que essas, ao contrário da teoria – que em geral é mais 'indiscutível' – nos remetem ao movimento da reflexão, de modo inconclusivo e contingente, sobre práticas, experiências, acontecimentos ou sobre coisas da vida. Assim, fiz a opção por pensar a "caixa de ferramenta" conceitual, deste estudo, como uma ação, imprescindível para a problematização do *corpus* de pesquisa.

Desse modo, realizar um estudo de inspiração Foucaultiana, tomando algumas ferramentas teóricas, foi assumir o pós-estruturalismo[10] como uma

[10] Pós-estruturalismo enquanto desconstrução, como um modo de pensar, que inaugura um novo olhar, questionando o sujeito cartesiano, visto como a fonte de conhecimento universal e de sua tendência totalizante, autossuficiente (BRANDÃO, 2015).

corrente filosófica, no intuito de buscar condições de possibilidades, para problematizar a produção de práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Como diz Veiga-Neto (2009) se pensarmos na constituição do referencial Foucaultiano, como possibilidade de nos guiar à um caminho metodológico, este método tornou-se possível pela simples capacidade de ser inventado, construído. Assim, a teorização Foucaultiana, como diz Veiga-Neto e Rech (2014), foi tida como um modo de abordar o objeto de estudo, encontrar excertos, problematizá-los, falar sobre eles.

Problematizar não significou a busca pela verdade absoluta, nem tampouco me remeteu a significar algo como certo ou errado, bom ou ruim; ao contrário, problematizei no momento em que eu me desloquei de uma ação de análise crítica, (VEIGA-NETO; RECH, 2014) buscando entender, como os acontecimentos históricos, movimentavam-se na constituição de modos de cuidado, e como esses modos, transitaram pela história da loucura e da psiquiatria, até chegar no modo psicossocial.

Foucault buscou afastar-se de toda tradição iluminista, a qual propõe o entendimento sobre o mundo, seu funcionamento, suas verdades mais verdadeiras. Entendo Michel Foucault como um referencial que propõe modos de olhar para as coisas, maneiras de entender os objetos (VEIGA-NETO, 2009; VEIGA-NETO; RECH, 2014). Além do mais, Foucault enfatizou que o livro *A arqueologia do saber*, ao contrário do que pensava, não é um livro que nos mostra um caminho metodológico pronto.

Inicialmente, fiz a opção por utilizar e me inspirar nas ferramentas conceituais de saber, poder, norma, verdade, disciplina, vigilância, controle e biopolítica, os quais contribuíram para esse olhar ao material empírico. Ainda, foi necessário me deslocar entre os conceitos de normal e o anormal, empreendido por Michel Foucault, para assim, dialogar com as práticas de cuidado e as estratégias de cuidado engendradas pelos trabalhadores, os efeitos que esses saberes e poderes produzem, ao atravessar a constituição do cuidado, da criança e do jovem, e que circulam nas relações estabelecidas com o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Desse modo, a escolha em dialogar com os conceitos de Michel Foucault, para problematizar o meu objeto de estudo, ou seja, as práticas de

cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, relacionaram-se, ainda, ao modo como suspeito do autor, dos conceitos que foram constituídos, pois de acordo com Veiga-Neto e Rech (2014) os objetos que se formaram, na construção deste estudo, foram inventados de acordo com as necessárias para este período histórico.

O pensamento do filósofo e historiador francês, Michel Foucault propõe a radicalização da percepção da historicidade e de todos os objetos a serem trabalhados por este saber (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007); é no contexto de um dado saber, de um dado acontecimento, que podemos apreender o movimento de seu aparecimento, de sua história, de suas redefinições e rupturas. Conforme o mesmo autor, para Foucault não existe objeto histórico que não seja encarado como um acontecimento que esteja fundado na experiência, nas práticas sociais, nos discursos (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007).

Desse modo, Foucault me possibilitou a olhar para as bordas, para os limites, que marca e demarca cada pensamento, cada prática e discurso. Por isso que Foucault, através de seu pensamento contemporâneo, desmontou crenças sobre nossa origem enquanto “ocidentais”, pois é possível aprender com ele que o passado é apresentado pela eterna luta que os homens travam no presente, e que tentam dar a ele consistência, estabilidade, que sirva de suporte para projetos, estratégias que indiquem a construção de verdades possíveis sobre o ser do homem no tempo (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007).

A arqueologia possibilita o estabelecimento da constituição de saberes imersos nas interrelações discursivas e sua articulação com as instituições, num movimento de aparecimento de saberes “a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes” e que “os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica” (FOUCAULT, 2012c, p. 11). Assim, Michel Foucault se constituiu como um intelectual do contemporâneo, pois foi ele que nos mostrou como as práticas e os saberes vem funcionando e como fabricam sujeitos modernos (VEIGA-NETO, 2007), desafiando o fundo acomodado das camadas históricas, que perpetuavam as crenças, a respeito de nossa “origem” ocidental, no intuito de desnaturalizar verdades.

Neste contexto, Foucault foi um importante historiador das descontinuidades, das rupturas, da constituição dos discursos, das relações de poder e das formas de dominação no cotidiano da vida social (RAGO, 1995, p. 67). Quando fala em desconstruir pode-se entender que se trata de um exercício do nosso pensamento; é colocá-lo em movimento. Descontruir é pensar (VEIGA-NETO; RECH, 2014).

Por outro lado, ao me aventurar num mergulho conceitual foucaultiano é possível que ocorra a colisão de forças entre poder, saber, moral, ética, possibilitando criar um tipo, digamos, assim, de estranhamento predominante no campo das práticas de cuidado. Pode esse estranhamento ser entendido, neste momento histórico, com um potencializador de novas práticas e ações e, no mesmo movimento, afirmar a relativa produção de cuidado e de vida de uma criança/jovem.

Foucault, ao longo de sua obra, foi identificado como estruturalista, pelo seu trabalho no livro *As palavras e as Coisas*, onde o saber é estratificado entre o que se diz (palavras) e o que se faz (coisas) (FOUCAULT, 2016) e, após esse período, como pós-estruturalista, na obra, *Vigiar e Punir*, no qual desenvolveu concepções e análises sobre o poder (FOUCAULT, 2011). Para o autor, o poder é visto como produtor de saberes e verdades e por isso que Foucault desenvolveu compreensões éticas sobre a verdade, entendendo que a mesma, sustenta os sistemas que movem a repressão, quando coloca em funcionamento determinados padrões e modos de normalidade.

O pensamento de Michel Foucault se constrói a partir de deslocamentos e de problematizações. A partir desses movimentos pode-se empreender a proposição de novas ferramentas para práticas de cuidado na contemporaneidade. A minha pretensão não é a de propor práticas de cuidado ou modos verdadeiros e únicos de cuidado, mas de problematizar como essas práticas de cuidado se constituem, e como elas podem estimular nossas práticas sociais, enquanto trabalhadores da saúde.

Baseado em Nietzsche, Foucault opõe ciência e poder, saber e poder, reformulando conceitos modernos bem estabelecidos. Assim, propõe, o

rompimento com o estatuto da razão, como *modus operandi*[11] e explicativo para os questionamentos da sociedade, onde o homem se constrói a partir das relações de poder existentes na sociedade e da qual ele é parte. Em suas teorias sobre as relações de poder, saber e de sujeito, concluiu que o sujeito, se constrói a partir destas relações, sendo produto das mesmas (COSTA, 2012; VEIGA-NETO, 2007).

Foucault desenvolveu um trabalho sobre as relações que se estabelecem nas instituições, rompendo com sistematizações e conceitos totalitários e generalizados do paradigma científico moderno (VEIGA-NETO; RECH, 2014), compartilhando da ideia de que o passado é provisório, e trabalha com o conceito de descontinuidade da história.

Em Microfísica do Poder, na conferência *O nascimento da medicina social,* Foucault (2012) coloca em questionamento como a medicina institui um novo "regime" no discurso e no saber, investindo contra o historicismo, enquanto totalidade de referentes contínuos, e como um processo evolutivo. Destitui o caráter das centralidades, que limitam o pensamento, e obstruem as multiplicidades.

O pensamento Foucaultiano em sua fase arqueológica aborda a questão da discursividade, como produtora do sujeito, através da noção da verdade. Foucault entende que o sujeito é produzido pelos discursos, e que portanto, não está no estatuto da razão, do sujeito do conhecimento, capaz de adquirir autonomia, liberdade e racionalidade, atributos que o pensamento moderno delega a historicidade que lhe é exterior. A arqueologia permitiu a análise da história da loucura, a partir de aspectos descritos e não ditos, a respeito da mesma, trabalhando com a noção de desconstrução: o objeto é desmontado, em seus contornos mais definidos, para se redefinir e abrir a condição da possibilidade de um novo vir a acontecer (FOUCAULT, 2013a).

A arqueologia nos ajuda a pensar sobre o modo como nos tornamos aquilo que somos, enquanto sujeitos de saber. Na arqueologia, Foucault propõe um estudo sobre o saber, mostra o solo epistemológico, as condições de possibilidade que se configuram para a possibilidade de aparecimento de determinados saberes, em determinado momento histórico. Atualmente temos

[11] Expressão em latim que significa "modo de operação", utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade seguindo sempre os mesmos procedimentos.

um solo epistemológico que mostra o antropocentrismo, portanto, o estudo do saber não é um simples processo evolutivo. Isso é devido a esse solo epistemológico que vivemos hoje, que coloca o homem como centro de tudo.

As obras que compreendem essa fase são a História da Loucura (1961), As palavras e as coisas (1966), O nascimento da clínica (1963) e Arqueologia do saber (1969), nas quais Foucault tenta retomar, historicamente, conceitos para poder entender a modernidade e olhar para o presente. Na arqueologia, o discurso está na ordem de acontecimentos (ditos e não ditos) que nos atravessam, nos constituem.

Para o autor o discurso é produzido, sendo o sujeito um efeito do poder, pois o discurso é analisado ao nível do que é dito. Com relação à verdade Foucault afirma que esta não é absoluta, porém, esta articulada aos regimes de verdade que se estabelecem temporariamente a partir dos saberes. O conceito de verdade, numa perspectiva epistemológica contemporânea

> [...] cai-se sempre numa falácia ao tentar hierarquizar os outros discursos a partir de um suposto lugar (que seria) superior ou estável. (...) o máximo que se consegue é colocar um paradigma contra os outros, em embates diretos. Isso não significa, certamente, que, na prática, a todos se atribua um valor igual. Ao contrário, em termos práticos uns valem mais do que outros; afinal, uns carregam mais conteúdos de verdade do que outros. Mas não porque este conteúdo seja intrínseco a eles, senão porque os enunciados sobre os quais eles se assentam articulam-se segundo uma ordem que os instituem como os mais verdadeiros, que os faz parecer mais verdadeiros (VEIGA-NETO, 2002, p. 36).

A arqueologia se ocupa de questionar esse sujeito moderno, previsível, fazendo aparecer o problema da subjetividade nos jogos de enunciação, isto é, uma frase que é dita e que não pode ser repetida, dando visibilidade aos lugares possíveis ao sujeito, no contexto da produção dos saberes. O enunciado é mais do que uma frase, uma enunciação (FOUCAULT, 2013a).

Os conceitos da fase arqueológica contribuíram para o conhecimento, através das enunciações e formações discursivas, das práticas dos trabalhadores, o cuidado engendrado e esse enquanto um possível regime de verdade em construção, descrevendo como estas práticas funcionam, implicando, assim, a emergência do discurso. Os genealógicos, estarão operaram nesta análise para entender as relações que se processam no CAPS infantojuvenil em relação aos saberes, que constituíram as práticas e os

trabalhadores, os poderes que estes assumem, nestas ações, neste lugar, na emergência do seu acontecimento, em que se produzem, na perspectiva do cuidado. Entendendo, a partir de que possibilidades estes ocorreram, e relacionaram-se, a genealogia é um método que buscou analisar o poder em seu discurso prático. Contudo, a genealogia não buscou a origem, mas de onde resulta determinado acontecimento histórico (FOUCAULT, 2013a). Portanto, a genealogia, a partir do pensamento de Michel Foucault permitiu o entendimento de como os trabalhadores da saúde mental infantojuvenil, produzem as práticas de cuidado, e a partir de qual perspectiva esse cuidado é engendrado.

A genealogia possibilitou olhar para a história e reconhecer os efeitos que determinados eventos, colocados em operação, têm relacionado a contemporaneidade. Para Dreyfus e Rabinow (1995) a genealogia busca a descontinuidade “ali onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. [...] Ela evita a busca da profundidade. Ela busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p.118).

Esta tese, portanto, parte de uma inspiração nas fases arqueológica e genealógica, pois têm-se que os conceitos pensados nos domínios ser-saber e ser-poder, como possibilidade de produção de um sujeito moderno, produzem transformações no campo da saúde. E este foi o desafio lançado: propor esta interlocução entre ferramentas de inspiração Foucaultiana e as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Problematizar as práticas de cuidado no cenário da saúde mental significou assumir a resistência a saberes constituídos como verdadeiros e a pensar na descentralização de saberes sobre o outro (HUNING; GUARESCHI, 2007).

Os discursos da sociedade são controlados, marcados pela busca de poder, pela luta do controle daquilo que enunciam (FOUCAULT, 2012a). O dito “louco”, por muito tempo, foi visto como um indivíduo que produzia um discurso que não podia ser igual ao das outras pessoas, e seu discurso ter o mesmo impacto, pois suas palavras eram consideradas nulas, desprovidas de verdade.

A sociedade não tinha interesse em ouvir o louco, pois se o mesmo era detentor de um discurso que não tinha uma verdade, portanto não tinha validade. E este acontecimento está presente nos dias atuais. A partir disso,

tem-se que os discursos sofrem influências de regras da sociedade, institucionais e detentoras de saber que garantem aos discursos, o poder de ser aceito como verdadeiro. Ainda,

> [...] substituir o tesouro enigmático das 'coisas' anteriores ao discurso pela formação regular de objetos sem referência ao fundo das coisas, mas relacionando-os ao conjunto de regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico; fazer uma história dos objetos discursivos que não os enterre na profundidade comum de um solo originário, mas que desenvolva o nexo das regularidades que regem sua dispersão. [...] (FOUCAULT, 2013a, p. 58).

Para Foucault (2013a) o discurso é tido como uma prática que nos mostra um conjunto de regras determinadas, que estão "vivas" em certo período de tempo e espaço, e que define uma área de saber, constituindo uma prática discursiva com suas regras de formação, incluindo objeto, enunciados, conceitos, temas e teorias, relacionadas com sua materialidade, se estabelecendo como verdades. Esta pesquisa insere-se neste contexto, em que a materialidade é tida enquanto construção, produção histórica, política; no sentido de que a linguagem constitui práticas, constitui realidade e produz, assim como o poder, saberes.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2011) deixa claro que o discurso se produz em função de relações de poder. Nessa relação, o corpo torna-se alvo, pois as relações de poder moldam, treinam e submetem para que se torne tão útil quanto sujeitado. São técnicas de dominação colocadas em funcionamento. As relações de força, com a modernidade passam a dividir, separar, mediar esse corpo como uma peça na grande maquinaria de produção, e como qualquer produto de produção em massa, o corpo humano passa por vários estágios até estar acabado: família, escola, quartel, fábrica; ou sua versão moderna: família, escola, faculdade, escritório. Caso alguma coisa não se encaminhe, se constitua nessa linearidade, diria assim, temos o hospital, as casas de correção, as práticas de cuidado do CAPSi como instituições normalizadoras, ou ao menos, buscam normalizar (FOUCAULT, 2011).

Assim, o discurso enquanto prática nos remete a um sujeito em enunciação e ao lugar de onde ele fala, põe a operar as condições de enunciação que estão em jogo. É a legitimidade de quem fala; em que local, em que campo de saber está inserido aquela pessoa que fala. Há enunciação

cada vez que um conjunto de signos for emitido: (ex: o *corpus* de análise, o material empírico, colocados em exame). Enunciado não é como um ato de fala. Não é uma proposição. Enunciados são raros. Ele não está solto e de qualquer modo se encontra um enunciado. Foucault tem a preocupação em deixar claro isso, e da sua preocupação com isso, e tratar os enunciados na sua exterioridade. O que é dito, é dito de algum lugar, marcado por regras de formação, no jogo de uma exterioridade; condições de existência dadas pelas questões sociais, políticas, culturais, econômicas, o que se permite aparecer, situar-se em relações, definir heterogeneidade. Como Foucault diz, ser colocado em um campo de exterioridade (FOUCAULT, 2013a).

A produção dos enunciados não é o propósito desta tese, mas colocar em funcionamento as enunciações, buscando dar visibilidade às práticas engendradas em seu fazer na atenção psicossocial infantojuvenil. Busca-se, portanto, a desconstrução de evidências, da linearidade histórica acreditando-se que os discursos se tratam de um conjunto de acontecimentos dispersos e descontínuos (FOUCAULT, 2013a).

