

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU* EM PSICOLOGIA

**A pró-cura do “médico de cabeça”: análise da demanda por
atendimento na Neurologia infantil**

PEDRO RODRIGUES DE ALMEIDA

NITERÓI

2017

PEDRO RODRIGUES DE ALMEIDA

**A pró-cura do “médico de cabeça”: análise da demanda por
atendimento na Neurologia infantil**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação na linha de pesquisa: Subjetividade, Política e Exclusão Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Professora Dra. Lilia Ferreira Lobo

NITERÓI

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A447 Almeida, Pedro Rodrigues de.
A pró-cura do “médico de cabeça”: análise da demanda por atendimento na neurologia infantil / Pedro Rodrigues de Almeida. – 2017.
143 f. ; il.
Orientadora: Lilia Lobo.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia, 2017.

Bibliografia: f. 138-142.

1. Neurologia infantil. I. Lobo, Lilia. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

PEDRO RODRIGUES DE ALMEIDA

**A pró-cura do “médico de cabeça”: análise da demanda por
atendimento na Neurologia infantil**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação na linha de pesquisa: Subjetividade, Política e Exclusão Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Lilia Ferreira Lobo – UFF (Orientadora)

Dra. Maria Lívia do Nascimento – UFF

Dra. Maria Cristina Vicentin – PUC/SP

Dr. Eduardo Passos – UFF

Niterói, 31 de agosto de 2017.

Aos meus sobrinhos e às crianças dos
ambulatórios por onde passei; por terem
me ensinado um tanto sobre brincar no
chão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer aos professores que contribuíram para a realização desta pesquisa: Claudia Abbes, Eduardo Passos, Marcelo Santana e Maria Lívia do Nascimento – que se tornou uma aliada importante desde quando cheguei à UFF.

À minha orientadora, Lilia Ferreira Lobo, por ter compartilhado tantas sobre seu percurso de trabalho com crianças. Também à Cecília Coimbra que junto com Maria Lívia, compartilhou as histórias e memórias do ‘MeninaR – meninos na rua de Niterói’ – projeto realizado pela UFF nos anos 90.

À Professora Maria Cristina Vicentin, pela participação na etapa de qualificação e da banca defesa. À Esther Arantes, por participar da minha qualificação. À professora Cristiane Moreira, Joseane Garcia, Elisa Vilhena que me acompanharam nos últimos anos de graduação.

Aos colegas da saúde mental em Petrópolis: Nezita Xavier, Ronaldo Marinho, Tatiana Araújo, Luciana, Cely Salles, Madelon, Ruy Stockinger, Núbia Helena e Diego Cutrupi. Também um agradecimento aos companheiros do Fórum do Campo Lacaniano Petrópolis: ao amigo Luiz Carlos Monteiro e Adriana Rezende Costa.

Aos amigos Rômulo Galvão, Laércio Motta, Mariana Medeiros e Paulo Aiê...
Ao amigo Levi Esteves, em memória.

Ao amigo João Gumury, músico e parceiro de composições. Foi o cara que quando éramos adolescentes me emprestou bons livros, discos e filmes – e ainda arrumou uma fita k7 que tinham uma palestra sobre psicanálise, gravada pelo seu avô Walter (e aqueles discos dele de piada também). Bons tempos na Rua Alameda Santa Rita!

Aos Leandro Braga (Amaral), Caio Zarattini, Bruno Gumury (Bruninho) e Jose Augusto Bernardes Lima (Gutinho). Aos amigos Joede Bezerra – por ter compartilhado a paixão pelos anos 70 e pelo cinema – e Válber Moraes, que juntos fizemos algumas sessões de cinema público em Areal/RJ – ao transformador ‘Olhar Dinâmico’.

Às incríveis meninas Melina Teixeira e Débora Müller, pelas boas trocas na clínica, sempre corajosas conversas das quais vieram boa parte da minha argumentação nesta dissertação. Sem vocês, este texto não seria possível! Ao amigo Rafael Curioni à galera do Psicologia e Mídia também.

Ao amigo Carlos Pereira; um cara incrível com quem compartilho de muitas coisas em comum. Por ter me auxiliado em diversas etapas das pesquisas. Obrigado pela amizade, pelos livros, pela arte, pela culinária e pelo incentivo à criação na clínica.

Aos amigos que fiz na UFF Gabriel Serafim, Alexander Motta, Gabriela Oliveira, Amanda Duarte, Stallone Abrantes, Denis Saffer, Catuscia Munsberg e Flávia Fernando Silva (Flavinha), que compartilhou não só Deligny como também outras coisas relacionadas à infância – principalmente essas coisas brincantes como o Jazz, os Novos Baianos, os Cronópios, os Gaminos.

A amizade é algo muito mais especial pra mim hoje. É como um meio para as liberdades possíveis. Então, por isso, não posso deixar de citar entre os amigos a minha amada Débora Müller, minha namorada. Quando nos encontramos, desde então, a alegria passou a figurar como o algo mais especial do dia, assim como a brincadeira.

Daí começo a falar um pouco mais dos amores. Um agradecimento carinhoso aos meus sobrinhos, especialmente ao Manoel que conheço mais tempo e que me despertou a criança adormecida dentro de mim. Nestes anos que viemos brincando, aprendi muito em como ser gentil e autêntico. Ele é um lindo garoto. E também à Antonela, por me ensinar a esperar o tempo dos seres, por sempre me receber com abraços e carinho e por me demonstrar como se equilibra doçura e brutalidade.

Ao meu pai, um cara que admiro muito pelas diversas forças frente à vida, principalmente pela força e capacidade de transformar as coisas. Ele é um cara muito forte. Minha mãe também é muito forte. Faz três anos que ela vive “vida nova” e celebra uma vitória importante; agradecemos muito pelo seu exemplo de superação. Ela também foi professora muito dedicada e uma mãe que teve muita paciência com minhas notas e fases ruins na escola (risos).

À minha irmã, por sempre me incentivar a seguir meus sonhos. Também ao meu cunhado.

Por último, tenho que agradecer aos meus mestres e guias, as crianças que encontrei pela rua brincando e que comigo brincaram de terapia. Alguns dos seus gestos me abriram a cabeça para outras dimensões do mundo.

Obrigado!

Com a roupa encharcada e a alma repleta
de chão(NASCIMENTO & BRANT)

RESUMO

Esta dissertação visa problematizar as principais queixas relacionadas aos transtornos mentais diagnosticados comumente hoje sobre a infância e a adolescência. Isto é feito através da imersão no campo de pesquisa que é constituído junto a um estabelecimento público de saúde mental, que funcionam majoritariamente na forma de consultas individuais para as quais familiares e crianças usuários da neurologia infantil esperam por 2 a 3 horas para suas consultas num corredor. A intervenção buscou fazer a habitação do corredor onde as pessoas esperam, acompanhando os processos de forma crítica e clínica. Os dados produzidos analisam processos de medicalização de supostos problemas na aprendizagem e no desenvolvimento infantil, onde discursividades sobre o transtorno mental recobre inúmeras experiências de exclusão social. Tal estabelecimento naturalizou este espaço de espera sem notar que os sofrimentos só encontram acolhimento institucional através de queixas enunciadas entorno das normas das classificações dos Transtornos do Neurodesenvolvimento presente no Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Opositivo Desafiador. Deste modo, ficam de fora da instituição as questões sociais relacionadas ao medo dos familiares quanto ao possível futuro marginal destas crianças e adolescentes usuários do serviço de neurologia infantil; assim como fica de fora o potencial de cuidado da família e da criança, ambos esmagados pelas discursividades DSM. As análises que seguem foram produzidas a partir da noção de Pesquisa Intervenção e Análise Institucional, que, associadas às ferramentas teóricas de Deligny, Foucault e Winnicott, possibilitaram a produção e a problematização de três eixos: a compreensão da produção de tecnologias de normalização, a análise do medo e da esperança dos familiares, assim como a pró-cura das crianças em seus trajetos pelo espaço. Por último, é proposto um ensaio para produção de intervenções clínicas desmedicalizantes.

Palavras chaves: Medicalização; crianças e adolescentes; saúde mental; sociedade de normalização; resistência.

ABSTRACT

This dissertation aims to problematize the main complaints related to mental disorders that are most diagnosed today on childhood and adolescence. This is done by immersing in the research field that is set up in a public mental health facility, users of child neurology, which function mostly in the form of individual consultations for which family members and children wait for 2 to 3 hours whilst in a corridor. The intervention sought to make room in the corridor where people wait, accompanying the processes in a critical and clinical manner. The data produced analyze processes of medicalization of supposed problems in children's learning and development, where a discursivity about mental disorder covers numerous experiences of social exclusion. Such facility has naturalized this waiting space without noticing that the sufferings only found institutional acceptance through complaints surrounding the norms of Neurodevelopmental Disorders classifications present in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), such as the Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the Oppositional Defiant Disorder. Thus, the social issues related to family fear of the possible marginalized future of these children and adolescents are excluded from the institution, as well as the potential for family and child care, both crushed by the DSM discourses. The following analyses were produced from the notion of Intervention Research and Institutional Analysis, which, combined with the theoretical tools of Deligny, Foucault and Winnicott, allowed the production and analysis of three axes: the understanding of the production of standardization technologies, the analysis of the fear and hope of family members, as well as the search for healing ("pró-cura" pro-healing; "procura" search) of children in their journey through space. Finally, a trial for the production of demedicalizing clinical interventions is proposed.

Keywords: Medicalization; children and adolescents; mental health; standardization society; resistance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 TRAJETÓRIAS E IMPLICAÇÕES: COMO AMADURECER UM SONHO?	15
1.1 O encontro com a demanda para o "médico de cabeças"	17
1.2 Construindo a tentativa de intervenção	20
1.3 Táticas e estratégias de ocupação e intervenção	27
1.4 Atravessando superfícies biopolíticas	28
1.5 Produção de tecnologias regulamentadoras	45
1.6 Governo pelo normal	55
2 EMERGÊNCIAS DO CORREDOR I	66
2.1 Demanda para o "médico de cabeça": da procura a pró-cura das mães	77
2.2 As pessoas que pedem ajuda na porta errada	79
2.3 As antigas histórias do corredor: "farra correndo solto"	83
2.4 A procura das mães	84
2.4.1 "ISTO NÃO DEVE SER NORMAL"	85
2.4.2 DO "PROBLEMA DOS NERVOS" AO "VAI QUE DÁ UM TROÇO"	87
2.4.3 "PRECISO DE ALGUÉM QUE CONTROLE ELE"	90
3 EMERGÊNCIAS DO CORREDOR II	95
3.1 A pró-cura das crianças	105
3.2 Novos contornos para Hiperatividade, Déficit de atenção, Opositividade e Agressividade	110
3.3 Ouvir entre a crítica e a clínica: outras necessidades de cuidado	115
3.4 Que outras políticas e clínicas são possíveis?	117
3.5 Do 'diz que é mamãe' ao mínimo gesto	118
3.6 Como resistem as crianças?	119
3.7 Resistências e cuidado	122
3.8 Resistências pelo espaço	127
3.9 Criatividade: uma outra saúde	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE	

INTRUDUÇÃO

Esta pesquisa visa problematizar junto aos usuários da neurologia infantil o uso, o surgimento e os efeitos dos diagnósticos DSM, que estão sendo amplamente divulgados e realizados atualmente nas clínicas públicas e privadas, nas escolas, na família e na sociedade. Tal objetivo será buscado através da análise da demanda para o “*Médico de Cabeça*” – expressão usada por uma usuária do serviço de neurologia infantil, no estabelecimento público de saúde mental em dado Município do Estado do Rio de Janeiro, que funciona, majoritariamente, na forma de consultórios ambulatoriais.

Com baixo número de profissionais, e sem encontros de equipe multidisciplinar, ocorre que a maioria dos tratamentos é feita na forma de consultas individuais, o que soma forças para a construção de um espaço de espera corredor. No entanto, não é realizado nenhum trabalho neste espaço, nenhum tipo de atividade que cultive uma relação de encontro entre os usuários do serviço, nem relações de cultivo, cuidado e informação. Ocuparemos e iremos intervir neste espaço, sendo bem evidente que este não é uma sala de espera, mas sim um corredor. Lugar de passagem rodeado de portas de consultórios onde inúmeras pessoas, dentre elas crianças e familiares, aguardam por cerca de 2 a 3 horas. Nesses momentos diversos problemas emergem.

Dois analisadores disparam esta pesquisa: um menino me pede um barbante para “*inventar alguma coisa*”, pois estava “*demorando muito*”. Do mesmo modo, fico sabendo que usuários da neurologia infantil se preocupam com o futuro das crianças ali atendidas, em razão do risco do descontrole – uma criança agitada e agressiva pode tornar-se um marginal.

O Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM)¹ surge como um ponto a ser analisado em razão das suas enunciações discursivas sobre os fenômenos do desenvolvimento infantil, chamado pelo mesmo de “*neurodesenvolvimento*” (DSM-5, 2014, p.31). Conceitos como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Oposição Desafiante (TOD)² são falados

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM é um manual psiquiátrico desenvolvido pela APA (*American Psychiatric Association*) a partir 1956, nos Estados Unidos. É constituído de categorias diagnósticas intituladas como “*mental disorder*” (Transtorno Mental no Brasil), e em 2015 foi publicado em português o DSM-V, listando mais de 300 diagnósticos.

² Referido no DSM-V na classe dos “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulso e da Conduta” (DSM-V, 2014, p.461).

abertamente pelas mães no corredor. O primeiro apropria-se da agitação indefinida das crianças, e o segundo das rebeliões e irrupções de agressividade e contestação, muitas vezes tida por crianças e adolescentes como uma maneira de expressar aquilo que não ganha espaço, que é esmagado e/ou silenciado pelas violências institucionais (VICENTIN, 2011). Estariam os diagnósticos DSM auxiliando a expansão do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2012b)?

Assim, é feita as seguintes perguntas a respeito do funcionamento da neurologia infantil em seu respectivo equipamento: como pode ser possível investigar e tratar de casos de agitação quando se impõe ao paciente uma relação de tédio e desconforto prolongado? Desta forma não estaríamos criando condições para institucionalizar o sofrimento na forma de *mental disorder*? Quais forças fazem circular a desinformação sobre agitação, agressividade, desatenção e opositividade? Quais forças são vetores na construção da demanda para o “médico de cabeça”?

Para investigar tais problemas recorreremos à pesquisa intervenção (AGUIAR & ROCHA, 2007) e à análise institucional (LOURAU, 1993) como ferramentas metodológicas de análise da demanda para o “médico de cabeça”, onde a noção de intervenção é a que mais nos servirá como ferramenta. Assim, a intervenção que dispara esta pesquisa é feita pela própria criança em sua pró-curapor “*inventar alguma coisa*”. Diante das inúmeras pessoas impacientes no corredor, ocupamos este espaço, e convivemos com pessoas deixadas entre o descuido e a desinformação, entre TDAHs e TODs, entre buscas criativas e interrupções do agir. O que esta ocupação pode transformar enquanto intervenção clínico-política? Habitar o caos; problematizar a demanda; produzir com eles dados para análise; cuidar, na medida do possível, dos efeitos da medicalização, do controle e da normalização. O que uma relação de vizinhança com as crianças *disorder* pode nos revelar sobre iniciativas de desmedicalização da infância?

Temos, portanto, duas grandes áreas de poder-saber sendo problematizadas: os diagnósticos DSM, e a demanda para o “médico de cabeça” em sua relação com o uso indevido e/ou abusivo de drogas psiquiátricas. Neste sentido, as perguntas que nos guiam são: quais são os agentes da produção da demanda para o “*médico de cabeça*”? O encontro das discursividades DSM com a relação da mãe com filho “com problemas”, produz fragilidade e angústia nos familiares? E as crianças, estão elas sendo silenciadas e esmagadas por uma relação medicamentosa excessiva? De que modo elas resistem?

Nas superfícies biopolíticas que estamos a percorrer, não nos faltam tecnologias de normalização (FOUCAULT, 2012b), nem nos falta produção de riscos e projetos de prevenção (NASCIMENTO, 2016). Porém, quais especialistas são convocados diante dos riscos (COIMBRA & NASCIMENTO, 2007)? E a neurologia, a quem serve? É possível encontrar nas instituições em análise, nas fissuras deste velho estabelecimento “central” de saúde mental, uma eugenia à brasileira (LOBO, 2015)?

A ocupação do corredor revela uma demanda difusa por cuidado, muitas vezes capturada por diagnósticos DSM e tecnologias de normalização, transformadas em demanda para o “*médico de cabeça*”. O que está sendo produzido a partir desta prática, que será relatada a seguir, é uma nova posição clínica que visa, através do *espaço*, intervir nesta demanda subvertendo-a. Sendo assim, estruturamos esta dissertação da seguinte maneira: primeiro irá ser apresentada a trajetória do pesquisador no estabelecimento parceiro na pesquisa; seguido da fundamentação das táticas e estratégias de intervenção, e também o reconhecimento das superfícies biopolíticas que instalam um cenário de normalização. No segundo ponto, começamos por adentrar aos espaços dos relatos do diário de campo. Ali, todos os nomes mencionados são fictícios e foram adotados como estratégias de proteger com sigilo os participantes da pesquisa. É apresentada também uma entrevista feita com uma profissional aposentada que trabalhou longos anos no referido estabelecimento, sendo nossa guia, a compreensão do modo de funcionamento do estabelecimento em relação à infância e adolescência. Como resultado da primeira parte do diário de campo, seguem as análises das procuras das mães, tendo como temas discutidos: o normal e o patológico; a produção de medo, esperança, fragilidade e obediência em relação ao diagnóstico e o medicamento; e por último, a produção de controle e normalização na atualidade.

No último ponto da dissertação encontram-se novos relatos extraídos do diário de campo; agora focado mais propriamente na análise das possibilidades de clínica de desmedicalização e de resistências das infâncias ao poder psiquiátrico. Discutiremos as necessidades de cuidado que ouvimos, entre o exercício de crítica e clínica; analisaremos as principais queixas relacionadas aos transtornos mentais comuns à infância e adolescência; e também analisaremos alguns modos de resistências praticados por crianças e adolescentes no estabelecimento em questão. Assim, nos perguntaremos através dos estudos de Deligny (2015) e de Winnicott

(1975), (1999) como é possível praticar uma clínica de micro-encontros e gestos mínimos.

Assim sendo, a pesquisa é apresentada como o resultado das críticas à medicalização da infância e da adolescência, onde a medicação é utilizada como tecnologia de normalização e mortificação desta população. Há de se deixar claro que esta pesquisa se insere de modo crítico ao uso inadequado, indevido e abusivo que se tem feito de medicações psiquiátricas sobre a infância e adolescência; do mesmo modo, crítico aos usos indevidos de exames e diagnósticos psiquiátricos e neurológicos.

1 TRAJETÓRIAS E IMPLICAÇÕES: COMO AMADURECER UM SONHO?

Ingressei neste estabelecimento no ano de 2012, como estagiário voluntário. Tal posição foi adotada diante do meu interesse no campo da saúde mental e diante da falta de estágios oferecidos no Serviço Único de Saúde (SUS). A forma de vínculo denuncia a falta de investimentos financeiros no estabelecimento, assim como a falta de estágios e o baixo número de profissionais. Assim, ocupei esta sutil posição de ser estrangeiro num espaço familiar. Não era eu o único voluntário – havia mais dois – além de outros estagiários vinculados à secretaria de saúde através de um pequeno edital de 2010. Tínhamos supervisão. Mas logo de início, com a saída dos estagiários em meados de 2012, só permaneceram os voluntários. Por consequência, a intensidade dos grupos de supervisão foi diminuindo, ressaltando a falta de encontros durante a rotina do estabelecimento.

Algumas vezes me era permitido escolher qual caso atender. Em certa ocasião optei por convidar uma pessoa em estado de delírio grave, e minha escolha foi vista com delicadeza pelos companheiros, pois neste estabelecimento não se costumava receber pacientes assim – evidenciando uma rixa entre esta unidade e o CAPS. Gradativamente fui construindo meu lugar de trabalho, ficando evidente que a invenção de novas formas de atendimento clínico não é comum ali, mas alguma experimentação era possível. Conforme pude observar, com frequência alguns pacientes me pediam medicamentos. Talvez esta fosse a indicação da medicalização já em curso, com isso, notei algo como se fosse comum à cidade saber que ali é lugar de obter este tipo de tratamento.

Um tempo se passa até que estou mais perto de me graduar em psicologia. Neste momento, em meados de 2014, estou sem tempo e indisposto a empreender inovações solitariamente. Os estagiários já haviam todos se formado e eu tive que ficar buscando outros sonhadores pelos corredores, sendo que estes estavam mais cansados do que eu, devido ao tempo do trabalho e outros atravessamentos como as rixas entre os membros da equipe e a precarização dos estabelecimentos públicos.

Ao final da graduação, mudo meus dias de disponibilidade durante a semana; o que acarreta na redução significativa do tempo disponível para atuar no serviço como voluntário. Desta forma, surge outro interesse; amadurecer o sonho de fazer um curso de mestrado. A partir daí, me dedico a construir uma proposta de estudo, e

um projeto de pesquisa para o mesmo, recorrendo às experiências e desejos cultivados até então neste estabelecimento como fonte de inspiração. Por cerca de três anos me dediquei a esta unidade e criei laços de amizade, admiração e confiança. Sonhei meus sonhos naquele espaço, ouvi muitos dizerem dos seus – alguma parte deles realizados com luta; e outros interrompidos pela via da precarização presente no estado do Rio de Janeiro.

No final de 2013 perdemos uma pessoa muito especial, que foi coordenadora deste estabelecimento durante muitos anos, e ficamos temporariamente sem coordenação. Seu falecimento trágico resultou num enfraquecimento da equipe, que já era pouco estruturada, fato que se tornava cada vez mais alarmante. Com a sua cadeira vazia, outro coordenador assume seu cargo; sem conseguir, efetivamente, dar continuidade ao trabalho que era feito por ela naquele estabelecimento.

A fragilidade permitiu que alguns problemas se tornassem visíveis aos meus olhos. Deixo de me focar nos atendimentos clínicos para poder circular mais pelo espaço, e poder olhar o que se passa entre aquelas paredes sujas; não deixando de perceber qual a sua relação com o que se passa na cidade.

Amadurecer um sonho é algo necessário e torna-se possível graças às emergências do corredor que surgem após o período em que estivemos sem coordenação. Adquiri, neste momento de crise, novos hábitos – o mais importante deles foi deixar minha porta aberta quando não estava em atendimento. Isto me possibilitou fazer com que pudesse sair para ver o mundo, e também fazer com que o mundo pudesse entrar em meu consultório. Tal movimento é contrário ao instituído que, segundo o colega supervisor, onde: “aqui, em tempos de crise, todos fecham as portas”.

No final de 2014, como dito, eu mudo meu horário de atendimento, passando a atender sextas a partir do meio dia. Assim vinha atuando naturalmente, até que começo a estranhar alguns movimentos pelos corredores. Vejo um número grande de crianças circulando pelo *espaço*, um número grande de pessoas a *esperar*; e um tédio rolando pelo corredor. Estas pessoas são os usuários do serviço de neurologia infantil. Eles chegam cedo para as consultas, e saem tarde; aguardando por um longo tempo em espera ansiosa.

Paralelamente, ligo tal superfície a um caso clínico de uma criança de 8 anos atendida no setor da neurologia. A queixa trazida pela família é sobre a *agressividade* e *agitação*. Ela é imediatamente medicada com Tofranil (Cloridrato de

Imipramina); depois por Neuleptil (Periciazina), passando por outros medicamentos à medida que a mãe procurava a médica para dizer que a medicação “não estava dando certo”. Como atendi estacriança, observei que não se achou junto àquele dispositivo médico uma medicação adequada; e a agressividade e a agitação ganham novos contornos à medida que a terapia avançava.

Para ele, a medicação “não funciona”; sente um “gosto ruim na boca e fica com o coração nojento”. A indicação é sempre feita para corrigir e fazer desaparecer as queixas. Se estiver agitado demais, será medicado para eliminar esta agitação; se estiver agressivo, será medicado para não estar... Assim, a medicação assume um caráter corretivo. Será que também não punitivo? Este fragmento clínico serve para observarmos a prática local, mas também alguns aspectos disciplinares.

Eu insisti com a mãe para que ela construísse um diálogo com a médica e questionasse os medicamentos; assim como incitei o jovem a dizer o que ele sente ao passar por esta situação. Conseguem uma brecha, mas logo é fechada: aumenta-se a dosagem! Novamente uma tentativa de diálogo; mudam-se os medicamentos, acrescentando outradroga/substância. Novamente e mais um... – e agora, já não se pode chamar de diálogo, pois não se sabe se estamos sendo ouvidos! Assim funciona o serviço de neurologia infantil desta rede de saúde mental. Lógica que provavelmente é bem comum em outros Estados.

Com frequência estas crianças são encaminhadas pelos colégios, encaminhamentos baseados naquele senso de que o remédio deve “dar jeito”; para “acalmar” ou para “ajudar”. Não se tolera o sofrimento e não interessa a sua expressão. Esmagam-se as diferenças, e as colocam para funcionar na conjuntura de um social amplamente questionável; mas a que custo?

De porta aberta ao mundo, abro-me às novas experiências possíveis. Enquanto ao redor o poder produz demandas, e torna o sofrimento algo a ser corrigido – ao menor sinal de angústia, temos soluções baratas de lucros milionários... Como amadurecer um sonho?

1.10 encontro com a demanda para o “médico de cabeça”

Há dois momentos que marcam o caráter desta pesquisa intervenção – não na via do nosso poder de intervir; mas sim na via dos próprios acasos tornarem possíveis tais análises. Abaixo apresentamos estes dois momentos produzidos através dos escritos do diário de campo.

Aproximo-me do estabelecimento. São 14 horas. O tempo está frio e há neblina no centro da cidade. Subo as escadas, ouço um som de choro de crianças e os gritos de uma mulher. Encontro um menino de 8 anos que se recusa a ir ao médico neurologista. Chora muito, e derrama suas lágrimas enquanto a mãe conta o que ocorreu. Pergunto se posso ajudar em algo, pois sou psicólogo e ela logo diz:

*“Preciso mesmo de um psicólogo, porque o problema dele não é mais problemas dos nervos... é problema de pirraça! A médica já disse que eu preciso de um psicólogo que **controle** ele, e não ele me **controle**. Eu não posso ir embora só porque ele não quer ir ao médico, eu não posso dar dinheiro a ele para o lanche do colégio todo dia... ninguém tem cinco reais todo dia... você tem? Aí ele diz que não vai pro colégio se eu não der o dinheiro... aí eu te pergunto: hoje ele tem 8 anos, e amanhã quando ele for um negão maior que eu? Como é que vai ser?”* Ela fala com raiva; enquanto o menino, ainda chorando, se afasta indo em direção à rua fria.

Certa vez ao sair da sala onde atendo, uma destas crianças me pede um barbante. Digo que vou tentar lhe arrumar, mas volto sem e pergunto qual é o interesse dele no barbante. Diz-me que queria *“inventar uma coisa porque está demorando muito”*. Entro novamente na minha sala (sala 105) deixando a porta aberta. Ele me olha sem falar nada. Pergunto o que ele faz ali. Me responde dizendo que está sendo levado ao médico porque ele *“sabe ir para o colégio, mas não sabe voltar para a casa”*; e também que faria uns exames. Tratava-se de uma consulta na neurologia, que só tem como recurso o exame de eletroencefalograma, e pouco tempo para avaliação clínica. Eu me pergunto: como será que este caso seguirá? Porque considerar um caso para neurologia uma manifestação deste tipo? Quantos de nós adultos, trabalhadores, engrenagens da sociedade capitalística, diante dos desencontros e desarranjos na vida, não pensamos em sair por aí e não mais voltar?

Que vontade eu tenho de sair
 Num carro de boi, ir por aí
 Estrada de terra que só me leva
 Só me leva
 Nunca mais me traz.
 Que vontade de não mais voltar
 Quanta coisa que vou conhecer
 Pés no chão e os olhos vão
 Procura onde foi
 Que eu me perdi (TAPAJÓS & CACASO, 1976).

O que faz este caso ir para a neurologia sem nenhuma espécie de problematização? Interessa-me saber dos rótulos diagnósticos: houve prescrições de medicamentos? Houve escuta do que a criança e a família têm a dizer sobre o sofrimento, ou foi somente um procedimento prático com efeitos rotulantes e medicalizantes? É-nos necessário usar de uma escuta que possibilite a ampliação, e não a classificação dos seres. Contudo, neste estabelecimento faltam muitas coisas importantes: equipe interdisciplinar; maior número de profissionais no setor de psicologia; terapias de grupo; responsabilidade ética com o outro – principalmente com as crianças –; precisa-se também de mais sonhadores...

Existe uma lista de solicitações para o tratamento, que é maior do que o serviço suporta. Em reunião com a rede de saúde mental, realizada em 17 de março de 2015, um psicólogo informa que em uma visita a uma escola da zona rural da cidade, lhe foi entregue pela diretoria uma pilha de encaminhamentos para psicoterapia e para neurologia. Surpreso ele pergunta: “*Como vocês sabem a diferença?*”, e a resposta é, “*os professores sabem com a experiência deles*”. Pergunto-me: dentre tantas crianças, todas deveriam estar sendo levadas à neurologia? Quais são as forças/justificativas que fazem com que tantas delas sejam encaminhadas para tal serviço?

Há ainda outra ideia que circula entre estas famílias: as mães temem que possam vir a perder o controle das crianças; e que estas sejam passíveis ao crime. É o que me conta a mãe de um usuário do serviço. Assustada e desinformada, ela teme; pois, outra mãe que levou seu filho lá, “*perdeu o controle dele*”. Isso possibilitou que ele se tornasse um jovem violento que comete pequenos delitos no bairro. Vê-se a importância de rastrear as forças de alienação de crianças, e os vetores de construção de modos de preconceitos e processos de exclusão social. Até que ponto e como o DSM se legitima – sob uma roupagem científica – a medicalização da pobreza, o silenciamento dos sofrimentos sociais, a criminalização da juventude negra e amortificação da mesma? Apontamos aqui o DSM como o Manual que contém os transtornos mentais mais diagnosticados atualmente, e por esta razão ele deve ser problematizado junto às instituições que nos atravessam neste estabelecimento.

Preocupa-me qual será o futuro destas crianças; até quando elas continuarão a ser medicadas? E como a família está lidando com o tratamento? Como entra a

medicação no jogo das angústias por segurança? Que segurança é buscada e deposita nos serviços de saúde mental?

As perguntas que move a pesquisa é: qual é a expectativa das famílias quanto ao serviço de neurologia e quanto ao uso do medicamento? Qual é a mudança que elas acreditam ser possível através desta estratégia medicamentosa? Além disso, quais gestos indicam forças de resistência e saúde criativa nas crianças ali institucionalizadas?

Sendo assim, o poeta nos incita a agir: “Quem não tem ferramentas para pensar, inventa.” (BARROS, 2010, p.473). Desta forma, inventamos modos de estar no corredor; onde utilizamos do vagar, da deriva, como ferramenta de pesquisa e clínica.

1.2 Construindo a tentativa de intervenção

A proposta inicial de pesquisa seguiu as linhas do instituído, e pretendia criar um dispositivo grupal para atendimento das mães das crianças que utilizam serviço de neurologia. Lá, supostamente discutiríamos o sofrimento que elas passam com o suposto transtorno mental do filho, além de outros atravessamentos; como o descuido dos profissionais, as dificuldades da educação e convívio com as crianças, as dificuldades do bairro, da escola, da medicalização e da procura delas, e de sua *espera*, do encontro com a neurologia... Circularíamos por aí para que pudéssemos encontrar uma brecha que levasse as mães a tomarem também a iniciativa de gerir os medicamentos com a médica e criar novas pró-curas, longe daqueles corredores de pouca luz, e longe daquele ímpeto de impedir a criança de vagar pelo espaço e manifestar sua agitação.

Em grupo de orientação, não satisfeitos com esta aposta, optamos por uma intervenção mais aberta que consiste em habitar o corredor junto com as pessoas, derivando junto com elas naquele momento de espera, naquele espaço. Abaixo segue outro trecho retirado do diário.

Quem sou eu neste espaço? Um jovem, diferente das pessoas que frequentam este corredor. As mulheres estranham e desconfiam, enquanto algumas crianças e outros adolescentes são atraídos pela diferença entre nós. Percebo que há uma defesa desta figura jovem e estranha que surge ali, naquele espaço vacante. Preferem evitar que as crianças interajam comigo, e por vezes o silêncio entre nós é amplo o suficiente para se alastrar pelo corredor, distanciando uma pessoa da outra

e ralentando o tempo de espera. Mesmo quando há falatório, há também aqueles que cochicham aos ouvidos das crianças, como se escondessem seus segredos.

Numa ocasião, eles me estranham, pois passei apressadamente pelo corredor e sentei distante de todos e danei a escrever. Não percebi que havia me esquecido de retirar os óculos escuros quando cheguei. Uma senhora em especial chamou seu neto para próximo dela, tentando afastá-lo de mim. O que acham que sou? Muitas das pessoas que trazem as crianças aqui são mulheres, e elas me perguntam se eu vim para a consulta com o neurologista ou com o psiquiatra; outras pessoas só evitam o contato comigo – será que acham que sou louco, que sou perigoso? De qualquer forma, são as crianças e os loucos que se aproximam de mim sem medo e sem querer nada. As mulheres – sejam mães ou avós – esquivam seu olhar e seu assunto, mas a menor ida que dou até a recepção elas já sorriem e sentem-se seguras, pois sabem agora que trabalho ali.