Na análise das práticas de cuidado, permitiu conhecer as condições de possibilidades para sua emergência nos discursos, explorando ao máximo o material empírico, enquanto uma produção histórica, política, de palavras em construção e que constituem práticas (FISCHER, 2012). Por muito tempo as práticas de cuidado estiveram relacionadas as práticas de internamento, em que os “loucos” eram vistos como um personagem social das margens (LE BLANC, 2013, p. 178), mas Foucault nos dá a oportunidade de olhar para essa história e refletir sobre a posição de alteridade,[12] pela posição de excluído a que está submetido, pois “loucos e pobres não cessaram de se olhar em um jogo de espelhos, de serem considerados como sujeitos das margens que uma longínqua semelhança acabava sempre por reinscrever em um espaço comum” (LE BLANC, 2013, p. 173)

A verdade tem uma história no sentido genealógico por que não se detém na busca pela finalidade ou pela origem essencial da própria história, o que nos leva a olhar para o significado de história de outro modo (FOUCAULT, 2012c). Para o mesmo autor, a verdade é indissociável da singularidade do

[12] Alteridade é a percepção do diferente; no caso representa o sentido de tratar o sujeito “louco” como um sujeito diferente dos outros “não loucos”.

acontecimento, pois as práticas sociais, além de poder engendrar domínios de saber em que aparecem novos objetos, conceitos, novas técnicas, também podem fazer nascer novos modos de sujeitos e de sujeitos de conhecimento (FOUCAULT, 2013b). A partir disso, pode-se questionar, como as práticas de cuidado, muitas vezes realizadas através de estratégias de controle e de vigilância, podem produzir verdades e que verdades são essas que podem implicar num sujeito de conhecimento. Um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do que "a verdade se dá na história, mas de um sujeito que se constitui no interior mesmo da história, e que é a cada instante fundado e refundado" (FOUCAULT, 2013b, p. 10).

Para Foucault (2012c) a verdade não existe fora do poder ou sem poder, pelo contrário, a verdade é deste mundo em que o poder permeia as relações que o sujeito estabelece com o outro, produzida por forças que produz efeitos que regulamentam. Cada sociedade tem seu regime de verdade, "sua 'política geral' de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros*"* (FOUCAULT, 2012c, p. 12).

Em *A verdade e as formas jurídicas*, Foucault (2013b) diz que existe duas histórias da verdade: a interna, que se corrige a partir de seus próprios princípios de regulação, como nas ciências; e a externa, que se forma nas sociedades em certo número de regras de jogo que definem formas de subjetividade, domínios de objeto e tipos de saber. Foucault analisou alguns textos de Nietzsche, para provar a tese de que o conhecimento foi inventado pelos homens, e que existem relações de poder até na história da verdade. E que invenção difere de origem. Assim, a religião, a história, a poesia, o ideal e o próprio conhecimento não teriam origens metafísicas anteriores aos homens, mas teriam sido inventados por eles. Sendo o conhecimento inventado por obscuras relações de poder, não faz parte da natureza humana; é a luta, o combate. (FOUCAULT, 2013b).

Ainda em sua análise sobre a verdade e o conhecimento, Foucault (2013b), parte do princípio, de que não há uma relação necessária entre o conhecimento e as coisas a conhecer, ou seja, o que se sabe a respeito de algo, não é próprio de sua essência. Desse modo, nos indicou que o conhecimento, não faz parte da natureza humana, não sendo algo que diz respeito à essência do homem; o conhecimento é algo inventado. Assim, o

conhecimento é o resultado do jogo, da luta, e neste término da batalha, produz algo que é o conhecimento (FOUCAULT, 2013b). Logo, temos “[...] uma natureza humana, um mundo, e algo entre os dois que se chama conhecimento, não havendo entre eles nenhuma afinidade, semelhança ou mesmo elos de natureza” (FOUCAULT, 2013b, p. 18).

O conhecimento não é uma faculdade, nem uma estrutura universal, apenas o resultado, o acontecimento, o efeito de natureza e caráter perspectivo e parcial, em relação estratégica à certa situação do homem. É ao mesmo tempo generalizante e particular, esquematizante, ignora diferenças e assimila coisas entre si, sem preocupar-se com a verdade (FOUCAULT, 2013b).

A partir do exposto, o cuidado à criança e ao jovem, ao mesmo tempo em que se justificou, pela necessidade de proteção do mundo adulto, também, se estimulou a educação num espaço social, buscando desenvolver seu caráter e a sua razão (ARIÈS, 2014). Essas atitudes, anunciaram desencontros com relação à infância, pois ao mesmo tempo que se pretendia proteger a infância e a juventude do mundo adulto, busca-se prepara-las para ele, através da educação recebida na escola. Pode-se dizer que, essa concepção de infância, trata como algo natural a subordinação da criança em relação ao adulto e em relação à sociedade.

A criança é um ser a-histórico, a-político, é frágil e incompleto, constituindo-se enquanto um ser que não produz economicamente e que o adulto tem de alimentar, proteger, cuidar (ÁRIES, 2014). E nessa relação da criança/jovem com o mundo, que o poder se relaciona à norma, nesse caso, no sentido de um corpo que se quer disciplinar, e na população infantojuvenil, que se quer regulamentar (FOUCAULT, 2010a).

Para Foucault (2012c), a economia política da verdade, se constitui na forma do discurso científico e nas instituições que a engendram, é objeto de um imenso consumo, pois circula nos espaços da escola, por exemplo, é produzida sob o controle, dominante e de confronto social. Nessa relação em que um conjunto de regras constituem o sujeito criança/jovem histórico, a norma constitui-se como um elemento que circula entre o que é disciplinar e o que o regulamenta. Nesse embate, a norma tem a capacidade de controlar, ao mesmo tempo, a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios da

população (FOUCAULT, 2010a). Nesse contexto temos que os “loucos”, “os delinquentes”, os ditos “anormais”, os excluídos que são individualizados pela

> [...] existência de todo um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais [...] Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas que longinquamente derivam. (FOUCAULT, 2011, p.189)

Para Foucault (2010b) a concepção de norma, normalidade e anormalidade, estudada no século XIX, criou a concepção de que os indivíduos incapazes para o trabalho estavam no mesmo patamar daqueles que traziam algum tipo de deficiência, pois eram considerados excluídos, tanto quanto eram, os prisioneiros. A exclusão, assim como uma questão cultural, e não só social, sustentada na religiosidade, e não associada à razão, se reforça quando as famílias escondiam seus familiares com ‘deficiência’, tendo em vista que não queriam ficar à margem da sociedade, e preferiam ocultar a presença do familiar que não era considerado normal.

Com isso, Foucault me ajudou a pensar que a sociedade possui seu próprio regime de verdade, ou seja, abriga um discurso, legítimo, verdadeiro que conduz a um determinado resultado, um conjunto de regras que produz verdades, e que não está isento de interesses políticos ou econômicos. E nesse sentido, temos os CAPSi e as estratégias biopolíticas que orientam um lugar para que a convivência do “anormal” seja coletiva. E nesse local, está instaurado uma verdade.

Há um poder sobre o corpo, sobre seus gestos e sobre sua própria vida. A disciplina, os processos disciplinares, entre os séculos XVII e XVIII, que existia nos conventos, por exemplo, funcionava como forma de dominação, de busca pela docilidade, pois é dócil aquele corpo que obedece, que pode ser utilizado, transformado (FOUCAULT, 2011).

A disciplina, portanto, exerce o controle na produção dos discursos, por meio da imposição de limites e de regras. Isso fica mais claro, quando Foucault esclarece que, para que um discurso componha uma disciplina, ele precisa estar no plano da verdade, precisa ter valor e credibilidade (FOUCAULT, 2012a). Nesse sentido, o discurso pode ressaltar a importância da utilização de

procedimentos de controle, sobre as crianças e os jovens, de forma a mantê-los aptos para o convívio social.

As práticas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil têm assumido características conforme as condições históricas e sociais, de possibilidade de sua existência e que engendram sua produção. Essas práticas, ao longo das formações e das ações profissionais e dos saberes constituídos, têm o corpo tido como objeto, esquadrinhado em órgãos, destituído dos processos produzidos social e culturalmente; é um corpo separado do psíquico e do emocional (ALMEIDA, 2009; FOUCAULT, 2006).

Foucault descreve o nascimento das "disciplinas", isto é, um tipo de governamentalidade cuja racionalidade é, de fato, uma economia política (REVEL, 2005). Essa disciplinarização sofre modificações, na medida em que o governo dos indivíduos é completado por um controle das "populações", por meio do biopoder que administram a vida, isto é, a higiene, a demografia, por exemplo.

Nesse sentido, as estratégias biopolíticas tratam dos modos de produção do poder sobre a vida, que para Foucault, são formas de exercício do poder que surgiram a partir do momento em que o homem, enquanto animal que vive, adquire uma existência política, a partir da experiência biológica, a vida propriamente dita, transforma-se num objeto de governo (CASTRO, 2016), e parte do controle das populações, o que é chamado de biopoder. Com o conceito de biopoder é possível olhar para o poder que se instituiu nos meios de dispositivos de segurança que governam a população, buscando torná-la produtiva (FOUCAULT, 2010b). No caso das crianças e dos jovens, a escola é o espaço social que propõe disciplina e controle, sempre pensando na possibilidade de prepará-los para o mercado de trabalho e, evidentemente, para o convívio em sociedade.

Nesse contexto, a produção de saberes sobre o sujeito é fundamental para o exercício do biopoder, por que quanto mais eu conheço o sujeito humano, maior será o efeito de poder exercido sobre ele, exercido por meio de uma verdade, pois governar para Foucault significa conduzir uma conduta, é provocar uma ação sobre ações, compreende

> “[...] um conjunto de ações sobre ações possíveis. Ele trabalha sobre um campo de possibilidade aonde vem inscrever-se o comportamento dos sujeitos que atuam: incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, estende ou limita, torna mais ou menos provável, no limite, obriga ou impede absolutamente (CASTRO, 2016, p. 190).

No sentido de governo, Couto e Delgado (2015, p. 162) apontam que é recente no país “a tomada de responsabilidade pelo cuidado de crianças e jovens com problemas mentais, sob a forma de uma política pública de saúde mental”, o que nos mobiliza a pensar nas novas orientações que, somente a partir do século XXI, foram pensadas e pautadas para o Sistema Único de Saúde. Essas políticas prevêm o desenvolvimento de redes de cuidado que, juntamente com o CAPSi e outros segmentos envolvidos no cuidado, buscam o amparo e a proteção infantojuvenil, através de uma mecânica de controle, de poder (FOUCAULT, 2011).

Desse modo, a disciplina busca aumentar as forças do corpo, no sentido de utilidade, ao mesmo tempo que as diminui, para assim, conferir obediência. A disciplina “dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência [...] faz dela uma relação de sujeição” (FOUCAULT, 2011, p. 133).

A rede de cuidado para crianças e jovens, constitui-se a partir de uma política pública que orienta uma rede ampliada de atenção em saúde mental, prevendo ações de cuidado no território de vida desses sujeitos. Nesse sentido, as práticas de cuidado produzidas no cenário da Atenção Psicossocial, articula-se com a educação, a saúde, assistência social e os direitos, e nos encaminha ao reforço de pensar essas ações enquanto princípio da intersetorialidade (COUTO; DELGADO, 2015). Essas ações intersetores vão poder ‘garantir’ o equilíbrio, a homeostase, otimizar um estado de vida, sobretudo maximizando forças e extraindo-as o máximo possível; uma tecnologia disciplinar centrada na vida (FOUCAULT, 2011).

Preciso dizer que a intersetorialidade e o cuidado ampliado promovem a ruptura técnico-assistencial, no tocante aos pressupostos do cuidado asilar, o que possibilita novas discussões sobre a promoção de ferramentas que podem auxiliar à multiplicidade de estratégias para o cuidado. Contudo, a aproximação conceitual aqui empreendida, me faz pensar, assim como Barbosa, Caponi e Verdi (2016), nessa multiplicidade de estratégias e nos diferentes componentes

do território, se não estão, cabe salientar, ao contrário das práticas manicomiais e asilares, reproduzindo, criando um controle da população externa, no território? Aqui, um ponto de partida para a construção deste estudo.

Assim, ao demarcar o lugar do normal e do anormal, as estratégias biopolíticas definem, através de práticas, como as crianças e os jovens devem ser cuidados e produzem enunciações potentes. Minha provocação final deste capítulo é no sentido de nos colocarmos a pensar em tais enunciações que serão discutidas posteriormente, e na forma como elas produzem o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Será que essas estratégias produzidas pelos trabalhadores, legitimam a emergência do cuidado em saúde mental infantojuvenil? Ou se constituem por que somos subjetivados à nos preocupar com o futuro e a pensar numa sociedade, adulta, capaz de produzir e ser útil para a sociedade? Assim, foi o anseio pela problematização dessas questões que mobilizou este estudo.

4 Caminhos metodológicos percorridos

Nesta seção, minha intenção é apresentar o caminho que trilhei para o desenvolvimento desta pesquisa. Busquei articular a escolha metodológica, mostrando como sistematizei e operei com tais ferramentas conceituais, a partir dos estudos de Michel Foucault.

Como Fischer (2012) menciona em seu livro *Trabalhar com Foucault – arqueologia de uma paixão* não se trata, portanto, de seguir passos metodológicos que orientam como devemos fazer e operar com o *corpus* de análise, mas é propor quais enunciações constituem-se a partir de alguma coisa e, a partir disso, colocá-los em funcionamento. Foucault nos mobiliza a multiplicar nossos questionamentos, de modo, constantemente, a nos inquietar. Desse modo, tocada pelos atravessamentos teóricos, trago alguns conceitos importantes e com os quais operei no trabalho, conferindo visibilidade a perspectiva teórica que subsidiou esta caminhada.

No contexto da pesquisa, a experiência é um processo que atravessa e transforma o pesquisador e o problema de pesquisa, e ambos não param de se modificar (FOUCAULT, 2004). Assim, para Neto (2015) o acontecimento da pesquisa não somente promove mudança sobre o que pensa o pesquisador, mas instaura uma correlação entre objeto, saberes, poderes e subjetivações, tornando-a, assim, um potencial instrumento de mudança de estado das coisas, do modo de ver as coisas, instigando novas construções, novas possibilidades.

A escolha metodológica, portanto, inspirada em Michel Foucault, se deu pelo entendimento de que pude dispor de ferramentas que respondessem às minhas interrogações, num movimento entre os efeitos, estratégias e enunciações produzidas sobre o cuidado na Atenção Psicossocial

infantojuvenil, a partir de narrativas dos trabalhadores, construído no cenário de trabalho. Na perspectiva foucaultiana, “precisarei antes de tudo recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas*”* (FISCHER, 2012, p. 73).

Foucault deixa claro ao longo de sua obra a resistência em oferecer princípios metodológicos definitivos; ele prefere falar em precauções, proposições, e quando fala em “escolhas de método” o acento está sobre a escolha, que não se arvora a propor diretrizes (NETO, 2015). Por isso, enfatiza os autores, precisamos, assim, ter o uso cuidadoso das palavras, tendo a compreensão de que tal cuidado (não o das práticas, e sim do uso do método, na conjuntura das palavras), é consoante com sua convicção de que a pesquisa é uma experiência que acontece e para esse percurso torna-se necessário tomar decisões. Mesmo havendo escolhas de métodos similares na trajetória de pesquisadores – como o caso dos apaixonados por Foucault, como eu – suas pesquisas devem estar submetidas a pertinência da construção de seu objeto dentro desse processo que é a pesquisa (NETO, 2015).

Para Fischer (2012), Foucault sinaliza que é preciso que fiquemos, ou tentemos ficar, no nível da existência das palavras e coisas que são ditas, e que precisemos trabalhar com o próprio discurso produzido, fazendo o exercício de desprendimento de olhar para os discursos enquanto um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinadas coisas, carregando um significado quase que sempre distorcido, camuflado, repleto de “reais” intenções (FISCHER, 2012). O discurso põe em funcionamento enunciados, mas, também, relações.

Investigar, analisar, problematizar discursos, no campo das ciências humanas, significa não se envolver no debate se aquilo que afirmam é ou não verdade, ou se suas proposições são plausíveis, o que se busca são os efeitos dos discursos quando são colocados em movimento, pois como diz Foucault (2012c, p. 221) “o discurso é um operador”. Neste sentido, o que foi problematizado e operado foram as enunciações sobre as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, olhando para o que foi dito, não interessando qualquer enunciação que fosse produto de uma interpretação, pois

> [...] a história mudou sua posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. [...] ela é o trabalho e a utilização de uma materialidade documental (livros, textos, narrações, registros, atas, edifícios, instituições, regulamentos, técnicas, objetos, costumes etc.) (FOUCAULT, 2013a, p. 7)

O presente estudo está vinculado à pesquisa intitulada “Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), da Faculdade de Enfermagem da UFPel, registrado sob o N.º 4376, coordenado pela Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra que recentemente, em dezembro de 2016, foi contemplada pela bolsa de pesquisa do Edital Universal do CNPq.

A Pesquisa qualitativa trabalha com um conjunto de fenômenos humanos, ou seja, o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, entendidos como parte da realidade social (MINAYO, 2012). Segundo a autora, a abordagem qualitativa é baseada no conhecimento empírico e pela sistematização sucessiva de conhecimento até a compreensão do grupo ou do processo que se pretende estudar. Assim, busca uma compreensão particular daquilo que se

estuda, não se preocupando com generalizações. Portanto, a preocupação, neste estudo, não foi a de quantificar, mas sim a de problematizar as práticas de cuidado engendradas no CAPSi SACI.

O local do estudo desta pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, do município de São Lourenço do Sul, situado em região do extremo sul do país. A escolha foi devido a história construída no campo da saúde mental, no estado do Rio Grande do Sul, e pelo importante movimento dentro das políticas públicas de atenção integral à saúde mental. Além disso, o Rio Grande do Sul foi o precursor no país no que se refere a garantia de um cuidado atento no campo da Atenção Psicossocial, o qual criou a Lei Estadual n° 9716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe pela substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Conforme Wetzel e Almeida (2001) as ações de saúde mental em São Lourenço do Sul tiveram início em 1984 e neste período não se caracterizava

como um serviço de atenção, pois somente eram realizadas palestras de prevenção na comunidade. Contudo, o encaminhamento dos “casos graves” ao hospital psiquiátrico, mais o custo elevado e a falta de ambulância para outras necessidades, além do conflito da comunidade com os “loucos da rua”, tencionaram a Secretaria Municipal de Saúde do município e novos olhares foram colocados e pensados para o cuidado em saúde mental. O plano de saúde mental em 1987, que incluía conversar com quem tinha um transtorno mental e seus familiares, valorizando a participação da comunidade significou mais conquistas e, em agosto de 1988, inaugurou o CAPS Nossa Casa, como espaço de cuidado em saúde mental, sendo o primeiro CAPS do estado do Rio Grande do Sul.

O município de São Lourenço do Sul, localiza-se no extremo sul do país, as margens da Laguna dos Patos. Possui, aproximadamente 44.500 habitantes, uma extensão geográfica de 2.036,13 km^2. Com colonização predominantemente de origem germânica, seus limites geográficos estendem-se ao sul com os municípios de Turuçu e Pelotas, ao norte com os municípios de Camaquã e Cristal, a oeste com Canguçu e a leste, a Laguna dos Patos (IBGE, 2013)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município está estruturado em onze Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo nove delas com equipes de Estratégias de Saúde da Família, uma Unidade de Saúde Central (USC) com atendimento básico e especializado, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. A rede de Atenção Integral em Saúde Mental compõe-se de dois Hospitais Gerais, sendo que um deles possui 30 leitos, um Centro de Atenção Psicossocial tipo I, chamado CAPS Nossa Casa, um CAPS álcool e drogas III – Pérola da Lagoa, e um CAPS infantojuvenil chamado SACI – Serviço de Atenção à Criança pela Inclusão) e uma Oficina de Geração de Renda, a LOKOMOTIVA (AFFELDT; VASQUEZ; JARDIM, 2012).

A escolha pelo CAPSi SACI - Serviço de Atenção a Criança pela Inclusão, como é denominado, se deu pelo fato de ter sido um dos primeiros CAPSi no estado do Rio Grande do Sul, e constituir-se numa referência de atendimento regional, atendendo, os municípios de Turuçu, Cristal, Amaral Ferrador e Canguçu. Além disso, São Lourenço do Sul foi um dos municípios participantes da pesquisa CAPSUL, desenvolvido pelo Grupo de Estudos em

Saúde Mental e Saúde Coletiva, da Faculdade de Enfermagem da UFPel e que apresenta uma relevante atuação no modo psicossocial de cuidado.

Tais elementos auxiliaram para a escolha do local da pesquisa, bem como o CAPSi SACI. Um outro elemento refere-se ao destaque da rede de saúde de São Lourenço, pois neste local, no momento histórico atual, se tem uma visão ampla para a relação intersetorial, integrada, visando a responsabilização e o comprometimento com as demandas de sua população, no intuito de promover a resolutividade e o cuidado ao outro de modo efetivo contando, ainda, com setores da assistência social, educação e judicialização para dar conta desta rede ampliada (CAPSUL, 2007).

Desde 1994, o Centro Integrado de Saúde Escolar – CISE, realizava o atendimento de demandas de crianças que estavam na escola e apresentavam alguns distúrbios relacionados à questões do âmbito escolar. Em 2003, devido a problemas de verbas e repasses municipais, o CISE foi vinculado à Secretaria de Educação do município, e em 2005, foi inaugurado o Serviço de Atenção a Criança pela Inclusão, devido a necessidade de expandir o atendimento às crianças que não estavam em idade escolar ou que por alguns motivos não mantinham vínculo escolar. Em novembro de 2006, o Ministério da Saúde regulamentou e reconheceu o SACI, com um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, portanto, CAPSi SACI, atendendo, ainda, ao plano estratégico que previa a ampliação dos CAPSi no país, para ao atendimento às crianças com transtornos graves e persistentes (BRASIL, 2003b).

A porta de entrada no CAPSi SACI pode ser acessada através da demanda espontânea, através de encaminhamentos da UBS, do Conselho Tutelar, da Promotoria, do Ministério Público, de escolas e do hospital geral. As demandas de cuidado estão voltadas para as dificuldades de aprendizagem, conduta antissocial, uso de drogas, abuso sexual, maus tratos, dificuldades no relacionamento familiar, depressão, ansiedade, hiperatividade, agressividade, evasão escolar e autismo. A equipe é composta por uma médica pediatra, uma médica psiquiatra, 4 psicólogos, 3 pedagogos, um enfermeiro, um assistente social, estagiários de Serviço Social, um técnico de enfermagem, dois acompanhantes terapêuticos, dois burocratas, um auxiliar de serviços gerais e um motorista (SMS, 2012).

O CAPSi SACI desenvolve as seguintes atividades terapêuticas: acolhimento, atendimento Individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, atividades recreativas, atividades comemorativas, atendimento as famílias, atividades comunitárias, visitas domiciliares, reuniões de equipe, reunião com pais e/ou responsáveis, equipe do Conselho Tutelar, equipe da Casa da Criança, Diretores e Orientadores Educacionais. O serviço também possui parcerias intersetoriais com as escolas, Conselho Tutelar, Casa da Criança, Promotoria, Ministério Público, Delegacia de Polícia e Hospital Geral (SMS, 2012), reforçando a rede intersetorial de saúde e o atendimento das diretrizes das políticas de saúde mental infantojuvenil, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Com o objetivo de atender crianças e jovens portadores de transtornos psiquiátricos, e/ou comportamentais, emocionais e/ou sociais, com idade entre 3 e 18 anos, o CAPSi SACI atua como um serviço de referência regional, pois contempla além de São Lourenço do Sul, os municípios de Turuçu, Cristal, Amaral Ferrador e Cangucú.

Para a realização desta pesquisa foi feita a apresentação do projeto de tese ao coordenador do CAPSi SACI, informando os objetivos e o plano de trabalho proposto para produção de informações, com o roteiro de entrevistas para os trabalhadores (APÊNDICE A), e roteiro de observação participante (APÊNDICE B).

Os sujeitos da pesquisa foram 16 trabalhadores do CAPSi SACI que concordaram em participar deste estudo. Inicialmente, todos os participantes foram informados sobre a proposta da pesquisa, e deram seu consentimento em participar ou não, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) que lhes assegurou o anonimato e o livre acesso aos resultados obtidos, sendo preservado o direito de desistir de participar no estudo em qualquer fase de sua constituição. Os sujeitos, para a garantia do sigilo, foram identificados por área de saber, garantindo seu anonimato.

As entrevistas ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2015, foram gravadas e transcritas para um arquivo no *word*. O material empírico foi produzido a partir da leitura, revisão e organização das entrevistas com os trabalhadores do CAPSi SACI, num total de 135 horas. Num segundo

momento, foi realizada uma leitura aprofundada, para problematizar o meu objeto de estudo.

Para a produção do *corpus* de análise foram utilizadas as técnicas de entrevista e observação participante. A entrevista é uma técnica caracterizada pela comunicação verbal, que valoriza o significado da fala e da linguagem e serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico, podendo ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face”, das quais uma formula questões e a outra responde (Gil, 2012). Essa “conversa” permitiu construir informações acerca do objeto de pesquisa e pode tomar várias formas, entre as quais a entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas e abertas, as quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às indagações iniciais (MINAYO, 2012), combinando o que o entrevistador quer saber com as informações acrescentadas pelo entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

A observação é considerada um componente essencial em todas as fases que envolvem a pesquisa, estando na coleta de dados o seu papel mais relevante. Pode ser empregada de forma exclusiva ou associada a outras técnicas. A principal vantagem da observação é que os eventos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação (GIL, 2012). Já a observação, participante pode ser compreendida como parte fundamental do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A observação é uma forma de aproximação com a realidade e permite a compreensão desta empiricamente, sendo consenso entre os pesquisadores, a importância de colocar-se no lugar do outro, relativizando assim o espaço social do pesquisador. Estar próximo dos interlocutores é uma virtude no trabalho qualitativo (MINAYO, 2012).

Desse modo, os registros da observação participante foram realizados num Diário de Campo. O DC pode ser compreendido como todo o processo de coleta e análise de informações, abrangendo a descrição de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas, além da compreensão do contexto da situação estudada. Constituem as observações e reflexões realizadas sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos, descritas e comentadas (TRIVIÑOS, 2008).

Para realizar a observação de campo das atividades desenvolvidas e nos atendimentos coletivos e individuais no CAPSi SACI, foi solicitado a

autorização ao trabalhador, usuários e familiares, na qual foram informados os objetivos da pesquisa, e possibilidade de recusarem-se de participar no estudo ou vir a recusar sua participação a qualquer momento da pesquisa

Os excertos que selecionei foram transferidos para uma tabela no *word*, a qual optei por mostrar parte dela, na qual contém a modalidade de atendimento – nome que dei as práticas realizadas – o excerto e quem fala, a discussão proposta e o eixo de análise. A intenção em trazer a tabela 1 não é de propor algum modelo de "*corpus* de análise", mas de mostrar como organizei o material empírico e como fui organizando para compô-lo. Confesso que não foi tarefa fácil, pois até chegar aqui, muitas tentativas de organizá-lo foram feitas, muitas leituras. Nosso modo de pensar centrado na modernidade, nos rouba, de certa forma, modos de pensar diferente. Ainda bem que, por alguns momentos, consegui escapar dessas marcas modernas.

Tabela 1 – Organização do *corpus* de análise.

PRÁTICAS DE CUIDADO

Modalidade atendimento	**Excerto/ (quem fala)**	**Discussão**	**Eixos de análise**
Reunião de equipe	[...] a partir da reunião de equipe a gente direciona, digamos, o usuário para tal atendimento. (Psicologia) [...] (o cuidado) é definido na reunião de equipe [...]	O poder disciplinar concentra-se nos detalhes, acumula-se na repetição. Acolhimento – reunião – atendimento agendado (oficina, grupo)	**Biopolítica** **Estratégia disciplinar** **Estratégia das relações de poder.**

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A análise textual dos dados foi colocada em operação com as ferramentas conceituais, propostas por Michel Foucault. Na análise textual, que tomou a entrevista e o diário de campo como texto, as enunciações foram identificadas com o nome que indica de qual lugar fala, no caso, a área do saber. Por exemplo, psicologia, enfermagem, acompanhante terapêutico. O *corpus* discursivo oriundo da observação participante foi identificado pelo nome DC práticas de cuidado (acolhimento, grupo, oficina, atendimento individual,

etc.), seguido da data da observação, como o exemplo a seguir: DC acolhimento– 22/10/2015.

Após a identificação dos excertos sobre as práticas de cuidado realizadas pelos trabalhadores no CAPSi SACI, coloquei em funcionamento a discussão inicial para problematização dos dados, identificando, ainda, os eixos de análise, como exposto na tabela 1.

Quanto aos procedimentos éticos, o estudo respeitou os preceitos éticos vigentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, sob CAAE 47881915.2.0000.5316.

Conforme as proposições éticas, foi apresentado aos participantes, os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) garantindo a autorização do participante da pesquisa e/ou do seu responsável legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro) dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e ou incômodo que esta possa acarretar, assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos dados e resultados obtidos no estudo, assim como o direito de desistir de participar do mesmo a qualquer momento. O TCLE foi apresentado em duas vias, sendo que uma cópia ficou em poder do entrevistado

Os participantes da pesquisa foram informados em reunião de equipe e individualmente, acerca dos objetivos da pesquisa, dos riscos de que poderiam ocorrer a partir da mobilização emocional em razão da temática abordada na entrevista, e caso isso acontecesse, e o trabalhador sentisse qualquer desconforto, receberia apoio do próprio pesquisador, podendo ainda ser atendido pelos demais profissionais do CAPSi SACI, o que foi previamente acordado pela pesquisadora junto à equipe, da liberdade de participação ou não do estudo, tendo direito à desistência em qualquer momento da pesquisa, atitude que não implicou em quaisquer punições.

Em relação aos riscos, os participantes foram informados de que esta entrevista poderia causar-lhes algum desconforto, especialmente pela possibilidade de desencadear emoções e sentimentos a partir da reflexão

sobre seu trabalho, e seus posicionamentos e comportamentos frente ao mesmo o que implicaria na atuação de pesquisadora e de profissionais do serviço, de modo a minimizar tais riscos.

Também foram informados os benefícios em participar da pesquisa, como a reflexão acerca do trabalho que realizam, e da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo, com os outros e principalmente com seu fazer profissional. Estes benefícios mostraram-se claros e foram colocados da seguinte forma: você se beneficiará em participar deste estudo, considerando a possibilidade de revisão dos conceitos e dos modos de produção das ações em saúde, no contexto do trabalho.

Os dados foram e serão utilizados exclusivamente para uso científico para a área da saúde, especialmente para a área de saúde mental, incluindo para diversas profissões que atuam no campo, contribuindo para o conhecimento da implicação dos profissionais com seu trabalho. As falas foram gravadas em gravador digital, após foram salvas em *CD Rom* e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, na sala do Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem/UFPel, por um período de cinco anos e, após esse período, serão destruídos.

O compromisso ético da pesquisa vai se desdobrar na divulgação, pela pesquisadora, dos resultados ao serviço e aos profissionais envolvidos no estudo, produzindo assim, um momento de reflexão sobre a produção do cuidado, e a possibilidade de discussão acerca dos resultados deste estudo, contribuindo para a potencialização das práticas de cuidado no campo de atuação profissional. Ainda, me comprometo com a divulgação dos resultados da área, e em outros meios de divulgação, para a comunidade em geral, após a sessão pública de defesa da presente tese.

O presente estudo se constituiu, portanto, da análise dos dados compostos pelas entrevistas realizadas com trabalhadores do serviço e pela observação participante, a qual foi relatada no diário de campo do pesquisador. Não foi utilizado qualquer coleta de material biológico ou experimentos com seres humanos.

5 Saberes e práticas no CAPSi: possibilidades para o cuidado em saúde mental infantojuvenil

Neste capítulo, proponho as problematizações realizadas acerca das práticas de cuidado produzidas pelos trabalhadores, do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil SACI, no município de São Lourenço do Sul/RS. Saliento que as problematizações atravessaram pelo conceito de trabalho, pois penso que tem potência para nos ajudar a pensar a relação poder-saber enquanto produtor de subjetividades. Pensar num poder que, através da moral - "parceria" ideal da epistemologia científica-jurídica da modernidade – tem como objetivo produzir corpos dóceis (úteis para a vida), colocando em movimento as práticas de cuidado. Assim, este atravessamento tem possibilidade de instaurar novos caminhos, novos modos de olhar e "tratar" a saúde mental infantojuvenil na contemporaneidade.

Quando iniciei esta construção lembrei de uma passagem de Foucault (2010, p. 3), em sua obra *Em defesa da sociedade* aonde diz: "[...] considero-os inteiramente livres para fazer, com o que eu digo, o que quiserem. São pistas de pesquisas, ideias, esquemas, pontilhados, instrumentos: façam com isso o que quiserem" (FOUCAULT, 2010a, p. 3). Muito me preocupei com a metodologia deste estudo, mas Foucault descontrói tudo isso, pois compreendo o que quis dizer quanto 'a fazer o que eu quiser', a tomar o rumo que desejar, tudo o que for construído a partir de agora, confesso, estar na tentativa de me relacionar intimamente com ele.

Intimamente, também estão relacionados o discurso, a verdade e o poder para Foucault (2012a). O discurso neste estudo expressa-se através da fala dos trabalhadores e das observações realizadas que, ao longo da sua prática profissional, constituíram uma verdade relacionada ao cuidado em

saúde mental infantojuvenil. O poder ao ser concebido se movimenta mediante uma economia dos discursos de verdade. Pensando que em toda a sociedade quando um discurso é produzido ele é controlado, vigiado, selecionado e “distribuído por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 2012c, p. 8). Seria esse um dos perigos temidos neste estudo?