Quando, em meio ao falatório, revelo que sou psicólogo-pesquisador, coisas impressionantes emergem. Por exemplo, pedidos de ajudas para as crianças, queixas sobre o “*mau comportamento*”, a “*demissão da psicóloga do colégio do seu filho*” e as “*dificuldades de conseguir uma vaga com psicólogo*” na rede de saúde mental. Tais fatos tornam um psicólogo ali uma “*coisachique*”.

Eis que surge um homem comcolete do Conselho Tutelar, onde se encontra estampado o seu nome e o nome de diversos logos de órgãos do Estado. Ele guarda um sorrisinho como se conhecesse todas aquelas pessoas; um tom de quem conserva o moral e os bons costumes, e os bons comportamentos. Traz em sua mão um encaminhamento para esta unidade. E eu? Vagando neste corredor, não carrego nomes estampados, nem sou representante do Estado, da vigilância e da segurança... Podia ser um louco, mas sou um psicólogo que optou por se desfazer do seu “*avental branco*”. Numa aposta com Guattari (1990), convergimos mais com a arte do que com os psicologismos “*sempre assombrados por um ideal caduco de cientificidade*” (p.16). Assim nos desfazemos destes “*aventais brancos, a começar por aquele que se carrega na cabeça, em sua linguagem e suas maneiras de ser*” (p.22).

Fazemos uso então da Ecologia Mental e da Ecologia Social (GUATTARI, 1990) para movimentar esta instituição *mental disorder* para outras modalidades de atendimento que não o consultório, para produzir diferença nas práticas e as bases

teóricas que operam nos serviços de modalidade ambulatorial e não na atenção psicossocial.

Mas, o encontro que realmente mudou a perspectiva de atuação neste espaço foi com o poeta e etólogo Fernand Deligny (2015), que surge como uma importante referência neste exercício clínico-político de ocupar/habitar o corredor. Ele nos auxilia retirando estes nossos aventais brancos mediante ao reconhecimento da sua trajetória, tentativas e linhas traçadas ao entorno da construção de espaços para vida comum: afastado de Paris, o poeta refratário ao homem-que-somos (p.27), ocupou-se do convívio avizinhado com crianças autistas em Cevennas, interior da França. Em sua vida, recusou títulos de clínico e educador, e sugeriu aos seus leitores a observação dos trajetos das crianças ditas autistas. Num traçado extravagante, Deligny põe no papel as linhas costumeiras e as sobrepõe a outras, até encontrar linhas de errância traçadas no chão pelas crianças no cotidiano com adultos. Ao produzir estes mapas, o autor problematiza uma importante relação do humano com o espaço; onde o agir e a agitação indefinida enquanto gestos do humano não são pensados e interpretados, e sim tomados como uma via para o fora deste cenário medicalizante e normalizante tão comum aos nossos modos de cuidado com as crianças e adolescentes.

“Entre vagar e pesquisar – no sentido mais nobre do termo – existirá verdadeiramente uma diferença de “nível”?” (DELIGNY, 2015, p.37), pergunta-se o autor. Neste sentido, adentramos a importância do vago; - no infinitivo, vagar - para a realização de uma intervenção neste corredor.

Com Deligny (2015), enriquecemos nossas estratégias clínicas de intervenção; e esse vagar é o modo pelo qual é possível ocupar o espaço. Tal atitude contrapõe-se à interpretação arguta; e também à recondução de tudo o que dizem as crianças sobre o familiar. Neste sentido, o encontro com o autor ressalta a importância dos gestos e trajetos. Acentua um aspecto ignorado pela clínica e; de certo modo, negado pela psicologia hegemônica, que entende os processos subjetivos como fundamentalmente ligados à linguagem e a consciência. Com isso, surgem práticas que permitem à clínica se esquivarem da dimensão crítica do social, e de uma apreensão do sofrimento no indivíduo no território que ele ocupa. Sendo assim, não evitamos nos ocupar destes Territórios Existenciais (GUATTARI, 1990, p.22) com os quais coincide o sofrimento em todas as suas camadas; e deste modo não nos

furtamos de uma implicação para a qual nós não estabelecemos os lugares de tratamento, mas sim tecemos estes espaços em rede.

Aqui encontramos um importante conceito para Fernand Deligny (2015). Rede, para o autor, é aquilo pelo qual se trama, mais pelo acaso do que pelo conhecimento de fazê-la, mais pela impessoalidade do que pelo poder de saber; e, sobretudo, mais pelo inconsciente do que pela consciência (p.19). Uma rede só pode ser tecida pela fissura no espaço presente, pela ausência de “projeto pensado”. Porém, devido ao caráter não representativo (em palavras e imagens), uma rede se traça ao acaso: “melhor seria falar da atração pelo vago”, onde, “vagar é andar ao acaso” (p.19). “São trajetos frequentemente reiterados, cujo objetivo não tinha nada de óbvio, sendo o vagar um infinitivo que não requer complemento” (p.20); mas que para tal há uma “cumplicidade necessária entre esses trajetos e o acaso” (p.20).

Ora, mas que rede é esta? Ela mais se constitui pela transformação que se sofre através daquilo que por ela (ou nela) é capturado. É uma rede para capturar acasos, a qual é tecida através de trajetos de vagar em espaços fissurados pela ausência de projetos. A rede, no momento em que a consciência lhe atravessa, é aniquilada. Então, caberia estabelecer como clara a distinção na obra de Deligny (2015), entre o agir inato e o fazer do homem-que-somos. Enquanto o primeiro é inconsciente e não possui história e por isso permite a rede; o segundo é produto das ideologias que o constituem; dos restos dos conflitos ideológicos e das guerras que se fazem de modo político.

Optamos por tecer estes trajetos, de andar ao acaso como modo de possibilitar abertura para o vago e para o fora; pois a rede de que fala Deligny (2015), possui uma relação com o fora, e depende significativamente de gestos feitos ao acaso, que por direito podem levar o termo de inato. Os gestos inatos, na obra do autor, possuem importância fundamental para conceituação que lhe compete em *O Aracniano* (2015), conceito ferramenta que nos permite referência àquilo do humano que se mostra como capaz de tramar uma rede segundo as fundamentações apresentadas. Numa comparação entre a aranha e o humano, o tecer da aranha (entendido como gesto inato) se opõe ao fazer do homem repleto de consciência (projeto pensado) (DELIGNY, 2015, p.17). Na aranha não existe a matriz de uma rede; ela se faz ao tecer, e para tal, não é preciso circunstância que não a de um lugar vago em meio à arquitetura e ao espaço.

Neste sentido, através da rede e tudo que vem acoplado conceitualmente na obra do autor - os conceitos de tecer e traçar, do vagar e do fora, do gesto inato e do aracniano -, optamos por uma tática de intervenção que vai contra o fechamento representado pela medicalização e patologização. Nossa estratégia é realizar a ocupação, ocupando-se, na medida do possível, do vagar que busca a abertura destas grandes instituições.

Como diz um companheiro do estabelecimento em questão: “*somos formados para ser analistas de gabinete... em Paris!*”. O encontro com esta demanda transforma: seria o encontro com a dimensão do aracniano (DELIGNY, 2015) que nos coloca numa outra relação da clínica com o humano e, por conseguinte, com o espaço?

Assim, outra estratégia adotada é optarmos por “acompanhar processos” (POZZANA & KASTRUP, 2009, p. 52) no corredor; e desta maneira, abandonamos alguns recursos que dão uma margem e segurança aos discursos incapazes, tanto de dar voz quanto de calar e desqualificar o que se ouve. Estamos em meio ao caos do corredor. Além disto, abandonamos também os controles institucionais de ficha, cadastro e presença regulada às sessões, além do controle e a disciplinarização das famílias e seus núcleos.

Pesquisa intervenção (AGUIAR & ROCHA, 2007) e análise institucional (LOURAU, 1993) são como inspirações metodológicas. Ao invés de investir com poder de modificar formas; ao invés de instituir formas; abrir para desformalização, desnormalização; isto é, a intensidade de ser possível criar uma realidade outra. Esta atitude nos leva a um investimento no corpo intensivo que nos servirá de análise de implicação; isto é, a análise da posição de ocupar e criar espaços no corredor. Ela não é neutra, e passa pela “originalidade das ideias, a multireferencialidade” (LOURAU, 1993, p.10); e pela capacidade de criar e destruir, pela, “análise dos lugares que ocupamos, ativamente, neste mundo” (LOURAU, 1993, p.14).

Neste sentido, vai ser através da análise de implicação, que tornaremos possível uma experiência de crítica e desvio das queixas sobre agitação, desatenção, agressividade e oposição em relação às crianças. Ao problematizarmos a apropriação discursiva destas manifestações supostamente sintomáticas, utilizaremos destas mesmas manifestações entendendo-as como afetos para criar aberturas, liberação para confecção de trajetos do vagar. Segundo Spinoza (2009)

os afetos são “afecções pelas quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada” (p.98), e neste sentido, entendemos que os principais sintomas de transtornos mentais como TDAH e TOD, nos atravessam o tempo inteiro sem constituir um quadro psiquiátrico, necessariamente. Então, percebendo outro uso destes afetos, intuímos um contato com os mesmos na produção de um campo de clínica e pesquisa no qual os afetos podem nos trazer o novo.

Trata-se também de fazer a análise da disposição espacial nesta arquitetura hospitalar; ocupada tanto pelo pesquisador, quanto pelos usuários e objetos neste mesmo *espaço*. Análise da arquitetura que organiza as posições de cada um, atraindo e criando repulsa. Assim, fica a pergunta que orienta nosso olhar: quem faz o quê neste corredor?

Nestas linhas, seria possível apontar uma clínica neste exercício de ocupação? Não pretendo conceber aqui um tecnicismo das intervenções pelos corredores dos SUS – cada local tem sua especificidade. O que ressalto aqui é a atitude clínica e a análise de resistências ao poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2012b). Enquanto clínico, trata-se de uma prática de liberação e criatividade por novas formas de cuidado para acolher demandas, muito mais do que simplesmente “tratá-las”- algo que se tornou prerrogativa do contemporâneo (GUATTARI, 1990). Para os usuários, isso significa cuidado e escuta com capacidade de acolher a parte legítima de suas demandas. Para o clínico e pesquisador, a liberação dos modos de intervenção e cuidado. Nossas estratégias não partem das prerrogativas da atualidade, que se apegam ao atender a demanda e tratar os supostos transtornos. Ao contrário, elas partem do encontro com a demanda *pelo* espaço; intervindo como simples presença de estar com—seja como corpo no *espaço*, seja como uma “*coisachique*”.

Assim, buscamos dar visibilidade às forças políticas presentes no cenário, através da narrativa dos acontecimentos; bem como dar voz ao que se passa no corredor. Colocamos como ponto de análise as produções de diagnósticos DSM, e as subjetivações que decorrem disto; questionando se estas discursividades DSM que nomeiam comportamentos segundo terminologias psiquiátricas, possuem alguma ligação com a produção de projetos de prevenção aos transtornos mentais; que mais classificam como patológico, do que melhoram a condição de saúde das crianças e adolescentes.

Observamos que corpos são atravessados pelo diagnóstico DSM, e somos transplantados sobre a polêmica do existe ou não existe (em termos científicos) como o TDAH ou o TOD. Um número significativo de crianças é tratado com medicamentos por se desviarem ou fracassarem numa disciplina escolar; por se desviarem das normas morais. Ou como o desenvolvimento infantil é instituído pelas ciências atuais, a saber, o próprio DSM e o INPD – Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento propõe que:

Os projetos do INPD são dirigidos a uma ampla parcela da população infanto-juvenil, cerca de cinco milhões de crianças e adolescentes, da gestação até os 18 anos, e abarcam aproximadamente 1000 municípios brasileiros. Com estes projetos o INPD afirma sua finalidade de desenvolver uma “nova metodologia” para identificar “indivíduos de risco” e testar intervenções antes da manifestação de determinadas doenças visando prevenir/impedir que se desenvolvam (NASCIMENTO, COIMBRA & LOBO, 2012, p.89).

Os diagnósticos DSM são difundidos através de diversas relações de poder-saber, e quando os corpos rotulados chegam aos equipamentos de saúde mental são tratados com medicamentos. Uma série de procedimentos médicos faz existir no corpo o transtorno mental, dando importância para que as mães levem seus filhos ao “médico de cabeça”. Quais as expectativas delas? Qual a esperança? Que projeto é este que põe estas intervenções de pé? Isto nos interessa quando ocupamos o corredor.

Com frequência emergem na fila falas de mães sobre seus filhos, e conceitos como TDAH e TOD são comumente explicados. Porém, o que a análise destas falas pode mudar neste espaço? Como elas regulam os corpos neste espaço de corredor?

Com pesquisa-intervenção (AGUIAR & ROCHA, 2007) buscamos intervir no problema e mapear as forças que constituem estas demandas atuantes na vida na forma de mal-estar. A pesquisa se dá na “busca daquilo que se produz no exercício de compreensão”, marcando a ação do pesquisador como uma “atuação (trans)formadora” (AGUIAR & ROCHA, 2007, p.654/6); onde o pesquisador e o objeto são atravessados pela experiência do encontro. Trata-se, portanto, de estar num *espaço comum* com o humano em farrapos; pondo em análise os projetos pensados, buscando deslocar do seu lugar de privilégio o homem-que-somos (DELIGNY, 2015) e sua clínica.

Em investigações paralelas com o humano e a demanda, a intervenção busca, em algum momento, uma chance, uma brecha para desnaturalizar a demanda; produzindo assim outros movimentos, e uma fragmentação que possibilite abertura; convite a se movimentar; saindo assim da estática forma de *mental disorder* facilmente medicável, para outra relação com o humano onde o movimento ganha importância.

Não teremos muitas chances de “verificar” a eficácia da intervenção, visto que esta não é uma opção quando adotamos uma tática em que não controlar as idas e vindas ao estabelecimento; e em que a estratégia é habitar o espaço existencial do corredor. Nesta deriva, como operar pelo agir ao invés de um “fazer” repleto de técnicas, exames e interpretações? O “nível” de nosso projeto pensado de ocupação passa por um vazar que busca, em algum momento, escapar e resistir às linhas duras da atuação *psi* (GUATTARI, 1990); ou, como prefere o poeta Deligny (2015), escapar das muitas formas de clínica “efervescentes de bom querer” (p.106).

1.3 Táticas e estratégias de ocupação e intervenção

Ao dar importância maior em buscar transformar para conhecer, mais do que conhecer para transformar, pensamos na possibilidade de criar novos modos de existência que não o de um sujeito adoecido. Trata-se de afirmar outros modos de estar no mundo.

Ao investigarmos a produção dos diagnósticos DSM, optamos por colocar tal produção como uma instituição dotada de história e intenção política. Segundo Lourau (1993) a instituição “não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo (...), tomamos instituição como dinamismo, movimento; jamais como imobilidade”. (LOURAU, 1993, p.11).

Sendo assim, ao problematizarmos os processos de institucionalização, damos visibilidade ao projeto pensado de sociedade que vemos crescer como controle e regulamentação da vida. Optamos por investigar com Foucault (2012b) um poder que é “anônimo, sem nome, sem rosto” (p.28), e que é exercido em rede através de diversos atores, tendo a função de regular e normalizar os corpos, criando a espera ilusória de normalidade.

Intervimos para:

Ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-

los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos da ciência detida por alguns (FOUCAULT, 1999, p.97);

O que neste caso é um saber com finalidade de cuidar de si mesmo. Como se observa que o saber-poder desautoriza o sujeito ao poder do seu conhecimento, buscamos oferecer alguma prática de cuidado que busque recuperar essa saber-se-virar presente no humano.

Para Lourau (1993) o pesquisador é um técnico-praticante, e a intervenção não vem para fazer silêncio e sim fazer falar as vozes silenciadas, para dar visibilidade às formas de controle e aos modos de resistência presentes. Atento se está para as resistências mais sutis, as mais silenciosas, e, se possível, garantir algum potencial de autonomia.

1.4 Atravessando superfícies biopolíticas

Baseando-me em Foucault e problematizando a *order* que é suposta no conceito de *mental disorder* produzido pela APA (Associação de Psiquiatria Americana), levantei em minha monografia de conclusão de curso em psicologia uma série de dados que demonstram como, ao longo dos séculos, relacionado à criação de modos de racionalidade sobre a doença mental, houve uma série de forças políticas ligadas ao desenvolvimento de conceitos sobre o louco e outras desordens, onde saberes são produzidos e influenciados pelas políticas da época (ALMEIDA, 2014, p.20).

Há diversos dados históricos para constatar esta hipótese, como é o caso da associação do poder médico à Igreja Católica na Idade Média, que produziu a representação do louco como um possesso (FOUCAULT, 1975, p.75), ou mesmo a emergência do Hospital Geral como “estabelecimento para internação” dos indivíduos em dissonância com a ordem social, em meados do século XVII (IBIDEM, p.78). No caso da racionalidade DSM, não é diferente. Ela possui uma profunda relação política hiper mutável e capaz de se adaptar às mais diversas necessidades locais, de modo a já ter alcançado, entre 2014-15 tradução para mais de 18 línguas, além de aplicativos para *tablet* e *smartphones*. É possível fazer a história dessas relações entre as ordens político-sociais, e a criação de racionalidades sobre o louco. Caberia retomar esta história para evidenciar a imbricação entre a ordem e o poder-saber, onde a produção do saber sobre a doença se

desenvolve a partir de uma relação entre o saber e a ordem, a fim de vigiar, disciplinar e punir indivíduos no espaço social.

De todo modo, fazer esta história não é nosso objetivo aqui, pois é de nosso interesse compreender e problematizar o modo de funcionamento dos dispositivos de regulação e normalização atuais que utilizam da medicalização dos corpos infantis como modo de assegurar uma vida vivível para alguns; isto é, assegurar-lhes algum modo de “proteção” e inserção das suas vidas nos dispositivos sociais, que, neste caso, são os dispositivos de saúde mental. Cabe ressaltar que esta estratégia de governo pela normalização produz efeitos sobre a população, onde os afetos de medo, insegurança, fragilidade, vulnerabilidade, obediência, entre outros, são capturados pela gestão das demandas, a fim de, nutrir, gerir, fazê-las viver e buscar este ou aquele meio de segurança, bem como em outras situações impossibilitar seu acesso, gerenciar sua pobreza, tutelar, ou deixar morrer de inúmeras formas – seja pelo genocídio ou pela mortificação. Neste momento é notada a medicação e a neurologia infantil como tecnologias de governo das populações, tecnologias de gestão da vida.

Em nosso objetivo, analisaremos os efeitos deste modo de funcionamento dos dispositivos, onde o biopoder disciplinar (FOUCAULT, 2015) e a biopolítica de regulamentação (FOUCAULT, 1999) serão conceitos operacionais na problematização da demanda para o “médico da cabeça”. Caberá a este capítulo, mais o estudo da genealogia do poder psiquiátrico do que propriamente a arqueologia da história dos saberes envolvidos no funcionamento destes dispositivos de controle e regulação da vida. Assim, nos interessa fazer a problematização de como se deu a expansão do poder psiquiátrico sobre esta população envolvida na pesquisa, e, do mesmo modo, desenvolver meios de acolher e problematizar estas subjetivações do poder psiquiátrico; como se dá a produção de demandas por normalização, compreender como se instituiu a medicação como forma de segurança e insegurança, identificar qual a função dos diagnósticos DSM nisso e, sobretudo, acolher e problematizar os efeitos destas subjetivações.

Neste sentido, é sabido que a disciplina é uma das forças que constituem o campo do poder psiquiátrico – a vigilância dos corpos, a punição dos desvios, as práticas de “direção” da realidade no asilo, são formas de intervir no corpo (FOUCAULT, 2012b). Mas como o poder psiquiátrico invadiu o núcleo familiar?

Como o mesmo pode superar o limite do individual e ter também o poder de regular as populações?

O surgimento da disciplina psiquiátrica e sua formalização como modo de ordenar os espaços asilares, permitiu que, em meio ao surgimento dos manicômios datados na França entre 1820-1860, houvesse o fortalecimento do poder de disciplina como instância normalizadora e a construção deste modo de intervir, de fazer também, pouco a pouco, a intervenção psiquiátrica chegar ao âmbito familiar.

Foucault (2012b) assinala que o poder disciplinar implica num “controle contínuo” que se refere a “estado terminal ou ótimo” do produto disciplinar, e que este mesmo poder “olha para o futuro, para o momento em que a coisa funcionará sozinha e em que a vigilância poderá não ser mais que virtual, em que a disciplina, por conseguinte, tornar-se-á um hábito” (p.59). Deste modo, é necessário assegurar esta continuidade do controle, tornando os hábitos do vigiado relatáveis, transmissíveis aos superiores e aos médicos. Nota-se para isso a importância da “escrita” (p.61), em vista de esta constituir visibilidades ao corpo e a permanência deste junto aos dispositivos disciplinares que demanda o relato frequente dos comportamentos do vigiado. A história destes tecidos de escrita nos apresentará o que surge na segunda metade do século XVIII, na França, como sendo os prontuários (p.63). Assim, o poder disciplinar poderá intervir incessantemente no nível do que acontece, no momento antes do próprio ato, exercendo “pressão punitiva ao mesmo tempo minúscula e contínua” (p.64).

Este modo de funcionamento do poder de disciplina esclarece a pressão que se exerce sobre as virtualidades do comportamento e do desenvolvimento infantil, ao ponto de vigiá-las de modo a prever ou prevenir algum acidente moral ou mesmo um desvio do desenvolvimento esperado. Detectar os sinais de maldade, sadismo ou mesmo de inaptidão, assim como as dificuldades de aprendizagem, tem sido diretriz no convívio com as crianças nos ambientes escolares e de saúde.

O uso do poder disciplinar ao longo do século XVIII levará ao deslocamento de grupos ressaltando a anomia destes, os descompassos de uns em relação a outros, ou em relação às ordens disciplinares, pondo o primeiro de lado, fora do grupo apto ou normal. A partir de então, o exame terá a função de regular este movimento, de hierarquizar os corpos, de inseri-los nos dispositivos psiquiátricos (FOUCAULT, 2012b). Neste sentido, é que encontramos outra característica do poder disciplinar que é produzir seu ponto-limite, isto é, produzir algo

"inclassificável", que resta como resíduo das classificações que ele empreende sobre estes corpos hierarquizados (p.66). Foucault (2012b) fez tal constatação ao investigar, por exemplo, os desertores dos exércitos ou mesmo na disciplina escolar, de onde foi possível aparecer o débil mental: "o irredutível à disciplina escolar só pode existir em relação a essa disciplina; aquele que não aprende a ler e a escrever só pode aparecer como problema, como limite, a partir do momento em que a escola segue o esquema disciplinar" (p.67).

Deste modo, vemos a função normalizadora deste poder utilizando e produzindo saberes a fim de inventar "sistemas recuperadores, de sempre restabelecer a regra" (p.68). Podemos nos perguntar então, a quem é atribuída esta função de poder vigiar e corrigir os desviantes? Certamente que a família será uma célula acoplada aos dispositivos disciplinares. Como vemos, tal poder tem características que poderiam ser plenamente exercidas por outros. Ao ser posto como um tipo de poder regulado e estabelecido pela "norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos" (p.69) é que todos poderão exercer a vigilância na medida em que incorpora as normas. A família será a própria vigilante de si e de seus filhos.

Sendo assim, Foucault (2012b) sinaliza que a infância e a juventude foram alvos da aplicação destes poderes disciplinares, de modo a permitirem, enquanto tal, a extensão do sistema disciplinar, a capilarização do poder psiquiátrico na família. Dito de outro modo, a psiquiatrização da criança permitiu a produção de outros espaços que não somente o asilo como única forma de correção; também produziu células familiares e povos colonizados como alvos deste poder disciplinar (p.83).

Por produzir efeitos de assepsia, isto é, prevenir riscos patogênicos, seria necessária a presença permanente do vigilante; ou, de um responsável atento ao progresso e à adaptação da criança, de modo a fazer o autor cunhar o termo de sociedade disciplinar (IBIDEM, p.98). Então, começamos a salientar aqui a importância da família para estas sociedades disciplinares: ela não é um resíduo da disciplina, é a disciplina que é supletiva desta, fazendo dela uma "peça essencial" à sociedade disciplinar (p.100). O ambiente familiar disciplinarizado tem como função fixar os indivíduos aos aparelhos disciplinares, fazendo "as crianças, enfim os indivíduos, essas singularidades somáticas fixadas e por fim individualizadas no interior do sistema escolar" (p.101), ou também nos sistemas médicos-pedagógicos. Compreender esta função nos levará a formular melhor de que modo se dá a

produção das demandas para neurologia infantil e quais os seus objetos: a norma e a disciplina do corpo infantil; bem como a segurança de um futuro apto às condições de trabalho.

Constituída como intercambio entre os poderes, a família se concentrou e se intensificou na relação homem-mulher e pais-filhos; sendo o conjunto destas, a célula forte dos grandes investimentos dos sistemas disciplinares. Por exemplo, no século XIX quando as famílias foram vistas perdendo sua unidade mediante aos deslocamentos da mão-de-obra e das condições de trabalho. Num cenário onde a criança fazia trabalho infantil, andando em bandos e morando em comunidades adversas, filhos eram produzidos de forma natural, abandonados, expostos ao infanticídio. Neste momento (1820-1825), houve grande esforço em “reconstituir a família” (FOUCAULT, 2012b, p.103); e a partir disto, quando esta não desempenha sua função disciplinar, logo a ordem é instaurada por um investimento de poder que busca reestabelecer a norma e, do mesmo modo, produzir enfraquecimento da autonomia da família.

Maria Lívia do Nascimento (2016) afirma que o investimento de poderes desta esfera no núcleo familiar, visa proteger a criança dos riscos e da vulnerabilidade – se a família é pobre, maiores são os riscos (p.109). Tais constatações foram feitas sobre os estudos das práticas de proteção empreendidas por equipamentos como Conselho Tutelar e Judiciário. Deste modo, o Estado intervém na tentativa de assegurar direitos à criança, mas o faz de forma a ignorar os laços e os desejos dela, bem como ignorando os esforços da família em viver de forma a desviar da pobreza, e mesmo criar condições para cuidar do seu modo da criança ou do adolescente. Sobretudo, ignorando as diferentes infâncias que existem para além da norma.

Estas intervenções encontraram subsídio na função-psi (FOUCAULT, 2012b, p.105) que opera de modo a fazer com que os indivíduos fabricados pelos saberes, pelas práticas e pelas instituições encontrem, por intermédio da família, a restauração do vínculo com as instituições encarregadas da sua correção. Foucault (2012b) assinala que, no início do século XX, a função-psi foi instaurada como “os esquemas de individualização, de normalização, de sujeição dos indivíduos no interior dos sistemas disciplinares” (p.106). Por intermédio de constantes referências à família – seja a família como causa das más condições para a criança, seja a própria infância vivida de forma traumática no seio de uma relação familiar

inadequada – saberes como a psiquiatria, psicologia, pedagogia, entre outros, emergem também normalizando e corrigindo a família.

Foucault (2012b) assinala na aula de 5 de dezembro de 1973, o momento em que a família será para sempre destituída do direito de poder sobre o seu louco – este pertencerá agora aos domínios do poder psiquiátrico. Há aqui uma ruptura que assinala o momento em que a família é considerada incapaz de exercer o cuidado e da educação dos filhos de forma singular, pois a verdadeira disciplina está nas escolas, nos centros de formação, nos hospitais com forte associação a estabelecimentos pedagógicos que funcionam como extensão do modelo familiar, porém, melhor regulados pela norma (p.153). Do mesmo modo, constituindo a criança como um elemento nuclear da célula familiar foi possível empreender sobre ela com maior frequência o poder psiquiátrico. Sendo assim, na constituição da criança como alvo da intervenção psiquiátrica:

A vigilância da criança tornou-se uma vigilância em forma de decisão sobre o normal e o anormal; começou-se a vigiar seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade; e é então que vemos emergir justamente toda essa psicologização da criança no interior da própria família (FOUCAULT, 2012b, p.154)

É deste modo que, pouco a pouco, o ocidente foi naturalizando práticas de castigos e punição às crianças que aparecem de todo modo, inclusive nos relatos do diário de campo. A importação do “controle da postura, dos gestos, da maneira de se comportar, o controle da sexualidade, os instrumentos que impedem a masturbação, etc.” (p.155) para a família, faz da criança o alvo das intervenções médicas, psiquiátricas e higienistas.

É de se notar aqui a importância dos estudos de Margaret Rago (2015) a respeito do onanismo da criança e das cruzadas antimasturbatórias no século XVIII e no século XIX. Segundo a autora (RAGO, 2015), a criança que experimenta a masturbação será alvo principal das instrumentalizações do poder disciplinar, em vista da prática masturbatória ser a causa de diversas desordens e doenças, sendo inclusive considerada como estando na origem das causas de todas as doenças do século XIX (p.245).

Com isto, ocorre a intensificação do investimento no núcleo familiar, na disciplinarização das famílias e no investimento na infância que levará a constituição da criança como vulnerável e como a origem de todos os malefícios possíveis. Então, vê-se um forte poder de correção sobre a criança; a fim de garantir para a

sociedade, adultos fortes, dóceis e aptos para o trabalho, obedientes e livres de doenças do corpo e damente. Neste sentido, que as práticas e os saberes disciplinares se tornarão poderes laterais ao Estado (FOUCAULT, 2012a), poderes com finalidade de gestão das populações.

A psiquiatria assume então, ao final do século XIX a função de receber as crianças loucas e também a função de tornar a família o alvo de suas intervenções (IBIDEM, p.155). No entanto, não foi por intermédio da criança louca que a psiquiatrização avançou, foi por intermédio da criança não louca, aquela que emergiu como resíduo das disciplinas escolares, como aquele que não aprende – a criança imbecil, a criança idiota e a criança retardada (p.257).

Na aula de 16 de janeiro de 1974, Foucault (2012b) apresenta a impressionante tese sobre a “generalização do poder psiquiátrico e a psiquiatrização da infância”. Investigando estes modos de expansão, o autor aponta para a relação direta entre o conceito de normal e a difusão do poder psiquiátrico (p.256). O autor assinala um grande número de referências à psicopatologia que, no princípio do século XIX se encarregou de diferenciar as três categorias mencionadas acima, a fim de melhor elaborar noções diagnósticas; precisá-las, aprofundá-las por intermédio da diferenciação das características da anomalia; ao ponto de produzir categorias claras que possibilitem a emergência de futuros dispositivos encarregados de disciplinar os categorizáveis.

O saber psiquiátrico do qual Esquirol (1772-1840) é um emblema, mostra-nosa empreitada de produzir diagnósticos precisos na categorização e na diferenciação dos indivíduos anormais. Segundo Foucault (2012b) a psiquiatria de Esquirolentendeu a partir da criança idiota, que há dois tipos de desenvolvimento: um normal e outro, o desenvolvimento anormal do idiota – aquele que “sempre esteve no infortúnio e na miséria” (ESQUIROL apudFOUCAULT, 2012b, p.262) das qualidades mentais, morais e sociais. Por conseguinte, éSeguin (1812-1880) quem melhor irá formular as comparações entre o desenvolvimento natural das crianças e dos ditos anormais, distinções estabelecidas a partir de clivagens entre “desenvolvimento fisiológico e psicológico” (SEGUIN apudFOUCAULT, 2012b, p.262).

Através dos estudos de Seguin, o ocidente naturalizou o que poderemos notar como sendo a constituição normal do desenvolvimento infantil, que se baseia

enormes e elementos físicos, psicológicos, fisiológicos nos quais o idiota se atrasa em relação ao desenvolvimento dito normal (FOUCAULT 2012b, p.263).

Curiosamente a expansão do poder psiquiátrico não se deu por intermédio da criança louca. Esta apareceu na psiquiatria por intermédio das consultas particulares (IBIDEM, p.256). Tal expansão se deu através da categoria de idiotia e das normas do desenvolvimento infantil. A criança idiota não era louca; assim como a idiotia não é uma doença mental, mas sim uma anomalia; pois ela é mais uma paralisação do desenvolvimento e não propriamente sintoma de uma doença mental. Do mesmo modo, essa expansão se deu por intermédio da iniciativa de melhor diagnosticar e também por melhor estabelecer as métricas e normas do desenvolvimento infantil.

A partir da metade do século XIX veremos as crianças idiotas inseridas no interior de espaços institucionais psiquiátricos e pedagógicos onde foram separadas em alas. As categorias diagnósticas tinham por finalidade fazer a separação dos idiotas e dos débeis dos loucos; regulando os asilos, a fim de fazê-los receber todo tipo de alienação mental (p.271); lucrando das famílias, ao receber delas o custeio do acolhimento (p.155), na medida em que os separa e empreende tratamentos específicos para cada um.

A educação das crianças idiotas e anormais foi outro fator importante para a expansão do poder psiquiátrico, pois sobre estas é aplicado “o poder psiquiátrico em estado puro” (p.272). A educação desenvolvida por Seguin em sua obra “Tratamento moral dos idiotas”, por volta de 1840, instituiu o papel do mestre educador como semelhante ao do psiquiatra, isto é, de trazer para o interior do asilo e para o idiota, aquele mundo exterior verdadeiro, o mundo real, as coisas dos homens, suas morais e bons costumes, e para isso não era negado o uso de força e violência física, assim como a punição física através de diversos aparelhos psiquiátricos.

Do mesmo modo, encontramos em paralelo na expansão do poder psiquiátrico, não só na produção de normas, como também no desenvolvimento de novas tecnologias psiquiátricas. Refiro-me à constante produção de exames, medicamentos, diagnósticos que vão, pouco a pouco, precisando a capilarização do poder psiquiátrico, assim como as normas e as formas de tratamento.