Assim, me desafio a problematizar o que os trabalhadores falaram, seus discursos ligados aos desejos e ao poder, pois a disciplina e a biopolítica visam os desejos da população, já que buscam a satisfação de seus interesses (BARROS II, 2016). Mas não são mais discursos interditados, como os dos “loucos” foram, até o final do século XVIII. É um movimento que pode nos indicar um novo exercício, por meio do modo psicossocial.

São possibilidades que, ao mesmo tempo que são arbitrárias e organizam-se em torno de contingências históricas, estão se deslocando e sustentam-se por todo um sistema de instituições que as impõem e reconduzem (FOUCAULT, 2012a).

5.1 O CAPSi SACI e a composição da disciplina no espaço do cuidado

Neste subcapítulo, busquei problematizar as práticas de cuidado realizadas no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil SACI, a partir dos eixos que identificaram o conceito de disciplina circulando nessas ações. Assim, fui retomando alguns aspectos da política da Atenção Psicossocial, dialogando com os conceitos neste momento, empreendidos.

Desse modo, a política da Atenção Psicossocial, através da implantação dos CAPSi, a partir de 2001, propõe um novo conjunto de práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil. A legislação buscou reunir elementos diversos e articulados, entre todas as enunciações possíveis, mas, principalmente, os aceitáveis no interior de um campo de cientificidade. Nesse conjunto, um dos elementos, a disciplina, uma técnica de poder de vigilância perpétua e constante dos indivíduos, produz para o controle dos corpos ferramentas que conduzirão a construção do poder e normalização das condutas (FOUCAULT, 2011).

A disciplina, portanto, fabrica crianças e jovens que, através do projeto terapêutico de cuidado no CAPSi SACI, numa modelagem que compreende a especificidade de um poder que os toma, ao mesmo tempo, como objetos e instrumentos de seu exercício (CASTRO, 2016).

Para Foucault, o modelo asilar de cuidado caracterizou uma sociedade disciplinar, na qual o confinamento era predominante. Na Atenção Psicossocial, ao contrário, foi proposto outro movimento, mas que opera em relação ao corpo que é disciplinado, controlado, tornando-se tão importante e indicando a possibilidade de tratamento, numa perspectiva em que a disciplina e a norma continuam em funcionamento, no entanto, em meio “aberto no CAPSi.

A partir disso, podemos nos reportar ao panoptismo que, em *Vigiar e Punir* (Foucault, 2011), inaugurou, diria assim, espaço possível para mecanismos de vigilância, em consonância com arranjos dinâmicos, que se movem e implicam na docilidade política, que se atualiza nos espaços de cuidado, dando continuidade à disciplina, marcando lugares e mantendo a obediência dos indivíduos (LEMOS; CARDOSO JÚNIOR; ALVAREZ, 2013).

No momento da chegada da criança, do jovem e/ou de seu familiar no CAPSi SACI, os trabalhadores referiram que o técnico que está na escala de plantão do dia, realiza o acolhimento e, se for observado alguma demanda que indique urgência para o tratamento, o mesmo tem a liberdade para dar ênfase na prioridade de atendimento da demanda, de acordo com as falas a seguir:

> [...] vem o responsável, de preferência a gente sempre pede que traga a criança ou o adolescente junto, nesse primeiro contato, nesse acolhimento. O técnico responsável pelo acolhimento preenche uma ficha, com todos os dados pessoais e com a queixa que traz da criança e do adolescente aqui no serviço. (Psicologia)

> [...] inicialmente se faz um acolhimento, com um dos trabalhadores da equipe, e é onde se faz uma coleta da história, se faz uma avaliação inicial do caso e se discute com a equipe, na reunião de equipe. Quando é uma situação de maior urgência, imediatamente já se toma algumas condutas e isso já se discute com os técnicos do dia. (Medicina)

Em termos de docilidade política, tem-se que o corpo se torna objeto de “investimentos tão imperiosos e urgentes; em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhes impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 2011, p. 132). Assim, para controlar a

criança, o jovem que chega no CAPSi SACI, é necessário atentar os detalhes, nas suas necessidades mais ínfimas, mas de modo a exercer sobre ambos, uma coerção, a fim de mantê-los ao mesmo nível da mecânica, sob a eficácia dos movimentos, a organização interna, para impor mais docilidade e utilidade.

A reunião de equipe por sua vez funciona como uma “Organização das gêneses” – do espaço e do tempo, pois o “caso” do sujeito, passa por várias etapas de produção; o seu processo é dividido (FOUCAULT, 2011). Esse fluxo de atendimento que regulamenta, ordena, define o atendimento de modo a indicar a organização do atendimento, nos remete ao poder disciplinar que se concentra nos detalhes, se acumula na repetição; mostra-se ordenado: acolhimento – reunião – atendimento agendado, o que é indicado pelas falas dos trabalhadores e através do diário de campo, observado pela pesquisadora:

> O acolhimento é passado na reunião de equipe, onde eles agendam [...]. (Assistente Administrativo)
>
> [...] a partir da reunião de equipe a gente direciona, digamos, o usuário para tal atendimento. (Psicologia)
>
> [...] seu caso seria passado em reunião de equipe e que aquele momento era apenas para uma escuta inicial, e que a equipe iria decidir os próximos encaminhamentos na reunião de equipe. Orientou mãe e filha. Confirmou alguns dados e liberou da escuta. [...] (DC Reunião de equipe– 19/10/2015)

O poder disciplinar opera como um tipo de poder modesto, discreto, calculado e permanente que busca adestrar as singularidades que compõem as multidões para delas obter seus melhores resultados (FERREIRA, 2014), mas, sobretudo, quando produzem não somente mercadorias, mas indivíduos capazes de reproduzir os mecanismos de funcionamento, desse tipo de poder que se fortalece com a disciplina, com a vigilância e o controle, além de subjetividades, que se submetem à uma tecnologia política do poder do corpo e sobre o corpo (FOUCAULT, 2011).

Outro aspecto importante, quanto à reunião de equipe, foi a questão da mesma se caracterizar num espaço de troca, de discussão de alguma situação específica de algum usuário, de definir qual o trabalhador que poderia avaliar melhor, pois precisa de um outro olhar, de outra avaliação. Além disso, a reunião de equipe é entendida como um espaço em que a maioria dos trabalhadores estão juntos, e que precisam deliberar sobre os casos, como

mostram as falas a seguir, estratégias das relações de poder, onde o sujeito para ser docilizado passa por etapas, inclusive a decisão sobre seu atendimento:

> [...] o trazer pra reunião de equipe eu acho que é isso, é dividir [...] vi uma criança, olha eu fiquei em dúvida (se é para o CAPSi ou não) (Enfermagem)
>
> [...] na verdade a decisão tem que ser em equipe [...] (Psicologia)

Desse modo, a criança e o jovem entram numa maquinaria de poder que os esquadrinha, os desarticula e os recompõe (FOUCAULT, 2011). Uma "anatomia política", que é também igualmente uma "mecânica do poder", está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer (FOUCAULT, 2011).

A disciplina prevê a posição na fila, "o lugar que alguém ocupa numa classificação", pois assim, pode transformar arranjos, individualizar, distribuir os corpos e os fazer circular nos fluxos de atendimento, como mostra as falas a seguir:

> Do agendamento. (...) na verdade existe para organizar, não é uma coisa fixa, é necessário, senão, não teria uma forma de estabelecer um fluxo. Independente do agendamento, nunca se deixa de atender [...] (Medicina)
>
> [...] pode chegar em qualquer momento, só não na quinta pela manhã que é nossa reunião de equipe [...] (Psicologia)

O poder disciplinar cria espaços de possíveis análises que vigiam o comportamento, apreciam, sancionam, quantificam suas qualidades. Desse modo, é favorecido um meio para se conhecer e controlar, mas, também, visando a circulação de fluxos que atinja um resultado eficaz (FOUCAULT, 2011). Na Atenção Psicossocial infantojuvenil esse controle das atividades, com intuito de melhor rendimento e aumento da produtividade, de alguma forma, precisa disciplinar o tempo, seus modos e olhares sobre a produção do cuidado para as crianças e os jovens.

Nesse contexto, Foucault (2011, p. 139), em Vigiar e Punir nos diz que a distribuição dos indivíduos no espaço, prevê a técnica da regra das

localizações funcionais: “lugares determinados se definem para satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil”. Esse espaço, onde a necessidade de distribuir e dividir com rigor, precedem a técnicas médicas, ao final do século XVIII, por que o indivíduo que está sendo tratado está inscrito num registro médico. Com isso, essa conduta médica ultrapassa a questão administrativa e política, articulando-se no espaço terapêutico, individualizando os corpos, as doenças e os sintomas, implicando, assim, a partir da disciplina, o espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 2011).

As práticas de cuidado na APi são uma das ferramentas que permitem um deslocamento, possibilitam transformações e a possibilidade de rever meios de se relacionar com novos modos da relação saúde-doença, os enquadrando nas condições consideradas saudáveis e adequadas, sujeitando à norma, já que são produtos do próprio movimento da vida (SANTIAGO; YASUÍ, 2013). Essa transformação em contato com a especificidade, revela, ainda, algumas limitações.

Na fala a seguir, percebe-se que a especificidade ocupa um lugar de onde se pode proferir e fazer certas coisas, até mesmo pode-se dizer sobre a dificuldade em separar o papel de profissional e o de mãe:

> [...] as vezes me sinto presa, presa assim no sentido da minha prática (de cuidado), até onde eu estou cuidando e não, ‘maternando’, por que eles não são os meus filhos, eles estão aqui para um tratamento (...) aqui é só uma passagem [...]. (AT)

O discurso enquanto prática nos remete a um sujeito em enunciação, põe a operar as condições de enunciação que estão em jogo, correspondendo à legitimidade de quem fala, a partir de que lugar, em que campo de saber está inserido aquela pessoa que está falando. O que é dito, é dito de algum lugar, marcado por regras de formação, no jogo de uma exterioridade; condições de existência dadas pelas questões sociais, políticas, culturais, econômicas, o que se permite aparecer, situar-se em relações, definir heterogeneidade. Essas condições previam, na relação mãe-filho, um investimento da família no capital humano da criança. Assim, uma criança que recebia uma qualidade de cuidado, de afeto, pela vigilância com que acompanha o seu desenvolvimento,

sua educação e seu progresso, teria a possibilidade de ser mais forte emocionalmente e, assim, teria um capital humano mais desenvolvido (FOUCAULT, 2008b; BARRO II, 2016).

As instituições postam em jogo, de certa forma, uma microfísica do poder, cujo campo de validade se coloca, de algum modo, entre seu funcionamento e os próprios corpos, sua materialidade e forças. Concebem estratégias nas quais, seus efeitos de dominação são atribuídos à manobras, táticas, a técnicas e funcionamento, “efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados” (FOUCAULT, 2011, p. 29). A dominação dada pelo poder entra no corpo, na alma e se efetiva pelo consentimento do indivíduo. O CAPSi SACI ao propor com sutileza, através da organização de rotinas, convence e estabelece uma relação de dominação, o que suspende a resistência das crianças, jovens e familiares (MOURA, 2010, p. 50).

Foucault (2011) nos fala sobre a composição das forças, que se refere a todo treinamento que converge para um ponto máximo, onde a composição dessas forças, constituirá um meio produtivo, eficiente. Quando se pensa num atendimento que necessite ser mais regular, intensivo, tem-se que essa organização assemelhasse à uma máquina com vários segmentos, visando, de modo ordenado, sistemático, como uma maquinaria articulada, um melhor rendimento, como nos mostram os excertos:

> [...] atendimento sistemático (...) mais regular, mais intensivo [...] (Assistência Social)
>
> [...] a gente tenta não transformar num ambulatório, embora a gente sabe que é complicado, por que tem demandas ambulatoriais, por que não tem outro serviço que faça isso [...] (Medicina)
>
> [...] a pessoa vem, consulta e vai embora [...] (AT)
>
> [...] hoje é atendimento psicológico, atendimento pedagógico, atendimento médico. Eu acho que ainda falta misturar, fazer mais junto [...] (Psicologia)

O poder disciplinar é um poder que tem por finalidade adestrar “multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais” (FOUCAULT, 2011, p. 139). Para produzir uma individualidade que é disciplinada, as técnicas de poder disciplinar, servem-se

de instrumentos. Um deles, é a vigilância hierárquica que corresponde à uma série de técnicas, em geral, ligadas à distribuição do espaço, como no panoptismo, que buscava o controle do espaço exterior e, desse modo, tornava os indivíduos dóceis. Assim, a questão do se fazer possível um poder do “se ver sem ser visto”, garantindo um funcionamento plural, imediato, sobretudo, obscuro (FOUCAULT, 2011).

Nessa perspectiva, o diagnóstico médico e a identificação de sintomatologia que indique o “perfil CAPSi” é tido como um passaporte, altamente operado, para a garantia do tratamento na atenção psicossocial infantojuvenil. Um contraponto é compreender que outros pontos de atenção, da rede de saúde, devem ser estimulados para o cuidado em saúde mental, pois o CAPSi pode, não somente na dependência dos sintomas e funcionamento da criança e do jovem, dialogar com modos de produção de vida e de estar no mundo, que não seja somente visualizado na permanência no serviço específico de saúde mental.

O importante nesse aspecto é propor que o projeto terapêutico construa-se compartilhado com outros serviços da RAPS, escola, justiça social e órgãos de proteção, com espaçamentos nas idas ao CAPSi, até que o usuário e sua família consigam o protagonismo de vida tão esperado pelo modo psicossocial de cuidado (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL, 2016). No entanto, percebe-se a questão médico-centrada, a partir das falas dos trabalhadores, a seguir:

> [...] os pacientes, acho que ainda vêem na figura do médico, uma pessoa importante na história deles, de participar, enquanto eles são atendidos num serviço bom. A avaliação médica sempre conta, eles valorizam isso (...) me sinto bem, gosto de atender [...] (Medicina)
>
> [...] centra muito no médico aqui (...) é tudo centrado, falou, está falado, ninguém contesta (...) não há uma troca linear, é uma troca vertical, isso que eu acho que o atendimento ainda é muito individual [...] (AT)
>
> [...] a pessoa chega ali na frente, geralmente assim: eu quero um psicólogo, para o meu filho, meu filho precisa de um psiquiatra, nunca procuram um assistente social [...] (Assistência Social)

Nas falas acima, a questão médico-centrada mostra-se claramente, a partir de diferentes saberes que se encontram e centram-se em um deles: a medicina. É preciso olhar para as técnicas da hierarquia que vigia, combinadas

com as da sanção que normaliza (CASTRO, 2016), podendo assim, atuar como “um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (FOUCAULT, 2011, p. 177) que abre possibilidades para constituir indivíduos como objeto passível de ser analisado, descrito, mantendo-os em sua capacidade própria, mas sob o olhar de um saber permanente, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, e sua distribuição na população (FOUCAULT, 2011).

No modo psicossocial de cuidado, o trabalho constitui-se pela equipe interprofissional, na tentativa de superação dos grupos de especialidades, para incluir uma série de elementos que, através de diferentes formas de atuação – como artes, música, por exemplo – estabelece conexões e intercâmbio das relações teóricas e técnicas e das práticas de cuidado, que seja capaz de superação do “modelo de linha de montagem, fundado na estratificação do saber dos especialismos” (COSTA-ROSA, 2006, p. 15), implicando na possibilidade de se constituir novos modos de cuidado.

A questão da necessidade e eficácia terapêutica, a partir de práticas de cuidado, produzidas pela equipe interprofissional, propõe que seja visto de outra forma o atendimento das necessidades psíquicas e socioculturais dos sujeitos.

Na modernidade, o poder descobre a força e através dela, age na subjetividade e nos corpos. Foi nessa época que a criança, o jovem foi descoberto, inventado, se tornando algo que é fabricado, pois o poder age em cada indivíduo para fabricar corpos dóceis, e com a criança essa realidade não é diferente; “O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe” (FOUCAULT, 2011, p. 133). Nessa “maquinaria” de saberes e práticas, os trabalhadores referem abaixo, que há produção de indivíduos, pois buscam organizar, posicionar, prescrever.

Os trabalhadores compreendem esta produção, como um atendimento interdisciplinar:

> [...] ter um olhar de um ou outro. O psicólogo normalmente pede ou atende junto com outro colega, solicita o assistente social e atende junto, ou pede a avaliação médica (...) tenta fazer um atendimento multidisciplinar. (Medicina)

> [...] alguns casos mais complicados, a gente gosta de atender em duplas [...] tem atendimentos (...) que são feitos com mais de um profissional [...] (Psicologia)

> [...] não precisa passar por nós (...) nós (psicologia) não decidimos nada (...) todo mundo tem total flexibilidade para encaminhar (a outro profissional para avaliar) no momento que há necessidade. (Psicologia)

A disciplina age diretamente sobre o corpo, como diz Foucault (2011), visando, além do aumento de suas habilidades, sujeitar e torná-lo obediente. Quando os trabalhadores dizem que atendem as crianças e os jovens de forma multidisciplinar, principalmente os casos mais complicados, ou mesmo no momento que há mais necessidade de um olhar do saber do outro, operam como "uma espécie de máquina de peças múltiplas que se deslocam em relação umas às outras para chegar a uma configuração e obter um resultado específico. As razões dessa mudança? [...] tornar útil cada indivíduo" (FOUCAULT, 2011, p. 157), para obter um máximo de eficiência.

Para Foucault (2011, p. 164) o poder disciplinar tem como função adestrar. Adestrar aqui significa "retirar e se apropriar ainda mais e melhor", ligando as forças para multiplicar e utilizá-las num todo, separa, analisa, diferencia. Surge como um poder modesto, desconfiado, mas permanente e que fabrica indivíduos, tomando-os como objetos e como instrumentos de seu exercício (FOUCAULT, 2011).

No entendimento de alguns trabalhadores, mostrou-se, claramente, que a sua intervenção no CAPSi SACI é meramente atuar, como um soldado em guerra, que está em confronto, na luta, na linha de frente. Para eles,

> [...] o nosso trabalho, o acompanhante terapêutico, ele é a linha de frente (...) ao chegar no médico, no psicólogo, nossa, o usuário já está calminho. Até lá, a gente já levou tapa, arranhão. Nós somos a linha de frente, então, soldados, até chegar no general [...] (AT)

Aqui os trabalhadores apontam, como a disciplina compõe forças para obter um aparelho o mais eficiente possível. Estar na linha de frente, ser parte de uma maquinaria, cujo o efeito é obter o máximo da articulação combinada das "peças" que compõem a máquina e a torna eficiente (FOUCAULT, 2011).

O trabalhador, mesmo que atuando na linha de frente, no CAPSi SACI, é um elemento que se move, articula-se com outros elementos, mas a posição

que ocupa, uma ordem adequada, a qual opera deslocamentos, e essa articulação ocorre numa série cronológica, em que o tempo de todos estejam ajustados, a fim de combiná-lo num resultado esperado.

Assim, toda essa composição de forças, esta maquinaria organizada, estruturada é necessária para que, ao cuidar das crianças e dos jovens, este conjunto de elementos possam intervir para obter um comportamento desejado. A criança e o jovem compõem este aparelho, pois precisam responder aos cuidados recebidos no CAPSi SACI, eles precisam aprender a cumprir os combinados, a utilizar a medicação de forma correta, eles precisam circular nos espaços de cuidado, e atender, cuidadosamente, o que é proposto no seu plano terapêutico, são táticas necessárias para o exercício da disciplina.

5.2 Biopolítica e a fabricação de uma população: a preocupação com o futuro

Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil são elementos que compõem o dispositivo da RAS, e se constituem na perspectiva do modo psicossocial de cuidado, sendo serviços estratégicos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Além dos CAPSi, fazem parte da RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial para adultos, álcool e outras drogas, atenção básica em saúde, os serviços de urgência e emergência (SAMU, UPA, sala de estabilização, pronto socorro e porta de entrada de urgência na atenção básica), a rede hospitalar, residenciais terapêuticos, de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial.

Os CAPSi precisam de trabalhadores, de diferentes profissões, que deem conta do cuidado em saúde mental, além de comporem novos arranjos, como outras possibilidades que superem e operem, de modo distinto ao cuidado realizado no hospital psiquiátrico.

No sentido de operar na lógica da atenção psicossocial, os CAPSi são serviços caracterizados como substitutivos, de caráter territorial e comunitário. São unidades de saúde que atuam de portas abertas, como mostram as falas a seguir:

> [...] o CAPSi funciona com as portas abertas, então, recebe os pacientes, tanto através de encaminhamento, quanto por demanda (espontânea) (Medicina)

> [...] a procura é a princípio espontânea ou encaminhada através da escola, do Ministério Público, e mesmo a família, as unidades básicas de saúde [...] (Medicina)

O termo “porta aberta” é uma diretriz que orienta a transformação de um modelo de cuidado, especialmente quanto à forma de organizar o serviço e suas práticas. Isso implica, também, na reorganização da equipe de trabalho interprofissional e na promoção dessa com a demanda que recebe. Desse modo, pode-se perceber que os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil além de serem caracterizados como serviços substitutivos, de caráter territorial e comunitário, compõem um dos serviços estratégicos e especializados que fazem parte da atual política de saúde mental, integrandos à rede de saúde.

Ainda, como nos mostra a fala a seguir, os encaminhamentos das crianças e dos jovens ao CAPSi SACI, não ocorrem somente pelo segmento da saúde, mas também, por outros setores que estão envolvidos no cuidado infantojuvenil. Assim, são referenciados ao serviço tendo

> [...] a princípio espontânea (chegada no CAPSi SACI), raramente se vai atrás de pacientes. São encaminhados através das escolas, do Ministério Público e mesmo através da família e pelas Unidades Básicas de Saúde, [...] (Medicina)

É preciso sinalizar uma característica importante no modo psicossocial de cuidado, isto é, a necessidade de um estreitamento do que é tratável e das relações implicadas com as demandas sociais, relacionados ao problema de saúde e à população em geral. Por exemplo, a partir da fala anterior, é necessário atentar para não tratar uma queixa escolar, como um problema de saúde mental, o que é apontado pelos trabalhadores, a partir de suas vivências no CAPSi SACI.

A escola enquanto espaço social da criança, do jovem, mantem uma postura institucionalizante, o que é anormal no espaço acadêmico, indica que precisa se cuidado de forma diferenciada, pois o tratamento é para aquele que se encontra na zona de anormalidade.

Sabe-se que existem dificuldades na relação entre as escolas e o CAPSi SACI, conforme a fala a seguir:

> [...] a grande maioria não são pacientes com indicação de CAPSi, são pacientes que poderiam ou deveriam ser atendidos na escola mesmo ou nas unidades básicas, mas não é o que acontece [...] (Medicina)
>
> [...] o CAPSi SACI mostra uma dificuldade de relação com a escola. As crianças e os jovens estão sendo encaminhados para o SACI, sem qualquer avaliação em saúde e muitos deles não apresentam transtornos mentais graves e persistentes (DC Relação com a rede – 19/10/2015).

A relação entre escola e CAPSi SACI, especialmente quando se fala sobre "ter indicação de CAPSi" (ou não), nos faz pensar sobre a disciplina que fabrica corpos "dóceis", pois encontram-se, a todo o momento sob submissão, são colocados em exercício, suas forças são aumentadas, num sentido econômico do ser útil. Contudo, essas forças também são diminuídas, no momento em que operam a obediência. Nesse sentido, problematiza-se que a criança e os jovens são vistos como indivíduos que perdem suas capacidades de poder sobre seu corpo, por que se define certos arranjos que obedecem a certas economias, coerções na época contemporânea (FOUCAULT, 2011). E o CAPSi é um dos elementos que compõe o dispositivo de normalização.

Assim, a percepção da escola quanto à saúde mental das crianças e dos jovens, e a indicação da necessidade de encaminhamento ao CAPSi SACI pode, também, estar relacionada ao que Àries (2014) nos diz quando a criança bem educada, que se comporta bem na escola, estaria preservada da imoralidade, o que não necessitaria o tratamento. No entanto, aqueles, que no século XVII, tinham traços que identificavam desordeiros, vagabundos, mendigos – e que ainda, faziam parte das camadas populares, além dos moleques que naquela época eram menosprezados - esses foram institucionalizados, colocados no internato no século XIX.

Esse deslocamento, neste momento, foi importante ser feito, para olharmos que ainda mantemos o lugar do que é anormal; institucionalizamos, os imorais, os ditos doentes mentais, em pequenas instituições de cuidado. Um cuidado que deveria ter outra perspectiva, no entanto, mantem a segregação.

> [...] Não seria um perfil de usuário [...] para o CAPSi, com Transtornos Severos Graves e Persistentes, mas são demandas que ainda vem para cá encaminhadas da rede escolar e de alguns profissionais que ainda não conhecem o serviço (CAPSi) (Enfermagem)

Na mesma lógica, é visto que o CAPSi SACI reforça um perfil para a criança e o jovem, serem inseridos no serviço, a partir da legislação e das políticas públicas que orientam o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial que operam com um conjunto de técnicas de poder e saber, implicados para o cuidado. Dentre essas técnicas, a disciplina coloca em funcionamento a distribuição dos indivíduos no espaço, e nos indica que, para a escola, quando depara-se com o sofrimento psíquico de crianças e jovens, é necessário a especificação de um local fechado em si mesmo, como Foucault (2011) chamou de cerca. Essa “cerca” está autorizada a vigiar o comportamento, sancioná-lo; conhecer, dominar e utilizar. Determinar um lugar satisfaz não somente a necessidade de vigiar, mas também, de “criar” um espaço útil – um espaço que normaliza (FOUCAULT, 2011).

Para Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal (2016) a questão do perfil para CAPSi é uma discussão bastante ampla, e apontam nos seus estudos, alguns aspectos que devem ser considerados quanto à questão. Um aspecto, conforme os autores, não é determinante, mas importante, é o diagnóstico clínico, através do CID-10 que possui todo um aparato de processos biológicos que legitimam e indicam hipóteses diagnósticas (HD) que acometem crianças e jovens. Dentre eles, encontram-se os transtornos do espectro autista, quadros psicóticos, como mania e psicoses não afetivas de início precoce, e casos graves de transtorno de conduta, que são considerados HD, que indicam a inserção no CAPSi, o que se mostra presente na fala a seguir:

> [...] não tem como dissociar, a gente tem que fazer uma avaliação médica, isso inclui as funções psíquicas, o exame do estado mental, claro que inclui sintomas (...) mas eu sempre tenho essa preocupação de como oriento também os residentes, de fazerem uma escuta e uma observação tanto dos cuidados da família, como a questão da criança, como está inserida no grupo de iguais, como está inserida na escola, como é que esse cuidado que o território está fazendo [...] (Medicina)

O diagnóstico médico e a identificação da sintomatologia na inserção no CAPSi SACI, são vistos pelos trabalhadores, como um modo de orientar o

cuidado. Mesmo quando conseguem visualizar essa ferramenta de cuidado, operando no território, a biopolítica circula entre as relações de poder, presentes na rede, articulando-se entre mecanismos de controle e regulamentação. Assim, podemos pensar que o modo psicossocial ao operar a organização institucional, ao contrário da asilar, mesmo mantendo o controle da população, se constitui horizontalmente, e viabiliza sua utilização ao máximo, e direcionando o desenvolvimento de habilidades e capacidades. Correspondente ao paradigma das práticas de saúde mental, proposto pela reforma sanitária, a partir de 1988, a desconstrução aqui apontada, indica princípios da descentralização, horizontalização dos macropoderes, e o fortalecimento da participação da população, da fiscalização e da cogestão (COSTA-ROSA, 2006).

Um exemplo disso, temos o cartão SUS funcionando como um controle, por que ele indica território, área de abrangência; é uma das condições de possiblidades que garante a entrada no CAPSi SACI. Já o acolhimento, primeiro contato com o usuário no serviço, é orientado a funcionar através de uma escuta adequada, promover uma relação de empatia, construída no contato com quem chega para atendimento, implicando no cuidado de tranquilizar aquela demanda.

Além disso, se organiza por turnos de atendimento, conforme as falas: “[...] ele está sendo cuidado desde o dia que ele faz o acolhimento (...) tu tens que ouvir, tu tens que tranquilizar [...] (Pedagogia), [...] é organizado por turno, os acolhimentos. Cada técnico, num turno [...] (Psicologia)”. O acolhimento enquanto tecnologia de poder, atrai, seduz, escuta e insere com efeito, o sujeito no serviço, e desse modo, o inclui na biopolítica.

A distribuição dos corpos, para a disciplina, mostra-se enquanto força para a obtenção de um aparelho eficiente. Nesse, o corpo, na sua singularidade, torna-se um elemento capaz de ser movido, articulado com outros; as forças são extraídas e combinadas para um resultado: o cuidado (FOUCAULT, 2011).

Como pode-se observar, o técnico responsável pelo acolhimento preenche uma ficha de atendimento, para o levantamento dos motivos da chegada daquela criança/jovem no serviço. Alguns trabalhadores referem que

essa ficha é realizada para o levantamento de queixas e para realização da triagem:

> [...] se faz uma coleta da história, se faz uma avaliação inicial do caso e se discute com a equipe, na reunião [...] (Medicina)
>
> [...] no acolhimento é feito uma triagem [...] (AT)

Na estratégia biopolítica, a criança e o jovem já não são mais considerados, a partir de suas individualidades e, sim, através das técnicas disciplinares, cedendo lugar aos mecanismos de regulação da população. Desse modo, o acolhimento, passa a descrever um padrão que vai determinar a utilização do corpo, sua regularidade e equilíbrio.

Outra particularidade encontrada na equipe, quanto a escala de acolhimento, é que a psicologia não participa desta escala, devido à sobrecarga de atendimentos aos usuários, e pelo que foi observado esta é uma organização que foi determinada pela equipe que, além da psicologia, a medicina também não realiza o acolhimento como vemos nas falas a seguir:

> [...] as psicólogas (...) tem sempre os horários muito ocupados (...) a gente deixou as gurias fora do acolhimento [...] (Assistência Social)
>
> [...] quem está fazendo mais acolhimento aqui são as pedagogas, o assistente social e a enfermeira [...] (Assistência Social)
>
> [...] eu perderia de estar atendendo a demanda, para estar esperando acolhimento [...] (Psicologia)
>
> Eu não faço acolhimento, primeiro, em função do horário e segundo, por uma questão muito particular da profissão, por que na verdade todo contato é um atendimento (...) se chegar alguém aqui (CAPSi) e não tiver quem faça esse primeiro atendimento, eu vou fazer (...) mas isso eu tento proteger um pouco, para não virar um pronto atendimento [...] (Medicina)

Quando a medicina refere que todo o contato é um atendimento observa-se que se fortalece, nesse contexto, um questionamento quanto as práticas dos demais profissionais da equipe: todos realizam atendimentos, mesmo que sejam para avaliar outras questões relacionadas aquele usuário.

Sabe-se que o conjunto de saberes, ainda centrado nas especialidades, requer para um novo cuidado emergir, condições de possiblidades que se encontrem, mas também, se afastem. É nesse deslocamento, que é possível

um novo cuidado surgir. A Atenção Psicossocial é composta por diferentes profissionais, com diferentes olhares sobre a saúde mental infantojuvenil. Mesmo assim, ainda se tem dificuldades nas ações em saúde.

Para Foucault (2008) a soberania é exercida em um território, a disciplina tem como alvo o indivíduo, e a segurança se exerce sobre a população. Enquanto a disciplina atua em um espaço artificial, a segurança apoia-se na materialidade. Assim, Foucault utiliza o exemplo da cidade que, através de suas especificidades jurídica e administrativa, mostrou como se deu o planejamento do que poderia 'circular' ou 'não circular' no seu interior, através dos 'controles reguladores' que possibilitaram vida e saúde às populações (FOUCAULT, 2008a). A derrubada dos muros das cidades, no século XVIII, possibilitou que não fosse mais possível vigiá-las, nem ao menos, fechá-las durante a noite, o que implicou na insegurança das cidades; aumentou o fluxo de populações flutuantes – mendigos, vagabundos, delinquentes, assassinos, etc., havendo a necessidade de separar a boa circulação, da má circulação, ou seja, a população flutuante. Para FOUCAULT (2008)

> [...] Trata-se simplesmente de maximizar os elementos positivos, de poder circular da melhor maneira possível, e de minimizar, ao contrário, o que é risco e inconveniente, como o roubo, as doenças, sabendo perfeitamente que nunca serão suprimidos (...) O que é uma boa rua? É uma rua na qual vai haver, é claro, uma circulação dos chamados miasmas, logo das doenças, e vai ser necessário administrar a rua em função desse papel necessário, embora pouco desejável, da rua [...] (FOUCAULT, 2008a, p. 26).

Foucault (2008) destaca que a cidade trabalha com o futuro: "[...] o bom planejamento da cidade vai ser precisamente: levar em conta o que pode acontecer" [...], sendo essa uma estratégia biopolítica em operação: pensar no futuro e criar estratégias para que possamos fabricar pessoas o mais próximo da "normalidade", para o bem da gestão populacional, em suas regularidades; "O que se deve fazer para enfrentar antecipadamente o que não se conhece com exatidão? (...) Será possível administrar uma cidade cuja extensão é tão grande, será que a circulação vai ser boa, [...] (FOUCAULT, 2008a, p. 25).