No uso das tecnologias psiquiátricas, nota-se que “a relação entre a população asilar e a técnica médica propriamente dita era totalmente aleatória” (FOUCAULT, 2012b, p.225); e que havia certa “reversão do que era difundido

pelateoria médica como medicamento possível em elemento do regime disciplinar” (p.226). Cabe destacar aqui dois usos convertidos das tecnologias médicas:

O primeiro, é de se notar através da aula de 9 de janeiro de 1974 (FOUCAULT, 2012b). As nosografias e as etiologias da doença mental, produzidas ao longo do séculoXIX, foram incorporadas nos dispositivos psiquiátricos ao longo do séculoXX; mas sem, no entanto, serem utilizadas para distribuição dos doentes em alas como recomendavamos textos teóricos. O que foi feito das produções diagnósticas, foi a utilização desta para a separação dos pacientes em alas,de forma a separar entre os doentes curáveis e incuráveis. Entre eles, os que deveriam ser vigiados incessantemente ou não; entre aqueles que poderiam trabalhar no asilo e os que deveriam ficar trancafiados; e também entre aqueles que eram perigosos e os que eram dóceis. É de se notar, portanto, que os tratados teóricos eram convertidos em ordens disciplinares.

Em segundo lugar, é de se notar o uso que foi feito dos medicamentos: eles possuíram a finalidade de prolongar no corpo do doente a disciplina asilar, (p.226) utilizando dos mecanismos como as camisas de força, os banhos de éter, o uso do láudano, e todo tipo de efeitos desprazerosos, formas de punição. No entanto, estas punições possuem uma finalidade mais específica que é a de:

Prolongar até o interior do corpo do doente o sistema do regime asilar, o regime da disciplina; era garantir a calma que era prescrita no interior do asilo,para prolongá-la até o interior do corpo do doente. O uso atual dos tranquilizantes também é do mesmo tipo (FOUCAULT, 2012b, p.226).

A partir de 1860 muitas reversões deste tipo, como a transformação das práticas diferentes dos textos teóricos, foram naturalizadas. O eletrochoque é aimagem dessa naturalização da punição em ambientes psiquiátricos. Contudo, é de se notar que após a Reforma Psiquiátrica; que vem preconizando a Luta Antimanicomial e o fim das violências psiquiátricas; há uma atualização dos modos de punição: como têm sido punidos os pacientes psiquiátricos hoje? Ao assinalar a existência de inúmeras reversões dos tratados teóricos, dos catálogos de doença mental e dos manuais psiquiátricos; porque não considerar que a emergência dos diagnósticos DSM e a popularização do metilfenidato associado ao TDAH, não são formas de atualização das práticas disciplinares; corretivas e punitivas, que historicamente se configuraram nos estabelecimentos psiquiátricos e nas famílias psiquiatrizadas?

Seguindo na conceituação deste tempo histórico que nos atravessa e constitui, destacamos que a sociedade disciplinar é um momento de consolidação do biopoder e da construção do plano biopolítico, encarregados de governar a vida. Foucault (2012b) aponta para toda uma série de equipamentos pensados e construídos no final do século XVIII e no século XIX encarregado de vigiar a população, dos quais o *panopticon*³ é a tecnologia que ganhou maior destaque devido seu aspecto de vigilância contínua (IBIDEM). A vigilância constituída do mundo em que vivemos é feita no nível “daquilo que eles [os indivíduos] estão sujeitos a fazer, daquilo que eles estão na eminência de fazer” (IBIDEM, p. 105).

O desenvolvimento desta sociedade é fundamental para ampliação do poder do Estado sobre a população ao final do século XIX. Agora se aplicará sobre ela uma “nova distribuição espacial e social da riqueza industrial e agrícola” (FOUCAULT apud REVEL, 2005, p.29). Essa distribuição terá como efeito o desenvolvimento dos poderes laterais, nos quais a polícia, a pedagogia, a psiquiatria e psicologia, entre outros saberes, terão a função de auxiliar a gestão e o governo das populações. Assim, Foucault (1999) identifica dois poderes distintos e absolutamente próximos na construção de uma nova sociedade ao longo do século XX. São eles o biopoder de controle dos corpos e a biopolítica de regulamentação das populações.

Ambos os poderes terão grande importância na constituição daquela que talvez seja a especificidade do mundo em que vivemos: a sociedade de normalização. Veremos esta transformação de sociedade disciplinar em sociedade de normalização, mediante a emergência desta nova especificidade do poder sobre a vida que é a biopolítica. Entretanto, apesar de próximos, estes poderes possuem qualidades diferentes: Enquanto o biopoder é “destinado a produzir forças, fazê-las crescer e a ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (FOUCAULT, 2015, p.146) no âmbito individual e disciplinar do corpo; a biopolítica é “uma maneira de transcrever em termos biológicos os discursos políticos” (FOUCAULT, 1999, p.307). Isto é, de pensar a vida e as relações de poder entre o médico, o louco, o criminoso e o judiciário, etc., criando assim uma política de regulamentação dos

³ Trata-se da forma arquitetônica de vigilância criada por J. Bentham, no século XIX, com o formato específico de anel, onde os corpos dos indivíduos postos em suas celas são transpassados pelo olhar do vigilante que se esconde por de trás de venezianas e cortinas. Foucault desenvolve esta questão nas últimas conferências de A Verdade e as Formas Jurídicas (2012a), e principalmente em Vigiar e Punir, mas este conceito também é mencionado no curso O Poder Psiquiátrico (2012b).

corpos e da vida, em que os “processos biológicos ou bio-sociológicos das massas humanas” sejam regulados através de “órgãos complexos de coordenação e centralização” (IBIDEM, p.298) das gerências em saúde, território, economia entre outras instâncias de poder sobre a vida.

As normalizações são feitas dabiopolítica de regulação sobre o corpo. Desta forma, o biopoder fica encarregado de corrigir o corpo e de aplicar sobre ele práticas de correção a fim de assegurar a normalização que, em muitas situações, passa pelo uso da medicação. Para que as regulamentações da biopolítica ocorram, é necessário aplicação do biopoder em sua função de disciplinar e fabricar corpos sujeitados, vincular o corpo às instituições disciplinares. É necessário um poder “individualizante unicamente no sentido que o indivíduo não é se não o corpo assujeitado” (FOUCAULT, 2012b, p.69).

Desta forma, entendemos como corpos assujeitados, aqueles que foram submetidos às instituições que notam seus os hábitos e os comportamentos não como singularidades, mas como patologias ou anomalias. São como uma espécie de resultado de uma subjetivação política, efeito do avanço das tecnologias de regulação da vida biológica⁴, em que a condição de vida já está pré-determinada pela função reguladora do poder. Busca-se, portanto, a regulação da família e da criança, impondo ideais quanto ao futuro, à economia, ao empreendedorismo e ao bem-estar, numa estratégia de “garantir a própria vida, mantê-la, desenvolvê-la” (FOUCAULT, 1999, p.147). Tal forma de regulação desperta a curiosidade para como seria o modo de um soberano, ou de um Estado, poder matar um grande número de pessoas maciçamente. Dito de outra maneira, como se dão os modos de poder de morte numa sociedade de normalização?

Observa-se que o biopoder tem como superfície de ação o corpo individual. A biopolítica, por sua vez, tem como superfície o corpo-espécie. Assim, não vemos somente a distribuição hierarquizados corpos, mas toda uma população, a massa global “afetada por processos de conjunto que são próprios da vida” (FOUCAULT, 1999, p.289) e que tem efetivamente seus modos de vida sujeitados pela emergência de uma ordem social e política.

⁴ Refiro-me aqui à indicação de Nascimento, Coimbra & Lobo (2012) ao esboçar crítica ao Projeto do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento, que visa acompanhar jovens de 0 a 18 anos, visando observar e intervir nas manifestações patológicas que viriam se manifestar na adolescência ou na vida adulta. Tecnologia disciplinar que intervém não no sofrimento, mas sim na virtualidade do comportamento – naquilo que ainda está para acontecer.

Atualmente o que vemos emergir é uma preocupação cotidiana com os processos cerebrais do desenvolvimento infantil, naquilo que é comum a toda vida, isto é, os processos cerebrais. Como entender, então, a medicalização e o abuso de medicamento psiquiátrico em corpos infantis afetados pela pobreza?

Evocar tais características políticas do nosso tempo salienta um novo tipo de preocupação reguladora; onde converge o higienismo das doenças, como também uma eugenia, que tem como função impedir o nascimento e a vida de seres humanos indesejados, ou se não, regulá-los. A infância está inserida sob estes discursos regulatórios, e está também investida sob um poder que a põe como um lugar de riscos à degenerescência, à loucura e ao crime, tornando-se necessariamente objeto das práticas de proteção e de prevenções biopolíticas. Isto se dá mediante a teoria que a sujeita à ideia de que “tudo” começa na infância.

Interessante notar que tal crença foi incutida na população através das cruzadas higienistas que se inspiravam na obra de Morel – Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana (1857). Elas tinham por finalidade intervir na infância logo bem cedo; antes que os males da masturbação, do vício, de uma vida sem regras se instalasse. Foi através de grande investimento de poder sobre a infância a partir do século XVIII, que se produziu o entendimento de que os riscos devem e podem ser evitados; pois consistem tanto num perigo para a família e a criança, quanto para a população. Foi feito deste modo, pois havia acoplado à tese sobre as degenerescências o “princípio da transmissibilidade”, a chamada “hereditariedade” (FOUCAULT, 1999, p.301). Não se tratava propriamente das ameaças às gerações seguintes, mas do andamento da construção das políticas e das nações idealizadas na época.

A cruzada antimasturbatória percorreu o século XVIII até o século XX, e é o exemplo de uma prática fundada sob a ameaça constante do risco à degenerescência⁵. Tais práticas eram produzidas numa interseção entre biopoder e biopolítica, entre intervir no corpo e regular a população:

Uma criança que se masturba demais será muito doente a vida toda: punição disciplinar no plano do corpo. Mas, ao mesmo tempo, uma sexualidade devassa, pervertida, etc., tem efeitos no plano da população, uma vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada (...) (FOUCAULT, 1999, p.301).

⁵ Vide o trabalho de Margaret Rago, intitulada Foucault, o onanismo e a criança (RESENDE et al, 2014, p.241)

Assim, segue o autor ao localizar o “núcleo da degenerescência”, como um representante da articulação do poder disciplinar e do regulamentador, do corpo e da população. Entendemos que este núcleo é o núcleo familiar, e que é a criança o centro deste núcleo. Desta maneira, não existe criança medicalizada sem família medicalizada. Ambas são alvos de práticas regulatórias e normalizantes.

Estas práticas ainda hoje seguem na tentativa de governar a infância, de controlar suas nuances, as variações mínimas do desenvolvimento infantil. Podemos dizer que ao se instituir uma norma para o desenvolvimento, e na medida em que esta norma é aprofundada, maiores são as possibilidades de desvios. Assim assiste-se à patologização, psiquiatrização e medicalização cada vez maior sobre as populações. Isto requer capilarização do poder de normalização, a fim de garantir o consenso da normalidade; e, por esta razão, assistimos a popularização dos diagnósticos DSM. Mas como isto pode explicar as relações da sociedade de normalização com os modos de matar e mortificar populações? Como isto explica as corridas pela prevenção?

Os transtornos mentais (*mental disorder*), entendidos aqui como os diagnósticos DSM, são tecnologias de controle e regulamentação muito populares em nosso tempo. Eles garantem de algum modo a segurança familiar frente à crise do desenvolvimento da criança. Ser diagnosticada com TDAH ou Dislexia garante à criança um direito, mesmo este ainda não sendo jurídico⁶, isso garante alguma argumentação ou explicação dos pais para os professores ou destes para a orientação pedagógica. Essa garantia é obtida mesmo ao custo de longos anos de uso de drogas psiquiátricas e do silenciamento das infâncias sobre o que se passa de singular em suas vidas. Tais diagnósticos contribuem para o vislumbre de uma prosperidade social econômica por parte desta população envolvida nesta pesquisa, sem, no entanto, lhe serem possíveis a garantia efetiva deste direito – em geral elas são expostas a mais precariedade.

Ajustar-se às exigências biopolíticas resulta na necessidade de empreender corridas semanais ou mensais por consultas e medicações, além de esperar por longas horas os médicos(as) chegarem, ficam num espaço que não lhe oferece nenhum tipo de atividade informativa ou mesmo água potável ou papel higiênico.

⁶ Existe um projeto do Senado Federal, o Projeto de Lei nº 7.081, de 2010, que “Dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade na educação básica”.

Temos, portanto, uma descontinuidade histórica em jogo aqui. Ela é lida e apresentada por Foucault de forma a colocar a sociedade de soberania como sendo a primeira, onde o rei pode mandar matar ou deixar viver. Posteriormente, emerge a sociedade disciplinar onde o biopoder sobre o corpo permite uma disposição dos corpos nos espaços, separando os anormais em instituições totais. Por conseguinte, a sociedade de normalização é a sociedade na qual há inclusão junto aos dispositivos de saúde, sem efetivamente oferecer à população uma saúde na qual eles mesmo se cuidem. Ao contrário, esta sociedade reitera constantemente a necessidade de se adaptar, e a inexistência da possibilidade de adquirir tecnologias para tornar essa adaptação possível. As sociedades de normalização operam pelo fazer viver e deixar morrer (p.294): “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1999, p.156).

Os alvos desta sociedade são as pessoas portadoras de transtornos mentais “leves”. Não há muito interesse nos loucos, em vista deles não entrarem efetivamente no mercado de trabalho – preocupação constante dos governos. Uns grandes alvos desta sociedade são, por exemplo, as pessoas com sofrimentos de caráter depressivo ou ansioso, que acometidos por este mal-estar, em meio a uma dura rotina de trabalho, ficam impossibilitados de trabalhar ou executar bem suas tarefas. Sobre eles são investidas forças medicamentosas a fim de regulá-los, para colocá-los de volta ao circuito da economia. A medicação assume um grande papel de controle na sociedade de normalização; e, do mesmo modo, permite que a vida siga, sem, no entanto, fazer-nos notar um sutil e mínimo aspecto mortificante.

Neste sentido, o DSM é uma das novas tecnologias de expansão do poder psiquiátrico. Como esta constatação pode nos servir em nossos objetivos de criar práticas desmedicalizantes? Cabe pensar agora quais são os efeitos deste poder de normalização, e quais estratégias são possíveis de serem traçadas.

Seguindo a crítica ao popular Manual, ressaltamos que a visão desenvolvimentista presente na classe dos Transtornos do neurodesenvolvimento infantil deixa passar pelas suas vestes as heranças do século XX, como o higienismo; mas isto levaria à emergência de um racismo biológico⁷? Cabe esclarecer que tal questão, é construída mediante a pergunta feita pela mãe de uma criança: “e

⁷No séc.XX, ao ser produzido um novo modo de matar que substitui o bélico pelo político, Foucault (1999) assinala a função do biológico e sua relação com o racismo. Para o autor (1999), esta é uma especificidade do racismo moderno – vide aula 17 março 1976 (IBDEM, p.309)

quando ele crescer e for um negão maior que eu?”. Num cenário medicalizante, atravessado pela biopolítica, a emergência de uma questão deste tipo faz-nos cogitar a relação dos diagnósticos DSM com o racismo biológico. Neste sentido, cabe fazer o estudo dos modos de deixar morrer na sociedade de normalização; na qual o uso indevido de medicações e diagnósticos revela um novo tipo de mortificação da população jovem e negra do Brasil.

É preciso compreender e assinalar que a preocupação cotidiana como cérebro é alvo das investidas da biopolítica de regulação, assim como, ocorre com a preocupação com os comportamentos indesejados das crianças. As políticas públicas que investem no diagnóstico TDAH são dignas de serem notadas e problematizadas, retomando o conceito de racismo biológico, desenvolvido por Foucault (1999) em seus estudos sobre a biopolítica.

Assim como foi a sexualidade, o cérebro é alvo de intervenções higienista e eugenista; sendo apontado como um aspecto comum às crianças afetadas pelos riscos dos déficits e dos desequilíbrios químicos. Sendo assim, o cérebro é tornado sujeito da articulação do biopoder de intervir no corpo individual e também de uma regulação biopolítica que se preocupa com os processos globais da população, e principalmente com os processos universais do desenvolvimento infantil.

Desta forma, é pelo poder de matar e de expor os jovens à morte, que o racismo assume a função e “a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 1999, p.306). Ao se produzir uma identidade para os desviantes da norma, faz-se deles um “perigo biológico”, um perigo de desestabilização da homeostase criada pela regulação, um perigo da ordem, uma *disorder*. Criamos demandas de tratamento, prevenção, regulação e desenvolvemos práticas que reforçam tais identidades patologizáveis, a fim fortalecer a centralidade dos medicamentos no tratamento de *mental disorder*.

Sendo assim, o poder de matar e de expor à morte, não é “simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 1999, p.306). Tais modos de governo atravessam as práticas de saúde mental e diversas outras práticas nas quais o Estado Brasileiro deve assegurar os direitos à vida.

Assim entendemos como morte e mortificação, todos aqueles modos de conter, privar e regular com violência física, psicológica, química e/ou institucional.

No que tange ao caso de crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem ou de comportamento, é somado a isso, muitas vezes, o não acesso a políticas que permitam que a saúde prolifere; isto é, que permitam um cuidado e uma singularização da vida. É de se notar constantemente, que muitas dessas infâncias, têm acesso primeiramente à medicação; mais do que propriamente a terapias ou outras práticas de saúde mental. Assim, a medicação é posta como agente da mortificação.

Neste ponto de análise da sociedade de normalização, os diagnósticos DSM são formas possíveis de operar uma política que transporta para o científico um discurso racista de guerra aos modos indesejados de vida; ou, como propõe Foucault (1999), que atravessam o campo da ordem, do poder-saber e das práticas de saúde.

Uma maneira de transcrever em termos biológicos o discurso político, não simplesmente uma vestimenta científica, mas realmente, uma maneira de pensar as relações da colonização, a necessidade das guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental (...) (IBIDEM, p.307).

Sendo assim, é o racismo que permite estabelecer um paradigma de poder que separa uma vida de outras vidas indesejadas; e assim opera de forma a conceber esta última como uma ameaça de risco à segurança daqueles aos quais o poder se encarrega de fazer viver; em oposição àqueles que o governo quer deixar morrer. A morte desses outros, ou a mortificação de uma população, tem a finalidade última de assegurar e garantir um modo de vida neoliberal.

Os apelos recorrentes aos enunciados sobre o cérebro a fim de legitimar e garantir eficácia dos medicamentos são eminentemente necessários para normalizar a população em suas necessidades. Não deixemos de notar que esse apelo ao cérebro cresceu e antecedeu as ondas de ordens fascistas e conservadorismo político no Brasil; em curso desde o princípio dos anos 2010, eles possibilitaram a passagem subterrânea de discursos e práticas de ódio, além de uma sutil operacionalidade do racismo biológico que faz do discurso de Laerte Bessa uma alegoria sombria dos nossos tempos.

Coincidindo com isso, há uma superfície real em discussão na sociedade brasileira que é o genocídio da população negra brasileira⁸. As forças de

⁸Para aprofundar esta questão, recomendo o trabalho de Waseinfliz (2015) Mapa da violência: Mortes matadas por Arma de Fogo. Secretaria-Geral da Presidência da República.

mortificação atravessam projetos de prevenção onde mais se busca normalizar; constituindo um lugar para saúde mental como um lugar de normalização; como também atravessa políticas de Estado e políticas de segurança que garantem a manutenção da situação de pobreza e guerra com aqueles que moram nas favelas. Temos assim um avançado projeto genocida de sociedade brasileira em que os jovens brasileiros que utilizam tanto destas tecnologias bélicas, como fazem uso de medicamentos, são atravessados por inúmeras formas de mortificação.

Sabemos que a transformação da vida dos negros e pobres em risco para as vidas burguesas, a venda de “proteção” não está descolada da segurança que garante a distância ou eliminação da raça deste outro (NASCIMENTO, 2016). Afirmamos que, em muitas ocasiões, tal proteção passa pelo poder psiquiátrico e pela psiquiatria contemporânea (DSM). Especialmente na análise que empreendemos aqui, isto fica evidente: o racismo moderno está ligado à tecnologia de regulamentação, aos diagnósticos DSM, moínhos da “purificação das raças”, dos defeitos de nascença, das deficiências, dos déficits... É desta forma que denunciemos o mau uso do Manual Estatístico dos Transtornos Mentais: como temos resistido a ele?

Neste cenário, emergem as cotidianas discursividades DSM, espécie de plasma gráfico invisível que circunda o campo das enunciações, poder de características capilares produtoras de identidades *mental disorder* que circulam entre os médicos e mães de crianças e adolescentes; entre os professores e funcionários das instituições para infância e adolescência. Apontamos para estas discursividades como facilitadoras da intensificação dos processos de medicalização e mortificação no Brasil. Por esta razão a família, a escola, o judiciário, a saúde mental entre outras instituições molares, vêm naturalizando os discursos do DSM sobre normalidade: “os corpos, os gestos, os comportamentos, os discursos são pouco a pouco investidos por um tecido de escrita, um plasma gráfico, que os registra, os codifica, os esquematiza” (FOUCAULT, 2012b, p. 61)

Sendo assim, se constrói um cenário de *order* que coloca o DSM como uma tecnologia de controle e regulamentação da *disorder* dos vivos: *disorder* significa, portanto, que algo está fora dos parâmetros político-sociais exigidos na sociedade atual. Mas que parâmetros são estes? Será possível apontá-los?

1.5 Produção de tecnologias regulamentadoras

Coloco agora, algumas problematizações ao modo como são construídos estes diagnósticos DSM. O Manual emerge como um projeto de uma psicopatologia global que supõe uma ordem dos corpos e uma ordem das formas de adoecimento e, assim, cria normas para gerir, controlar e regulamentar a vida dos homens na sociedade. É interessante notar que o DSM traz um novo conceito de doença mental (*mental disorder*); seu título faz supor que há uma *order* para a vida dos sujeitos. Seja esta ordem neuroquímica ou comportamental, o Manual nunca se encarregou de estabelecê-la. No entanto, sustentando-se na neurociência e em outros saberes, o projeto de uma psicopatologia científica de caráter ateórico⁹ avança e já alcançou sua quinta versão (DSM-V).

O interesse inicial que disparou a série conhecida hoje por Manual Estatístico dos Transtornos Mentais foi impulsionado pela iniciativa da Associação de Psiquiatria Americana (APA) em desenvolver uma classificação estatística objetiva, em oposição a toda tendência subjetiva da psicopatologia de origem europeia, que possuía influências de Jaspers, Krapelin e até mesmo Freud.

Em 1840 ocorreu a primeira tentativa quando, a partir de categorias diagnósticas básicas – como mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo, etc. –; a APA, juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental, produziu o chamado “Manual estatístico para uso de instituições de insanos”. A publicação possuía o compromisso de estabelecer consenso terminológico entre clínicos, com o total de 22 diagnósticos, sem estabelecer clara separação entre o normal e o patológico. Posteriormente foi relançado em 1918, com o nome de DSM-I (DUNKER, 2014, p.81).

Em 1952, é publicado o DSM-II. Comparativamente próximo ao formato atual, possuindo 180 categorias diagnosticadas, foi produzido através de “sistemas de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos”, e também a partir do referido Manual Estatístico para uso de instituições de insanos, desenvolvido junto ao Exército dos Estados Unidos. A segunda publicação da série teve a função acolher e realizar a “seleção e acompanhamento de recrutas, bem como as

⁹ A pesquisa que fundamenta o DSM é “ateórica”, visto ter abandonado os modos de racionalidade produzidos antes no campo *psi*. Isto se dá pela forma de recolhimento quantitativo e qualitativo dos sinais dos sintomas (OLIVIER-MARTIN, 1989, p.74). O que fica valendo são somente argumentos biólogos e geneticistas, não há uma dimensão subjetiva no sofrimento psíquico, o que dispensa uma análise existencial da situação.

vicissitudes surgidas no contexto da guerra”, para assim uniformizar os critérios diagnósticos já existentes nos Estados Unidos (IBIDEM, p.84).

Assim, a APA avança em direção ao envolvimento com a Classificação Internacional de Doenças – o então CID-8 –, onde pode contribuir para a publicação de uma sessão específica sobre transtornos mentais. Surge aí o compromisso da APA com a psicanálise, e uma seletividade no uso dos conceitos oriundos das teses psicanalíticas; optando-se por manter a oposição entre neurose e psicose; entre ansiedade e depressão e entre alucinação e delírios; sendo, sobretudo, os quadros de perda da realidade, e os quadros de sofrimento com contato com a realidade, os principais critérios que matizavam a oposição entre normalidade e anormalidade. Mesmo assim, a publicação não consegue, substancialmente, fazer estes critérios serem claros. O compromisso com a psicanálise possuiu a função de servir como uma espécie de estratégia para manter o consenso entre os clínicos, mais do que propriamente estruturar uma psicopatologia (IBIDEM, p.85).

Posteriormente essa estratégia seria abandonada frente aos conflitos que a teoria psicanalítica causava ante ao mundo. Visto que a APA estava a fazer vínculos mais proeminentes com a Organização Mundial da Saúde e o CID, a teoria de origem psicanalítica não oferecia fidedignidade científica. Isto faria com que o DSM recorresse a uma abordagem mais científica, de caráter totalmente médico, fundada especificamente por “base biomédica” (DUNKER, 2014, p.86). Tal iniciativa tem por efeito o abandono gradual da tradição existente na psicopatologia, de dialogar com teses que caracterizam o sofrimento e a patologia mental através de fundamentações filosóficas. O discurso sobre o mal-estar humano é suprimido frente às exigências políticas, e o compromisso com a globalização de uma psicopatologia de vertente psiquiátrica predominantemente biologista.

Ao objetivar pôr fim às confusões entre as racionalidades psiquiátricas existentes, o DSM-II emerge como possibilidade de uma psiquiatria e uma psicopatologia globalizada, capaz de ser “científica” e oferecer consenso. Assim, por emergir logo após a II Guerra Mundial, é que afirmamos que o DSM alia-se a uma política de governo da vida que pretende maximizá-la, categorizando-a.

Observa-se que as pesquisas que fundamentam o DSM, se enquadram numa “iniciativa (...) que se poderia chamar de intenção objetiva” (SAMUEL-LAJEUNESSE, 1989, p.70). Isto evidencia a intenção de transformar o DSM numa linguagem universal da psiquiatria – científica e “verdadeira”; com objetivo de precisão e

invariabilidade do diagnóstico. Essa tendência objetiva nas pesquisas que dão suporte empírico ao DSM é decorrente dos avanços da psicométrica. Através do uso de aparelhos de registro de dados, questionários e escalas de apreciação, seria possível chegar a uma “coleta global de toda a sintomatologia” (IBIDEM, p.71). Tais tendências objetivas resultaram num manual diagnóstico “científico” que ratifica sua validade nos sinais dos sofrimentos coletados e quantificados “estatisticamente”. Contudo, tais diagnósticos são produzidos através de instrumentos capazes de coletar somente “sinais somáticos”; sendo incapazes de “formular e de quantificar, os sintomas puramente psíquicos” (SAMUEL-LAJEUNESSE, 1989, p.72). Por efeito, o sofrimento é submetido à modelação das funções comportamentais, cognitivistas e biólogos do homem.

Como consequência, o DSM-III é lançado entre 1973 e 1974; e celebra o casamento de uma psiquiatria normativa e uma psicanálise retrógrada (DUNKER, 2014, p.89). Alcançando maior repercussão global, tal publicação inaugura a necessidade da APA de romper efetivamente com uma psicopatologia psicanalítica. Opta-se por suprimir o termo neurose, colocando-o entre parêntese em alguns casos de incapacidade, guardando a ele um simples caráter terminológico e nenhum caráter clínico (IBIDEM, p.91). Entende-se que nesta publicação de 1974, este modo de conceber as categorias não oferecia ainda total fidedignidade científica, tornando vaga uma classificação que tinha por objetivo uma base de “categorização em linguagem coloquial em inglês descritivo” (p.91). Assim, rapidamente ela é difundida e inserida no uso internacional com intuito regulador e legislativo.

O DSM-III inaugura um sistema classificatório atóxico e operacional, que vem desde então atualizando práticas psiquiátricas conforme as diretrizes objetivas e estatísticas. Tanto as pesquisas em psicopatologia, quando as práticas dos serviços de saúde, adotam ou sofrem influência direta ou indireta dessa iniciativa americana. Do mesmo modo, as práticas de asilamentos e alienações também se regulamentam segundo as vestes contemporâneas da psiquiatria normativa americana, assim como se expandem na psiquiatrização da vida.

A divulgação e o arrefecimento do caráter atóxico, inaugurou, no nível da globalização, uma associação entre homossexualidade-perversão e histeria-feminilidade, juventude-risco; colando o DSM junto a iniciativas institucionais e de Estado que contribuíam para operacionalizar a repressão, o controle e a regulamentação política e social. Assim, a psiquiatria contribuía para neutralização

das resistências nos campos das lutas por direitos. Neste sentido, há toda a supressão da teoria que sustenta a etiopatogenia da doença: suprime-se a teoria de Meyer e sua concepção do indivíduo biopsicossocial (OLIVIER-MARTIN, 1989, p.74). Tal fato – o de não levar em conta em suas pesquisas a etiopatogenia – é efeito das pesquisas objetivas; neste caso, qualquer contingência é posta de fora, os resultados devem ser matematicamente exatos.

Em sua relação política e social, é de se notar o caso em que a *moviment civil rights* e diversos grupos ativistas foram às ruas para protestar contra as categorizações preconceituosas. Assim, o Manual mostrou sua força de modulação ao remanejar as questões reivindicadas e as recolocar no campo novamente com outra roupagem. Um exemplo disso é a nomeação da homossexualidade como perversão, para um quadro onde ela é denominada homossexualidade egosintônica (DUNKER, 2013, p.33)

Em meados dos anos de 1970, surgem diversas críticas contundentes ao DSM-III, na qual o experimento de David Rosenhan, em 1973, é o mais impressionante e alegórico deste período. A crítica de Rosenhan consistiu em fazer com que diversos pesquisadores simulassem estar ouvindo vozes, ou simulassem algum sintoma semelhante a alucinações e assim visitarem hospitais psiquiátricos. Após um curto período de dois meses, nenhum hospital detectou a fraude. Os psiquiatras, indignados, desafiaram Rosenhan a enviar novos falsos pacientes. Segundo Dunker (2014), “de 193 pacientes, 41 foram dados por impostores e 42 foram qualificados como suspeitos, apesar de Rosenhan não ter enviado nenhum falso paciente” (p. 92).

Deste modo, após 1973, novas críticas chegavam, não só ao DSM e a APA, como também a todas as psiquiatrias. A exigência da despatologização da homossexualidade; a tese da História da Loucura de Michel Foucault, o início dos movimentos antimanicomiais e antipsiquiátricos; estes e outros movimentos, surgiram de forma a ver no DSM certa importância em sua iniciativa de unificar as linguagens psiquiátricas, pondo fim a outras vertentes alienistas. Inaugura-se assim uma nova esperança, e surge o interesse internacional neste recorte entre “os problemas da vida e a verdadeira doença mental” (DUNKER, 2014, p.92).

Entre os anos 70 e 90, muito se produziu em termos de lutas e resistências às tradições normativas da psiquiatria, mas também, muito se avançou em direção às armadilhas da regulamentação científica e biologista inaugurada nos EUA. Em meio

às desinstitucionalizações dos pacientes psiquiátricos asilados, e à criação de novos estabelecimentos de tratamento; ocorreu o fortalecimento e a expansão desta psicopatologia global que é o DSM. Coincidido com isso, muito se investiu na produção de medicamentos, exames médicos e em psicométrica. Desta forma, as redefinições nominalistas produzidas pela série DSM, passaram a ocupar o lugar de novas pesquisas em psiquiatria e psicopatologia; e o objeto destas ciências passou a ser o “efeito das medicações”; muito mais do que a pessoa e, sobretudo a criança.

A medicação e o cérebro são o novo fetiche da desta medicina, *egadgetdo* capitalismo. A partir dos anos 80 assistimos a supervalorização dos diagnósticos e dos exames, e a produção de exames super tecnológicos de imagiologia cerebral, por exemplo. Assim, é através da popularização dos conceitos, que as práticas psiquiátricas de medicação ganham mais poder científico, e, do mesmo modo, invadem a vida cotidianamente, fazendo principalmente as crianças reféns desta norma.

Em todo caso, é o transtorno mental que codifica o sujeito ao sofrimento e as práticas de vigilância sobre ele. O conceito de déficit revela a produção de indivíduos sujeitos às substâncias neuronais, sujeitos a desequilíbrios e insuficiências. No caso das crianças, a regulação imposta é a completa codificação dos processos de desenvolvimento, e a anulação das possibilidades de adaptação e superação; própria da vida infantil. Elas são submetidas frequentemente a todo tipo de tratamento medicamentoso; e, principalmente, localizando um lugar para a medicação como sendo o ponto central da saúde mental delas.

A noção de transtorno mental é uma tentativa de abandonar uma linguagem nosográfica em busca de uma linguagem descritiva e atórica; linguagem esta que facilitaria a expansão do poder sobre as crianças. Mesmo os familiares que pudessem se ofender com as antigas categorias de “retardo mental leve”, ou “disfunção cerebral mínima”, encontram na classe dos transtornos mentais (*mental disorder*) um outro tipo de ordem, pois os transtornos não são tidos como doenças mentais, e sim, como disfunções. Isto alivia o peso que há nos antigos diagnósticos; tornando mais aceitável e comum o fato do indivíduo ter disfunções; permitindo que mais pessoas sejam diagnosticadas. Do mesmo modo, esta noção se afasta da dimensão do sofrimento que resiste a nomeação e a representação, sendo este significado com uma linguagem psiquiátrica que não lhe basta, que oprime.