A disciplina enquanto poder é exercida segundo um princípio de redução dos custos, tanto do ponto de vista econômico, como político. Do ponto de visto

econômico por que demanda pouca despesa, e do ponto de vista político, pois gera pouca resistência às sutilezas do poder disciplinar que normaliza, estabelece horários, rotinas de atividades submetendo os indivíduos em espaços de confinamento dos corpos (FOUCAULT, 2011). Assim, os novos acolhimentos são discutidos em reunião de equipe e na qual é elaborado o PTI – Projeto terapêutico individual - da criança, do jovem:

> [...] eu faço o acolhimento, marco mais uma vez e convido um colega para assistir comigo [...] (Enfermagem)
>
> [...] a gente faz o acolhimento (...) vem a criança junto, as vezes não vem. (...) a gente faz algumas orientações e passa na reunião de equipe [...] (Pedagogia)
>
> [...] vão (novos acolhimentos) para a reunião de equipe, onde se discute o PTI para cada criança. (Medicina)

Quando questionados sobre as práticas de cuidado no CAPSi SACI, os trabalhadores referiram sobre o sistema de referência e contrarreferência com outros serviços, indicando que no momento do acolhimento, quando existe o encaminhamento de algum serviço da rede de saúde, o mesmo deve identificar o trabalhador que o encaminhou. Essa estratégia sinaliza uma vigilância, de saber mais sobre o corpo doente, mas não somente o corpo doente, mas esse corpo que funciona na rede de saúde. É o poder sobre o corpo, como modo de garantir a regulação na rede de cuidados, inclusive por que é um serviço que atende uma vasta região territorial.

> [...] pelo menos o usuário venha com esse sistema de referência com o nome da pessoa que encaminhou para que tu possas fazer um contato por telefone e saber por quê que encaminhou (para o CAPSi). (Enfermagem)
>
> Somos regionais, por isso temos esse cuidado. E esse atendimento dos outros lugares (municípios) também são agendamentos, mas é agendado pelo Município (...) só que daí é só o atendimento com psiquiatra, psicólogo [...] (Assistente Administrativo)
>
> [...] usar muito esse cuidado, da chegada dele com o pessoal das estratégias (de saúde da família) [...] a escola que ele tá vinculado [...] O hospital, quando vem do hospital por que é que veio, [...] (Enfermagem)

Outro aspecto pontuado pelos trabalhadores é que a rede de saúde, mas, também, o judiciário, justiça social e escolar, tem pouca compreensão

sobre o atendimento no CAPSi SACI e acabam encaminhando demandas equivocadas. É importante lembrar que o CAPSi não se trata de um dispositivo, mas sim, um dos elementos que compõe o dispositivo de normalização, assim como a rede de saúde, a escola, o judiciário, compõem o dispositivo de normalização.

Mais de uma vez, a partir das falas abaixo, reforça-se a necessidade de superação do modo asilar de cuidado, tomando como recursos do modo psicossocial, para operar além dos problemas de saúde mental, ou seja, queixas escolares nem sempre corresponde à um problema de saúde mental, mas está na trama da normalização.

> [...] e quem encaminha a demanda para o SACI são as escolas, com queixas que não são de um CAPS infantil [...] (Psicologia)
>
> [...] uma das dificuldades é esta, distorção de encaminhamento [...] (Psicologia)
>
> [...] acaba abraçando coisas que não é do serviço, é do Ministério Público, é do Conselho Tutelar, é do CREAS (...) a gente se preocupa [...] (AT)

Quando o trabalhador fala em “abraçar” situações que não são de responsabilidade de seu mandato clínico, ocasiona uma mobilização bastante importante, visto que encaminhamentos e demandas do poder judiciário, assistência social, educação, por exemplo, são exigidos que sejam atendidos e respondidos. Como observado no excerto do diário de campo abaixo, pode-se o observar que é uma prática realizada no serviço (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL, 2016).

> [...] verifica-se um contato frequente entre promotoria e CAPSi, através dos ofícios respondidos pelos profissionais, sobre a adesão do usuário no serviço e das relações que estabelece entre os serviços da rede. [...] (DC Relação com a rede – 27/10/2015)

Assim, é necessário ressaltar que, de acordo com LAURIDSEN-RIBEIRO, ARRIGONI, LEAL (2016) [...] a potência da relação com a rede de saúde, propõe a ampliação do cuidado, através de espaços específicos de conversação, para o esclarecimento do papel e das possiblidades de cada setor, e como trabalhar em conjunto. Vale ressaltar o comprometimento que as

equipes precisam ter com os direitos e a possibilidade de dar voz para as demandas das crianças e jovens, e poder problematizar os encaminhamentos recebidos, de acordo com o que foi observado no contato com eles (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL, 2016, p.82). Contudo, ressalta-se a importância de que os profissionais do CAPSi SACI, possam pensar no cuidado ao usuário a partir da rede, da periferia, e não sozinho, institucionalizado.

O controle dos indivíduos pode ser efetuado por outros poderes, que são laterais – justiça, polícia – e uma rede de instituições que vigiam e corrigem, isto é, instituições que visam controlar o indivíduo quanto a periculosidade, enquadrinhando o sujeito ao longo da sua existência – psicológicas, psiquiátricas, médicas, pedagógicas (FOUCAULT, 2013b), compõem as técnicas de ampliação de uma rede que são as estratégias de controle da população

Mas por que isso? Por que para eu poder “afirmar” que uma criança, um jovem, que apresentam um problema de saúde mental, precisam de avaliações de uma equipe de especialistas, afirmando que o usuário tem uma condição de existência que o diferencia dos demais, e lhe dá condições “especiais”. O tratamento configura-se numa das condições de possibilidade para estar o mais próximo possível dentro da normalidade, mesmo que “institucionalizada”, através do acompanhamento terapêutico do CAPSi.

A preocupação do atendimento multiprofissional, em conjunto com diferentes saberes defronta-se com um corpo que, para Foucault (2011), pode ser moldado, treinado, e ser tão útil quanto sujeitado, como as falas abaixo:

> Às vezes fica comigo, fica com uma outra (colega) e a gente vai fazendo a observação (...) tu vais vendo o contexto da família. Olha, eu acho que está precisando de um acompanhamento psicológico. (Pedagogia)
>
> E a gente vai fazendo esse acompanhamento (...). Às vezes é resolvido na própria oficina (...) as vezes não é necessário (ir para sala do psicólogo, do médico) (Pedagogia)

O fato de os trabalhadores preocuparem-se com o atendimento da criança num contexto amplo, vai ao encontro das relações de poder que se estabelecem sobre o corpo, que passa a ser dominado. É necessário atender

esta criança/jovem para se chegar, com sucesso no resultado, como se fosse um estágio que se finaliza em sua versão moderna: algo que não esteja errado, que não necessite ser rearranjado.

Entende-se que as práticas de cuidado acima, enquanto disciplina que fabrica corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças dos corpos e diminui essas mesmas forças, já […] a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e a dominação acentuada” (FOUCAULT, 2011). O poder produz e cria corpos. O poder exercita habilidades, capacita a sociedade como um conjunto de interesses e forças.

> [...] a gente faz o encaminhamento que julga necessário (...) ou vai para o médico, ou vai para um psiquiatra, ou vai para avaliação pedagógica, ou para uma oficina [...] (Psicologia)

> [...] ela (criança) teve um primeiro atendimento, hoje no retorno, não veio. Eu vou esperar até o final da semana e eu ligo para remarcar, se não vierem de novo, eu aguardo e comunico a estratégia (atenção primária). (Psicologia)

As crianças e os jovens são distribuídos de maneira a regular os fluxos, pois as ligações desse fluxo são ordenadas e delimitadas: cada criança/jovem no seu lugar de usuário. Otimiza-se tempo e espaço, organiza-se e lhe impõe ordens. O fluxo é necessário, mas que tem como meta, nessa totalidade de atendimento, torná-los o mais saudável possível, ou seja, normalizar.

Essa perspectiva do poder sobre o corpo que Foucault nos traz pode ser identificado na fala a seguir, que busca colocar cada criança/jovem do CAPSi SACI no lugar de “doente” que precisa ser monitorado, controlado, que precisa ser tratado num espaço específico, pois seu processo de saúde precisa ser melhorado através dos atendimentos, das práticas de cuidado no serviço:

> [...] a gente tem um acolhimento, um bom atendimento, mas a gente não tem um bom seguimento. Depois que o paciente é liberado, a gente perde, a gente não tem mais aquela coisa de ir atrás e ver o que aconteceu (...) o que nos falta é o seguimento do atendimento. (Medicina)

Quanto aos atendimentos individuais, os trabalhadores apontam que, apesar de considerarem necessário o atendimento em grupo, encontram dificuldades em construí-los, tanto por dificuldades estruturais, quanto à

necessidade clínica e da dificuldade de participação do usuário, conforme as falas a seguir:

> São mais individuais (os atendimentos) (...) nas reuniões de colegiado, a política de saúde mental (...) eles pedem que se faça mais grupos (...) nós não conseguimos fazer [...] (Pedagogia)
>
> [...] as oficinas estão meio duras, como diz as gurias, tem oficina, mas não tem ou não vem, os pacientes não aderem (...) a gente está com dificuldade, com certeza, então fica muito focado mais no atendimento (...) individual. (Medicina)
>
> [...] Eu acho que no CAPS é muito importante um atendimento em grupo. Mas eu acho que um atendimento individual parece mais necessário. (Psicologia)
>
> [...] o pessoal faltava muito (...) aquele trabalho (em grupo) não tinha continuidade [...] (Psicologia)

Contudo, o entendimento de que as atividades coletivas são importantes para o fortalecimento do protagonismo do usuário, e para a constituição de reestabelecimento de relações sociais, percebe-se a preocupação de alguns trabalhadores da dificuldade e falta de grupos coletivos no CAPSi SACI:

> [...] a gente consegue ter uma visão melhor do todo (no grupo) (...) seria melhor (o atendimento) em grupos (...) a gente tem que parar, pensar, discutir, e ver o que é melhor. (Pedagogia)
>
> [...] a equipe também sente bastante falta em termos de oferecer mais atividades aqui, assim, oficinas, são poucas (...) a gente ainda não conseguiu se organizar (...) as vezes tem demanda e não tem oficina, as vezes tem oficina e não tem demanda para as oficinas, [...] (Medicina)
>
> [...] sinto falta daqueles grupos, (...) eu fazia dança com elas. [...] (Pedagogia)
>
> [...] tem a proposta de daqui a pouco, os residentes (...) estarem participando de umas oficinas (...) até agora a gente não conseguiu colocar em prática [...] (Medicina)

Existe na fala dos trabalhadores do CAPSi SACI a presença da desmotivação da prática de atendimento em grupo, pois acreditam que essas atividades para funcionarem, precisam implicar em efeitos específicos, como mostram as falas a seguir:

> [...] o grupo, eu acho que é mais difícil as pessoas aderirem, então eu acho que os profissionais acabam se desmotivando [...] (Psicologia)

> [...] não é só colocar numa oficina, você tem que colocar numa oficina que surja algum efeito [...] (Assistência Social)
>
> [...] não são todos que se encaixam em atendimento em grupo[...] (Psicologia)

A atividade de cuidado, isto é, o grupo, funciona como uma tecnologia de cuidado, de poder, de biopolítica. É necessário problematizar e pensar em como isso implica na vida das crianças e dos jovens, pois é um espaço que acontece trocas subjetivando-os de certos modos, mas que também tende a homogeneização para otimizar o trabalho no CAPSi SACI. A organização das gêneses, assim como na escola dos *Gobelins*, retomando Foucault (2011), se configurou como uma nova técnica para a apropriação do tempo das existências regulares, pois, para que as atividades em grupo aconteçam era preciso ter a garantia de que se terá "lucro". Lucro no sentido de capitalizar seu tempo, seu corpo, sua força e, principalmente, sua capacidade (FOUCAULT, 2011).

A seguir, os relatos mostram a correlação operada por estratégias de controle, que são produzidas a partir das relações de poder, as quais implicam na produção de indivíduos, agindo na subjetividade e nos corpos: posiciona, organiza, prescreve.

> [...] as pedagogas formaram um grupo que a gente diz o grupo de limites, que elas trabalham com as mães (...) dá essas orientações, e liberar esta mãe dizendo que a criança não é para cá [...] (Assistência Social)
>
> [...] As oficinas são semanais, de atividade de pintura, de socialização, de música [...] (Assistência Social)
>
> [...] focando mais esses usuários que só estão dentro do CAPS, não estão socializando em mais nenhum lugar. (Psicologia)

A visita domiciliar também foi uma das práticas de cuidado apontada pelos trabalhadores. Nas falas a seguir, nota-se que vigiar, monitorar são estratégias utilizadas para poder estabelecer relações de força, implicadas nas práticas de cuidado:

> [...] a gente faz visita por que é importante conhecer aonde mora, como mora [...] Enfermagem
>
> [...] como é que é esse núcleo familiar, como é que vivem, em que condições estão essas famílias [...] (Assistência Social)

> [...] conhecer o espaço, a realidade dela, que condições de moradia, que condições de alimentação tem essa família [...] (Assistência Social)

Para Oliveira (2014) a visita domiciliar é uma atividade prevista nas equipes de saúde mental, e atua como um instrumento de intervenção biopolítica, pois tem a finalidade de melhorar a qualidade da atenção em saúde, através do registro e quantificação dos códigos de procedimentos nos sistemas de informação. Desse modo, a visita domiciliar introduz a normalização por que possibilita o governo de condutas e regulação da população, funcionando como uma tecnologia de poder (OLIVEIRA, 2014).

Sabe-se, também, que apesar do modo psicossocial de cuidado se constituir numa crítica ao modo asilar, não se menospreza a importância específica de cada área do saber. No CAPSi SACI percebe-se a tentativa de conciliar o uso de medicação com outros recursos terapêuticos, conforme as falas a seguir:

> [...] a gente vê bem essa questão da medicação (...) só quando é muito, extremamente necessário. (Pedagogia)

> [...] alguns (pais) querem que tu chegues e já dê medicação (...) como tu não dá medicação, (os pais) não trazem mais, é bem assim [...] (Pedagogia)

> [...] Às vezes a criança é agitada, mas ela consegue aprender, não tem o por que ela tomar uma medicação para ficar sentadinha, para ficar mais calma, mais quieta (...) essa questão de medicação tem que se ter muito cuidado. (Pedagogia)

> [...] esse (jovem) toma medicação por que é um caso sério mesmo, (...) ele é agressivo, ele tem crises mesmo [...] (Pedagogia)

O pensamento medicalizado, aqui empreendido, utiliza meios de correção que não são meios de punição, mas meios de transformar indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do ser humano que está ligada a ele. Além disso, através da medicalização é possível internalizar na sociedade uma distinção entre o normal e o patológico, impondo sistemas de normalização, tanto dos comportamentos, quanto da existência e dos afetos (CONRAD, 2007).

A medicalização é tida como todo um aparato de saúde, estruturada, funcionando em rede e impulsionada por expertises, através dos quais,

organiza o atendimento do serviço. Um dos motores que impulsionam a medicalização, conforme Conrad (2005) é a biotecnologia que busca promover produtos à medicina, e especialmente à sociedade, que busca por melhorias. No caso deste estudo, a busca pelo controle do comportamento das crianças e dos jovens, tendo impacto nas habilidades mentais e sociais significativas do ponto de vista do controle dos indivíduos e da população, pois somos consumidores na escolha pelo cuidado e principalmente, ao selecionar a instituição de atendimento (CONRAD, 2007; CONRAD, 2005). Assim, o termo medicalização vai designar “um processo no qual certos problemas não médicos vêm definidos e tratados como problemas médicos, tipicamente como doença ou distúrbio (CONRAD, 2007, p. 4).

Visualiza-se uma dificuldade da equipe em compor grupos de familiares. De acordo com as falas, os pais não participam das atividades propostas pela equipe do CAPSi SACI, demonstrando uma preocupação que está atrelada às práticas de cuidado dispensadas as crianças e aos jovens. Além disso, os pais também precisam adequar-se as normas do CAPSi SACI e respeitar o que é decidido.

> [...] a gente nota que o pessoal não adere muito. Já se tentou fazer horários diferentes, porque no início da tarde estão trabalhando. Já se fez no final de tarde, já se fez na sexta, já se fez na quinta. Não sei, não conseguimos muita adesão desse grupo de familiares, que é aberto para todos os familiares [...] (Assistência Social)
>
> Dentro do cuidado do CAPSi a maior dificuldade que eu vejo é trabalhar com família. É ver se esta família tem consciência do por quê que procurou esse serviço [...] (Enfermagem)
>
> [...] os pais estão relapsos ao tratamento. Por que se eles tivessem uma responsabilidade de trazer para o tratamento...não deixar a criança faltar, seguir as orientações que a gente faz [...] (Pedagogia)
>
> [...] ela tem que ingressar no que foi decidido (...) não vem para o atendimento, tu agendas, tu deixas de agendar outras crianças para ter aquele horário [...] (Psicologia)

A família é vista como um importante elo de poder que pode auxiliar a equipe no controle da norma, tanto em relação da estrutura familiar, quanto ao uso da medicação e da responsabilidade familiar para o protagonismo do tratamento. A dificuldade de adesão dos pais ao CAPSi SACI pode ser entendida como um processo de resistência à orientação de práticas de

controle, mostrando que alguns pais, também, mostram-se resistentes às ações do serviço.

As falas a seguir nos remetem a questão da importância da interdisciplinaridade dentro da equipe que atua no CAPSi SACI e do modo como podem funcionar:

> [...] uma vez eu falei algo de medicação. Ah, mas tu não és enfermeira, não é da saúde (...). Tu estás num serviço de saúde mental e não saber a diferença entre um ansiolítico, um antidepressivo e um antipsicótico, vai para casa. Tem que saber. [...] (Acompanhante terapêutico)

> [...] tem os núcleos que têm que serem respeitados (...) tu podes caminhar pelas outras áreas, (...) isso é bom, agrega conhecimento. Tem que circular [...] (Acompanhante terapêutico)

Mesmo que, como falado anteriormente, seja preservado, no modo psicossocial, a área de saberes, também se torna necessário que a interdisciplinaridade seja o carro forte para as práticas de cuidado no serviço, constituindo-se enquanto uma potente ferramenta para o exercício das novas possibilidades de atuar na saúde mental infantojuvenil.

Nesse contexto, o técnico de Referência é visto pela equipe como um importante instrumento para o cuidado compartilhado, pois empodera trabalhadores para o gerenciamento da vida.

> [...] técnico de referência como a única pessoa, não. Tem que ser compartilhado (o cuidado) entre todos os técnicos. Às vezes precisa de alguém que faça esse alinhavo na verdade, uma forma de se apoderar do caso [...] (Medicina)

> [...] aqui se consegue esse cuidado compartilhado (...) os atendimentos que se dão fora do serviço (...) esse técnico (de referência) vai acabar gerenciando isso na rede (de saúde) [...] (Medicina)

> [...] aqueles que estão numa vulnerabilidade maior, que estão numa situação de maior fragilidade, geralmente, tem um técnico que se torna referência (...) que vai gerenciar esse caso [...] (Medicina)

> [...] vai fazer a organização, vai juntar as partes (...) parece uma coisa meio investigatória, mas tentar todas as questões daquela criança, de onde ela está inserida, para poder concluir o plano. (Medicina)

Faço uma aproximação com Foucault (2008), em uma de suas aulas ministradas no *College de France*, em *Segurança, Território e População*

realiza a analítica da gênese do saber político, voltado para o controle da população, por mecanismos de regulação, matizados no biopoder, sobre a lei penal e a história do tratamento à loucura.

O biopoder, conceito que Foucault havia mencionado em *História da Sexualidade*, é retomado em *Defesa da Sociedade* (2008) no qual refere que o biopoder é “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder” e, desse modo, considera-o enquanto uma das características da governamentalidade que transforma a vida em objeto de poder. É a gestão da vida, a fim da modificá-la, transformá-la, aperfeiçoá-la.

Retomando alguns conceitos trazidos anteriormente, a lei penal proibiu, por muito tempo, puniu, usou o enforcamento ou a multa como modo de oferecer segurança à população, pois a lei penal precisa permitir a reparação da perturbação que ocasionava à sociedade (FOUCAULT, 2013b). Muito tempo depois, a mesma lei penal passa a concentrar suas punições sob forma de vigilância, olhares, esquadrinhamento, mecanismos que auxiliam na descoberta, antecipadamente, da intenção da infração, prática que encarcera, impõe aquele que infringiu a lei, uma série de correções, como prevenção para que não ocorra novamente o delito. Do mesmo modo, o tratamento a loucura esteve atrelado à necessidade de proibição, punição, correção. Assim, penso que o CAPSi foi criado para atender à uma população específica, através de práticas de cuidado que, através das relações de poder e saber, norma, disciplina e estratégias biopolíticas, centra-se na prevenção, no futuro, naquilo que pode vir a acontecer.

A lei penal, independente se for um mecanismo jurídico – punição - ou um mecanismo disciplinar, em que vigia, corrige, faz surgir um terceiro personagem, o culpado, que diferente de quem cria a lei e de quem aplica a lei, ao mesmo tempo faz surgir uma série de técnicas “encarregadas” de transformar o indivíduo: policiais, médicas, psicológicas; modos de cuidado (FOUCAULT, 2008a). Transforma o indivíduo, pois o insere numa série de acontecimentos que, ao invés de instaurar o que é permitido e o que é proibido, as reações do poder definem o que um “média” considerada ótima,

estabelecendo limites para o que é aceitável, além das coisas que não deve acontecer.

Como Foucault (2008) diz, o dispositivo de segurança definiu outra distribuição das coisas e dos mecanismos de correção, punição, pois esses funcionam, como forma de evitar recidiva, reincidência, periculosidade. São da ordem da segurança da população; um conjunto de regulamentos, de decretos, de medidas legislativas que permitam a implantação dos mecanismos de segurança,

> [...] “para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, e é apenas um exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância, de diagnóstico do que eles são, de classificação de sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar” (FOUCAULT, 2008a, p 11).

Assim, as práticas de cuidado são pautadas por “estratégias de controle diversas e contraditórias”, pois embora alguns eixos insistem em dirigir os CAPSi enquanto espaço de cuidado democrático, vê-se, na perspectiva de Foucault, que esses serviços se caracterizam enquanto espaço de subjetivação, na intenção de conduzir comportamentos que tornem as crianças e jovens produtivos e eficazes.

A disciplina e a biopolítica, através de seus mecanismos disciplinares e regulamentadores, exercem o poder para produzir sujeitos capazes de funcionar como engrenagens contemporâneas. De certa forma, tenta-se transmitir a imagem de que esse poder exercido sobre os indivíduos é favorável, algo que se pretende apenas “corrigir” e “reformar” a pessoa, e nunca, puní-la. No entanto, esse movimento de direcionar as pessoas ao comportamento esperado, na perspectiva de Foucault e dos desdobramentos deste estudo, indicam a emergência de orientar práticas de cuidado centradas no sujeito, na dimensão de sua vida e capazes de provocar mudança, transformação.

6 Considerações finais

> [...] Há dezenas de anos que a atenção dos historiadores se voltou, de preferência, para longos períodos, como se sob as peripécias políticas e seus episódios, eles se dispusessem a revelar os equilíbrios estáveis e difíceis de serem rompidos, os processos irreversíveis, as regulações constantes, os fenômenos tendenciais que culminam e se invertem após continuidades seculares, os movimentos de acumulação e as saturações lentas, as grandes bases imóveis e mudas que o emaranhado das narrativas tradicionais recobrira com toda uma densa camada de acontecimento. [...] (FOUCAULT, 2013a, p. 3).

Para tecer as últimas considerações desta tese optei por trazer este parágrafo, que ao contrário, inicia a construção da obra de Foucault, A arqueologia do Saber. Essa passagem me faz pensar, após as problematizações até aqui empreendidas, no meu modo de produzir cuidado, das formas que tenho conduzido minhas práticas de cuidado ao longo da minha vivência profissional e o quanto que, ao nos atravessarmos e nos deslocarmos nos acontecimentos, nos faz diferente.

Assim, nesse estudo fui me constituindo pelo objeto da pesquisa, realizando análises que fazem parte das minhas experiências, do que construí e vivenciei ao longo desses quatro anos, estando trabalhadora do CAPSi. Fiz um movimento de pensar constantemente sobre as discussões, problematizações que iam se atravessando e se produzindo de alguma maneira.

A análise do material empírico desta tese me possibilitou a confirmação do pressuposto da pesquisa: de que as práticas de cuidado realizadas no CAPSi SACI constituem-se a partir de elementos que se engendram para sua constituição, dentre eles, a tecnologia disciplinar, para produção de indivíduos econômicos e produtivos e que, na atualidade, é investido por estratégias

biopolíticas e de controle para a efetivação de um discurso da Atenção Psicossocial.

A partir disso, esses elementos revelam uma história de preocupação com o futuro, ou seja, a preocupação de fabricar uma população infantojuvenil “normalizada”. Nesse conjunto, há a demarcação de uma população específica, ou seja, crianças e jovens, aptos a tornarem-se adultos saudáveis, normais e produtivos. Práticas de cuidado constituídas na contemporaneidade.

Esta proposta visou, portanto, a contribuir para a construção do conhecimento no campo da saúde mental. Ao problematizar as práticas de cuidado produzidas no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil - Serviço de Atenção a Criança pela Inclusão, busquei ampliar e permitir a compreensão da temática, direcionada aos trabalhadores, comunidade acadêmica e sociedade.

Ressalta-se, também, a relevância social desta pesquisa, uma vez que ofereceu bases para a compreensão da importância de dialogarmos com as práticas vigentes, no momento em que fiz a incursão, ao que se constituiu no passado, e ao que se produz na contemporaneidade.

Na tentativa de encerrar este caminho percorrido e, considerando que a modernidade nos conduz a iniciar e a concluir etapas, além de oferecer respostas, que muitas vezes não temos definidas, absolutas, busquei mostrar indícios do que pode nos mover e o *como* tais respostas tem a potência para nos mover, me atrevendo até a dizer, na possibilidade de pensarmos para onde caminharemos, no que se refere às práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil, na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Desse modo, o atravessamento deste estudo me ajudou a olhar o presente de outra forma, a olhar para o modo como estamos realizando as práticas de cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil, em meio a saberes e práticas tão distintas, mas com propósitos semelhantes. No entanto, este estudo não tem a pretensão de tornar-se a garantia de que construiremos a melhor prática de cuidado em saúde mental para criança e jovem, mas é um convite para mergulhar neste cenário dócil, vigiado, controlado e operado por estratégias biopolíticas, tão caras à contemporaneidade.

Como desdobramentos da tese buscarei divulgar os resultados em periódicos científicos nacionais e internacionais, para promover a ampliação do

conhecimento teórico acerca das práticas de cuidados produzidas no cenário da saúde mental infantojuvenil, além de retornar os resultados para o serviço no qual foi construído o *corpus* desta pesquisa. Ainda, tenho um compromisso social com a Universidade Federal de Pelotas que me concedeu licença para cursar o doutorado, enquanto servidora da referida universidade e, portanto, manterei minha inserção em projetos de pesquisa na área do cuidado em saúde mental infantojuvenil.

Ainda, o que julgo potente e desafiador, por que me motiva à transformação diária, é minha atuação enquanto enfermeira de um CAPSi há seis anos. Tempo que tem um significado singular, pois me constitui a cada dia, a cada contato com o outro, a cada prática de cuidado. Um cenário que se traduz para além do elemento CAPSi, pois coloca em funcionamento práticas, saberes, poderes e o estar com crianças e jovens que tem um desenvolvimento tão peculiar. Assim, crianças e jovens no cenário da rede de atenção em saúde, fortalecendo o cuidado e as práticas dispensadas para além do componente CAPSi.

A construção da tese, ainda, é parte de um projeto de pesquisa maior, liderado pela minha orientadora Profª. Drª. Valeria Coimbra, com o qual tenho um compromisso de dar retorno para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico.

Ainda, com esta tese não se tem a pretensão de propor novos modos de práticas de cuidado, no cenário da Atenção Psicossocial infantojuvenil, mas sim, indicar a possibilidade desta, na intenção de operar a discussão e o desenvolvimento da possibilidade de uma outra abordagem de cuidado.

Referências:

AFFELDT, Ângela Beatriz; VASQUES, Graziela de Araújo; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. O apoio matricial em saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família em São Lourenço do Sul/RS. **Journal of Nursing and Health,** 2 Suppl, p. 240-8. 2012. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3483. Acesso em: 25 jun. 2016.

AGAMBEN, Giorgio. **Infância e História**: destruição da experiência e origem da história. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 188 p.

ALBUQUERQUE Jr., Durval Muniz de. Um Leque que Respira: Michel Foucault e a questão do objeto em História. In: ALBUQUERQUE Jr., Durval Muniz de. A arte de inventar o passado – Ensaios de Teoria da História. 1. ed. Bauru: Edusc, 2007. p. 117-137.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n. 20, jul./dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jan. 2014.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 233 p.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014. 196 p.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981. 275 p.

ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha de. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2009.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 268 p.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de; VERDI, Marta Inez Machado. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Interface** (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 917-28, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000400917&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2017.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra *et al*. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 178-189, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042016000100178&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 jan. 2017.

BARROS II, João Roberto. A Cidade Biopolítica: Dispositivos de segurança, população e *homo oeconomicus*. **Problemata**: Revista Internacional de Filosofia, v. 7, n. 1, p. 216-233, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v7i1.27701. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/problemata/article/view/27701/15728. Acesso em: 12 jan. 2017.

BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mario Tommasini:** vida e feitos de um democrata radical. São Paulo: Hucitec, 1993. 105 p.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1995. 326 p.

BASAGLIA, Franco**. A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo: Debates, 1982. 158 p.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem Hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992. p. 71-90.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 199 p.

BRANDÃO, Ramon Taniguchi Piretti. Estruturalismo e pós-estruturalismo: uma arqueologia dos conceitos e o lugar ocupado por Foucault. **Estação Científica**

(UNIFAP), Macapá, v. 5, n. 1, p. 33-46, jan./jun. 2015. Disponível em: https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1742/ramonv5n2.pdf. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.html. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. **Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em: 05 abr. 2014.

BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Presidência da República, [2004]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Presidência da República, [2005] a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Presidência da República, [2005] b. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf. Acesso em: 13 nov. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito

do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf. Acesso em: 10 nov. 2013.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e jovens no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 05 de jul. 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154 p.

CAPSUL. **Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: Relatório. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Coordenação Luciane Prado Kantorski. Pelotas, 2007.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial - haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 2, p. 208-220, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 nov. 2013.

CASTEL, Robert**. A ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de janeiro: Graal, 1978. 329p.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. 477p.

COIMBRA, Cecília; BOCCO, Fernanda.; NASCIMENTO, Maria Livia do. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 2-11, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v57n1/v57n1a02.pdf. Acesso em: 04 abr. 2014.

I CONGRESSO BRASILEIRO DE CAPSi – CONCAPSi, 2013, Rio de Janeiro. **Anais I CONCAPSi** [...]. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisas de Políticas Públicas de Saúde Mental/IPUB/Universidade Federal do Rio de Janeiro e Instituto de Psicologia e Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

http://congressob5.dominiotemporario.com/doc/Anais_CONCAPSi.pdf. Acesso em: 8 fev. 2014.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disords. 1. ed. EUA: The Johns Hopkins University Prees, 2007.

CONRAD, Peter. The Shifting Engines of Medicalizacion. **Journal of health and social Behavior**, v. 46, n. 1, p. 3-14, April 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7869537_The_Shifting_Engines_of_Medicalization. Acesso em: 7 fev. 2014.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaios:** subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 114-168.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e jovens. In: FERREIRA, Tânia (org.). **A criança e a saúde mental**: Enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 61-74.

COUTO, Maria Cristina Ventura.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e jovens na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v, 27, n. 1, p:17-40, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf. Acesso em: 19 fev. 2016.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Fonte Universitária, 1995.

DEL PRIORE, Mary. **História das crianças no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2002. 448 p.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica***.* Rio de Janeiro: Fiocruz,1999.

FERREIRA, Márcia de Assunção; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; VELOSO, Raquel Coutinho. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 217-24, abr./jun. 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200002&lng=en. Acesso em: 12 fev. 2014.

FERREIRA, Rubens da Silva. A sociedade da informação como sociedade de disciplina, vigilância e controle. **Información, cultura y sociedade**, n. 31, p. 109-120, dez. 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Trabalhar com Foucault**: arqueologia de uma paixão. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012. 168 p.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos volume 5**. Ética, sexualidade e política. MOTTA, Manual Barros da (org.). 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 321p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977. 241p.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**: curso dado no *College de France* (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. 295p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010a. 269 p.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2010b. 330p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 39. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 291 p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura:** na idade Clássica. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012a. 551 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012b. 431 p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso:** aula inaugural no *College de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**.** 22. ed. São Paulo: Edições Loylola, 2012c. 74 p.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber.** 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013a. 254 p.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas.** 4. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2013b. 160p.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1**. A vontade de saber. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 176p.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016. 564p.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. (1973-1974). 1. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006. 512 p.

FRABBONI, Franco. A escola infantil entre a cultura da infância e a ciência pedagógica e didática. In: ZABALZA, Miguel. **Qualidade em Educação Infantil**. Porto Alegre: Artmed, 1998. 108 p.

FRANCO, Ana Carolina Farias *et al*. Algumas interrogações acerca das produções midiáticas sobre a juventude. **Fractal**: Revista Psicologia, v. 26, n. 2, p. 415-428, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000200415&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 out 2016.

GARRITANO, Eliana Julia de Barros. **O jovem e a cultura do corpo**. 2008. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, saúde e sociedade) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

GIACOMONI, Marcello Paniz; VARGAS, Anderson Zalewski. Foucault, a Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva. **Revista Veredas***,* n. 2, p. 119-129, 2010. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2010/04/artigo-09.pdf. Acesso em: 9 jul. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GOFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999. 312 p.

HECKERT, A.L.C. Os exercícios de resistência no contemporâneo: entre fabulações e contágios. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 3, p. 469-479, jul. set. 2014.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 1, 17-28, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Censo demográfico**. 2013. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43. Acesso em: 29 nov. 2014.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; ARRIGONI, Rafaela; LEAL, Bianca Mara Lins. A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSI). In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice. **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 280 p. ISBN 978-85-84-04-074-2.