Esta organização do campo da psicopatologia inaugura o avanço de uma frente de poder que é a regulação e normalização pela medicação; no qual mais corpos são postos fora da norma, para então serem enunciados como corpos deficitários ou disfuncionais, e que podem encontrar no uso das medicações uma ordem, uma proteção, e uma prevenção aos riscos futuros. Assim sendo, na sociedade de normalização, a vida está refém da norma; não lhe sendo permitido fazer uma subversão por si. Ela está, sobretudo, mais do que condicionada aos transtornos mentais, ela está condicionada aos déficits. Subentende-se assim, que o indivíduo deve ser constantemente posto em regulação: quando ele já não está regulado de forma a ser um excluído (como é o caso do louco), uma preocupação surge silenciosamente. Esta nova preocupação é com aqueles indivíduos que estão na fronteira com a norma, como é o caso da preocupação com as comorbidades depressão+ansiedade, TDAH+TOD e o Transtorno de personalidade *Borderline*. Neste sentido, é a medicação que irá operar como tecnologia que insere e exclui pessoas dos processos de regulamentação e normalização.

Um sistema de normalização como este, só pode se sustentar através de uma construção subjetiva que controle os indivíduos supostamente livres; só pode se sustentar através do controle da liberdade e restrição dos espaços. Mais do que reprimir e confinar indivíduos, ela age pela antecipação aos estados de ser – a regulação antecede até mesmo o nascimento dos indivíduos; quando alguém nasce, já nasce sob as regulações da norma.

Sendo assim, não é mais o psiquiatra operador da norma. Após a queda da hegemonia dos dispositivos asilares, são os próprios indivíduos que procuram a norma para se localizar frente à vida. A sociedade de normalização é a vida regulando a si mesmo a partir das enunciações psiquiátricas; e neste mesmo sentido; é a medicação que opera como uma dobradiça, permitindo ou restringindo, fazendo viver ou deixando morrer.

Em contraposição a estes apontamentos, há quem diga que os movimentos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, só foram possíveis graças a esta função-medicação, e a todo investimento em tecnologias medicamentosas. Este tipo de ideia se funda sobre a importância das táticas de prevenção aos transtornos mentais, inaugurando uma iniciativa de tratamento que previne o sujeito do encontro com o mal-estar através de uma medicação. Clinicamente, esta estratégia não obtém o êxito. Vejamos.

Em oposição a isto, Dunker (2014) entende que parte deste cenário normalizante só foi possível graças ao sequestro da neurose. Se entendermos isto menos como uma subtração terminológica e mais como atitude clínica, observamos que:

O real prejuízo que temos com o sequestro da noção de neurose para o tratamento de nossos pacientes não é que agora eles não querem mais saber da arqueologia infantil nem das conexões sexuais e esquecidas na gênese histórica de seus sintomas, mas que eles se vejam sancionados por um dispositivo diagnóstico com força de lei e poder disciplinar, na desconexão entre seus próprios sintomas (DUNKER, 2014, p.95)

Assim, o risco das estratégias de prevenção consiste em operar uma desconexão com o real da vida. Seja esta regulação feita pela norma imposta pelos diagnósticos DSM, seja ela feita por outros enunciados contemporâneos da psiquiatria ou da neurologia, o que experimentamos é que quanto mais diagnósticos temos para prevenir o encontro com o mal-estar, mais mal-estar estamos causando. A sociedade da norma tem efeitos clínicos, políticos, sociais e, sobretudo, efeitos de mal-estar. A padronização do humano segundo uma regulamentação do que é o homem normal, tem origem nestas produções da psiquiatria norte americana, mas não só. Há também outros enunciados que devem ser rastreados e analisados.

Observa-se que vinte anos separam o DSM-III (1973/74) do DSM-IV (1994). Neste mesmo período, foi possível estabelecer o fortalecimento da iniciativa de um diagnóstico que é tanto dispositivo de saúde, como também gestão do social. Os diagnósticos DSM, que buscam excluir a noção de sofrimento em benefício de uma regulação normativa; fundam-se sobre o caráter classificatório, empírico, descritivo e terminológico do Manual; que dispensa qualquer referência ontológica sobre o humano, sobre a doença, e dispensa também a narrativa do sofrimento por parte do paciente – a única exigência passou a ser a concordância com as descrições do manual.

Assim como no manicômio, em que a história do paciente é apagada, tanto do corpo individual quanto dos prontuários que contém somente o histórico do internado; esta mesma dificuldade é encontrada com diagnósticos DSM e as práticas que se fundam primordialmente através das teorias biológicas e genéticas. A dificuldade encontrada, consiste no caráter comparativo dos sinais, dos sintomas enunciados pelo paciente, e a comparação destes com as classificações registradas no Manual. O modo como o Manual é organizado, dispensa um saber por parte

daqueles que sofrem. Todas as suas enunciações são conduzidas para as normas da forma como se sofre, isto é, para o reconhecimento do sinal dos sintomas.

Preocupado com as críticas que havia recebido; a saber, que as definições não possuíam nenhuma relação com a vida cotidiana; a APA produziu o DSM-IV listando 297 desordens. Nesta edição, começou a inserir problemas cotidianos, como os distúrbios da aprendizagem, e fatores psicossociais que contribuem ou são efeito das desordens; como é o caso das dificuldades de aprendizagem. Este interesse do DSM em sofrimentos “sociais” torna-se cada vez mais preocupante; à medida em que já se estava observando que o DSM tem por finalidade a manutenção de instituições disciplinares, tal preocupação deve ser salientada.

O investimento numa regulação da vida pela norma; a abdicação do tratamento pela palavra; o uso do diagnóstico de comorbidade no lugar do diagnóstico diferencial; o apelo ao fisiologismo; e à abordagem neurológica dos transtornos mentais; são fatores que permitem a universalização de processos patológicos. São fatores que produzem subjetividades patologizáveis, além de ensejar teorizações naturalistas como a psicologia do desenvolvimento e as abordagens geneticistas das causas dos transtornos mentais.

A norma será agora a “unidade desambiguadora” (DUNKER, 2014, p.98), que permitirá diversas modulações do campo da medicalização, psiquiatrização e patologização da vida no contemporâneo. Entre a história do sujeito e a história do sintoma, qual história ganha passagem numa vida regulada constantemente pelos diagnósticos DSM?

É certo de se notar que o caráter atóxico do DSM se faz pelo rompimento com tradições do campo psiquiátrico e das pesquisas em psicopatologia. De todo modo, é observável uma abordagem metodológica que fundamenta o DSM, em que podemos inserir a neurologia, a genética, a psicologia do comportamento e cognitivas.

O DSM-V lançado em 2015 é precedido por diversas críticas. Allen Frances, por exemplo, que fez parte da força tarefa de revisão do DSM-IV, foi um dos que mais mostrou os recentes perigosos desta publicação. Ele aponta para os novos diagnósticos que visam prevenir para evitar a cronificação dos transtornos mentais; é o caso das síndromes de risco de psicose (*psychosis Risky Syndrome*), categoria localizada no espectro de esquizofrenia (Schizophrenia Spectrum). Para ele, trata-se de “fixar rótulo enganoso e estigmatizante” (FRANCES, apud, CAPONI, 2014, p.751)

em pessoas que tem poucas chances de se tornar psicótico. Tal diagnóstico causaria “uma alarmante taxa de falsos positivos de 70 a 75% de adolescentes e jovens a receber, sem necessidade, a prescrição de antipsicóticos atípicos que causa efeitos colaterais sérios como aumento de peso, impotência sexual e redução da expectativa de vida (CAPONI, 2014, p.754).

Leon Einseberg, que também foi um dos envolvidos na força tarefa do DSM-IV, e um dos chefes da comissão que ‘descobriu’ o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); em 2012, antes do seu falecimento, declarou que trata-se de uma “doença fictícia e está hiperdiagnosticada” (DUKNER, 2014, p.103). Sua crítica enuncia a intenção de fabricar não só doenças como fabricar uma geração de corpos dóceis e hipermedicalizados desde a infância.

As críticas feitas pelos próprios envolvidos no compromisso da APA com o DSM, revela o fracasso visível desta tradição de manuais estatísticos. Não sabemos até quando a série prosseguirá. De todo modo, é de se notar que – seja como for o futuro da série – foram os diagnósticos DSM, um dos principais fatores para a instalação de uma sociedade de normalização; e no seu aspecto prático cotidiano; mostraram-se como grandes facilitadores da regulamentação e medicalização da vida.

Sendo assim, não avançaremos para as considerações que nos colocariam num profundo debate sobre a proposta de Dunker (2014) sobre uma “reintrodução criteriosa de noções como mal-estar e sofrimento”, ou “o diálogo científico com outras matizes políticas e epistemológicas” (p.103). Para encerrar esta seção, apontemos para o efeito deste entendimento do sofrimento, categorizando como sendo um transtorno mental. Tal efeito introduz os riscos de uma fronteira com a norma; a possibilidade de uma vida fora da norma é algo preocupante. Um risco desta esfera causaria a intenção e busca por serviços de saúde mental, diagnósticos e medicações a fim de obter prevenção e proteção ao mal-estar.

Desta forma pais, professores, adultos e alguns adolescentes que já reconheçam sinais de um estranho sofrimento em si, vão passar a buscar reconhecê-los e nomear tais sinais de acordo com a discursividade DSM. Devido ao caráter descritivo, estes sinais dão indício da necessidade de tratamentos medicamentosos. Assim, aquilo que poderia ser apenas estado passageiro, é interpretado como risco ao transtorno mental.

Mais do que induzir uma prática, o caráter descritivo do Manual é um dos principais fatores para contribuir com a regulamentação. Diante da ameaça ao risco e a eminência de um transtorno mental; o medo, a fragilidade e a obediência às diretrizes psiquiátricas tornam-se um novo modo de governo da vida. A regulação dos modos de saúde e doença, não serve mais simplesmente como um comércio, bem lucrativo, aliás; mas, sobretudo, como uma forma de governo (bem eficiente).

O que vem ganhando o campo, na discussão em saúde mental, é primazia do diagnóstico+medicamento; que não vem sozinho, mas sim acompanhado (eventualmente) de práticas de correção-punição. Tal mudança paradigmática no campo da psicopatologia, naturalizou uso de medicamentos cada vez mais cedo em crianças e adolescentes. Quando antes achávamos que a medicina “descobria” os transtornos mentais, para então solicitar a produção de medicações às indústrias farmacêuticas; o que experimentamos hoje é o contrário. Como evidenciado por Dunker (2014), as indústrias farmacêuticas dão incentivo financeiro aos pesquisadores (p.103), assim como convencem médicos a prescreverem as receitas formuladas pelo mesmo laboratório. Exemplo disso: o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) informou que, em 2010, um a cada dez médicos, havia viajado no ano anterior para congressos com as despesas pagas por laboratórios farmacêuticos (AMARAL, 2015). Tais evidências apontam para um momento da psiquiatria contemporânea, em que a medicação é o grande centro das intenções políticas institucionais; prescindindo inclusive da própria centralidade do saber médico.

O aumento do número de transtornos é algo que assombra e dá devida importância ao problema da centralidade dos medicamentos. A progressão é assustadora: no DSM-I, de 1918, notamos 106 categorias diagnósticas; no DSM-II, de 1952, 192 categorias; no DSM-III, de 1974, 265 categorias; no DSM-IV, de 1994, 297 categorias; e por último, no DSM-V, de 2013, mais de 300 categorias diagnósticas. Segundo Dunker (2014), o aumento gradativo do número de diagnósticos em cada edição mostra mais como tais produções científicas são “redefinições nominalistas”, mais do que propriamente descoberta de novos transtornos mentais.

Num contexto de regulação global das massas, o que não é assimilável à discursividade do DSM, pode ser sim incorporado às práticas de normalização: se dentre as inúmeras categorias diagnósticas o sujeito não se enquadra, há sempre

outra categoria matematicamente relativa que são os “transtornos não especificados”(DSM-V, 2015). Nesta inespecificidade é que se abre precedente para um juízo moral sobre os comportamentos desviantes, assim como aos modos de vida anômalos à sociedade atual.

Elegemos agora algumas características do DSM que disparam linhas de capturas da subjetividade e as tornam patologizáveis, e, por conseguinte; as colocam em face com a normalização política.

Das tantas modulações e revisões que permitem ao DSM passar de uma versão a outra (DSM-IV, para DSM-IV-RV), sempre aumentando o número de categorias diagnósticas; parece que tal movimento mostra uma tendência de se antecipar às possíveis desestabilizações sociais; mantendo assim uma ordem de regulação ativa no mundo. Quanto maior o número de pessoas subjetivadas pela noção de *mental disorder*, maior a capacidade de se guiar os movimentos de liberdade, bem como anular os movimentos de insurgência.

Quanto a estas redefinições, e a produção de novas enunciações; isto é, a ampliação da malha de discursividades DSM, perguntamos: que condições de normalidade e patologia criamos a partir disto?

É fundamentalmente através de linguagem especializada da psiquiatria que não apenas nomeamos nossos padecimentos emocionais, mas, sobretudo, concebemos. Decididamente, não entramos mais “na fossa”, não atravessamos “crises existenciais”, nem sofremos subjetivamente “da opressão capitalista” (PEREIRA, 2013, p.40).

O fator questão de atualidade fica a cargo do DSM-V, que chegou a ser traduzido para 18 línguas, e poder ser acessado através de aplicativos de celulares e *tablets* por qualquer pessoa; não sendo necessário registro médico ou profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2013).

1.6 Governo pelo normal

Colocamos, portanto, o DSM como uma tecnologia tal, que liga a psiquiatria contemporânea ao governo dos vivos: ao produzir enunciados e diagnósticos DSM, o mesmo se torna um importante agente da medicalização, isto é, na facilitação para que todo e qualquer sofrimento seja enquadrado em suas normas.

Assim, vemos emergir a mortificação de crianças e adolescentes através da tríade diagnóstico-tratamento-medicação, o que nos faz retomar mais uma vez o “deixar morrer” deste plano biopolítico constituída nossa atualidade. Entendemos

que o DSM não é propriamente, ou essencialmente, o vetor de medicalização e mortificação – existem outros. Contudo, estes vetores atravessam, e muitas vezes constituem condições para práticas cotidianas de captura; e para tal, a malha diagnóstica criada pelo DSM, é uma importante ferramenta desse projeto de sociedade de normalização. A modalidade científica hegemônica, o caráter biologista associado aos enunciados sobre o cérebro, tudo isto leva-nos a entender o DSM como uma tecnologia de regulamentação da vida através do biopoder/biopolítica.

No Brasil, especificamente, sabemos que é ao custo da vida de jovens assassinados; ao custo de crianças medicalizadas; que a prevenção ganha um destaque neste projeto de sociedade, onde o fazer do vigilante está na ação de “controle” e prevenção “daquilo que eles [os sujeitos] estão na eminência de fazer” (FOUCAULT, 2012a, p. 105); determinam-se assim os espaços e condições de vida do povo; assim como a forma de viver e como viver. Se há efetivamente um governo pela normalidade no Brasil, ele passa pelos diagnósticos DSM; e neste sentido, passa também o medo pelo futuro dos filhos e pelo desejo por segurança.

Rauter(2014) apontara que estes dois afetos – medo e esperança – são modalidades de governo em tempos de biopolítica. A autora apóia-se nos fundamentos de Espinosa, de que ambos “se alternam como afetos mobilizados pelos governos (...) para exercer sua dominação sobre o povo” (2014, p.7). O medo é assim um afeto triste, que corresponde aos mecanismos de poder que agem no sentido de produzir tanto indivíduos dóceis e úteis ao capitalismo, como também “indivíduos medrosos” e “desejosos por segurança” (IBIDEM, p.4). A esperança, faz os indivíduos esperarem por algo de bom que está por vir – a possibilidade de consumir uma mercadoria; um futuro que garanta maior segurança; uma vida sem criminalidade; ou mesmo uma garantia de um futuro a uma criança diagnosticada com transtorno mental. O medo, adia a possibilidade de criação de um jeito outro, de lidar com os problemas de maneira mais autônoma.

Contudo, a cristalização desse controle empreendido sobre as crianças e adolescentes: impostas a eles através do medo e esperança dos adultos; pode se transformar em “perda da capacidade de se revoltar”, perda da autonomia, obediência subserviente... para não falar de outros afetos tristes que regulam a condição de vida de parte da população (RAUTER, 2014, p.12). Tal

constatação, revela o modo como temos nos relacionado com as crianças e os adolescentes; fazendo daquelas desejáveis, a garantia do futuro do mundo, e daqueles indesejados o decalque da ruína e do atraso do progresso. O governo pelo medo e pela esperança, coloca constantemente esta última população no lugar de vulnerabilidade, e na necessidade de uma regulação na qual suas vozes sejam silenciadas e sufocadas por esse frenesi do desejo por segurança, prevenção e garantia imediata. Desta forma, convocamos tecnologias de governo que são opressoras, nas quais a polícia e a medicina são as grandes esperanças para a classe desejosa de segurança. Agindo assim, acredita-se que se está garantindo um futuro para eles – mas qual o futuro deles? Ao contrário disto; constatamos que esse modo de governo da infância e adolescência; estamos reduzindo o seu percentual de força capaz de transformar, de eles mesmos produzirem desvios nesta sociedade de normalização.

O problema da demanda para o “médico de cabeça” ocorre devido às expectativas que se tem em relação ao medicamento como forma de proteger e assegurar um futuro; a medicação, neste caso, assume um caráter de tecnologia de segurança que oferece apaziguamento da preocupação que se tem em relação ao futuro destas crianças e adolescentes; e, do mesmo modo, garante algum futuro desejável para os mesmos.

A aposta de que a medicação e o tratamento obtido na neurologia sejam como garantia de vida futura para estas crianças; ignora os reais conflitos existentes para esta população; a saber, de que na maior parte das vezes lidamos autoritariamente com as crianças pobres, desconsiderando suas expressões e os conflitos que instituem seus modos de vida. Assim, um desvio, uma expressão possível é a revolta, a agressividade, e a adesão à violência, como forma de violar aquilo que lhes é imposto.

As forças que levam ao aumento da demanda por atendimento de crianças e adolescentes na neurologia são forças sociais. Contudo, estes encaminhamentos feitos para regular e normalizar estes corpos; encaminhar é também produzir sofrimento para as pessoas que são encaminhadas para saúde mental. É de se notar que ao ouvir esta população que frequenta o corredor, há de se encontrar muito mais do que modos de governo. Há de se encontrar, sobretudo, pedidos de ajudas! A demanda para a neurologia não é só apelo por apaziguamento de conflitos; ela é também sofrimento que é calado e silenciado pelo poder psiquiátrico. Contudo, este

poder não é absoluto; ele só é possível através da relação de dominação-resistência; portanto, a demanda para o médico de cabeça também é pró-cura por condição de vida possível e não passível ao abandono.

Cabe dizer ainda, que o modo de tratamento e de normalização da infância e da adolescência pobres recoloca constantemente as crianças como alvos de regulações e as impõe veementemente a pobreza, a marginalidade e a vulnerabilidade. Aqui que aparece novamente a importância dos diagnósticos DSM, como tecnologias que tem a função de apaziguar os conflitos políticos diante da infância e adolescência.

A questão da clínica está posta para nós exatamente aí: como acolher o sofrimento e ainda assim desmontar os dispositivos de regulação e normalização? Como produzir um modo de desvio na sociedade de normalização acolhendo as demandas para o médico-de-cabeça?

Frente a esta demanda, sabemos com Foucault (1975), que a correção/punição e a normalização/regulação andam juntas. Sabemos também, através das análises que seguem, que os tratamentos medicamentosos indiscriminados e abusivos; são efeitos destas políticas que evidenciamos ao longo deste capítulo. O apelo à esta correção de uma suposta anormalidade contida e silenciada na procura pelo “médico-de-cabeça”, é o funcionamento da regulação biológica, do racismo biológico, como propõe Foucault (1999).

Os diagnósticos DSM, conforme os analisamos, não conseguem ser neutros aos ideais higienistas e eugenistas no Brasil. Ainda assim, se apresentam como uma psicopatologia científica que busca mascarar tais implicações históricas do poder de normalização no Brasil; que passa tanto pelo embranquecimento como pelo genocídio do povo negro e pobre.

Faz-se necessário ampliar as análises do problema da espera para o atendimento nos ambulatórios do Brasil; levantando questões sobre como o modo de disposição espacial e funcionamento das modalidades de tratamento ambulatorial pode causar medicalização. Contudo, tal problematização será apenas levantada nas análises que seguem, sem pretender ser esgotada. Problematizar, no campo familiar, os efeitos das discursividades DSM, é um dos modos de intervenção expostos no próximo capítulo.

Do mesmo modo, é necessária a criação de práticas de cuidado com as crianças e seus familiares que vivem entre a ameaça do risco, o governo pela

esperança; e pela promessa de segurança. É preciso criar linhas de desmedicalização que dialoguem entre o cuidado e a problematização desta regulação normativa no campo da saúde mental. É preciso produzir um sentido outro para a palavra “cuidado”, que não seja pura e simplesmente sinônimo de tratamento.

Desta forma, diante de um higienismo que vai para além das ruas, chega às casas e aos corpos, a categoria diagnóstica de Transtorno do Neurodesenvolvimento (DSM-V, 2014) se mostra compoder de normalizar: a correção chegou ao nível do cérebro; e a punição, através do uso indiscriminado e abusivo de medicamentos psiquiátricos, torna-se lucrativa.

Como um colapso destas práticas de governo pela normalidade, Moysés (2013) aponta para a imagem do *zombielike* como um efeito colateral ao excesso do uso de medicamentos como a Ritalina (metilfenidato); o medicamento mais comumente relacionado e receitado para quem se encaixa em algum transtorno da referida categoria diagnóstica. Além dos sinais de mal-estar apontados pela *Food and drug administration* (EUA) como “dependência química, abstinência, insônia, sonolência, piora da cognição e atenção, alucinações e risco de suicídio” (apud, MOYSÉS, 2013), o efeito *zombielike*, faz com que a pessoa fique “quimicamente contido em si mesmo” (s/p).

Neste mesmo sentido, Dunker (2016) aponta para emergência de um novo tipo de sofrimento, a chamada normalopatia. Convocando também a imagem do *zombie* para esboçar os contornos deste sofrimento emergente no contexto da vida neoliberal; o autor (2016) aponta para esta imagem do zumbi como aqueles que substituíram “a cultura do narcisismo pela cultura da indiferença” (s/p). Salienta ainda para a aparição de uma nova forma de sofrimento relacionada à adequação às normas do mercado – adaptando-se a todo modo de vida que corresponda ao ideal de máximo de prazer e eficiência, e o mínimo de desprazer e erro – é entendido como normalopatia: aceitabilidade cega a todo tipo de norma (social, econômica, médico ou jurídica); a fim de resguardar para si uma vida ensimesmada, repleta de segurança e aceitabilidade social; e também intolerância ao sofrimento.

A peça teatral “Normalopatas – Um manifesto Pornochancesco e Sombrio para o Brasil” pode fazer entender melhor esta ideia. Dirigida por Dan Nakagawa e produzida pela Cia Àtropical, a peça traz ao público a saga de Metá, interpretado por Laercio Motta. Metá decide “abandonar os códigos e costumes de seu mundo e passa a orientar sua vida a partir da fome, do tédio e de sua pulsão homicida. Ele

busca algo que justifique a sua existência e que lhe possibilite narrar os próprios desejos e sofrimentos” (SPETÁCULO, 2016).Dunker (2016) entende que esta busca é para por fim ao “insuportável fluxo de palavras vazias e regulamentos desencarnados, na família, na escola, na política até a invenção de uma palavra que supere os atos de reação e oposição monomaníacas” (s/p). Todas narrativas da peça acabam sempre em sexo ou em morte; o que nos mostra o reconhecível tônus de mortificação das normas e das ordens vigentes. Do mesmo modo, aponta também para a continuidade da produção de normas de regulação a serem seguidas e incorporadas; o que torna os modos de vida neoliberais insustentáveis, a não ser pelo uso de substâncias que suspendem os conflitos.

Reconhecendo instituições que produzem um modo de vida semelhante a este; Nascimento, Coimbra & Lobo (2012) identificam no Instituto Nacional da Psiquiatria do Desenvolvimento um tribunal eugênico, quando este propõe o acompanhamento de crianças de 0 a 18 anos como combate e prevenção de transtornos mentais. Tal proposta é apoiada ao multimilionário financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que disponibilizou a quantia de 520 milhões de reais para um único projeto multicêntrico.

Seguindo ainda um pouco a guisa de compreender uma normalização pelo caminho do cérebro, o diretor Stanley Kubrick e o filme *Laranja Mecânica* (1971) nos advertem para o que se fabrica de monstruoso na associação do medo da população com os dispositivos disciplinares. O “Programa Ludovico”, se mostra como uma intervenção capaz de retirar o delinquente o mais rápido da cadeia; assim como retirar a delinquência o mais rápido das vidas das pessoas burguesas. Desta forma, numa associação grotesca entre medicina e judiciário, é criada uma intervenção que usa como porta de entrada da mente os olhos do personagem.

O protagonista Alex, é um jovem vagabundo e marginal que anda pelas ruas, acompanhado de seu grupo de companheiros de práticas violentas (*ultra violence*). Preso após ser pego numa emboscada, e seguindo um curto período na prisão, mantém vivo seu lado astuto e perverso. Ao surgir-lhe como opção “Programa Ludovico”, Alex esgueira-se entre os presos para ser o escolhido para a experiência. Tal Programa tem como proposta corrigir as causas da violência, entendidas como estando localizadas na mente do criminoso. O personagem é aceito no programa, e aí surge a emblemática imagem do jovem posto em uma cadeira onde tem seus braços, pernas, tronco e cabeça amarrados, mas mantendo seus

olhos abertos por garras extremamente finas que expõem seu globo ocular. Desta maneira, ele é posto frente a uma tela na qual os médicos transmitem imagens de violência, guerra, assassinato, estupro e outras violências que ele teve prazer em praticar. A normalização da delinquência consiste em fazer entrar imagens no cérebro do indivíduo, associando os atos à sua música predileta – 9ª sinfonia de Beethoven. Tais procedimentos induziriam repulsa, asco e dor quando ocorressem ímpetos e atos violentos perpetrados pelo personagem. Punição via cérebro. Tal tecnologia serviria para o Estado por de pé o projeto político de uma sociedade sem delinquentes – tecnologia de controle e de correção.

Partindo destes exemplos a respeito da regulação da vida a partir da produção de normas, constatamos quais são as tecnologias capazes de auxiliar a construção de um projeto mortificante, que atua na manutenção das condições de vida e falta de possibilidade para a infância e a adolescência. O diálogo com o cinema aqui nos serve para dar imagens e força no rastreamento dos modos de funcionamento das sociedades de normalização.

O filme *The Wall* (PARKER, 1982), por sua vez, revela-nos um dispositivo de controle sobre as crianças, que tem a função da eugenia e da normalização. A imagem da fábrica de corpos disciplinados em *Another Brick in The Wall* não é ainda o que nos mostra a eugenia. Quando uma criança transita para além dos muros disciplinares, e quando uma mão aponta e o mata; aqui temos uma imagem da mortificação e da eugenia.

A criança e o adolescente desviantes retratados aqui através do mundo cinematográfico e da ficção científica, ajudam-nos a esclarecer os processos de punição/correção do contemporâneo; bem como os supostos processos de mortificação em análise. Morte aqui, é a metáfora dos processos de subjetivação: mortificação, assujeitamento e alienação ocorrem amplamente na biopolítica.

Numa realidade brasileira, em específico no cenário político legislativo, encontramos o deputado federal Laerte Bessa (PR-DF); relator do Projeto de Emenda Constitucional (PEC 171/93) sobre a Redução da Maioridade Penal dizendo: “Um dia, chegaremos a um estágio em que será possível determinar se um bebê, ainda no útero, tem tendências à criminalidade, e se sim, a mãe não terá permissão para dar à luz” (apud, FÓRUM, 2015).

Sendo assim, constatamos a emergência de um combate eugênico científico, revestido por todo um aparato tecnológico que recobre as velhas agruras do pensamento do século XIX.

Neste sentido, Carreteiro (2014), baseando em Erhenberg (2009),apontapara a emergência de um “sujeito cerebral”;no qual o sofrimento se estabelece como neurológico, e a lógica deste saber se dispõe como a “chave dos processos de aprendizagem, dos comportamentos sociais, das disfunções neurológicas e mentais” (ERHENBERG, 2009, p.187 *apud*CARRETEIRO, 2014, p.28). Desta forma são criadas as possibilidades de se “modificar o funcionamento cerebral visando aumentar as modalidades de eficiências humanas” (CARRETEIRO, 2014, p.29); adaptando as diferenças, eliminando outras, e mortificando as existências ditas anormais. Esta é uma das forças que encaminham crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizado para o neurologista.

A partir disto, existem inúmeras possibilidades de medicar os desvios; e a Ritalina (Metilfenidato) é somente um medicamento guarda-chuva para uma série de medicamentos prescritos com finalidades diversas para normalizar estas crianças. Quase sempre estes tratamentos medicamentosos não formulam diálogo com a história pessoal, e tornam o tratamento uma simples “esperança” ou uma falsa segurança, que só gera mais insegurança e sofrimento.

No século XXI, a produção de novos medicamentos,e as “descobertas” de novos transtornos mentais cada vez mais específicos caminhalado a lado. Parece que ainda não damos a devida importância ao projeto de sociedade criado após a II Guerra Mundial, que buscou ampliar as tecnologias para melhorar a vida dos homens – a saúde, o bem estar, o acesso à informação, etc. – paralelamente a todo um aparato de regulação e racismo sempre se atualizando. Hoje não nos faltam modos de normalização.

O DSM emerge como um ponto alto no desenvolvimento da psiquiatria pelo mundo, assim como as tecnologias medicamentosas se tornam grandes e importantes ferramentas ao lado da imagiologia cerebral edo eletroencefalograma. A medicação emerge comotecnologia usada não só para o trato da população;mas para mortificação da mesma, e para a contenção de insurreições.

Medicamentos tornam-se populares, importantes agentes no processo de medicalização da infância.A Ritalina (Metilfenidato), por exemplo, é comumente associada ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); categoria

diagnóstica que emerge junto ao DSM-IV. Sua prescrição e consumo vêm aumentando entre a população infanto-juvenil. Do mesmo modo, os diagnósticos DSM, facilitam a chegada das crianças à medicação e aos dispositivos de controle e prevenção.

A respeito do aumento da prescrição do uso da Ritalina (Metilfenidato) nos últimos 10 anos, o Conanda (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) recentemente emitiu a Resolução 177/2015 (DIÁRIO DA UNIÃO, 2015) que “dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização”; pretende regular o uso indiscriminado de Ritalina (Metilfenidato), buscando garantir atendimento multidisciplinar e multisetorial em saúde em consonância com os princípios do SUS. A resolução cobre ainda o problema das unidades socioeducativas que usam do medicamento como contenção física; além das situações escolares em que há questões relacionadas à aprendizagem e ao comportamento.

Quanto mais se acredita na validade destas categorias diagnósticas como o TDAH; menos se tem uma escuta para os sofrimentos subjetivos, e menos presente é o espírito crítico entre os clínicos; menos somos capazes de compreender o que está acontecendo com a criança, e ao redor dela. Fica de fora da clínica o diálogo com os afetos e a história pessoal dos sujeitos (FOUCAULT, 1975, p.27). Assim como no manicômio a história dos sujeitos era apagada por anos de asilamento; na sociedade de normalização, as regulações enquadram todos os indivíduos como que sofrem de processos iguais ou similares.

Os números apontam para um aumento gradativo da Ritalina (metilfenidato) em países como a Argentina (FARAONE & BIANCHI, 2013), Estados Unidos (PORTUGAL MUNDIAL, 2014) e Brasil (MOYSÉS, 2013). Nas crianças, emerge uma onda de insubordinação às ordens da escola, da família, da polícia e do Estado; tornando-se comum o tratamento medicamentoso em crianças, nas quais *amental disorders* seria responsável pelos seus comportamentos indesejados. Frente às normas e às ordens do poder psiquiátrico, como resistem estas crianças medicalizadas? Como protestam?

Neste sentido, é o DSM que estabelece um quadro de agitação como um estado patológico, e assim produz uma prática que aumenta a possibilidade para que muitos caiam nessa malha dos transtornos mentais. Contudo, tal processo não está descolado da possibilidade destas crianças estarem em algum tipo de sofrimento.

Ou seja, as numerosas filas para atendimento neurológico de crianças, não está descolada de toda agitação e resistência a que é preciso recorrer para conseguir resistir a tantos processos de mortificação da infância.

O estabelecimento público que estamos a analisar não é o único no Brasil em que ocorre este processo de mortificação da infância. Diversas pessoas em condições precárias procuram serviços em busca de ajuda; seja no modelo ambulatorial, seja em outro equipamento de saúde mental, o que tem maior importância, é o fato de tal população situar-se na condição de acúmulo de desfiliações sociais (sem direito a alfabetização, saúde, trabalho ou moradia), incluídos aos programas de saúde, educação e assistência mesmo que precariamente. O século XXI desenvolveu novas “artimanhas” para continuar o seu processo de vigilância, punição e exclusão; e em nossa análise apontamos para os diagnósticos-DSM como sendo uma destas. Pessoas são acolhidas nas instituições tendo uma proteção social frágil; e vivendo entre segurança-esperança e ameaça-aniquilamento. As mães temem *perder o controle das crianças*, vivem sob a ameaça dos riscos. Assim, o apelo à medicação revela este controle no corpo orgânico, naquilo que temos enquanto espécie – o cérebro. Estando a criança não medicada, ou, caso não se medique corretamente; em qualquer situação, haverá a ameaça da criança tornar-se um delinquente.

É por esta razão que é um erro “tratar” dos sintomas através da medicação que busca suprimir os mesmos. Devemos desmontar a necessidade de “tratar” os sinais dos sintomas; adotamos tal estratégia para fomentar uma clínica da desmedicalização. Do mesmo modo, é importante seguir na crítica dos imperativos de “tratamento” – à que se destinam tais práticas? Segundo Carreteiro (2001), podemos dizer que serve para calar os processos de exclusão social:

Esta passagem do mal-estar para a doença, se por um lado encontra reconhecimento institucional, por outro, busca calar as angústias do sofrimento de origem social. O aspecto social fica abafado e o que sobressai é o individual; não é mais o sofrimento gerado na esfera social que aparece, mas o indivíduo doente (CARRETEIRO, 2001, p.94).

Diante deste cenário, nosso papel foi ocupar o corredor; buscando dar visibilidade às histórias pessoais; denunciando o que há no saber que aliena que promove ordem estabelecendo a infância como um período de risco. Fica claro que não se pode atender a demanda, pois isto só a faz crescer. O que devemos tratar, neste caso e num primeiro momento, é das instituições que põem de pé tal

projeto. Não é somente cuidado; mas fazer ressoar clínica e política; prática política militante de agir (GUATTARI, 1990). Nossa ocupação pretende ser um ir ao encontro da demanda pelo território existencial que ocupamos; criar novas conexões para resgatar a força da pró-cura destas pessoas desqualificadas pela instância de saber dito superior; intervindo e promovendo a desnaturalização e a fragmentação desta demanda. Mais adiante retomaremos a questão da procura e pró-cura.

Nota-se que são diversos os problemas aos quais visamos intervir. O primeiro, diz respeito ao problema da família, e o agenciamento da sua busca por um atendimento neurológico. O segundo, é o processo de descuido, e seus desdobramentos em exclusão social que atualizam as práticas de higienismo social. O terceiro, a iniciativa de se produzir uma clínica de desmedicalização.

Neste sentido, tais questionamentos passam pelo problema do DSM na cultura e pelos ideais “escondidos” sob o véu de uma ciência nosográfica atórica. Apostamos na ideia de que o sofrimento dos usuários do referido serviço, guardam em si uma outra saúde; uma vontade de vida; ou, como propõe Pelbart (2015) ao analisar os avessos da biopolítica, “uma potência de vida” (p.2). Pretendemos encontrar tal força e cultivá-la neste aspecto de experimentação do que é possível ser mudado neste corredor; bem como apontar para os modos de resistência presentes no cenário.

2 EMERGÊNCIAS DO CORREDOR I

A seguir apresento uma série de dados produzidos a partir das ocupações do corredor. Eles são colocados aqui a fim de situar, num primeiro momento, as especificidades da demanda e dos apelos por cuidado. A maior parte do texto foi produzida ao calor dessas intervenções. Não estabelecemos diferença entre pesquisa e o vagar pelo espaço; e assim também não separamos o que é um texto de pesquisa, e o que é um diário de campo. Ambos se misturam na composição que segue. Buscamos dar visibilidade às falas dos participantes, e todas elas foram postas em itálico.

* * *

Um corredor nos une de uma ponta a outra do estabelecimento (vide Apêndice). Aqui somos muitos, ou somos poucos. O ar é parado como se tivesse estático, como se não respirássemos e como se os objetos não se transformassem através da nossa presença. Neste corredor, estamos suspensos em meio às suas paredes e seus sons. Estamos livres para ir de uma ponta a outra.

Do fundo do corredor vem um som. São vozes, e estas são invisíveis e talhadas num tempo que os põe ali a esperar algo. Elas me atraem. O que nos liga? Ou, o que nos impede de nos unir?

Diante deste som, penso: para que servem aqui meus ouvidos se não para captar estes sonoros ruídos variados, diversos, insistentes para além da palavra, e que se mostram com uma força brutal capaz de cortar a ignorância dos homens-que-somos? Duas formas distintas de escutas estão presentes aqui: aquelas que nos impõem uma relação de trabalho; “acadêmica”, dura, entre médico e paciente; e outra que nos vê sob o prisma da norma; homens e mulheres, crianças e adultos, loucos e não loucos, educados e mal educados, brancos e negros... Noutras palavras, são vozes de pessoas, gente, seres humanos, e principalmente, crianças.

A nossa cara não para de se diferenciar neste contexto, exceto pelo triunfo da ignorância que nos torna núcleos homogêneos separados por uma ilusão social-identidades? Jamais seremos iguais, enquanto nosso ouvido for penetrado e aniquilado por aquelas vozes mudas e invisíveis que aqui poucos podem ouvir, e que estabelecem nossos “lugares”.

Para chegar até aqui, é simples. Estando no centro da Cidade, basta pegar uma rua que leva para margem. Aqui se reúnem os mercados mais baratos, e

também as distribuidoras, os bazares, os lixos entulhados na calçada. Tais entulhos ficam em frente ao estabelecimento que estamos.

Nesta rua que nos leva para fora da cidade, uma rua comum e sem graça; temos uma praça onde pegam um pouco de sol alguns bêbados e moradores de rua. Eventualmente uma gente mal cuidada, mas também idosos ou negociantes de relógios e celulares antigos. Também tem uma igreja, um antigo centro de comércio, e um chafariz. Esta região é bem diferente do resto do centro da cidade, que é marcada por prédios históricos, museus, palácios, catedrais góticas muito valorosas.

Estamos do outro lado das luzes. Estamos longe das propagandas de turismo que vendem uma paisagem *gourmet*, de frios, vinhos e *fondue*. Tal rua está em oposição aos *delicatesen*, *shoppings*, localidades históricas, habitados por uma mistura turística; e a população ali é majoritariamente branca. Um certo ar europeu nos separa deste povo bruto que perambula às pressas pelas ruas sujas deste canto da cidade. Um povo de pele robusta e traços firmes, marcantes e avermelhados, de pálpebras cansadas e algum volume alto na voz costumam frequentar tal corredor.

A rua que nos leva até ao estabelecimento possui ao fundo uma mata verde escura e fria, com provável terra úmida e preta; que, eventualmente, é interrompida pelo verde das árvores, com o roxo e o amarelo dos ipês florescidos. Nas tardes frias, balançam as copas das árvores ao vento; nos dando a esperança de procurar um céu que não este cinzento que derrama sobre o povo comum uma neblina fria. Olhamos para o céu, para as copas das árvores, para as nuvens cinza, à procura de uma esperança indefinida... Nesta procura, não sabemos quando ela se torna uma espera indefinida.

Além da mata densa, há uma pequena bica d'água que poucos utilizam, pois o fluxo da cidade por aqui é de um vai-e-vem que não deixa muito tempo para esperar. Muitos passam por aqui a trabalho, ou estão às compras, ou pagando contas... São poucos que utilizam esta bica. O ritmo dos ônibus que por aqui passam é frenético.

Mas nosso destino não é nem a bica d'água, nem a mata verde. Subiremos uma escada de mármore branco amarelado como de um velho hospital; logo no começo da rua sem saída; a primeira porta à esquerda. Na entrada, nos deparamos com uma porta de madeira clara, e formato clássico, antigo e respeitoso como muitos prédios por esta cidade. Seus relevos e sua maçaneta antiga se abrem

quase sempre às 8h da manhã, e se fecham sempre após as 17h; que é o horário fixo do encerramento do expediente.

Seguimos entrando no prédio, e logo passamos por um carpete grande e denso onde podemos tirar a poeira de nossos pés. Mais uns seis passos e estamos subindo para o andar onde funciona o equipamento de saúde mental; e onde é oferecido o serviço clínico ambulatorial.

Dois pequenos lances de escada e estamos no meio do corredor, exatamente no meio. À nossa esquerda, quatro longos bancos de madeira com aquele clássico formato de banco de praça; e temos também três portas onde funcionam os serviços médicos. À direita temos a recepção: uma abertura no formato de janela e sem vidro, que permite acesso aos trabalhadores da recepção o tempo inteiro. A cozinha e a dispensa também são somente para funcionários.

A recepção é o centro da unidade. Eu trabalho na Sala 5 do prédio. As vozes vêm do lado oposto, onde fica a Sala da Neurologia (Vide Apêndice). Temos muitas portas de consultórios, e além de uma pequena porta com um tanque e um chuveiro gelado para lavar a cabeça após o exame de encefalograma – algumas mães me disseram que não lavam a cabeça de seus filhos aqui para que eles não fiquem gripados; e um banheiro eventualmente interditado e com frequência sem papel higiênico.

Os corredores possuem extremidades, uma em cada ponta que são como pontos cegos para quem está no centro do corredor. Possui ainda dois banheiros; uma sala para de exame de Eletroencefalograma (EEG) e uma janela, a única janela do corredor por onde podemos ver as copas das árvores balançarem; uma parte da rua e uma casa grande onde funciona um bazar; e uma igreja evangélica. Esta janela está quase sempre trancada com cadeado, restando-nos apenas ver as copas das árvores ao vento; não podendo ser balançado por este mesmo vento agradável que movimenta as árvores e o céu.

No local desta janela há uma porta onde funciona a sala de exames EEG. Aqui, temos um chão de taco velho com marrom desgastado, rodeado de paredes rosa; sujas pelo tempo e pela gordura dos corpos que por ali passam e esperam. Temos também alguns rabiscos feitos por crianças – nada demais, apenas traços a-significantes; exceto por uma letra *P* escrita talvez por uma criança com dislexia, devido a seu aspecto espelhado. Há também um símbolo anarquista, provavelmente feito por um adolescente. No mais, são rabiscos; parados no tempo, impressos

sobre uma parede de um estabelecimento de saúde mental; com seu silencioso e invisível traço. Há também, colado na parede, um pedido de silêncio impresso sobre uma folha A4, colado na porta do EEG.

Ali, sob a janela, com frequência encontramos crianças brincando, ou olhando para fora. Sempre são interrompidas pela minha presença. Elas se divertem melhor sem os adultos. Sozinhas elas plantam bananeira, olham pela janela e o mundo de ponta cabeça, ou simplesmente olham a rua passar velozmente. O que pensam quando olham para fora e apóiam sua cabeça sobre as mãos? Muitas vezes estive sentado ali observando o espaço. Fico sentado num banco de praça igual a todos os outros bancos nestes corredores.

Nas vezes que interrompi uma criança que estava ali vivendo sua vida sem ser observada por sua mãe, me senti um adulto desinteressante. Assim, gostaria que minha presença fosse menos autoritária, menos exigente e menos obsoleta e disciplinar.

Ocupo diversos espaços deste corredor onde se amontoam pessoas à espera da sua consulta no serviço de neurologia. Tento observar de vários ângulos, ocupando-me sob a janela e o sol. Noto que o chão que leva à sala EEG, possui marcas da espera; assim como um caminhar hesitante que vai deixando marcas no chão – como quem evita se apressar ou como quem caminha amedrontado, arrastando os pés no chão, como se a pessoa não tivesse tido uma boa e tranquilizante informação sobre como é o exame. Será que este descuido não interfere no resultado do exame?

Saio deste local e volto-me para o meio do corredor. Observo os bancos em que cabem um número de 5 ou 6 pessoas juntas. Estão rodeados por uma parede amarela que está também suja, com marca de cabeças suadas que engorduram a tinta, transformando a cor amarela num leve tom seco. Os bancos estão velhos, em alguns faltam réguas de madeira onde se deveria estar sentado menos desconfortavelmente para esperar.

Pensativo, busco por um detalhe que desperte em mim alguma ideia inquietante, algo que me servisse para descrever o que sinto; como se os bancos velhos e a cor suja não bastassem para expressar o que é possível sentir ali. Meu olhar vagueia pelas paredes, e, de repente, é assaltado por algo brilhante, novo e reluzente. Este objeto é de um metal límpido, diferente de tudo que há de enferrujado. Trata-se de uma placa informando a última reforma do local – datada de

2005; Quando, além da instalação do aparelho de Eletroencefalograma, fora feita uma reforma geral no local.

Encontrar aqui, no meio de tudo isso, uma placa de metal indicando que a última novidade é o EEG, me faz pensar o que pode ter sido capaz de capturar o equipamento. Em contraposição ao brilho deste metal, temos poucas coisas capazes de causar vivacidade aqui. Nem os usuários, nem os profissionais estão motivados ou contentes.

Em dada ocasião, chego ao estabelecimento pensando no meu diário, em olhar e sentir o espaço para então escrever, ir ao encontro daquilo que quero pesquisar. Ao chegar à porta de entrada, subo direto e vejo rapidamente os detalhes: uma placa de plástico anuncia que aquela é a unidade “*central*” da saúde mental; possui uma logo do SUS.

Subo e passo por um corredor escuro – alguma luz queimou? – e ao chegar ao corredor noto: hoje é dia de funcionamento do serviço de neurologia, e algumas pessoas já estão a esperar. Falta uma hora para o almoço. Passo pelo corredor, cumprimento a todos os que estão lá, e, não obtendo muitas respostas, sigo para a cozinha.

Converso espontaneamente com todos os companheiros trabalhadores. Duas mulheres estão presentes e falam sobre uma amiga que havia trabalhado ali; dizendo que “*ela está muito melhor agora*”, após ter se transferido desta unidade de saúde. Elas duas estão desanimadas, apoiando suas cabeças sobre uma das mãos, com os braços sobre a mesa, esperando o horário de almoço passar.

Uma delas relata que o estabelecimento piorou muito. Pergunto: onde piorou? “*tudo*!” Dou umas risadas e ela também. O assunto se encerra. Pego uma xícara e vou até a garrafa de café, e não tem... Penso em fazer um café para todos. Vou até ao armário da dispensa, que é o mesmo armário dos antigos hospitais – aqueles de metal branco e vidrado onde se guardavam os medicamentos. Para nos danar, não tem café nem no estoque.

Na conversa com elas, falamos da unidade e da arquitetura do prédio: como ele se configura um grande corredor cheio de portas de sala, e os detalhes inúteis como portas que dão para outras salas; portinholas onde só se pode ver um rosto; pias em todas as salas, etc.

A mais velha fala sobre sua vida, comentando que antigamente ela havia feito ali o pré-natal do seu filho; e que antes de ser uma unidade da Saúde Mental, era

uma grande Policlínica com diversas especialidades médicas. Fico em silêncio, refletindo sobre o imaginário social desta cidade – de um lugar para criar condições para nascer, a um lugar para deixar morrer. Como foi que este estabelecimento se transformou numa maneira difusa de ajudar a morrer aqueles que não se quer?

Sem conseguir, até o momento, estar mais em contato com as pessoas em espera, busco interagir mais, ser mais expressivo. Isto requer que eu me informe, ou melhor, me ‘des-forme’ da forma com que os psicólogos são formados.

Sem sucesso nas trocas, sem conseguir achar um jeito de interagir, sigo circulando. Não sou como eles, eles tem algo diferente. São corpos diferentes, possuem jeitos e histórias muito diferentes da minha. No entanto, eu continuo ali circulando e ouvindo as conversas das pessoas. Neste impasse entre não conseguir chegar e não conseguir interagir – processo que me causa inadequação, inaptidão – penso em ouvir as muitas vozes diferentes que vem do fundo do corredor. Uma delas, mais educada, com ares de estudo, e outra voz mais comum, com tom mais alto, sem termos “explicativos” conversam entre si. Esta última fala do seu filho, da situação dele na escola: Diante das queixas sobre ele, a mãe compareceu a uma reunião e questiona o que lhe é trazido nesta reunião. Explica a professora que o coleguinha rouba o lanche do seu filho, e que a *“professora não conseguiu dar um jeito no problema”*. Por esta razão ela parou de mandar o lanche, porque *“a gente não tem dinheiro né... meu marido ganha o dinheiro e a gente separa tudo. Aí não dá pra ficar perdendo...”*.

Distraio-me, pois enquanto ouço e olho para a janela trancada e transparente; num cenário onde o vento faz balançar as árvores com o ar que eu não posso respirar; brota um ligeiro e inconsciente sentimento de prisão – pouca luz, pouco ar, a falta de acesso aquele cenário bucólico das árvores. Volto-me para conversa: Atento, noto que falam sobre os problemas das crianças, sobre a ir à secretaria de educação para apontar as falhas e ausências da escola e sobre o excesso de culpabilização das crianças diante das dificuldades escolares. Então ela fala em levar seu filho ao neurologista por suspeita de Transtorno Opositor Desafiador (TOD), sob recomendação da professora. A outra mulher, com uma fala repleta de chavões acadêmicos; explica minuciosamente o TDAH – conta que uns tem TOD, e que outros tem o TODA; com ou sem hiperatividade. Ela é logo interrompida por que irá para a sua sessão de terapia.

* * *

Num outro dia, cheguei às 9 horas da manhã no corredor, não encontrei ninguém. Pergunto na recepção a que horas a Dra. chegará, e sou respondido agradavelmente com uma ironia: “*umas dez horas, dez e meia, onze horas, onze e meia...*”, risos! Digo que voltarei. Saio, dou uma volta. Uso a internet, vejo alguns vídeos, recorto uns artigos e volto para lá. Eu estava ligeiramente nervoso, ansioso, mas estava também calmo e acostumado com as intervenções; sentia que não havia como saber de antemão que iria encontrar, e o que iria fazer, e nem como iria fazer... Apenas fui até lá e me sentei no meio deles. O relógio marcava dez horas e poucos minutos. A Dra. não estava lá, mas já havia algumas pessoas a esperar. Hoje era o dia da neurologia. Tanto adulto quanto infantil. As pessoas que ocupavam os corredores eram os pacientes desta especialidade médica. Sento-me diante de duas mulheres, e duas crianças, um menino de 9 anos e o outro de 2 anos. Ao meu lado uma mulher acompanhada de um menino de aproximados 7 anos.

Diante de mim, elas conversam entre si. Estão ligeiramente tímidas, trocam umas palavras, e de repente acontece um diálogo: o menino de 9 anos, queixando-se de ter que esperar, fala com a mãe que é melhor ele ir para o colégio. A mãe reclama, e diz que avisou sua patroa que faltaria ao trabalho, e ele “*vai ter que esperar*”. Entediado e aborrecido, ele diz que vai perder o recreio, pois terá que ficar copiando o dever – punição?

Eu dou uma risada, as duas mulheres à minha frente se surpreendem; a pessoa ao meu lado não interage. Aponto que o que o menino disse até parece um velho castigo escolar, uma ameaça aos que fazem bagunça na aula: ficarão sem recreio. Elas, inseguras, ficam naquela: “*faltou tem que copiar né*”; e a conversa entre nós começa a fluir.

Conversamos sobre o menino de 9 anos e o porquê dele estar ali. A mãe conta que ele *tem epilepsia*, e vem à consulta porque a Dra. quer apenas vê-lo, pois ele já parou de tomar a medicação; e que isto se dá desde abril (estávamos em outubro). A outra mulher fala que o menino dela também tem epilepsia. Confusa ela atribui isso a um erro médico; pois quando ele nasceu, os médicos forçaram muito o parto normal, e “*quando ele saiu ficou desmaiado, e quando acordou ele acordou estava assim. Foi como se ele tivesse morrido e voltado de novo...*”. Nisso ela se estende, contando os maus tratos que sofreu durante o parto – que diante da

dificuldade, a médica xingava ela de “*piranha, vagabunda*”, e perguntava a ela “*cadê teu homem?*”.

Ela, que tem menos de 30 anos, está ali para pedir para a Dra. especificar os raios-X da cabeça da criança; pois lá no local onde faria, não aceitaram o encaminhamento por não estar especificado qual lado da cabeça foi solicitado. Ela protesta dizendo “*por que não faz dos dois lados?*”. A conversa avança. A outra mãe começa a contar sobre as experiências com seu outro filho mais velho. Elas falam de medicamento; sobre qual medicamento o menino de 9 anos tomava, as quais ele se adaptou, e sobre qual deu certo e qual não deu certo. Trocam entre si, enquanto eu assisto e observo quieto. Noto a pergunta que insiste em se repetir entre elas: “*para que serve?*”.

Os meninos começam a interagir. A criança de 2 anos não fala, e apenas faz barulhos que agradam a todos. Às vezes ele urra, e outras vezes ele sorri para o coleguinha; que lhe retribui com carinhos na ponta do nariz e nas mãos. Este pequeno garoto de 2 anos mobiliza todos.

Daí elas perguntam se minha consulta é com a Dra. neurologista. Digo que sou psicólogo, e que estou acompanhando as pessoas neste espaço do corredor como parte de uma pesquisa acadêmica. Surpresas, elas então falam que é muito difícil conseguir psicólogo na cidade, que se inscrevem e nunca são chamadas. Pedidos com mais de um ano até hoje não foram chamados.

A mãe do menino de 9 anos – aquele que vai ficar sem recreio –, tem também um filho que atualmente está no exército. Conta que ele era muito levado quando criança, e que recebia com frequência bilhetes do colégio avisando sobre o mau comportamento. Ela já não aguentava mais, vivia com ele no cercado para conseguir fazer as tarefas da casa. Pergunto a ela se o colégio não assumiu a criança bagunceira. Ela diz que não, que se queixavam, e aconselhavam levá-lo ao médico, pois aquilo “*não devia ser normal*”.

Chegam mais pessoas, e neste momento a mãe ao meu lado já olha mais para mim. Seu filho escuta o tempo todo: “*calma, calma, calma*”. Outras crianças também ouvem isto, e as mães ainda completam: “*ela já vai chegar*”; se referindo à Dra. Todos olham no relógio, e mais pessoas não param de chegar. Observo que as crianças mais velhas olham muito pra mim. Não conversam, mas interagem com sorrisos.

Estas duas mulheres que seguem falando comigo relatam, com certa naturalidade, que esperam muito mesmo, e que às vezes elas chegam às 9h30min e saem meio dia. A maior parte do tempo que passei ali nesta ocasião, foi apenas esperando a Dra chegar.

Pessoas não param de chegar. Conforme os pacientes adultos da neurologia se vão, o corredor fica mais cheio de mulheres adultas; e o número destas é maior que o número de crianças. Então fatos atípicos começam a acontecer:

Uma mulher grande e obesa, com uma possante voz, chega; interagindo com todos. Admira e elogia o menino de 2 anos que ainda está ali aos urros e sorrisos. Ela e a jovem mãe do menino começam a conversar. A história do parto normal se repete, e o assunto fica tenso entre elas. Esta senhora recém chegada conta das suas experiências com cesariana. Diz que quase morreu; que foi para o CTI, e lá, como *“a vontade de Deus operou”*, ela *“voltou à vida”*. Os médicos do CTI aplaudiram quando ela retornou. Havia tido uma grave inflamação, e estive em coma por alguns meses. Sua voz alcança a todos no corredor, e ela conta que tem 5 filhos, 4 de parto normal. Teria mais 5, mas não faria mais nenhuma cesariana.

A jovem mulher, que havia sido xingada pela médica durante o parto, conta novamente sua história. A mulher de voz possante pergunta se ela não processou a médica; e com a resposta negativa, ela afirma sobre o assunto que *“o mal do brasileiro é achar que tudo ta bom, que tudo ta certo”*. Ela diz que não aceita o que é errado; e que na ocasião em que seu filho tomou uma medicação e ficou com o rosto inchado e a língua enrolada, ela voltou ao hospital e *“fez um escândalo”* com a médica.

Eu pergunto o que traz ela e seu filho ali. Conta que o menino *“tem agitação, é agressivo, bate nas outras crianças, nos adultos”*; faz coisa que ela, uma mulher adulta, se assusta. Ele *“quer bater, agredir e lá na casa dele ninguém é assim, ele não tem culpa, isso é coisa dos nervos!”* Ela o pega bruscamente pelo braço e mostra uma mancha preta na altura do cotovelo: uma pele desgastada é vista por quem presta atenção na história. Ela suspeitou durante muito tempo que aquilo fosse cobreiro; mas pensa que na verdade aquilo é fruto do nervosismo dele, pois ele, não *“aguentando mais de nervoso, começa a se coçar e arrancar a pele até ficar em carne viva”*.

As crianças estão impacientes e começam a se movimentar e a querer vagar para se divertir livremente... Por isso, ou por qualquer outro desvio, já os corrigem.

Sabendo que sou psicólogo e pesquisador, a mãe do meu lado ainda assim não interage comigo. E ao menor sinal, ao menor esbarrão que seu filho me dá com sua pasta verde do colégio, a mãe toma da mão dele. Tento falar com ele, mas ele não interage. Tento falar com a mãe, ela não me dá conversa.

Há uma coisa estranha no ar; é como se as pessoas se fechassem, não quisessem a interação. Umas são mais abertas; falam, mesmo que seja mal de alguma coisa: uma queixa aleatória sobre o estabelecimento; sobre a demora; sobre a situação dos pobres; ou também sobre a suposta doença de seus filhos. Outras pessoas só conversam entre si aos cochichos, ou se fecham completamente e não interagem com ninguém.

Eu insisto no contato com este novo menino que está ao meu lado, filho de uma senhora que não fala, mas carrega um olhar amável. O menino protesta com a mãe que se demorar muito ele perderá o futebol. A mãe dele retruca: “*e depois eu que vou aguentar o chororô!*”. Pergunto a ele em qual posição ele joga, se no gol ou na linha. Ele não responde, está tímido. Digo a ele que hoje tem jogo da Seleção Brasileira de Futebol, e a mãe se abre para a conversa dizendo, logo que “*ele não fica parado para ver o jogo*”. Parece bem comum que estas crianças ditas agitadas, quase sempre apareçam, nos discursos da família, acompanhadas de um esgotamento, impaciência, desentendimento, e dos frequentes castigos e punições para as crianças.

O corredor está cheio, são 11h35min, e de repente a Dra chega: todos os familiares começam a pegar e ter em mãos os seus papeis; uns levantam; outros acompanham a Dra até a porta da sala. Neste momento, me parece que estou realmente diante de um cenário catastrófico; parecem adictos à drogas psiquiátricas. Se acotovelam, como se aquela dra tivesse as drogas de que eles precisam. Também, como um pastor e seus cordeiros, ou ainda, na melhor das hipóteses, como formigas atrás de doce...

Tal cena me lembra o longa metragem *O bicho de Sete Cabeças*, dirigido por Laís Bodansky (2000) e baseado na obra de Austragésio Carrano. Digo, especificamente da cena no hospital, no qual o médico passa pelo refeitório e todos os internos largam seu prato de comida e vão até ele puxar-lhe o jaleco branco; este, por sua vez, dá-lhes as costas e entra para sua sala. Os internos ficam no salão do refeitório e o médico protegido por grades.

A Drafoi abordada assim que chegou ao corredor. Mães vão até ela, e falam sobre as receitas; sobre as consultas. Todos sabem o quanto é difícil consegui-las, e por isso parecem ansiosos e desesperados para falar com ela – é possível observar aqui a corrida diária das famílias pelo consulta e medicação. Uma parte das pessoas traz as crianças para consulta, e outra apenas vem para renovar as receitas.

As mulheres acompanham a Dra até a porta e recebem uma curta informação. A porta é fechada – agora é a vez delas se agitarem; no entanto as crianças não retribuem com o tão repetido “*calma, calma, calma*”, e sim desaparecem, não se manifestando. Terão que continuar todos a esperar. Estas mães procuram a Dra e a medicação, elas dizem não saber o que vai acontecer se seus filhos ficarem sem a medicação – “*vai que dá um troço*”.

E assim permaneço ali, tentando interagir. O menino ao meu lado não esboça interesse pelo assunto de futebol, está tímido e agarrado ao colo da mãe – pergunto se ele vai ao colégio ainda hoje, mas a mãe é que responde. A mulher de voz alta que havia perguntado por mim, ouve das outras mulheres que sou psicólogo e com uma curta introdução diz é bom ter um psicólogo ali com elas... “*é chique!*”.

Ao meu lado, a mãe conta que seu filho é hiperativo; e eu aponto que ele está há alguns minutos quieto. Ela diz que é porque ele tomou remédio – Neuleptil (Periciazina; antipsicótico indicado aqui para o controle da agressividade e impulsividade) – e que se ficar sem ele quebrar a casa. E no colégio, pergunto – “*lá, ele vai bem, não reclama; mas é em casa que ele quer pegar faca, fósforo... queima tudo, papel, pano... e se der mole ele põe fogo na casa*”. Está tomando isto desde os 3 anos. Ele agora está com 8 anos e faço questão de apontar a minha surpresa e preocupação. “Ele não pode ficar sem”. Então pergunto se ele vai tomar isso pela vida toda. Sugiro a ela não estender este remédio por muito tempo.

Olho ao redor e penso, tento inventar, insistir, mas já cansado e preocupado em não dar conta de escrever tudo que vi e acontecer, vou embora. Antes de me levantar; fora da minha expectativa, um gesto me surpreende: o menino que esteve ao meu lado a pouco, o que poria fogo na casa com a caixa de fósforos, se despede sorridente e insistentemente de mim, fazendo que eu note seu dedo polegar. A sua mãe também sorri e eu retribuo. Penso neste gesto de gratidão; o pouco que faço em estar aqui já me parece bom; terapêuticamente, bom. Um encontro que renova a esperança? Talvez, mas sem dúvida é aquele sorriso e aquele polegar que escapa às disciplinas. Se renovamos a esperança, é para que seja possível desejar outro

modo de ser, não tão sufocado pela discursividades-DSM e pelas tecnologias de normalização.

2.1 Demanda para o “médico de cabeça”: da procura a pró-cura das mães

Muitas vezes ficamos perplexos diante do que nos acontece na vida. Tentamos encontros e só encontramos des-encontros. Tentamos sair de nós e nos pro-curamos nas coisas, nos objetos, nos produtos, no consumo, num envolvimento estético-consumista da vida. E acabamos por nos consumir no con-sumo. Pro-curamos sistemas filosóficos, explicações detalhadas e claras do social, do histórico, do destino, do que somos, do que é a vida, o amor, a felicidade, a morte, a dor. E não encontramos. Sempre há um resto, um “entre”, um alguém ou um além, um incontornável. (CASTRO, 2010, p.1)

Buscamos afirmar que na procura destas mães há algo especialmente de pró-cura. A procura pelo serviço de neurologia contém alguma espécie de cura, pois que esta é de algum modo, pró-cura. Propomos então que, os encontros com esta procura registrada na forma de demanda, possam ser transformadas em direção a uma pró-cura.

Por “cura” entendemos algo fora do convencional – não é uma solução ou uma resolução de um conflito, das causas do sofrimento; mas sim um movimento de busca de movimento entre os projetos instituídos e um novo modo imanente da vida, dialogando com uma noção de saúde mais abrangente.

No cenário biopolítico anteriormente discutido, nos colocamos o desafio de uma posição de clínica e de cuidado, que busca desnaturalizar as discursividades DSM. Como encontrar neste árido terreno, uma pró-cura?

Deparamo-nos com um corredor onde algumas mães e familiares conversam sobre o “*para que serve?*” a medicação. A partir disto, podemos considerar em tal enunciado alguma potencialidade de cuidado, visto que este alude à pró-cura de informações sobre a medicação. A referida pergunta enunciada demonstra um potencial de encontrar um cuidado para com a criança que busca fazer um uso outro da medicação. Acontece que no espaço institucional (por não haver um trabalho de acolhimento e de cuidado) as pró-curas findam-se em institucionalizações que paralisam este corredor. No dispositivo que criamos, ao contrário de uma espera, buscamos possibilitar uma relação de cuidado, de questionamento, em que seja possível criar condições para ultrapassar a prisão da medicação e dos diagnósticos DSM.

As pró-curas presentes na demanda evidenciam a necessidade do encontro que as mães, eventualmente, promovem. Nestes encontros, elas desenvolvem seus próprios modos de cuidados, ao se informarem sobre, alguns medicamentos que possivelmente seus filhos possam vir a tomar ou está tomando. No entanto, a fragilidade do próprio serviço, possibilita que a paralisação se instale. Seria preciso um trabalho junto com os usuários – prática que deve ser pensada de forma a também praticar um cuidado com o campo institucional – atento aos projetos práticos produzidos pela história dos saberes ambulatoriais; já que entendemos que o desencontro e a desvalorização da experiência de autonomia e cuidado é produzido também pela “forma corredor”; isto é, pelo excesso de consultas individuais, e ausência de projetos coletivos de gestão e informação sobre os transtornos e a medicação.

Em se tratando ainda do sentido do termo “cura” no texto de Castro (2010); ressaltamos o caráter enigmático da doença e do sofrimento; onde o entre a vida e a morte; ou entre a vida e a exclusão social; a pró-cura vem a tornar-se um apelo: “um apelo que não sabemos determinar nem definir: cura” (IBIDEM, p.1). Devemos observar, que neste cenário há muitas crianças e familiares que realmente precisam do serviço de saúde mental; evidenciando sim a presença de um apelo por “cura”. É de se notar que a ausência de acolhimento e cuidado, assim como a escuta, se tornaram dispensáveis pelo fato de todas as causas dos transtornos mentais terem sido enunciadas como “causa dos nervos”, como questões biológicas e cerebrais. Com a atual equipe do ambulatório não é possível fazer um trabalho de problematização desta abordagem biologizante dos sofrimentos. No que apostar, então?