LE BLANC, Guillaume. História da loucura na Idade Clássica: uma história da pobreza. In: MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves da; Veiga-Neto, Alfredo (Orgs). **O mesmo e o outro:** 50 anos de História da loucura. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2013. 430 p. ISBN 978-85-8217-110-3.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; CARDOSO JUNIOR, Hélio Rebello; ALVAREZ, Marcos César. Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. esp., p. 100-106, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2014.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. 1. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1985. 416p.

LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; PÉCHY, Silvia Helena Stuhr. O que é um CAPSI?. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice. **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 280 p. ISBN 978-85-84-04-074-2.

MACHADO, Roberto. **Foucault**: a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 202p.

MALTA, Debora Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), v.14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 ago 2014.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005. 189p.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MEHRY, Emerson Elias *et al* (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MOURA, Thelma Maria de. **Foucault e a escola [manuscrito]**: disciplinar, examinar, fabricar. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

NETO, João Leite Ferreira. Pesquisa e metodologia em Michel Foucault. **Psicologia**: teoria
e pesquisa, v. 31, n. 3, p. 411-420, jul-set, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n3/1806-3446-ptp-31-03-00411.pdf. Acesso em: 13 jul 2016.

OLIVEIRA, Joana Angélica Macedo; PASSOS, Eduardo Henrique. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. **Vivência**, v.1, p.259- 275, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000127&pid=S1984-02922009000100013000016&lng=pt. Acesso em: 23 jul 2013.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 141-154, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun. 2017.

OLIVEIRA, Naiana Alves; RIBEIRO, Marcia Helena Lima; COIMBRA, Valeria Cristina Christello. Saúde mental infantojuvenil em Pelotas: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health,** 2 Suppl: saúde mental, 2012. DOI: HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V2I0.3488. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3488. Acesso em: 12 abr. 2014.

OLIVEIRA, Thais Cristina de; CARVALHO, Liliane Pinto; Silva, Marysia Alves da. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 306-11, maio/jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300005. Acesso em: 2 abr. 2016.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p.

RAGO, Margareth. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. **Tempo Social**, v. 7, n. 1-2, p. 67-82, out. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701995000100067. Acesso em: 5 fev. 2014.

REIS, Alberto Olavo Advincula; DELFINI, Patricia Santos de Souza; BARBOSA, Caroline Dombi; NETO, Moacyr Miniussi Bertolino. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p.109-130.

RESTA, Darielli Gindri *et al*. Jovens: por quais motivos elas engravidam. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 1229-1236, maio. 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9804/9971 .Acesso em: 11 mar. 2015.

REVEL, Judith. **Michel Foucault**: Conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005. 96p.

RIO GRANDE DO SUL. [Lei estadual]. **Lei Estadual nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm. Acesso em: 28 out. 2014.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Orgs). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeira: Relume Dumara, p. 41-55, 1992.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, M.F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTIAGO, Eneida; YASUI, Silvio. De direito social a dispositivo de saúde: o trabalho na legislação de saúde vigente. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-91, jul./dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200003. Acesso em: 12 jul. 2016.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.178 p.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Lourenço. Disponível em: http://smsbes-sls.blogspot.com.br/p/caps-nossa-casa.html. Acesso em: 29 nov. 2014.

Taño, Bruna Lidia; Matsukura, Thelma Simões. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 208-216, 2014. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/63805. Acesso em: 9 jun. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva**. Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 160 p.

VEIGA-NETO, Alfredo. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, v. 34, p. 83-94, set./dez. 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do governo... In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, p. 13-34. 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo, RECH, Tatiana Luiza. Esquecer Foucault?. **Pro-Posições**, v. 25, n. 2 (74), p. 67-82, maio-ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2017.

WETZEL, Christine.; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul/ RS. **Saúde Debate**, v. 25, n. 58, p. 77-87, maio/ago. 2001. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-333762. Acesso em: 8 jul. 2017.

YASUI. Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **Livros e Redes**, v.18, n. 2, p. 585-589, abr.-jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000200016. Acesso em: 20 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS TRABALHADORES DO CAPSi SACI

Dados de identificação

1. Nome:
2. Idade:
3. Estado civil:
4. Profissão:
5. Universidade onde se formou:
6. Ano de formação:
7. Tempo de atuação profissional no CAPSi SACI:
8. Formação pós-graduada: ( ) Sim ( ) Não
   Se sim. Qual área?

Proposta de questões de entrevista:

1. Como é realizado o cuidado no CAPSi SACI?
2. Como é o cuidado que você realiza no serviço?
3. Qual o seu entendimento sobre as práticas de cuidado produzidas no CAPSi SACI?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

CAPSi SACI:

a) Número de salas para atividades individuais e coletivas.
b) Ambiente com relação à limpeza, iluminação, espaço.
c) Atendimentos realizados no CAPSi SACI (tipo, distribuição, características).
d) Características dos usuários infantojuvenis.
e) Funcionamento do serviço (características, horário).
f) Planejamento das práticas de cuidado no serviço (como se organizam, com que regularidade).
g) Como se dá o acesso ao serviço, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o projeto terapêutico singular, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPSi, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios.
h) Observar de que forma o serviço faz a articulação de atividades foras do CAPS e no território
i) Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, escola e lazer).
j) Observar como o CAPSi SACI se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental.
k) Observar as relações entre os diferentes atores do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde, com as associações de usuários e familiares e com o Conselho Municipal de Saúde.

Reuniões:

a) Que tipo de reuniões são realizadas no CAPSi Saci (Característica).
b) Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, discussões técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação, capacitação)?
c) Quem participa das reuniões, com que periodicidade ocorrem e o tempo de duração.
d) Quem coordena as reuniões.
e) Como é organizada a pauta da reunião.
f) Quem determina a pauta das reuniões.

Registros:

a) Observar como são realizados os registros no serviço.
b) Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).
c) Verificar no registro dos prontuários a existência de planos terapêuticos singulares.
d) Verificar as características do registro de atividades de grupos, individuais, visitas domiciliares, atividades externas.
e) Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe (ata?).

Atendimentos individuais e coletivos:

a) Profissional (ais) que realizou (aram) o atendimento;
b) Identificação da causa que levou o usuário a procurar o serviço;
c) Relação usuário e equipe multiprofissional.
d) Escuta, vínculo.
e) Exame físico e psíquico (observar se é realizado, quem faz, e se é descrito no prontuário do usuário).
f) Observar como são conduzidas as atividades coletivas no serviço (existe protocolos de atendimente, normas internas).
g) Conduta do profissional frente ao caso.

h) Observar como a criança/jovem e familia é recebido no serviço.
i) Observar se o usuário e a família receberam informações sobre as intervenções propostas e realizadas.
j) Como recebem esta intervenção
k) Aceitação da intervenção pelo usuário infantojuvenil.
l) De que modo é realizado o agendamento dos atendimentos e quem o faz (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPSi).
m) Quais os critérios são utilizados para o acesso ao atendimento e qual o tempo médio entre a marcação e o acesso ao serviço.
n) Como inicia-se o atendimento da criança/jovem no serviço.
o) Por quais motivos os usuários não são atendidos no CAPSi.
p) Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPSi. Isso ocorre?
q) Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho.
r) Como é feito o agendamento para retorno ao serviço.
s) Observar práticas de recepção e escuta no CAPSi.

Trabalhadores:

a) Quem são os trabalhadores, características e formação.

b) Observar envolvimento dos trabalhadores com o serviço e com as demandas dos usuários.

c) Como é realizado o cuidado aos usuários infantojuvenis e como a equipe articula-se nas atividades e ações.

d) Como estão organizados os trabalhadores no que se refere a carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, com que frequência reúnem-se para discussões de casos clínicos, relacionamento entre os trabalhadores, entre eles, com usuários, com familiares, com a comunidade e com a coordenação do serviço e Secretaria Municipal de Saúde.

e) Verificar a frequência de permanência dos trabalhadores no serviço (turnos, dias).

f) Observar fragilidades da equipe multiprofissional.

g) O serviço realiza capacitações, a quem são dirigidas, e sua especifidade.

h) Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.

i) Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades e qual o impacto nas atividades coletivas.

j) Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares.

k) Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.

l) Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas.

m) Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade.

n) Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados.

o) Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam.

p) Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde)

Pesquisa: **A emergência do cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil**

Orientadora: Valéria Cristina Christello Coimbra
E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com
Orientanda: Naiana Alves Oliveira E-mail: naivesoli@gmail.com
Tel: (53) 99136-1286

Eu, Naiana Alves Oliveira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da FEn/UFPel estou desenvolvendo a pesquisa que tem como objetivo geral: **Problematizar o discurso das práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil**

Procedimentos: a pesquisa será realizada através de observação com anotações em diário de campo e entrevista semi-estruturada. A entrevista gravada, após transcrita será analisada. Nenhum participante será identificado e os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos.

- **Riscos**: esta pesquisa não acarretará para os participantes ou informantes, riscos ou danos físicos, pois não prevê a realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O (a) Sr(ª) responderá apenas questões de livre e espontânea vontade. Em caso de as perguntas acarretarem desconforto emocional ou constrangimento, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum. Além disto, caso ocorra o desconforto, receberá apoio do próprio pesquisador, podendo ainda ser encaminhado para um atendimento psicológico no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de São Lourenço.
- **Benefícios**: A pesquisa prevê como benefícios para os participantes do estudo, a possibilidade de discussão e ampliação do conhecimento dos sujeitos acerca do trabalho que realizam, e da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo, com os outros e principalmente com seu fazer profissional. O(a) Sr. (ª) poderá se beneficiar em participar deste estudo, visto a possibilidade de refletir, revisar e repensar sua relação com o trabalho e produzir maior comprometimento com o mesmo. Assim como estará indiretamente contribuindo com o processo de trabalho de seus pares.

Desta forma, pelo presente consentimento, eu, _____ RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Recebi a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas na construção da pesquisa e na publicação de trabalhos científicos, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a todo o momento. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data: São Lourenço do Sul/RS, ____ de outubro de 2015.

_____ _____

Participante da Pesquisa **Naiana Alves Oliveira**

ANEXOS

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de cuidado: efeitos do discurso da Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Pesquisador: Valéria Cristina Christello Coimbra
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 47881915.2.0000.5316
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.190.475

Apresentação do Projeto:
As práticas de cuidado na Atenção Psicossocial para criança/adolescente no Brasil é recente e ainda se traduz em um desafio para os profissionais que atuam no campo da saúde. Sabe-se que o cuidar na Atenção Psicossocial envolve trocas de valores, estando o sujeito participando ativamente na produção do cuidado. Anteriormente, o modelo assistencial no cuidado à "loucura" era respaldado no preconceito, no descaso e na segregação, através de saberes científicos, instituídos como verdadeiros, como a medicina, psicologia, por exemplo, que constituem os objetos a que se referem,na maioria das vezes, não tendo a preocupação em valorizar a subjetividade do "doente mental". Atrelado à isso, a escolha pelo referencial de Michel Foucault vai auxiliar com as ferramentas de Análise do Discurso contribuindo para a problematização das práticas de cuidado, no cenário da Atenção Psicossocial, as quais permitem resistir a proposições de saberes científicos com características verdadeiras, estanques, defendendo a "legitimação da descontinuidade como genuinamente científica e passível de contribuir para o fazer científico" (SILVEIRA, 2014, p. 40). Desse modo,
cuidar da criança/adolescente em sofrimento psíquico é olhar para o sujeito como ser único e em constituição. É compreender que esse sujeito tem uma história de vida, em que aspectos individuais, coletivos e socioculturais se fazem presentes e dizem muitos sobre seu processo de sofrimento.

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Pressupõe-se, portanto, que na Atenção Psicossocial a criança/adolescente deve ser compreendida na sua existência e no seu sofrimento e serem vistos como sujeitos sociais e não somente um conjunto de sintomas clínicos. Essa condição pode ser potencializada por um cuidado atento para processos singulares de atenção à saúde, possibilitando qualidade de vida, autonomia, inclusão e reinserção social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Problematizar o discurso das práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Objetivo Secundário:

Conhecer as estratégias de cuidado produzidas pelos trabalhadores da Atenção Psicossocial infantojuvenil para cuidar dos usuários com transtorno psíquico. Identificar os jogos de verdade de saber, poder e norma que circulam nas práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Analisar as práticas de cuidado dos trabalhadores, na Atenção Psicossocial, implicados na fabricação de saberes e subjetivação do sujeito criança/adolescente na contemporaneidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão informados sobre os riscos, os participantes deverão receber a seguinte informação: esta entrevista pode lhe trazer desconforto considerando
a possibilidade de desencadear emoções e sentimentos a partir da reflexão sobre seu trabalho, e seus posicionamentos e comportamentos frente ao mesmo.

Benefícios:

Serão informados sobre os benefícios em participar da pesquisa, como a reflexão acerca do trabalho que realizam, e da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo, com os outros e principalmente com seu fazer profissional. Estes benefícios deverão estar claros e colocados da seguinte forma: você se beneficiará em participar deste estudo, considerando a possibilidade de revisão dos conceitos e dos modos de produção das ações em saúde, no contexto do trabalho.

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é de extrema importância pois abordará o estudo das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Muito importante também que a proponente do estudo possuir experiência na área e inclusive ser trabalhadora de um CAPSi.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresentou todos os termos de apresentação obrigatória (Projeto detalhado, Folha de rosto,Carta de anuência, Cronograma de execução e TCLE) e os mesmos sendo adequados.

Recomendações:

Atender as pendencias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Excluir dos critérios de Inclusão: concordar em participar da pesquisa e assinar o TCLE- Não é critério de inclusão.

Incluir nas referencias a Resolução 466/2012.

Obs. Alterações devem ser realizadas em vermelho e alteradas na Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/08/2015 12:38:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA DE ANUÊNCIA.pdf	03/08/2015 12:38:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA DE APRESENTAÇÃO0001.pdf	03/08/2015 12:38:54		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA DE APRESENTAÇÃO0002.pdf	03/08/2015 12:39:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO TESE. pdf.pdf	03/08/2015 13:08:15		Aceito

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.190.475

Folha de Rosto	folha de rosto. pdf.pdf	03/08/2015 13:16:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_562798.pdf	03/08/2015 13:21:18		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 13:21:18	Valéria Cristina Christello Coimbra	Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	05/08/2015 13:25:58	Valéria Cristina Christello Coimbra	Aceito
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_1186477.pdf	17/08/2015 11:36:48	Daniela Lopes Leite	Aceito
Parecer do Colegiado	PB_PARECER_COLEGIADO_1188602.pdf	17/08/2015 15:49:29	Marilu Correa Soares	Aceito

Situação do
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PELOTAS, 19 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Carta de apresentação

Prezado(a) Coordenador(a)

Eu, **Naiana Alves Oliveira,** enfermeira, venho por meio desta solicitar a V.Sª. a autorização para a realização da pesquisa de doutoramento intitulado "**PRÁTICAS DE CUIDADO: EFEITOS DO DISCURSO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL**", junto ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPS SACI, do município de São Lourenço/RS, e que faz parte do requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciências, do Programa de pós-gradução em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa tem como objetivo geral problematizar o discurso das práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Para a presente pesquisa, farão parte do estudo os trabalhadores do CAPSi SACI que concordarem em participar deste estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ressalta-se assumir eticamente o compromisso com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, garantindo o anonimato em consonância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91, e artigos 94, 96 e 98, e a Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Após autorizada, os dados da pesquisa serão coletados no corrente ano, possivelmente entre os meses de agosto e setembro, no serviço.

Esta pesquisa será desenvolvida pela doutoranda Naiana Alves Oliveira, sob a orientação da Professora Valéria Cristina Christello Coimbra. Reforçamos a importância da contribuição do serviço, no sentido de acolher o estudo, possibilitando que possamos disponibilizar para os CAPS infantojuvenis, ao final da realização desta pesquisa, um banco de dados que permita uma tomada de decisões, qualificando cada vez mais este tipo de serviço que tem um papel fundamental e estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica.

Na certeza de contar com o apoio de V.Sª., desde já agradeço colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.

Enfª.Dda. Naiana Alves Oliveira

Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra

Ciente. De acordo.

Data: 23/07/2015

Coordenador (a)
Flávia Decker Raupp
CRM 17791 - Pediatra

CAPS SACI
RUA MAL. FLORIANO PEIXOTO, 2320
SÃO LOURENÇO DO SUL-RS
FONE: 3251 0600

Carta de anuência

Declaro para os devidos fins, que autorizo a pesquisadora Naiana Alves Oliveira, a desenvolver o projeto de pesquisa de doutoramento, intitulado "**Práticas de cuidado: efeitos do discurso na Atenção Psicossocial infantojuvenil"**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, cujo objetivo é problematizar o discurso das práticas de cuidado engendradas pelos trabalhadores na Atenção Psicossocial infantojuvenil, sob a orientação da Profª. Drª. Valéria Cristina Christello Coimbra, no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi SACI, do município de São Lourenço do Sul/RS.

GRAZIELA DE ARAUJO VASQUES
Coord. Municipal Saúde Mental
CRP-07/18990 CPF-003.026.330-14
São Lourenço do Sul - RS

Graziela de Araújo Vasques
Coordenadora Municipal de Saúde Mental

Pelotas, 23 de julho de 2015