Apoiado no Mito de Cura, transmitido por Higino, escravo egípcio de César Augusto, que morreu no ano 10 de nossa era, podemos pensar e entender que:

Toda pro-CURA é uma manifestação da "cura", do Cuidado. Toda "cura" ou Cuidado diz, por isso mesmo, de uma ocupação e de uma pre-ocupação. Talvez com CURA (cuidado) se dê a CURA de muitas fobias, traumas e limites que temos, porque a cura de toda pro-cura nos põe frente a frente com o tu e com o que desde já sempre somos em vista de nos apropriarmos do que nos é próprio. *Cura* é apropriar-se do que é próprio. (CASTRO, 2010, p.4)

Como fazer com que a procura pelo médico de cabeça, se module para uma pró-cura? Como fazê-la apropriar-se do seu próprio cuidado? Buscamos propor que este dispositivo que emergiu no corredor seja ampliado através de uma escuta que

se avizinha com a criança *disorder*, na tentativa de tornar possíveis tais modulações, e fazê-las passar através de estratégias desmedicalizantes; pois entendemos que a construção do território subjetivo no corredor e a transformação deste, é uma possibilidade de transformar as procuras em pró-curas. É preciso, tanto uma prática de acolhimento e cuidado, quanto uma prática de clínica que seja capaz de produzir autonomia e uma nova gestão da medicação. Tal estratégia exigira novas experimentações, mas é preciso seguir sonhando e amadurecendo tais proposições.

2.2 As pessoas que pedem ajuda na porta errada

Abaixo, trago o material produzido numa entrevista com uma trabalhadora aposentada da saúde mental deste município – ela é uma das pioneiras na construção desta sólida rede que existe hoje. Trabalhou muitos anos na linha de frente deste serviço, na recepção; e a partir desta entrevista que pudemos perceber as sutilezas da demanda para o médico de cabeça, assim como a sutileza de outros possíveis modos de se praticar cuidado e acolhimento.

Conheci a trabalhadora assim que ingressei no estabelecimento; e desde então conversamos divertidamente, o que me permite entrevistá-la de tal forma em que um gravador seja dispensável. Falamos como trabalhadores da saúde mental. Então há entre nós alguma relação clínica e crítica. Ela trabalhou longos anos na recepção e acompanhou a formação das filas de espera, da demanda infantil, do embargo das marcações para a psicologia, da precarização da rede, enfim, ela acompanhou varias etapas e momentos da rede.

Houve um tempo, nos diz a entrevistada, em que “*o ambulatório já foi melhor*”. Tal fato ocorreu no início dos anos 90, provavelmente em 1993, quando a unidade deixou de ser um policlínica – um dispositivo que possuiu uma equipe ampliada de médicos, onde se faziam pré-natal e outros acompanhamentos, e passou a funcionar como ambulatório de saúde mental. Na época da policlínica, a saúde mental dispunha somente de uma sala para tal especialidade; de tão pequenos que eram os espaços para a saúde mental. Como seria atender? Recordo-me da fala de outro trabalhador: “*tinham que atender quase em pé para não esbarrar o joelho com os joelhos dos pacientes*”.

A entrevistada iniciou sua carreira no final dos anos 80 e na época de seu ingresso, (e do início da saúde mental), tudo era “*sem lugar, com várias mudanças*”, em vários lugares diferentes, em casas diferentes... Até que uma coordenadora

“louca” desmonta a policlínica, deixando somente a equipe de saúde mental. Assim é criado este ambulatório.

O prédio é marcado por uma arquitetura hospitalar: váriassalas ligadas umas às outras; a maioria delas com pias e torneiras para se lavar as mãos; além de portinholaspequenas, provavelmente de farmácias para distribuição de medicamentos. Tais características acusam o projeto arquitetônico pensado sobre uma lógica hospitalar; o que faz com que as crianças ali sempre apresentem algum temor com a possibilidade de tomar injeções ou coisas semelhantes. Tanto é deste modo, que até mesmo hoje os armários onde guardamosocafé, são os mesmos armários das antigas enfermarias – de metal, branco e cercado de vidros.

Em 1993, a época de ouro do estabelecimento, só foi possível uma grande equipe devido ao concurso público que trouxe uma porção de profissionais possibilitando-asse dedicar a outras atividades como oficinas e grupos de salas de espera. Isso fortaleceu o trabalho das mulheres na recepção, pois elas também faziam atividades com os usuários do serviço; chegando às vezes a fazer triagem dos que chegavam solicitando médicos, psiquiatras ou neurologistas. Quando preciso, direcionavam melhor a demanda para a especialidade adequada.

A entrevistada já nos avisa previamente que havia sim uma pressão por parte da população na procura dos médicos e dos remédios psiquiátricos já no começo da rede. Conta-nos que nesta época de ouro, ela e outra colega produziam um espaço de convivência para mães e familiares. Conversavam com elas perguntando sobre o ingresso da criança na neurologia ou na psiquiatria infantil: “*é isso mesmo que você quer? Porque se não é, vai embora... Porque depois que seu filho entra aqui, não sai mais, faz carreira aqui na psiquiatria*”. E continua a dizer que se as mães insistissem, ela “*não tinha escolha*”, encaminhava para “*onde queriam*”.

Além da procura, a entrevistada falou-nos sobre a espera: “*que o médico marca às 9h, as mães chegam às 8h e a médica chega às 10h*”. Diz ainda que recomendou a algumas mães: “*menina, o que você ta fazendo aqui? Vai dar uma volta, pegar um sof*”. Para a trabalhadora, o problema não se restringe aos médicos neurologistas que passavam pelo serviço – porque tanto eles quanto outros dão remédios – visto que as pessoas pedem; então: “*se chega alguém ali pedindo*

remédio para o filho, dizem: o que é? Agressividade, agitação? Então toma o remédio se é isso que você quer” ¹⁰.

Ressalta que a maioria das procuras é feitas por mulheres:

são mães jovens, com 2 ou 3 filhos, pobres e sem saber com quem contar... Sem muitas portas pra bater, acabam batendo logo na da psiquiatria para ficar ali, presa! Quando recebem o benefício ou auxílio doença é pior ainda, às vezes pode ajudar em outros casos atrapalhar, porque a mãe não ajuda seu filho a melhorar. Elas, tão jovens, brigam com o pai da criança, com a mãe delas, ficam sem ninguém, brigam com o mundo e a última porta que resta é a da psiquiatria. Estas mães sempre pedem para que os outros eduquem seus filhos, elas mesmo não poem os limites. Se eles batem nelas, se são agressivos, pedem ajuda lá. Você pergunta a elas: quantos anos tem? Respondem: 2 ou 3... O que uma criança dessa sabe sobre ser agressivo?

Havia desde então, além da pressão da população por atendimento, um mau jeito no acolhimentoda demanda e as suas procuras. As tentativas da entrevistada de construir espaços de acolhimento mostram que a iniciativa não se tornava hábito tão facilmente. Não havia naquela época uma clínica que pudesse escapar à produção de controle e compensação pelos remédios. Embora houvesse grupos terapêuticos, sala de espera e espaço de convivência, parece que o momento histórico era hegemônico a repetição de lógicas clinicadisciplinares eventualmente capturadas pelas instituições higienista. Há de se pensar também se esta captura não é efeito dos próprios modos como é posto para funcionar um ambulatório.

Contudo, o que enfraquece o serviço não é o excesso da modalidade consultório, mas sim um problema político. Após algum tempo funcionando como unidade central, o estabelecimento irá ceder os profissionais para outros estabelecimentos criados – entre Estratégias da Saúde da Família, Hospitais e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), reduzindo assim o número de profissionais. O que enfraqueceu a “era de ouro”, foi terem levado cada um pra um canto para compor outros equipamentos que estavam sendo inaugurados. Assim enfraqueceram as equipes de convivência, espaços para contar histórias, grupos terapêuticos, etc. A linha que os unia foi ficando cada vez mais frágil, e o que passa a prevalecer é a “*rede afetiva*” que cada um possui – isto é, um modo de conseguir

¹⁰ Concordamos com a perspectiva da entrevistada a respeito do problema da demanda ser, sobretudo, do campo médico. No entanto, é importante pensar como produzir uma zona de contato em que seja possível a problematizar o suposto desejo por medicação em todas as áreas e saberes. Entendemos que esta zona de contato é tanto do médico com o paciente (e não com a doença), como com a medicina outros saberes. A questão não está em dar ou não a medicação, mas em estar ou não com o paciente, e a parte legítima de sua demanda, entendendo o que está acontecendo e possibilitando cuidar do sofrimento e produzindo autonomia.

os encaminhamentos e outras especificidades dentro da secretaria municipal, na rede de saúde mental.

Surgem os conflitos entre as unidades, os boicotes dos serviços, e um exclusivismo da função de cada um dentro dos seus consultórios. Os recepcionistas só terão tempo para recepcionar, os terapeutas e os médicos somente tempo para atender nos consultórios. Do ano 2000 para cá, ocorreu o avanço da política Rede de Atenção Psicossocial e a diminuição dos ambulatorios, no entanto, isto não quer dizer o fim e a eliminação dos ambulatorios; mas uma subtração que os torna frágeis e incapazes de lidar com as demandas ambulatoriais de forma diferente dos vetores da institucionalização.

O estabelecimento em análise, torna-se responsabilidade do município; e os investimentos tornam-se escassos, pois não virão mais verbas do governo estadual ou federal com fins específicos para esta unidade de saúde, tornando-a de inteira responsabilidade do governo municipal. A entrevistada conta que como as outras trabalhadoras da recepção, não tinha mais tempo e fôlego para encarregar-se da demanda que chegava, encaminhavam direto para os médicos. Segundo ela, *cabera agora ao “profissional qualificado a atuação à qual ele se responsabilizou pelo edital que o permitiu entrar. Eles mesmos sabiam onde estavam se metendo, leram o edital e como a maioria vinha do Rio de Janeiro, sabiam que a prefeitura não iria pagar as passagens, que não ia descontar as horas de viagem, entre outras coisas”*. O que estes profissionais fazem é *“chegar negociando”*; um *“privilégio injusto”*, visto que as trabalhadoras da recepção, nunca tiveram este direito. Por cerca de 20 e poucos anos, foi obrigada a cumprir seu horário – chegava às 8h saía às 14h; enquanto outros negociam as 20 horas, para cumprir somente 15: *“os profissionais não atendem, já chegam negociando após o concurso, no edital não era assim... Tanto que quando melhora (o dinheiro) logo saem, deixando os pacientes sem saber pra onde ir.”*¹¹

Atualmente não é diferente, visto que os profissionais são praticamente os mesmos. Portanto, a espera não existe somente pelas procuras individuais, mas

¹¹ Aqui, notamos que quando a qualidade do trabalho não é mais de agrado, emerge prontamente a questão da dedicação e responsabilidade do profissional em relação ao outro. Eu entendo a responsabilidade, mas isto revela uma rede personalizada - qual o lugar da equipe? Qual a responsabilidade da equipe? O paciente está sob responsabilidade do profissional ou há também um trabalho de território, de aproximação da saúde mental dos equipamentos de Estratégia de Saúde da Família (matriciamento em saúde mental)? Recebi notícias de que o processo só começou nesta cidade a partir de 2004, e segue à duras penas.

pelo problema das negociações; das poucas horas cumpridas; e do baixo número de profissionais nas unidades. Essa espera é, sobretudo, um problema político.

Sobre a qualidade e desconforto no estabelecimento, ela diz que sempre foi assim, e é um trato do governo para com a pobreza— as paredes já foram cinza e a cena era pior. Nas reformas feitas pela prefeitura, *“bastava uma tinta, tava bom”*, e tudo ficava muito sujo. Foi a coragem, o carinho e o interesse de algumas mulheres da recepção, que motivou elas mesmas a pintar as paredes. Alegavam que a cor cinza ressaltava a sujeira e deixava o ambiente *“horrível”*, e elas não queriam permanecer em tal ambiente. A entrevistada não se lembra se elas compraram a tinta do próprio bolso, ou arrumaram alguma tinta na *“rede afetiva”*. Ela só se lembra que pintaram, e isto trouxe cores *“por um tempo”*.

2.3 As antigas histórias do corredor: *farra correndo solto*

Sobre a organização espacial, e as andanças das crianças neste estabelecimento hospitalar, a entrevistada nos diz que havia atividades abertas para as crianças; fora do consultório; agindo exatamente neste momento de espera pelas consultas, e que com o passar do tempo as atividades foram abandonadas.

As crianças ficaram assim, soltas e sem atividades; mas em nossa análise pudemos perceber que isso não era um impeditivo de criarem meios de se divertirem: *“houve um tempo em que eram todos juntos: crianças, loucos e bêbados. E isto deixava todos alarmados, mas nunca ocorreu alguma coisa, até porque éramos muitos e dava pra trabalhar direito”*. Então as trabalhadoras da recepção ficavam atentas, mas nunca houve problema, visto que eram muitas pessoas trabalhando juntas e o trabalho era possível; obtinha-se melhor resultado. Quando chega o fim da *“época de ouro”*, não se tornam tão proveitosos ali os momentos de espera.

Acabam-se os espaços de convivência, os grupos, os passeios, e do mesmo modo os poucos trabalhadores ficavam mais atarefados. A entrevistada lembra-se de uma cena onde uma criança foi pega pelo braço por ter deixado uma torneira aberta depois de brincar. Lembra de quando chamava a atenção de outras crianças que faziam muito barulho ao brincar. Dentre tais lembranças a mais especial é sobre o menino FARRA que *“pulava que nem pipoca pelo corredor”*.

Naquela ocasião, os usuários idosos se apavoravam com a correria do menino FARRA que ia de um lado ao outro do corredor, descansando brevemente

ao final de uma extremidade onde pára para esbofetear aos socos o cartaz sobre gravidez colado na parede, e voltava a correr. A entrevistada intervinha dizendo: “*FARRA, senta aqui um instantinho, meu filho... não fica correndo não, porque os idosos estão assustados com você e pode bater em alguém, cair e machucar*”. Ele responde velozmente: “*machucar, não, machucar, não...*”

Sobre os poucos investimentos da prefeitura no estabelecimento, e a dificuldade de transformar a rotina institucional, a entrevistada diz que “*ninguém quer investir em maluco, maluco não dá dinheiro, maluco não dá voto. Então eles ficam lá, sentados e esperando... nem um pouco perigosos como pensam que são. Até que se fossem mais nervosos, a coisa andaria mais rápida um pouquinho...*”. Pensando no atual momento, não deixamos de relacionar a agitação destas crianças pelo corredor como uma forma de protesto e um modo de desarme da lógica institucional local.

Sobre outros jovens usuários do estabelecimento, jovens diferentes do que foi FARRA; ela comenta de outra população: entre crianças e adolescentes que frequentavam os corredores, referiu-se aos que cumpriam pena por envolvimento com tráfico. Com “*um projeto de marginal, marginal mirim*” – do mesmo modo, vemos retornar um discurso de periculosidade sempre presente na fala de muitos trabalhadores. É sobre estas falas que se apóiam grandes projetos institucionais de prevenção à delinquência.

2.4 A procura das mães

A entrevistada nos aponta para a pró-cura das mães como um pedido de ajuda: “Eis o apelo do mito da CURA: a *Escuta*” (CASTRO, 2010, p.3). Pela fragilidade da vida, elas acabam batendo na porta errada e insistindo no tratamento, muito por conta de não terem com quem contar. Do mesmo modo, aponta para uma correria da criança pelo espaço; o que nos faz compreender tal movimento como resistência ao emaranhado de forças em jogo neste corredor. Tais resistências são desconcertantes e isto desperta um temor específico nas pessoas. Sem saber assimilar tal agitação indefinida com algo produtivo, trata-se de representá-la na tônica dos riscos das ameaças à degenerescência. É neste momento que emerge a representação do “*marginal mirim*”, sobre aquela criança que é inassimilável ao nosso projeto de sociedade: as crianças selvagens (HAKIM BEY, 2003), as que traçam linhas de errância (DELIGNY, 2015), aqueles vagabundos eficazes

(DELIGNY, s/ ano), aqueles que buscam escapar das linhas molares da pobreza e da desfiliação social¹²(CASTEL, *apud*, CARRETEIRO, 2001) e da psiquiatrização (FOUCAULT, 2012b). Estas crianças ‘terroristas’, chamadas assim propriamente para justificar o ataque feito aos seus modos de vida, sempre são submetidas a um tipo de poder de mortificação: seja pelo medicamento, seja pela morte matada por arma de fogo, há sempre muito poder.

Com este pano de fundo, adentramos agora para a análise dos dados produzidos nas Emergências I. Analisaremos primeiro as nuances das procuras das mães. Posteriormente, em Emergências II; os gestos, os trajetos, as resistências e as pró-curas das crianças pelo espaço.

2.4.1 “ISTO NÃO DEVE SER NORMAL”

Se digo: "As crianças são tal como seus pais lhes fizeram e educaram..." encontro a aceitação universal. Se prossigo: "os pais são tal como a sociedade atual lhes obriga a ser: haveria que tratar de trocar, de uma vez e de verdade, as condições de vida...", então, me calam a boca e o Centro que dirijo, sob o pretexto de que alguns dos trabalhadores não tem porte de verdadeiros educadores (DELIGNY, losvagundos eficazes y nota de 1969)¹³

Deligny (2015), que viveu por vários anos com crianças na qualidade de ‘infância inadaptada’, poderia nos revelar muito sobre suas experiências com diagnósticos de todo tipo: de juízes, educadores e clínicos. Nada mais indefinido hoje do que o significado da normalidade; em oposição a toda forma de enunciado patologizante sobre o anormal. Há sempre um discurso que convoca à adaptação do organismo ao social, do social aos meios jurídicos, etc. Tenho a sensação de que o que estas mães buscam ali é uma garantia de normalidade. Neste sentido, cabe apontar o que se entende como norma:

Sabemos que o normal é estatístico, enquanto a norma é moral (CANGUILHEN, 1982). Neste sentido, no enunciado “*isto não deve ser normal*”, a palavra “*deve*” é conjuntivo do normal estatístico e da norma moral; que

¹² O conceito de desfiliação social é desenvolvido criticamente por Castel a partir da análise da ampla noção de exclusão social. O autor propõe a noção de desfiliação como um modo de esclarecer a origem das exclusões, mais do que propriamente enumerar as faltas de acesso a determinados dispositivos sociais; revelando assim uma outra subjetivação que são aqueles inclusos nos dispositivos de garantia, mas sem efetivamente obterem. É neste sentido que Carreteiro (2001) afirma na esteira de Castel que “há sempre algum tipo de inserção ou de afiliação do sujeito individual ou coletivo, no interior de certas categorias e sistemas sociais” (p.87).

¹³ Tradução livre.

molda, posteriormente, os discursos e práticas. A indefinição do termo normal, seu caráter inespecífico é uma estratégia? Se o é, quais seus objetivos?

Parece-nos antes, que esta indefinição é o modo como se torna possível se fazer procurar por ela; como quem procura um objeto roubado – idealizá-la, fabricá-la, maquiá-la, com o senso do comum. Com mais de 300 diagnósticos, o próprio DSM é incapaz de afirmar algum conceito de normalidade. No entanto, é pela anormalidade e pela patologização, que o controle e a regulamentação da vida crescem a passos largos. Poderíamos dizer: ser normal é um dever?

Para Pereira (2013), ser normal é tratar-se de ser “autônomo, racional e responsável por seus atos [...] participante da competição e do consumo capitalista, tendo como valores fundamentais a realização individual e familiar e o desfrute de bens e de experiências prazerosas” (PEREIRA, 2013, p.44).

Como dito, para Canguilhem (1982), o anormal precede o normal estatístico. Com Foucault (1975), dizemos que é a loucura que detém a verdade da psicologia, e não ao contrário, como se espera; que a ciência “descobriu” as doenças mentais. O que ocorre é que a ciência fabrica artificialmente estes conceitos como o de normal, e elenca inúmeros modos de anormalidade, assim como fabrica outros. Contudo, Canguilhem (1982) aponta que o anormal é preexistente ao normal – ele quer dizer que a normalidade existe de forma confusa na linguagem popular, de forma a ser formulada, posteriormente, pelo campo médico. Segundo Lobo (2015) “a anormalidade foi condição de possibilidade para constituição da normalidade” (p.202).

Sendo assim, queremos dizer com isso, que um estudo crítico e aprofundado sobre o conceito de norma nos levará à possibilidade de restabelecer a posição ética da clínica frente ao regime da norma. Entendemos que esta norma é a moral biologizada, transformada em discurso científico, e posteriormente em um discurso eugenista; possibilita uma ligação entre o modo de oferecer saúde e o modo de fazer guerra; entre o modo de fazer viver, e o modo de deixar morrer. O saber normativo sobre a vida é condição *sine qua non* para estabelecer as condições de vida, e condição de direito à vida. Tal crítica já foi feita por Foucault (1999), quando ele afirma que a noção de raça, como uma das maneiras de se estabelecer normas de vidas dignas e vidas infames. Esta é uma invenção que possibilitou o investimento de um poder mortificante sobre a vida, e que permitiu a associação do racismo com

a biologia, isto é, permitiu forjar o racismo biológico e tornar este um conceito operador na separação de quem deve viver e quem morrer.

Em suma, o que se coloca hoje como sendo o normal é a busca da normalidade. Essa campanha pela normalidade consiste em produzir uma adaptação do biológico aos meios de vida social; também consiste em assumir um modo de vida capitalista que impede a possibilidade de se criar novos modos de vida anômalos, fora da norma. É por esta razão que a citação de Deligny (s/p) antecede nossa argumentação. Cabe lembrar que o autor desenvolveu em Cevennas (França) espaços para convívio que não eram regulados pela norma. Tal arranjo espacial, permitia crianças consideradas inadaptadas ou intratáveis, exercerem seu próprio modo de vida até transformar os próprios espaços de convívio.

A experiência de produção de um espaço de vida fora do normal e do anormal está impedida por uma série de forças que encontram no conceito de norma uma operatividade de transposição de problemas sociais e subjetivos, em problemas biológicos e individuais:

A transposição do fenômeno de adaptação biológica para a vida social ao naturalizar a moral e, ao mesmo tempo, moralizar a natureza faz emergir as profundidades do corpo para as superfícies do comportamento, passa também a oferecer saídas sedutoras porque “naturais” para as classificações em que se baseiam a maioria dos diagnósticos, dos programas preventivos e educativos de normalização (LOBO, 1992:116, apud, NASCIMENTO, COIMBRA & LOBO, 2012).

Em tempos onde os diagnósticos DSM – como o TDAH e o TOD – se alastram pelo território da vida, dizer ‘ser normal é um dever’ significa dizer que é um dever consumir uma saúde medicalizante. No caso dos usuários da saúde pública precarizada pela falta de investimentos do Estado, um dos efeitos antagônicos a isto é o lucro das indústrias farmacêuticas; os projetos de prevenção aos transtornos mentais; à exclusão social; à marginalidade; e outros riscos e vulnerabilidades do modo de fazer biopolítica à brasileira e atualizar modos de exclusão social.

O tipo de ‘adaptação’ e de normalização que encontramos hoje, é impelida através da biopolítica de regulamentação; que requer uma espécie de alienação às crises do nosso tempo; às guerras e às terríveis afetações que nos cercam. Ser normal é estar de algum modo adaptado à sociedade capitalística que não reconhece os genocídios brasileiros. Se adaptar a isso, é abrir mão destas infâncias que resistem; é abrir mão dos conflitos da educação das crianças e adolescentes,

que podem vir a ser muito pertinentes para o desenvolvimento de singularidades e modos de vida anômalos.

2.4.2 DO “UM PROBLEMA DOS NERVOS” AO “VAI QUE DÁ UM TROÇO”

O que torna tão real o medo destas mães? Se, por um lado, encontramos circulando frequentes desinformações como produto de instituições que constituem o campo da infância e adolescência sobre como uma população frequentemente é exposta a riscos e a ameaças a vulnerabilidade; temos ainda que notar o problema político da precarização da rede de saúde mental; estes deveriam acolher estas demandas, mas na verdade contribuíram para instituí-las. A nossa constatação, de que as discursividades DSM fazem circular as frequentes más interpretações dos enunciados sobre o cérebro, fazendo deles argumento para essa institucionalização da pobreza como vulnerabilidade; do fracasso escolar como efeito de um problema neurológico; da desobediência como um efeito da vivência nos territórios de risco; encontram suporte em teses já desenvolvidas a este respeito sobre subjetivações produtoras de supostas proteções. Segundo Nascimento (2016) “o conceito de vulnerabilidade é útil para os modernos dispositivos de controle da vida” (p.101).

Entendendo que esta demanda, assim como os temores adjacentes, são subjetivações biopolíticas, há dois pontos em especial que gostaria de ressaltar: primeiro é que há hoje toda uma discussão a respeito do cérebro como estando nele a origem e o fundamento dos transtornos mentais. Tal fato foi analisado por Carreteiro (2014), que na esteira de Erhenberg, apresenta-nos a produção de um “sujeito cerebral”, refém de seu biológico, fadado aos acontecimentos da mente e dos transtornos mentais que lhe são dados pelo nascimento, ou decorrentes de alguma falha no desenvolvimento, “*problema dos nervos*”. Notemos que este sujeito é fabricado entre projetos que se apoiam na fragilidade e desespero das mães e familiares, colocando as crianças com problemas escolares sujeitas ao risco dos transtornos mentais.

Assim, a correção pela medicação se torna não mais uma possibilidade, mas uma condição. A popularidade das neurociências tem mostrado que a tônica de seus discursos sobre o TDAH e TOD está sobre os processos cerebrais; tanto é que o próprio DSM os nomeia como “Transtornos do Neurodesenvolvimento”. Medicar o

cérebro é proteger do risco que o déficit poder causar à vida; riscos e ameaças dão as mãos para apontar para a possibilidade da criança ter um futuro de completa exclusão do sistema social (das formas de trabalho, escola, saúde, justiça; agravamento que poderia levá-lo para criminalidade, prisão ou a morte). Assim, é também através do enunciado sobre o cérebro, que se excluirá mais seres; assim como será possível regulamentar mais pessoas em condição de desfiliação.

Sabemos através do senso comum, que a infância é o começo de tudo, e que por esta razão devemos intervir 'o quanto antes'. Tal ideia encontra na obra de Morel (1809 - 1873) grandes respaldos teóricos, e do mesmo modo, esta obra foi fundamento de muitas teses brasileiras de caráter eugenista; sendo que muitas delas abriram caminho para as práticas de embranquecimento das raças e da nação, o que revela o ideal branco de normalidade brasileira. No Brasil de hoje, ainda há tais preocupações. Afirmamos que tais normas morais ainda estão incutidas no ideário brasileiro atual, revestidos de discursividades DSM.

O medo destas mães corresponde à ameaça à vida, que neste caso, é uma ameaça real de morte ou de mortificação. Para complicar, elas encontram acolhimento em estabelecimentos que possuem tais heranças higiênicas, e estabelecimentos tão precarizados que não possuem espaços para que tais questões sejam debatidas e analisadas. Ocorre então um reforço da necessidade de intervenção na infância a fim de protegê-la. Contudo, o efeito desse acolhimento é a desinformação e o reforço da fragilização histórica desta população.

Acontece que não é somente neste estabelecimento que se encontra uma vertente medicalizante. Com o surgimento destas novas prisões-diagnóstico, o Brasil revela-se bem idealista quanto ao futuro destas crianças; tanto é que recentemente um projeto multimilionário e multicêntrico ganhou uma importante crítica das autoras da Universidade Federal Fluminense a fim de revelar o quanto a ciência vem recobrando estes ideais através de novas enunciações (NASCIMENTO, COIMBRA & LOBO, 2012). Refiro-me ao Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), no qual uma das características mais aberrantes é a iniciativa de acompanhar, de 0 à 18 anos, crianças com risco de desenvolvimento de transtornos mentais. As pesquisas envolviam ainda o uso da imagiologia cerebral para investigar se haveria algum sinal da possibilidade de delinquência, o que levaria, por sua vez, à necessidade da elaboração de uma intervenção preventiva. No entanto, tais intervenções evitariam o medo difuso da mãe em pensar que a criança possa ter um

“troço”? Como pode, em meio a tanta regulação, haver um “troço” tão carente de sentido? Tenho a impressão que esta ciência se preocupa mais com os resultados estatístico do que com pessoas. Isto evidencia que a psiquiatria se expande não só pela produção de risco, mas também pela indefinição e pela produção de termos vazios que ensejam medo e fragilidade, bem como iniciativas difusas por cuidado – presa fácil para medicalização.

Isto nos remete à Cesare Lombroso (1835 – 1909) que no século XIX media a dimensão dos crânios de pessoas, a fim de descobrir quem eram os criminosos; determinando por efeito, aqueles que eram potencialmente fora da lei devido à suas características físicas que poderiam indicar um potencial criminoso.

Tal evidência nos mostra a fragilidade, este medo e temor em relação à crianças e adolescentes, ele não é somente local, mas nacional; efeito de poder eugênico e de projetos de enbranquecimento. Rauter (2014) já apontara para o medo e a esperança como formas de governo dos vivos; estas são ainda hoje modos de governo da população brasileira; o apelo pelo normal é também uma estratégia para o mesmo, sobretudo no que tange a tentativa de governo da infância e da adolescência, e controle do futuro dos adultos que ainda estão por vir.

É de se notar também que tanto o medo do risco aos transtornos mentais, quanto a esperança pela segurança social, encontram no conceito de norma uma operatividade difícil de desarmar; visto que tal conceito é em muitas ocasiões fundamental para as práticas de clínica em saúde mental.

Seja como for, este medo e esta esperança são elementos importantes para serem acolhidos na saúde mental de forma a serem esclarecidos. A iniciativa de somente prevenir os riscos aponta para a dificuldade do homem reconhecer o horror que o cerca; a saber, que em meio a estas prevenções para maximizar a vida, encontramos novas formas de mortificação da existência, novas formas de corrigir o indesejado; de higienizar a vida, e banir a existência dos errantes aos projetos de “nação branca”.

2.4.3 “PRECISO DE ALGUÉM QUE CONTROLE ELE”

Foucault aponta que o campo da psicologia e da psiquiatria, assim como da aliança médico pedagógica, é originário da disciplina asilar e das formas de vigilância e punição (2012b). Não é surpresa, que professores da rede pública apontem para o lugar da psicologia e da medicina (psiquiatria e neurologia) sempre como um lugar

de se impor as regras àqueles que não as têm; como se estivéssemos sobre o campo da falta, neste caso, falta de limites; ou no campo dos déficits neuronais.

Ao invés de uma ausência de regras e limites para a obediência, e sua relação com a “estrutura familiar”, porque não analisamos o passo e o movimento que leva a criança lentamente até a rua? Deixemos isto para o capítulo 3, onde apontaremos a importância da análise da produção de trajetos no estabelecimento, em oposição a estas iniciativas de controle e de normalização tão procuradas no campo da saúde mental.

No que segue, discutiremos sobre a constante acusação de anormalidade na criança e no adolescente; anormalidade esta que deve ser corrigida. É aqui que notamos que a neurologia é o saber convocado, nesta ocasião, para a apreciação dos casos – é de se deixar claro que em outras ocasiões, é possível que outros saberes exerçam esta função de regulação e normalização.

Falamos então que a demanda para o “*médico de cabeça*” revela um apelo por correção/controle ao nível do cérebro; revela a constituição subjetiva de punição, correção e eliminação do erro. Seja modelando os comportamentos através de estratégias cognitivas; seja pela incisiva intervenção do medicamento; esta acusação de anormalidade associada aos dispositivos de saúde mental, resultam em dois efeitos que gostaria de analisar: 1) punição e correção, que neste caso é feita pela medicação; e 2) a alienação, que aqui se manifesta como contenção química.

Sabemos que hoje a alienação e a manicomização pela hospitalização já não são práticas tão mais recomendadas assim, mas elas continuam existindo e se modulando. O que ocorre hoje é que as práticas manicomiais são praticadas a céu aberto. Do mesmo modo como houve uma exteriorização desta lógica manicomial, há uma aplicação cotidiana de punições praticadas em espaços abertos e públicos; há constantemente novas práticas de alienação. A punição pela medicação é uma delas, e quando analisada remonta para uma historicidade importante do uso indevido de medicações. Nem sempre elas foram praticadas e utilizadas segundo as prescrições das quais lhe originam. Foucault (2012b) já havia assinalado o uso da camisa de força, assim como o banho de éter e o eletrochoque, como não sendo utilizados sob recomendação terapêutica, mas sim como uma forma de punir os internos inadequados dos hospícios (p.226).

Na atualidade, igualmente a lógica punitiva se apropria de medicações como o metilfenidato (e outras substâncias), a fim de aplicar uma punição mais sutil. Sabemos que objetivo da punição pela medicação é levar a disciplina para dentro do corpo do alienado (FOUCAULT, 2012b), de modo a corrigir ao nível cerebral suas anormalidades (p.226). Sendo assim, Moysés (2001) aponta que tais usos inadequados das prescrições médicas ocorrem não só com a medicação, mas também com os exames complementares. Segundo a autora, o equipamento Eletroencefalograma (ECG) não é adequado para uma investigação sobre a existência ou não de TDAH ou Dislexia. Tal equipamento foi criado com fins específicos para exame de convulsões ou epilepsia; e, desde 1990 vem sendo desviado de sua finalidade para dar alguma legitimidade científica para a necessidade de se diagnosticar o fracasso escolar através dos referidos diagnósticos (p.61).

Estes exames complementares, diagnósticos e medicações servem tanto para justificar a não-aprendizagem, como para isolar o problema na criança no âmbito individual. Mais do que propriamente modificar a condição da saúde da criança, eles visam anular qualquer hipótese de dúvida, e também buscar ratificar a necessidade da busca pela normalidade:

O exame combina técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante que permite qualificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina o exame é altamente ritualizado (FOUCAULT, apud, MOYSÉS, 2001, p.89).

A unidade ambulatorio é acoplada às demandas escolares sem efetivamente abrir um setor de saúde escolar determinado a trabalhar com elas. Apenas recebe e encaminha para psiquiatras e neurologistas estas questões escolares. Não preocupados com as singularidades da criança e sua relação com os espaços e outros meios (os familiares, o ambiente escolar, os espaços médicos, seu bairro, seus amigos...), as disciplinas psiquiátricas seguem seu programa de tratamento sem se preocupar se as condições do ambiente para o exame estressam ou não a criança, e se isto interfere ou não no exame. Mas não há nenhuma dúvida que um ambiente desconfortável, a falta de explicação para a criança sobre como será realizado o exame – além de outras características do ambiente entorno da criança, – interferem no exame; isto assinala uma contradição cínica na saúde mental.

Dentre estas situações estressoras, as que sinalizamos como as mais medicalizantes são: não se explicar o exame para a criança numa perspectiva em que a criança possa entender, o submetimento do paciente ao tempo indefinido de espera e, por efeito, a irritação e o medo por parte da criança ignoradas sob a exigência do 'deve se comportar'.

Somado a este excesso de punição, correção e mortificação, é fato que poucas crianças terão acesso à possibilidade de vagas numa clínica de tratamentos em que abertura e autonomia sejam condições necessárias; ficando elas restritas à lógica manicomial e mortificante da medicalização. O controle e a tutela são fabricados como desejos, enfraquecem o cuidado que a família poderia exercer sobre a educação e o desenvolvimento de seus filhos. Ao procurar mais controle, e desta forma ser fragilizada, a família é levada a abrir mão dos tratos que ela poderia oferecer e desenvolver com seus filhos; para buscar ajuda num estabelecimento que oferece um projeto de proteção que na verdade é um projeto de punição, de normalização; e que por trabalhar na lógica de ideal normal do desenvolvimento infantil, nunca atingirá uma saúde justa e singular; pois a saúde foi tornada comércio e política de gestão das populações pobres.

Assim, o que sobra é a patologização das crianças, e a nomeação de seus comportamentos indesejados segundo terminologias psiquiátricas. Ocorre, por efeito, que este modo de entender o sofrimento coloca como fragilidades estas expressões diversas do desenvolvimento infantil – agressividade, agitação, desatenção e opositividade – entendendo-as como dependentes de intervenções médicas para vir a assegurar seu futuro – daí a demanda por controle. Sendo estas expressões diversas do desenvolvimento infantil interpretadas como sinais de transtorno mental; a birra, a pirraça, a agressividade, entre outros conflitos da vida infantil, são esvaziados de sua positividade para serem submetidos às práticas medicalizantes. Sendo assim, o argumento que sustenta a procura por controle é a necessidade de realizar prevenção ao transtorno mental. É assim que as discursividades DSM agem para evitar encarar as superfícies sociais que perturbam aos pais e a todos: quem será este negão maior que eu?

De fato, diversas tecnologias de regulamentação estão sendo convocadas para nos impossibilitar a criação de novas maneiras de viver com as diferenças. Não existem mais crianças bagunceiras, agressivas, contestadoras e agitadas, pois estas expressões estão sendo substituídas por diagnósticos acoplados à prática de

normalização. Enquanto militantes da saúde mental, devemos banir da clínica a normalização e a regulação biopolítica, devemos nos abrir para uma experimentação fora da norma.

O que fica no campo da invisibilidade e do descaso é o medo destas mães (e de outros diversos brasileiros), que passarão a temer essa figura do normal que é construída através destes projetos de prevenção. O governo pela esperança é uma forma de 'proteger' o cidadão daquilo que o próprio humano é incapaz de propor, outras relações de contágio e convívio com as diferenças. O medo, por sua vez, é efeito sensível ao modo de governo pela esperança, onde a norma é tanto o mecanismo de ação (regulação, tratamento, determinação dos lugares de vida e morte), como a ideologia que sustenta este projeto de sociedade. A obediência vem, paralelamente, auxiliar a seguir o rumo do projeto; a fim de se assegurar na esperança e nas garantias científicas, o que a medicina pode oferecer. Ocorrem, por efeito, situações de espera indefinidas, silenciamento, desinformação, desespero, insegurança, fragilidade e obediência.

A medicação revela-se como tecnologia capaz de garantir alguma espécie de controle e segurança a estas vidas frágeis que recorrem à busca da medicação como via de segurança; portanto, deve-se obedecer corretamente o que prescrito; e não prescindir de maneira nenhuma destas prescrições. Curiosamente, algumas pessoas apontam que os 'medicamentos não funcionam'; e, do mesmo modo, a corrida pela medicação não pára. É preciso intervir aí, pois o que tem sido produzido enquanto senso comum, é que devemos 'medicar para prevenir'; superando a lógica antiga do 'prevenir é melhor que remediar'.

3EMERGÊNCIAS DO CORREDOR II

Sentado no meio do corredor à esperar, vejo que as mães não culpam a dra pela demora. Elas afirmam que ela “*atendeu muita gente de manhã*”, e que ela tem “*também tem contas para pagar*”. Enquanto isso eu tento criar condições para uma conversa. Me direciono à pessoa à minha esquerda – *está esperando há muito tempo?* – Ela responde, mas se esquivava, troca de lugar em seguida. A pessoa à minha direita conversa mais comigo. Vem para primeira consulta dos filhos gêmeos, que na verdade são filhos de sua irmã que os abandonou e ela acabou por “*pegar para criar*”.

Diz que é difícil conseguir vaga na neurologia, e que “*foi o juiz que mandou*”, porque os meninos-gêmeos “*têm deficiência*” que causa “*dificuldade de aprender*”. Quem lhe informou primeiramente foi a psicóloga do colégio, depois a fonoaudióloga. No entanto ela diz: “*não funciona o remédio*”.

A mãe que trocou de lugar ainda pouco se aproxima e participa dizendo afirmativamente que com o remédio “*fica logo bom*”; contudo, seu filho vem desde 6 anos tomando medicações psiquiátricas, e hoje, com 11, continua a tomar – fico pensando, como pode melhorar se são tantos anos tomando? – A responsável pelos meninos-gêmeos mostra o caderno deles e destaca em especial um, apontando o quanto ele escreve mal, ou melhor, copia mal do quadro para o caderno. Tem letras de quem não está interessado em copiar, visto que não sabe ler o sentido do que copia, e não sabe o nome das cores também. Segundo ela, o menino dono do caderno exposto rivaliza-se com o irmão; e o irmão com ele. Não dividem nada e brigam muito.

Reparei em suas meias e observei que há sim uma rivalidade colocada pela própria família: enquanto um tem a meia do Batman o outro está com a do Super Homem. Ou seria puro acaso?

No caderno dele, que ela insiste em me mostrar, a professora fez várias observações: ela escreve reprimendas por ele pular linha ou por pular folhas; ela escreve “*infelizmente ele brincou e conversou muito e não copiou o dever do quadro*”. A responsável pelas diferenciações, aponta que um deles está com “*a mente indo para o lado do mal*” pelo fato do menino ter jogado um cão no rio.

Ruídos. Um clima tenso no corredor. Eles me inquietam, um tom de dor, de desespero é passado neste som. O corredor está com pouca luz – o dia está nublado – encontro algumas pessoas amedrontadas sobre os bancos. Interfiro nesta cena com minha presença; alguém me oferece um espaço para me sentar, mas eu permaneço de pé.

Os urros são de uma menina de não sei qual idade, que está se debatendo num estado de sofrimento que choca as outras crianças. Ela possui algum tipo de retardo mental. O pai segura sua mão, e ela solta e se bate inúmeras vezes. Tem os braços vermelhos de tantos tapas que se deu. A mãe, que não ligou para minha presença, continuou a falar com outra mulher que, por sua vez, diz ter um menino *“autista, com epilepsia e problemas de comportamento”*.

À família da menina digo que serão prioridades no atendimento. A dra. ainda não havia chegado, mas em instantes ela chega e logo abre a porta e a chama. Neste ínterim, a mãe da menina mostra marcas de ferimento que a filha lhe causou; ouve das outras mulheres: *“que vitoriosa é você, Deus te dê a vitória”*.

A outra mulher, que diz ser mãe do menino autista me diz o nome dele, é VIDA; diz ainda que *“os médicos ajudam... esta semana o Dr. psiquiatra passou mais um remédio”*. Esta criança, como tantas outras, não consegue vaga na psicologia, mas eu sugiro que procure o CAPSI, e ela responde que ele está ingressando na APAE: *“tudo que é de graça, é difícil... se a gente paga, é rápido, mas quem disse que a gente tem dinheiro para pagar toda hora? Ainda bem que os médicos ajudam”*.

Depois que a menina entrou para a sala os berros e ruídos desaparecem. Assim o corredor ganha um silêncio abissal, como se nada falasse, ou como se o mínimo descuido calasse aquelas histórias que passam por ali, tornando-as invisíveis aos olhos de muitos.

* * *

Noutra ocasião, num dia frio, o clima um pouco mais seco nos permite acomodarmo pouco de sol que entra pela única janela do corredor.

Nesta manhã, passei parte dela vagando pela recepção. A rotina de atendimentos na neurologia já estava se encerrando. A recepcionista está enlouquecida atendendo aos mil chamados na recepção. Passados alguns instantes, me sento ao sol sob a janela, de frente para a porta do ECG.

Bem próximo a mim, um jovem impaciente espera por algo... Deitado no banco, entediado, seu boné cai. Estava apoiado no seu rosto, tapando seu olho nariz e boca. Está sozinho. Ele se senta e se deita impacientemente, suspira.

O vento insiste em derrubar o boné do garoto. Ele sorri e mostra seu bigode adolescente que lhe escurece a pele sob o nariz. Depois de me ver fotografar pontos desimportantes das paredes deste prédio, como a letra *P* e o símbolo anarquista, o jovem me olha; cumprimenta-o e ele sorri, vem até a janela e debruça-se, enquanto eu permaneço sentado escrevendo numa prancheta com folhas de papel.

Digo a ele que está frio e que pegar este sol é bom. Ele responde dizendo que está esperando a psicóloga chegar, e que chegou cedo demais porque veio direto da escola. Conta que lá ele pega um pouco de sol e quando a aula acaba cedo eles ficam fazendo dever ao sol. Diz que “*se nós formos embora quando a aula acaba cedo, a diretora briga com a professora*”, e eu confirmo: sim, não falta polícia neste mundo! Ele olha pra minha prancheta onde escrevo com velocidade e frequência em dias de intervenção; esta altura eu já estava há mais de 10 minutos escrevendo loucamente numa beirada de sol.

A conversa segue, e eu me debruço sobre a janela com ele. Enquanto ele me conta coisas sobre sua vida como “*nem sei nada sobre faculdade*”, “*repeti 3 vezes a quinta série, porque eu não conhecia nada aqui, eu vim do Paraná*”. Ele fala, sendo que eu não pergunto, mas algo o deixa aberto a se expressar comigo nesta janela.

Por ser de lá do Paraná e estar chegando aqui, ele repetiu. Seu pai faleceu lá na sua antiga cidade, e nesta época sua mãe já estava separada dele. Teve dois padrastos. O seu pai bebia muito e morreu de complicações. Seu último padrasto não gostava dele, pois ele “*fazia muita bagunça*”; sua mãe se separou e está com outro cara agora.

Para ele, diversas pessoas, tios primas etc., “*estão diferentes*”. Digo: talvez você também esteja diferente. Ele sorri e diz: “*eu puxei meu pai, vou ser igual a ele*”.

Risos tímidos. Sua afirmação é hesitante. Enquanto conversamos, ele pegava pedacinhos de massa que cobriam os velhos buracos das madeiras da janela, girava-os nas pontas dos dedos como se quisesse modelar a aresta, e num gesto desprezioso atirava-o longe com um peteleco. Alguns caíam na rua de baixo, outros se perdiam de vista e uma quantidade indefinida ultrapassa o muro.

Ele falade trabalho, que está interessado em começar a trabalhar, mas teme trabalhar num caixa, pois lá ele encontraria dificuldades com a matemática. Gosta de

carro e gostaria de trabalhar na lanternagem destes, tanto quanto lavar carros e lustrar pneus. Despedimo-nos com um aperto de mão, pois eu estava indo almoçar. Voltaríamos a nos cumprimentar sorridentes pela cidade, em nossas andanças por aí.

Após o almoço, retorno para o mesmo lugar. Agora, uma menina faz ruídos pelos corredores. São, aparentemente, de brincadeira. A esta altura já se formou um grupo de mulheres no corredor. Entre grunhidos, rosnados e sons aleatórios, ela atravessa o corredor para cuspir um chiclete na lixeira perto de mim. Pára e me olha, interrompe seu movimento e, com um olhar desafiador, cospe e põe outro na boca. Faz um som de recusa, como um rosnado, e se vai. Está brincando.

Outra criança explora com passadas largas o espaço. Com chupeta na boca, lenço e sorriso, caminha e olha para a mãe, para mim e para outra menina, se esconde numa dobra do prédio próximo ao banheiro... A mãe da menina que rosna e come chiclete, pede a ela para "*ficar quietinha*" e a coloca sob o braço esquerdo, prendendo-a. Para por um instante. Ali mesmo volta a se mover e a mãe repreende: "*sossega!*". Faz a menina fechar os olhos até ela se aquietar.

Para variar um pouco a rotina das mulheres trazendo crianças ao médico, hoje vejo um pai com seus dois filhos. Estão bem vestidos, usam pequenas jaquetas de couro. As duas crianças dormem no colo do pai.

Enquanto estive próximo à janela, uma destas crianças foi atraída para este lugar, me disse *oi* sem olhar pra mim, olhou o que via da janela e se foi. Todos estranham minha prancheta. Um homem que aguarda com um encaminhamento nas mãos faz uma cara de espanto, e tenta reconhecer o que eu fazia ali: rabiscando uma prancheta e livre pelo corredor.

Durante a espera chegam 4 pessoas e perguntam se a dra. já está atendendo; "*já, mas não começou... ela vai fazer a chamada ainda*". Realmente, as roupas usadas pela dra., o seu jeito esguio e sua forma alongada a fazem parecer uma autêntica professora dos anos 80, semelhante ao *teacher* de *The Wall*, mas isto é uma besteira.

Minha presença faz algumas pessoas se recolherem, falarem pouco, principalmente quando não sabem o que ou quem eu sou.

A menina do chiclete se movimenta muito. Comeu mais doces para poder se levantar e jogar a embalagem no lixo. A mãe oferece um chiclete aos meninos de jaqueta, e o pai dos meninos fala por eles, negando o interesse deles pelo chiclete.

Enquanto levantava a menina dançava. Dançar também parece uma forma de brincar.

Num instante em que eu me distraio, reparo que a dra. abriu a porta e chamou outro nome – sua voz tinha um tom peculiar, buscava ser engraçada... Falou como se fosse um sorteio. Há certo riso em sua voz, uma felicidade, uma pediatria como num filme de Hollywood, um tom peculiar, um tom de tatibitate...

Movo-me para outra ponta do banco, e lá fico próximo de outro homem franzino que acompanha seu filho. Está acompanhado de uma mulher idosa que é sua mãe, e de uma menina que é sua sobrinha. Dizem-me, “*tem demência*” e quem deu o diagnóstico foi a Dra; enquanto o psiquiatra “*descobriu autismo também*”. Este menino é o VIDA; ele já foi mencionado aqui, e sua mãe havia dito que ele é “*autista, com epilepsia e problemas de comportamento*”. Toma 5 remédios 3 vezes ao dia. Também não consegue vaga na psicologia. O pai diz que na recepção quisera marcar para mim (psicólogo); mas não lembravam meu nome, nem sabiam me definir ao certo. De qualquer forma vão ter que esperar. Quando tentava me descrever para a recepcionista, apontava para o corredor – “*aquele que atende ali*” – elas acharam que era na sala 112 – qualquer sala que fica próxima ao corredor.

VIDA fala pouco, só fala com o pai. Pisca muito os olhos e fala bem enrolado. Tem 10 anos e é quase do tamanho do seu pai que é magrinho, enquanto ele é gordinho. O pai diz “*o soco dele derruba*”. São quase do meu tamanho.

Com as mãos e dedos inábeis, com usobruto do tato fino, ele explora o que tem dentro da pasta no colo do pai. Este, por sua vez, não compreende o garoto e tenta interromper delicadamente o menino quando mexia na pasta. VIDA fazia carinho no pai: pousava a mão pesadamente na nuca dele, e o pai tirava. Pisava delicadamente na beirada do sapato do pai, e este a tirava. Antes que ele retire, eu digo: o seu filho gosta de fazer carinho em você... O pai sorri, e diz timidamente que sim.

A criança se volta para a pasta e o pai interrompe novamente. Digo: será que ele não quer me mostrar algo? E VIDA escolheu, por acaso, o exame ECG. Folheio o exame e lhe mostro os gráficos como se fossem desenhos. Ele sorri quase imperceptivelmente, sorri de alguma maneira outra. Ele interage comigo, mostrando que não tem tantas dificuldades para se comunicar assim; exceto se esperarmos dele uma forma já pensada e comum a nós. Contudo, ele depende do corpo do pai para fazer as coisas, como ir ao banheiro e se limpar.

De repente, ele se levanta e senta algumas vezes. Levanta, dá um passo, e senta. Convido-os para sentar ao meu lado e ele continua a fazer o mesmo gesto. O pai logo se muda para o meu lado, deixando um espaço entre mim e ele. A criança hesita. Digo ao pai que se aproxime e ofereça o outro lado a ele. Ansioso o pai não para de chamar o menino. Acalmo o pai dizendo que se ele quiser, ele virá. E acaba vindo.

O que o menino faz é me olhar e estar encostado no pai. Então, levanta-se decidido e diz que quer tomar água. A avó, que já os acompanhava desde que chegaram, responde que eles irão beber quando sair; mas VIDA insiste e está decidido; ele já sabe onde fica o bebedouro, levanta-se e vai. Então o pai levanta-se às pressas, e passa à sua frente dando-lhe a mão. O menino recusa. Tem os olhos fixos no que lhe atrai.

Na volta ele mira um DVD que está na mão da sua avó. Com suas mãos ágeis e inabilidosas ele pega bruscamente o objeto da mão dela. Tira tudo de dentro: um encarte, um disco e a capa. Interagindo na sua velocidade eu mal o acompanho. Mostra-me tudo e com seus gestos robustos, põe tudo de volta. A avó, pergunta e responde a si mesma, pois a velocidade da criança a deixa desconcertada: *“quer que ponha de volta... você já botou do seu jeito, né?”*. Chega a sua vez e eles se vão. Ele se encaminha e olha para trás para ver se a menina que os acompanha entrará também. Ela entra, e logo saem os quatro juntos.

A Dra. sai em seguida, chega no corredor e diz em alto e bom som: *“receita, receita, receita? Quem quer receita?”*, e os que estão ali *só para isso* se movem e entram. Como sabemos, alguns vão somente para renovar as receitas para as crianças, e a naturalização desta prática agrava a demora. Neste contexto, curiosamente, além dos problemas políticos como o empobrecimento do estabelecimento pela falta de investimentos, há um problema ético; que considero ser a dificuldade de ir em direção ao outro, de encontrar-se com a diferença. Tal problema é entrelaçado aos problemas clínicos produzidos através de vetores de normalização pelo uso da medicação¹⁴.

Ao meu lado, um jovem se aproxima dos 15 anos; vestido numa moda atual, com um corte de cabelo interessante, brinco na orelha. Olha-me e eu cumprimento-o

¹⁴Este é um dos limites ético-políticos deste trabalho: nossas análises vão em direção a uma denúncia do contemporâneo. As narrativas críticas são a denúncia: a eugenia e a eficiência nos tratamentos dos transtornos mentais ganham cada vez mais o espaço da liberdade e da criatividade na saúde mental, produzindo cada vez mais uma sociedade de normalização.

com os dedos de paz e amor. Sorri como se nós compartilhássemos dos mesmos segredos da juventude. Eu aqui, com minha enigmática prancheta, desperto sentimentos indefensáveis e sutis? O jovem tira de sua mochila seu caderno sabe-se-lá-do-quê, mostra à mãe, interação entre si, e retorna o olhar para mim; e eu escrevo, escrevo, escrevo, loucamente... É chegado o fim da intervenção de hoje. Estou levantando para ir embora. Minha mão dói um pouco ao final desta escrita e meus olhos ficam marejados. A Dra. fala da sua sala com a porta aberta: *“receita, receita...”*. Uma pessoa sai do consultório e me chama dizendo: *“ei, psiu... Você não é pra receita, não?”*

* * *

Estou sentado diante de uma senhora que trabalha como catadora de lixo. De havaianas brancas e azuis, e roupas velhas, ela conta muito sobre sua vida. Veio acompanhada de um *“menino quieto”*, que não faz uso de nenhum medicamento. A conversa corria entre suas assombrosas histórias de catadora de lixo, suas dificuldades de comer bem, e sobre seu marido e filhas com *“problemas na mente”*.

Dizia-me coisas políticas como: *“Daqui a pouco dá 14h e o dr vai embora... nunca vi dr. ficar até depois da hora”*, ou mesmo sobre o *“restaurante de um real que vai acabar, no Rio já acabou... não tem ninguém que entre na frente”*.

Ela possui uma história pessoal muito sofrida. Que me faz parecer que esta mulher nunca na vida passou por algum tipo de cuidado terapêutico; ao contrário, esteve sempre cuidando de todos: do seu falecido marido, da sua filha deficiente, do seu atual companheiro, que está *“entrevadona cama, cagando e mijando nas calças”*. Ela me consome a escuta, sequer me dá tempo de olhar o relógio para desviar os olhos da sua impaciente figura – se o faço, me chama: *“psiu, psiu...”* e continua a falar.

Em meio a papos como *“enfiar a mão no lixo para ter o que comer”*, ou falar sobre a salsicha que ela come todo dia que *“quase não tem gosto”*; ou ainda, a terrível história do seu falecido filho que *“cagava pela boca, tadinho... não sabia que ele nasceu tapado. O médico não sabia também... tem hora que médico não sabe de nada”*. Das duas horas em que permaneci na fila, ela me tomou a atenção por quase todo o tempo.

Suas histórias são terríveis, os pais e as mães presentes no corredor fazem questão de afastar as crianças do assunto que tínhamos. Ela segue falando: *“não*

quero outro homem pra ficar cuidando não”, pois está cuidando do segundo marido, visto que o primeiro ficou doente e “*sobrou*”pra ela.

No decorrer das imagens que ela foi capaz de criar, ela tinha êxito em detalhar o ato de lavar as calças sujas do seu companheiro, e o quanto ela preferia jogar fora, pois quanto mais ela lavava, mais saía “*aquele mingau amarelo, sabe?*”.

Tudo ia ao seu ritmo triste, até que uma criança com deficiência mental vem para interferir neste cenário. Vem acompanhada de sua mãe, que não permite que ela fique à vontade; mas, apesar disso, ela consegue interromper a senhora catadora de lixo com sua alegria e ousadia. Inquieta, passa para o meu lado do banco, movimenta-se, pergunta, interrompe-me e volta para o lado da mãe.

De repente eu espirro. Rindo, ela debocha fazendo todos rirem deste barulho escandaloso que é o meu espirro. Quebra o clima de tristeza! A mãe me oferece educadamente um papel, e sua filha aponta para a lixeira – insiste em me zoar, e começa a me imitar, fazer um som parecido ao que eu fiz quando espirrei. Faz todos rirem. Ela joga uma revista sobre mim. Trata-se de um exemplar que circula muito por aqui, a revista sobre o programa de TV Show da Fé. Por acaso, logo encontro nestas folhas amassadas, a reportagem sobre um homem catador de lixo que virou empresário de uma multinacional. Por aqui se ofertam muitas falsas esperanças.

A Dra abre a porta e a menina se levanta debochadamente, com certo ar de brincadeira e protesto dizendo: “*Eu, Eu!*” E a mãe a repreende: “*calma, você não sabe esperar não?*”

* * *

Sentado novamente no meio do corredor, me perguntam o que vim fazer: “*você é paciente de quem?*”. Digo que sou psicólogo e ouço: “*tenho horror de psicólogo, porque minha filha não tinha nada, ficava quietinha na creche, e falava pouco com as outras crianças. Aí a professora falou pra levar e quando foi passou a ter dislexia, hiperatividade e desatenção. O médico disse que quando a pessoa vai ao psicólogo aquilo que tava guardado dentro dela vem pra fora*”. Assim ela segue falando e chega até medicalização. Quando eu pergunto se mudou quando ela tomou a medicação, ela me diz que “*sim, só com o remédio, né? Sem ele não fica bem!*” Digo, então não mudou muito não é? Ela percebe a ironia, ri e fica desconcertada. Isto dá visibilidade ao modo como são tratadas as pessoas e os diagnósticos: a artificialidade.

Iracema, a mulher mais próxima de mim, diz que aqui é difícil conseguir psicólogo – outras mulheres concordam – diz que tentou aqui e não conseguiu. A pessoa do parágrafo anterior diz que até no colégio da filha dela não tem mais: *“tinha, mas tiraram depois que a criança especial foi embora e não precisa mais de acompanhamento. Como assim não tem criança especial? E a minha filha? Ela não é especial?”* Novamente irônico, digo: será que precisa ser especial pra ser acompanhado?

O filho de Iracema *“também tem desatenção”*, e ela relata que o problema *“começou cedo, quando ele tinha 6 anos”*. Primeiramente, ela o levou numa outra médica do posto de saúde, que lhe informou que *“ele não precisava ir ao neuro; mas levei e fiz uns exames que não acusaram nada, e o médico disse que o caso dele era TDAH, e passou 5 remédios pra ele”*, completa ela. Pergunto, você deu? – *“dei porque o médico que deu né? Se fosse outra pessoa não daria”*.

O filho de Iracema ficou gago durante a segunda gravidez dela. Aos 7 anos de idade, quando uma menina nasceu, ele não deixava ninguém chegar perto da criança. Ele seguiu indo no *neuro* e no *fono*; foi ao psicólogo também, e este último disse que ele não precisava de remédio. Mas ela seguiu dando, e logo depois tirou ele das consultas com o psicólogo. Hoje ele toma *“Gaba e um outro remédio”*, que ela vai me mostrar quando sair da consulta.

Somos interrompidos por uma senhora, mãe de Jader. Ela faz um monte de perguntas sobre o tempo, e vemos a conversa avançar para ela dizer que tem *“3 filhos especiais”*, que estava vindo do Conselho Tutelar; quando voltou, sua filha disse, e eu ouvi em alto e bom som, *“ué, voltou? Achei que tinha morrido!”*.

Ela foi ao Conselho Tutelar para dizer, antes que a denunciem, que ela *“vai...”* – interrompe a fala para fazer um gesto, como se desse um nó. Pergunto o que é isto e ela diz que dará uma coça neles, já que foi chamada para ir ao Conselho, pois Jader fugiu da escola e fez a *“má criação de mentir para a mãe”*. Parece que ela leva a vida como se vivesse numa construção subjetiva punitiva, em que ela vai à procura da vigilância antes mesmo que esta venha até sua casa.

Jader perguntou a minha idade e assim investigou a razão de estar ali, não sabia se era para a neuropediatra... Depois, com a resposta em mãos, segue conversando conosco, e sua mãe me pergunta se eu minto para minha mãe. Rindo, respondo que não, mas também não deixo ela ficar sabendo de tudo, afinal eu tenho minha vida. Desconcertada, ela diz que neste caso sim, eu posso fazer isso, pois eu

tenho minha vida, mas Jader não – “*é uma criança especial e deve ficar com a mãe*”. Todos riram neste trecho da conversa, inclusive Jader. Então eu passo a bola para Iracema, que não participa da brincadeira e se esconde.

Volto atenção para o centro e mantenho a conversa. A mãe de Jader diz que vai ao conselho na verdade pedir ajuda; porque não sabe o que fazer com eles; são muito “*levados e desobedientes*”. Eu ofereço minha prancheta para Jader desenhar o que quiser. Ele topa e me pede uma régua, digo que não tenho e ele arruma uma na recepção. Mal inicia e a dra. chama sua mãe e sua irmã para entrar– ele olha e eu permito ele entrar e desenhar. Ele sai antes e me entrega o seu desenho; fez um vulcão todo linearizado com traços de régua, exceto pela lava. Surpreso, eu lhe pergunto o que ele escuta no seu fone de ouvido, e com um gorro maroto na cabeça, responde sugando as melecas que lhe escorrem do nariz: “*rap!*”

Sua mãe sai um tempo depois e vai direto à recepção pedir para pôr o nome dos filhos na lista de espera para o setor de psicologia. E quando saem despedem-se de mim: “*tchau, psicólogo*”. Ele se despede dizendo meu nome.

Iracema também foi à recepção após sair da consulta do seu filho; mas, ao contrário, não se despede de mim. Lembro de, em alguns momentos, vê-la muito comovida pelo aspecto de nossa conversa. Seu filho, Kalu, esteve internado recentemente com dores abdominais e ficou sob a suspeita de inflamação no apêndice, mas esta hipótese foi descartada e ele liberado após 3 dias. Ela me diz que há suspeita de que as causas das dores pudessem ser decorrentes das cápsulas das pílulas que ele toma. Sendo coloridas, disseram, podem estar causando alergia.

Aproveito a deixa para informar a ela que isto poderia ser um indicativo de que ela deveria rever as medicações junto à médica, já que ele nunca teve um diagnóstico. Insiste na hipótese de um problema de estômago, pois ele tem “*problemas de digestão*”, e ainda observo que “*após comer ele arrota muito*”. Talvez seja à hora dela explorar este assunto com a Dra.; já que, afinal, seu filho continuará tomando remédios. Até quando? Até a faculdade?

Iracema responde para baixo um “*é...*”, mas não confirma nada. Ela não voltou para falar comigo, pois talvez nós tenhamos tocado num ponto delicado que é o apelo que ela tem por proteção ao filho, que é quase sempre medicamentosa.

Kalu ficou o tempo inteiro jogando no celular, trocando de aplicativo 3 ou 4 vezes. Ele era a 9ª pessoa marcada para a agenda da Dra. Foi o penúltimo a ser

atendido. Iracema, já incomodada, dizia que achava injusto o fato das pessoas poderem vir buscar receita e entrarem antes dos que estão marcados.

Neste momento chega uma pessoa nesta mesma função, e pergunta para a 10ª pessoa se ela poderia entrar antes rapidamente. Iracema diz: “*olha aí...*”, e prossegue “*cada um tem suas consultas! Esses dias, uma criança especial quase quebrou tudo. Ela queria, mas não deixaram... essa dra que é culpada disso, porque ela atende todo mundo e fica essa demora. As pessoas deviam saber...*” Digo: mas você pode se manifestar também. Ela responde: “*é...*”. E nós, ficamos sem saber o que “*é...*”.

3.1 A pró-cura das crianças

Ao buscar tornar possível uma clínica de desmedicalização através das experimentações neste corredor, encaramos a necessidade de empreender novas experiências mais coletivas, pois entendemos que o isolamento das pessoas no corredor, a falta de comunicação entre os clínicos, são efeitos das biopolíticas que constituem esse campo. Ficamos muito solitários. Não era claro o que então na época estava se produzido em termo de coletivização de força políticas de crítica e protesto quando ao abuso de medicamentos em crianças e adolescentes. No entanto, fica evidente a emergência de uma prática capaz de ser desmedicalizante, isto é, capaz de pensar fora da interpretação normativa e patologizante do sofrimento; capaz de mirar a possibilidade de gestões coletivas da medicação, e também realizar denúncia quando as práticas de cuidado do uso abusivo de medicamentos psiquiátricos.

Diante da impossibilidade imposta à vida nesta instituição, a saber, que sempre nos é imposta uma relação individual com o espaço, percebemos a necessidade de novas relações mais territoriais com a criança; para, a partir disso, formular uma clínica. Este avizinhamo com a criança deriva da tentativa de Deligny (2015) em Cevennas, que no interior da França, criou espaços para vida em comum – “espaços para viver” com crianças autistas. Ali a convivência ocorria de modo a não ser regulado por nenhuma norma de ordem médica, e também por nenhum tipo de especialidade em saúde mental ou pedagogia. Os adultos encarregados de conviver e acompanhar as crianças não possuíam nenhum tipo de formação específica nestas áreas e eram todos desempregados das indústrias locais, falidas depois da Segunda Guerra Mundial.

Deligny (2015) propunha aos convocados para esta tarefa, simplesmente, uma relação de vizinhança com a criança; eles deviam levar as crianças consigo durante as atividades locais de trabalho (carpintaria, cozinha, limpezas, etc). Ao invés de empreender sobre elas relações supostamente terapêuticas ou pedagógicas, era proposto somente um deixar-se ser acompanhado por elas. Do mesmo modo, ao tecer¹⁵ estes modos de vidas coletivos nesta rede com crianças autistas, era solicitada aos adultos a confecção de mapas dos trajetos cotidianos; ao final de cada dia, os trabalhadores tinham a tarefa de traçar num papel os trajetos feitos por eles ao longo do dia e, do mesmo modo, traçar no mapa aquilo que foi feito pela criança durante as tarefas feitas pelos adultos.

Sabemos que crianças consideradas autistas são entendidas como pessoas que recusam relações visuais e linguageiras com os outros. Tal fato desperta insidiosamente o desespero do não reconhecimento para o homem-que-somos. Deligny (2015), por sua vez, tinha como mestre, uma criança autista chamada por ele de Jammarié; pessoa que se aproximara dele através dos encaminhamentos feitos por Maud Mannoni. O autor (2015) chega a considerar esta criança um dos seus maiores mestres, por enxergar nela um modo de viver em rede, que enxergava um humano perdido nos escombros das guerras do século XX.

Sendo assim, a tarefa da confecção dos mapas, é posta de modo a fazer com que os adultos demonstrem os percursos cotidianos e, por conseguinte, os percursos traçados pelas próprias crianças que desfrutavam deste avizinhamento. Eram produzidos sobre um papel de fina espessura o traço dos trajetos cotidianos, suas intensidades suas interrupções, suas insistências e suas errâncias. Havia linhas que eram consideradas costumeiras, que demonstravam o percurso realizado cotidianamente. Estas linhas produziam mapas, e cada mapa era datado e legendado. Posteriormente, eram sobrepostos a fim de encontrar desvios no percurso repetitivo e costumeiros. Os desvios que apareciam eram chamados de linhas de errância, e estas linhas mostravam a presença de um agir diferente do que se espera de um autista. Quando se esperava que o autista fosse uma criança vazia, Deligny (2015) propõe então que estes desvios são a evidência da presença, da vivacidade e da capacidade de viver em rede própria das crianças autistas e, por conseguinte, a própria capacidade de resistir.

¹⁵ Tecer e traçar são conceitos na obra de Deligny (2015) que estão amplamente relacionados ao modo de viver em rede. Tal elaboração remete ao já apresentado conceito aracniano.

Ao recusar durante toda a vida o título de clínico e educador, e ao recusar o autismo como uma categoria psicopatológica fadada ao isolamento e à morte; Deligny (2015) coloca o autismo numa relação positiva para com o mundo: elessão refratários ao homem-que-somos, ao homenzinho, ao ser consciente de ser – expressões usadas ao longo do texto *O aracniano* –; assim podem sim tecer outros modos de vida diferentes daqueles que são idealizados e recomendados para eles. Sendo assim, o autor vai além de uma crítica à psiquiatria, e avança para produção de uma crítica à cultura hegemônica, que, a partir dos ensinamentos de Lacan (1932 – 1981), instituíam o simbólico¹⁶ e a linguagem como a parte mais importante para constituição do homem e da civilização. Em contraposição a esta diretriz, Deligny (2015) propõe que o que nos faz humano é a capacidade de fazer rede, e não especificamente a capacidade de falar.

Ler a obra deste autor para mim é de grande importância; e recebi influência dela para a criação destas intervenções neste corredor. Convergimos naquilo que é de intensidade; força crítica para arrancar a clínica dos regimes normativos e, do mesmo modo, colocar-nos numa posição clínica capaz de acolher situações limites no âmbito da saúde mental – como exemplo, a medicação.

Sendo assim, aquilo que designamos como avizinhamo, significa estar atento aos trajetos das crianças. De modo mais sistemático, posso dizer que, enquanto estive atento ao traçar e aos rastros dos trajetos das crianças, estive também acolhendo e promovendo diálogo entre as mães e os familiares. Esta experiência de corredor deu indícios de uma prática clínica que aqui teve apenas tempo de esboçar os primeiros passos. Contudo, sua fundamentação segundo as teses de Deligny (2015), não caberia num único capítulo; devido à complexidade dos elementos a serem debatidos. Esta obra nos auxilia a pensar uma clínica de micro encontros no corredor, atentos aos mínimos gestos das crianças.

Restringirei à análise destas Emergências II pequena temporada de intervenção; analisando as possibilidades de avanço na elaboração de uma clínica desmedicalização. Perguntamos: a experiência relatada abaixo é esboço de tal clínica? É possível formulá-la a partir de micro encontros e mínimos gestos?

¹⁶ A obra de Lacan é marcada pela transmissão da psicanálise através da tríada do Simbólico, Imaginário e Real. Contudo, o próprio psicanalista não se restringe à ideia de que o simbólico é prioritariamente o mais importante para o humano. Ele avança na direção de considerar que o Real é aquilo que do mundo e no mundo, deixa a humanidade sempre diante de algo indecifrável (CESAROTO & LEITE, 1984). Seria preciso estabelecer as relações entre os conceitos de humano em Deligny, e Real em Lacan.

Especialmente nos equipamentos ambulatoriais temos um funcionamento e uma arquitetura de efeito medicalizante. Caberá a nós compreender e formular que os trajetos empreendidos no corredor são uma modalidade de resistência e de furo nas instituições em jogo. Caberá a nós dizer da importância da abertura destes equipamentos para relações com o fora, com a ética do cuidado, e com a importância da criação de espaços de convívio e contágio coletivo; de brincadeiras nas zonas de indeterminação, ao invés de corredores.

Ao final deste capítulo, tentaremos retomar a possibilidade de dizer desta experiência clínica, e dos supostos gestos brincantes assim como as resistências.

Para além dos consultórios ambulatoriais, para além do senso comum de clínica individual, para além do eminente individualismo pelo familiarismo, faremos vôos mais coletivos: o que pode esta experiência? Desde já podemos dizer que mapear os trajetos das crianças pelo espaço nos levou a criar a possibilidade de modificar o funcionamento dos ambulatorios; criando espaços para infância, e, do mesmo modo, levou-nos à crítica das discursividades DSM, como forma de violência institucional – projetos doença com finalidade de calar sofrimentos sociais, além de esvaziar a clínica psiquiátrica de responsabilidades quanto aos sócio-diagnósticos da exclusão social.

Tal prática nos levou também a dar visibilidade aos estados de sofrimento subjetivos, e, por conseguinte, aos modos de resistência. Optamos por um agenciamento janela, ao invés de uma interpelação de uma vida através do biopoder. Buscamos fazer falhar a prisão dos consultórios de saúde mental, e a tradição dos velhos bancos das unidades de saúde mental, através da simples produção de espaços em comum.

Criar uma clínica desta maneira, é formular a possibilidade de intervenção, de cuidado e de terapêuticas, que façam falhar os dispositivos prisões: a medicalização é só um dos modos de individuação no contemporâneo. Interessante notar aqui que esta intervenção é feita pelo espaço, através do uso do mesmo.

Mais do que atravessar este corredor, fomos atravessados por ele. Digamos que este é apenas um dos diversos corredores da saúde mental no Brasil. Eles existem entre projetos psicossociais e também ainda nos modelos ambulatoriais. Não é uma questão de corredor; é uma questão de atenção aos processos minoritários, questão de massificação subjetiva. Toda herança dos ambulatorios deve ser transformada criativamente, e este é um primeiro passo em formalização de uma

clínica desmedicalizante, que deve reforçar as prerrogativas da atenção psicossocial e da lei 10.216, de 6 de abril de 2001.

Tal exercício é o princípio da formulação de uma clínica que fica entre a crítica e a clínica. Uma crítica aos processos de normalização diz muito das normas que constroem nossas psicopatologias e nossos projetos terapêuticos. Mais do que a medicalização enquanto efeito do capitalismo, e das associações da indústria farmacêutica com uma psiquiatria; buscamos desnaturalizar os modos hegemônicos de fazer clínica através da primazia da palavra. Talvez esta seja uma maneira de desarmar o regime e a operatividade do conceito de norma.

Segundo Canguilhem (1982) o sofrimento antecede *a regulação* pelo conhecimento; e a clínica da qual falamos, deve ocupar-se do interstício entre um e outro: entre o desmonte de projetos de medicalização e silenciamento de sofrimentos sociais, e a produção de uma clínica dos espaços institucionais.

Uma clínica sensível ao espaço pode produzir o singular, e entendemos que esta é uma clínica ético-política que vai em direção ao outro. Nossas inspirações no momento são as experiências de Fernand Deligny e a tentativa de Cevennas. Contudo, existem outras que nos interessam; por exemplo, o instituto criado em 1969, por Maud Mannoni. Contemporânea do Fernand Deligny, a psicanalista francesa criou uma instituição chamada Escola Experimental de Bonneuil-sur-Marne, que também tinha a finalidade de ser um lugar para acolhimento de crianças psiquiatrizadas (ALVES NETO, 2012). A experiência assemelha-se também a contemporânea pesquisa sobre Gestão Autônoma da Medicação; desenvolvida na UFF e em outras universidades do Brasil e do Canadá, essas pesquisas tem a finalidade enfrentar os desafios do uso de medicações psiquiátricas através da co-gestão.

Longe de pretender esgotar aqui os assuntos que emergem. Ao contrário, o que fazemos é somente o início de uma aposta clínico-ético-política, que se conecta com superfícies reais, com o comum, expandindo-se aos diversos campos de intercessão possível. As prerrogativas científicas que pretendem esgotar os assuntos nos levam antes à catalogação de suposições – levam-nos ao engano. A briga com o DSM não é por uma verdade mais científica sobre a clínica; não se trata de uma disputa por poder, mas sim por sentido da clínica. Trata-se de uma briga ética!

O próprio projeto DSM culminou na noção de normalopatia – espécie de exagero contemporâneo pela busca à normalidade; uma substituição do humano pelo homem! E este homem é subtendido enquanto imagem de um homem ideal: normal ocidental, branco, heterossexual... Ao clínico, interessa a abertura em direção ao fora dessa manicomização pelo normal.

Não nos interessa a catalogação dos agenciamentos que constituem uma subjetividade patologizável. Buscamos prescindir da linguagem científica, isto é, prescindir da norma que rege tanto a clínica e o discurso da psicopatologia, quanto a vidagovernada pela biopolítica. Recorremos à poética, no lugar das nomações-quantitativas dos sofrimentos que cada vez mais busca regular, normalizar e aprisionar. Nossa prática passa antes por uma experiência de convívio com o anômalo, passa pelo sentido dos afetos em nós.

Assim, há que se deixar claro quais são os afetos experimentados neste percurso de intervenções no corredor, e como utilizá-los na criação de uma clínica desmedicalizante.

3.2 Novos contornos para Hiperatividade, Déficit de atenção, Opositividade e Agressividade

Digamos que não somente as crianças supostamente TDAHs são atravessados pelos fenômenos da desatenção e da agitação. A produção, por exemplo, da ansiedade na atualidade, captura também os afetos da agitação/desatenção. Está havendo uma produção em massa dessa desatenção; do mesmo modo, uma malha de captura e coleta estes sinais de sintoma e os aponta sempre para um lugar psicopatológico do cotidiano. Chamamos esta malha de discursividade DSM.

No intuito de dar novos contornos não patologizantes a estes afetos da agressividade, agitação/hiperatividade, desatenção/déficit e opositividade/desafiador, nos encarregaremos de iniciar uma discussão sobre estes supostos sintomas, assinalando para eles um novo lugar. Buscamos possibilitar assim uma problematização do campo e afirmando um uso errante destes mesmos afetos; faremos destes uma ferramenta para criação de uma clínica de desmedicalização.

Assim, devemos analisar dois dos transtornos mentais mais atuais: o TDAH e o TOD. Estes são os transtornos mais falados no corredor e dos mais diagnosticados

na atualidade. Seguiremos agora uma análise dos afetos da (des)atenção, agitação, opositividade e agressividade.

Neste sentido, assinalamos para um novo tipo de atenção que é comum às crianças (possivelmente diagnosticadas com TDAH) e àqueles que; no exercício de uma pesquisa cartográfica, encontram similaridade – entre a “desatenção” e outro modo de estar no espaço. Apontamos para o texto de Virginia Kastrup – O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, publicado em *Pistas para o Método da Cartografia* (2015).

Segundo a autora, há uma gama de variedades e possibilidades de atenção, dentre as quais o “reconhecimento atento”, “flutuação involuntária”, “concentração desfocada”, “focalização dispersa” (p. 33) que são utilizadas em pesquisa de caráter cartográfico. Elaborar tais novos usos da atenção é tarefa que deve ser feito no campo de pesquisa em saúde mental; especialmente naqueles campos que trabalham diretamente no convívio e no cuidado de crianças e adolescentes. Apostamos que um trabalho neste sentido pode produzir novas modalidades de práticas de cuidado.

A agitação é comumente apontada como sinal de improdutividade, e podemos encontrar facilmente esta subjetivação na discursividade DSM. Há um consenso sobre a agitação e da desatenção como sintomas improdutivos, principalmente no campo escolar. Mas, na circunstância de intervir e transformar um ambulatório, afirmamos que o afeto da agitação e da desatenção é útil; a agitação pode ser transformada em insurgência; assim como a desatenção pode se transformar em vagar. Ambas são positivamente que nos auxiliam na produção de um campo de pesquisa. Porém o afeto visto dessa forma possui uma difícil nomeação – não é um agir com propósito, como se fosse “agir para”, mas sim agir no infinito.

Olgevie (2015), no posfácio da obra de Deligny (2015) fala dos gestos das crianças se enroscando em meio às nossas pernas, naquele momento em que estamos em pleno mundo “normal”, repleto de tarefas e afazeres. Este afeto agitação é antes uma indefinição de todo ‘para’, de todo ‘fazer’; deste modo, ele pode ser “agitação desprovida de sentido”; que situamos negativamente, como “não situável, inutilizável” (OLGEVIE, 2015, p.274).

Quando pensamos desta forma, estamos pondo abaixo toda possibilidade de um novo modo de convívio. Acolher tais agires é uma tarefa de todo aquele que trabalha próximo à crianças e adolescentes. O que tem sido feito é, propriamente, o

contrário: chamamos o médico de cabeça enquanto metáfora do poder de normalização. É óbvio, que quanto mais poder quisermos, mais sufocamos a vida.

Ter novas relações com o espaço e com a agitação é poder criar novas circunstâncias onde a vida possa proliferar. A medicalização dos agires indefinidos e inapropriados é a mortificação da vida que estamos evitando encarar. É bem possível que o cultivo da (des)atenção no âmbito escolar, produza inúmeras circunstâncias para novas gestões do espaço escolar; além de possibilitar a transformação do ensino, evitando medicalizações desnecessárias.

Nesta pesquisa, a “agitação desprovida de sentido”, permitiu tanto o exercício de pesquisa quanto o ensaio de uma clínica de desmedicalização. Não se trata de criar um mundo pra as crianças e adolescentes, mas “encontrar com eles de modo distinto, noutra lugar, por desvios” (OLGEVIE, 2015, p.275)

A agitação pode, em dadas ocasiões, se tornar vagar. Noutras ocasiões pode ser o esboço de uma insurgência. Portanto, positivar aquilo que é tido como negativo no regime da norma, é cultivar a potência de agir¹⁷.

Do mesmo modo, a desobediência, que é uma das queixas mais comuns sobre a infância no contemporâneo, deve ser lida aqui como um sinal de positividade. Ela serve como sinal de afirmação de uma prática de vida e de cuidado num espaço duro; onde é preciso tornar este espaço poroso, abrir brechas no controle, na regulação, e na normalização da vida. Para liberar as práticas *psis* da norma; para tornar possível o cuidado com a diferença; para liberar o agir; para desmontar as instituições medicalizantes e os manicômios mentais; é preciso passar por um lugar de afirmação crítica e sustentar uma força de oposição aos modos hegemônicos de fazer clínica; é preciso um grau deste afeto. Possibilitar novos movimentos, iniciativas de fuga, só é possível através de uma “potência de ruptura” (OLGEVIE, 2015, p.285). Tal afeto é também possível de ser utilizado na produção de alegrias, que se opõe toda letargia, ao tédio e ao autoritarismo cotidiano.

No que diz respeito a agressividade, Winnicott (1999) avançou muito ao situar a agressividade em crianças como algo mais complexo do que simples insatisfações e conflitos entre representações paternas e maternas inconscientes. Para o autor,

¹⁷ Deligny se esforçou com êxito para desviar verbo “agir” do seu uso casual. Ele o coloca no infinitivo, a fim de fazer uma profunda oposição ao “fazer”, atribuído ao homem-que-somos, repleto de “projetos pensados” de governo e gestão das pessoas e dos objetos. O agir, ao contrário, designa uma intensidade do humano, “presença pura” do autista com suas atividades não situáveis, sem objeto e finalidade. Na obra do autor tal conceito possui profundo significado. (OLGEVIE, 2015, p.274)

“no bebê existe amor e ódio, com plena intensidade com plena intensidade humana” (p.93), de modo a fazer notar que um pequeno bebê, ao se amamentar, investe tanta agressividade na sua satisfação que é capaz de abrir pequenas gretas no mamilo de sua mãe (p.96); do mesmo modo, pode, noutra ocasião, transformar este gesto um novo investimento afetivo de proteção ao ser amado, optando por morder objetos que não sentem dor (p.97).

Para Winnicott(1999), a emergência de um tema como a agressividade, requer um esforço de defesa para adultos; adiando a difícil tarefa de compreender que no humano co-existem os afetos da agressividade, do amor e do ódio. A forma do adulto se defender da agressividade infantil – como a ameaça de ‘queimar a casa’ ou ‘matar aos pais’ – requer que o adulto se paralise sob a premissa de que a criança está querendo chamar atenção para si, ou que ela deve aprender como se comportar.

Mas, segundo autor (1999), esta é uma teoria inválida, e “nenhuma teoria válida sobre agressividade infantil poderá ser construída a partir de premissa tão falsa” (p.90). No entanto o senso comum faz se forma a tomar uma simples solução – reprimir a criança encolerizada ou calar sua fúria, submetendo-a a castigos e punições. Winnicott (1999) propõe:

é evidentemente importante para a criança em desenvolvimento que ela tenha se encolerizado com frequência numa idade em que não precisa sentir remorso. Encolerizar-se pela primeira vez aos 18 meses deve ser verdadeiramente aterrador para a criança. [...] o bebê tem uma grande capacidade para a destruição, não é menos verdadeiro que ele também tem uma grande capacidade de proteger o que ama de sua própria destrutividade, e a principal destruição existe sempre, necessariamente em sua fantasia (WINNICOTT, 1999, p.98).

Contudo, o autor coloca como única saída para a agressividade, “sempre, necessariamente” a fantasia. Desta forma, ele separa entre uma fantasia inconsciente constituinte do psíquico, e outra fantasia passível de tornar-se dramatização. O próprio autor reconhece a limitação desta consideração (p.93). Gostaria de poder avançar nesta questão, apontando um conteúdo político neste afeto agressividade, indo mais além do encerramento do problema na fantasia inconsciente – um inconsciente que protesta.

Consideramos que a fantasia como único modo de análise da agressividade em crianças, restringe a infância ao mundo familiar. Buscamos aqui desviar o afeto para uma experiência não privada; mais voltada para o público, para os meios onde

a vida prolifera. Por isso mesmo, convocamos para este diálogo o texto de Deligny (2015) intitulado *O agir e o agido*, de 1978, onde o autor apresenta o agir como uma violação (p.137).

Entendemos por iniciativa, que a agressividade em análise teria uma progressão contingente, onde agressividade pode se transformar em raiva (ou ódio), em atos de agressões, e em violência deliberada. Deligny (2015) por sua vez, tece uma linha entorno do sentido de “violência”; e se dedica a problematizar os sentidos de violação e violar. Seguindo o autor, propomos uma análise da violação como um dos tempos do afeto da agressividade.

Se violar possui para Deligny (2015) o sentido de infringir – onde “é defeito original dos agires de iniciativa não respeitar o pacto do concertado” (p.143) –; para nós, violar remete-nos a transgredir, não limitando esta palavra aos atos dos insurgentes e revolucionários, mas estendendo-as às crianças que também protestas e resistem. Entendemos, portanto, os graus de agressividade passiva ou os modos de agressão ativa, como forças de vida que buscam resistir; protestos que denunciam o mundo opressor no em torno da infância – as crianças resistem em defesa da vida, da própria infância.

o efeito desse protesto é um grito que condena a tristeza. Que condena a tristeza imposta à criança pelo exercício de um poder paterno. Denuncia a tristeza imposta à criança pelas manifestações de uma decante vontade de poder. Essa vontade de poder separa o corpo infantil de sua potência vital, ameaçando aniquilar o futuro ao mesmo tempo em que aniquila o que seu corpo pode no presente (ORLANDI, 2010, p.62).

Este protesto não se restringe ao meio familiar – ao pai, ou à autoridade familiar sobre a criança. Para nós, agressividade é um protesto ativo diante do mundo que condena a infância à mortificação. É um grito de vida! Um grito contra o poder que busca ordenar a vida a partir do governo da infância.

Voltamos a convergir com Winnicott (1999), diante de uma crítica ao modo como a vida adulta acostumou-se a “tratar” as crianças. O autor (IBDEM) propõe, a meu ver, uma política de cuidado, no lugar de uma política de ordem, de castigos e de regulação. Estimamos a possibilidade de uma vida ser menos regulada e mais livre:

É tarefa de pais e professores cuidar para que as crianças nunca se vejam diante de uma autoridade tão fraca a ponto de ficarem livres de qualquer controle ou, por medo, assumirem elas próprias a autoridade. A assunção de autoridade provocada por ansiedade significa ditadura, e aqueles que tiveram a experiência de deixar as crianças controlarem seus próprios destinos sabem que o adulto tranqüilo é menos cruel, enquanto autoridade,

do que uma criança poderá se tornar se for sobrecarregada com responsabilidades (WINNICOTT, 1999, p. 101).

Sendo assim, a agitação, a (des)atenção, a opositividade e agressividade, são afetos que nos atravessam. Fazemos uso de uma atenção flutuante, de uma agitação indefinida, de uma opositividade seletiva; de uma agressividade violante; buscamos desmontar os diagnósticos-DSM comumente aplicado às crianças ditas TDAH e TOD; e também tentamos desmontar ambulatórios de efeitos medicalizantes.

Os desvios dos termos do DSM são justificáveis de modo que não percamos de vista a tônica do contemporâneo: a produção de categorias diagnósticas cada vez mais inespecíficas, e silenciosamente destinadas à neutralizar insurgências da infância.

Sabemos que as categorias diagnósticas dos sintomas hipercinéticos surgiram no DSM ao final dos anos 60(DUNKER, 2014); bem quando o mundo estava em pleno calor das insurreições jovens da Contracultura que resultaram no movimento de Maio de 68; na resistência à guerra do Vietnã; no ápice da emblemática banda The Beatles; no Woodstock, entre outros movimentos realizados com a força da juventude.

Analisar, produzir outro sentido para o afeto, recolocá-los no campo da saúde mental é uma arte; não no sentido estético do termo, mas no sentido de uma travessura, de modo a jogar com os termos, e com os poderes, a fim de produzir resistências. É, portanto, uma estratégia diante do governo da vida. É inspirado nestes afetos desterritorializantes que construiremos uma clínica capaz de lidar com o problema das discursividades-DSM. Não se trata de uma semelhança às crianças e aos adolescentes, mas uma aliança política aos afetos e insurgências da infância.

3.3 Ouvir entre a crítica e a clínica: outras necessidades de cuidado

Em se tratando das questões ouvidas no corredor, consideramos que a demanda para o médico de cabeça nos revela um pedido de ajuda: apelo por cuidado, mas que, por diversas forças, acaba sendo esmagado pelas forças que estão em jogo. Existem diversos modos de ignorar tais pedidos, assim como diversas forças para silenciá-los. Contudo, uma destas forças de mortificação ganha destaque pela sua contemporaneidade: é a precarização e o descaso com a

especificidade da população. Sendo assim, devemos colocar duas novas diretrizes para a transformação dos ambulatorios em direção à política de atenção psicossocial no Brasil. Tais diretrizes são a necessidade de práticas desmedicalizantes, e a necessidade de criação de espaços para a infância. Consideramos desde já, que estes apontamentos são pressupostos básicos para o combate da medicalização e psiquiatrização da infância na saúde mental brasileira.

Postulamos a necessidade de se criar uma clínica capaz de possibilitar tais transformações, e optamos por criar tal dispositivo através do avizinhamo com a criança *disorder*: segui-la numa experimentação criativa nos espaços institucionais; criar condições de abertura de espaços fechados; dialogar com o manejo do tempo de espera para consulta; dedicar atenção aos esclarecimentos sobre uso da medicação; criar espaços de brincadeira...

Na análise da demanda familiar, entendemos que há uma iniciativa vital em direção ao cuidado e devem ser ouvidas: elas não procuram ali a mortificação das crianças através do uso da medicação. Ao contrário, elas pró-curam por ajuda; são apelos por escuta; busca por clareza para o medo do futuro da criança; compreensão básica sobre o transtorno mental. Se estes aspectos da demanda não ficarem claros para os trabalhadores, não será possível se produzir uma relação de cuidado e subversão da demanda por medicalização.

A respeito do sentido desta “ajuda”, retomamos aqui a noção de procura/pró-cura como um movimento da vida.

Notamos que há um forte medo produzido nas circunstâncias em que a ajuda da saúde mental é solicitada. A questão que chega ao ambulatorio deve ser acolhida e problematizada. Porém, é o modo como tem sido ‘tratada’ a demanda para a neurologia infantil que deve ser cuidada – a demanda não deve ser simplesmente atendida. Neste caso, não é somente o quadro sintomático da criança que interessa à saúde mental; existe uma parte legítima nesta demanda, e enquanto clínicos, devemos estar atentos para ouvi-la, problematizá-la e, do mesmo modo, criar condições de cuidado – livre da norma médica e da ordem biopolítica.

Definimos então, que um trabalho com a demanda para a neurologia infantil em saúde mental deve trabalhar em duas frentes: uma primeira no acolhimento e na escuta da demanda; e num segundo momento, a problematização, a construção conjunta com a criança e os familiares, e também a criação de condições de autonomia e autogestão da medicação.

Não se trata de constituir uma clínica que faça a nós, os homenzinhos, tratar, acolher, compreender; ajudare praticar tantos outros infinitivos benevolentes. Trata-se antes de possibilitar ao outro e a nós mesmos um desvio da norma; trata-se de criar condições para proliferação de outras modalidades de cuidado para além de norma.

3.4 Que outras políticas e clínicas são possíveis?

Com Flávia Fernando Silva (2014), entendemos por Resistência Brincante uma maneira de “resistir afirmando o brincar” (p.122). Isto nos faz entender o brincar das crianças no espaço institucional, como uma possibilidade de resistência. Também entendemos que isto só é possível se privilegiarmos em nossa narrativa, a intervenção na “perspectiva da criança” (p.118), isto é, dialogando com as forças da infância.

Neste caso, a resistência brincante serviria tanto para a criança resistir aos jogos de força, como também para o clínico, na sua criação de espaços de infância em estabelecimentos de saúde mental. Sendo assim, numa perspectiva brincante, é importante tratar os espaços institucionais para proliferar resistências de todo tipo. Para resistir à intempestividade de nosso tempo, aos imperativos da crise na saúde pública brasileira; e também resistir às exigências de cura e prevenção; nós somos convocados à experimentação do devir-criança: deixar a infância, “habitar uma zona de vizinhança” (SILVA, 2014, p.118).

A autora (IBDEM) nos aponta para uma nova possibilidade de clínica e de política pública, quando deixamos a câmera nas mãos das crianças – o que vemos a partir das experiências num CAPSI do Rio de Janeiro, a pesquisadora se defronta com a procura de uma família ao serviço de saúde mental em que a demanda buscava tratar de um menino que irrompia em gestos de agressividade, usando de palavrões e ameaças destrutivas como recurso mágico para sua expressão. Diante da fragilidade da família, crescia o lado mais amedrontado e frágil do menino. A família, por sua vez, deseja adotar o menino, e o levava até o referido serviço insistindo em mostrar um vídeo da cena de agressividade da criança. Desconcertada, Silva (IBDEM) pergunta à família: como seria se a câmera estivesse na mão do menino?

Num outro momento, quando retornam ao CAPSI, o menino vem na frente com o celular na mão. A família, o seguindo e sorrindo, fala que é bem diferente

quando a câmera está na mão dele. Sendo assim, uma nova perspectiva de mundo abre-nos para uma dimensão clínica-política mais brincante. Entendemos que uma perspectiva brincante é feita de trajetos; jogos com linhas e barbantes; criatividade na possibilidade de traçar mapas e trajetos; em deixá-la agir; em se abrir e abrir as instituições para a dimensão da criança:

Resistir afirmando o brincar, a construção conjunta, o vínculo, a aposta na potência do outro e da relação. As instituições não como lugares de encarceramento, mas eventualmente como lugares de ancoragem na travessia. Luta e brinquedo, uma resistência brincante (SILVA, 2014, p.122).

Desta forma, recolocamos a pergunta: “qual clínica ou, indo mais longe, qual política pública poderíamos construir a partir da perspectiva da criança?” (SILVA, 2014, p.118). O que é possível ser feito quando nos avizinhamos às crianças, com a loucura e com o inconcebível da existência humana? Observar o traçar de linhas e errâncias no corredor, nos revela a intensidade de um fazer criativo, que se opõe à espera, e ao tédio de uma esperança pela normalidade, idealizada e mercantilizada. Que mundo seria apresentado através da câmera na mão de uma criança? Talvez ela nos mostre que “não há outro mundo. Há simplesmente uma outra maneira de viver” (MESRINE, apud COMITÊ INVISÍVEL, 2016, s/p).

3.5 Do ‘diz que é mamãe’ ao mínimo gesto

Nesta clínica que buscamos formular, é necessário se desapegar de uma análise individualizante dos sofrimentos. Os problemas aqui não têm um fundo narcísico e edípico, voltado para o núcleo familiar e para restauração dos laços e representações. Entendemos que este tipo de análise é compreendido a todo instante como tônica da clínica, através da qual, os problemas políticos, sociais, econômicos são reconduzidos para o âmbito individual e do familiar sendo uma das maneiras de despolitizar o sofrimento; De tal maneira recomendo uma investigação mais demorada, nas relações que existem entre esta recondução, ao familiar e a produção de práticas medicalizantes na clínica. Notamos um problema em nossa trajetória de pesquisa, que é referido ambulatorio, que possibilita longos anos de “análise” com pacientes adultos; segundo os trabalhadores isto acarreta uma dificuldade de abertura das práticas de tratamento ao cuidado vagas para novos usuários.

A clínica experimentada aqui, visa tanto acolher os sofrimentos, quanto desarmar as interpretações em que esvaziam o sofrimento de força política. Ao

invés do esforço para interpretar o sofrimento no jogo familiar, um interesse etológico pelo gesto livre pelo espaço.

Deligny (2015) já havia dito que um desenho de uma criança não é para ser interpretado. Inspirado no poeta, nós apostamos que a não interpretação do gesto e da criatividade da criança, é um modo de tornar possíveis novas clínicas desmedicalizantes; e também um modo de dar visibilidade à força de resistência e ao modo de criação de si. Seguir rastros e acompanhar processos faz parte da nossa caixa de ferramenta.

Inspirado nas crianças *disorder*, visamos criar práticas políticas de desinstitucionalização; ação que partedaas difíceis tarefas de tirar o nosso próprio jaleco branco, e desarmar a clínica normativa que opera pelos antagonismos de normal e patológico. Para que possamos estar numa outra relação com o espaço, com o chão, com o tempo, com a criação e com o brincar, é preciso seguir estes rastros.

Deligny (2015) fala constantemente da “GENTE”; do “homem-que-somos”; do “homenzinho”; do “ser consciente de ser”... Tudo isto para, em meio à guerra, a morte, a mortificação, a segregação e alienação das crianças; fosse possível desterritorializar o homem-que-somos, seguindo estes rastros, em busca de um humano que nos resta em farrapos. A experiência de desmedicalizar não diz respeito somente ao outro, mas sim ao coletivo.

Sendo assim, as análises que seguem contam um pouco desta experiência de ocupação do território existencial do corredor, e da desformalização do clínico no exercício possível da desmedicalização. A intervenção ela não foi criada *a priori*, fomos intuindo a criação de um possível dispositivo clínico ainda não totalmente formalizado, que vai em direção à criação de aberturas nos espaços subjetivos.

3.6 Como resistem as crianças?

Deleuze (2011) aponta que “a criança não para de dizer o que faz ou tenta fazer: explorar os meios por trajetos dinâmicos e traçar o mapa correspondente” (p.73). Assim, não podemos perder de vista o acontecimento que torna esta pesquisa possível, à saber, o menino que me pede um barbante. Para quê? Diz ele, “*para inventar alguma coisa...*”; a criança, em meio ao estático corredor, e em meio à paralisia dos adultos diante do poder psiquiátrico, resiste ao inventar algo para si.

Deleuze (2011) diz que a criança faz uso dos espaços como “meio”, como possibilidade de trajetos: “um meio é feito de qualidades, substâncias, potências e acontecimentos” (p.73); que possibilitam condições que não existem na instituição corredor. Usar o espaço como meio é uma estratégia para possibilitar uma clínica que não existe. Desta forma, entendemos que “o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires; já não é um inconsciente de comemoração, porem de mobilização” (p, 75).

Problematizando o “caso Hans” de Freud, Deleuze (2011) pensa sobre o investimento das forças inconscientes investidas pela criança no meio:

Não existe momento algum em que a criança já não esteja mergulhada num meio atual que ela percorre, em que os pais como pessoas só desempenhem a função de abridores ou fechadores de portas, guardas de limiares, conectores ou desconectores de zonas. Os pais estão sempre em posição num mundo que não deriva deles (DELEUZE, 2011, p. 74).

A perspectiva psicanalítica perde a relação da criança com o espaço; e na relação da criança com os meios indeterminados; ficando limitada aos pais. Sabemos que no referido caso, Hans ficava veementemente na janela reivindicando sair do apartamento familiar. Freud leu tal gesto como uma vontade reprimida/recalcada de dormir com a mãe, quando havia uma evidente possibilidade de novos espaços serem traçados. Desta forma, é como se o corpo da criança tivesse uma dependência do familiar, “como se estivesse limitada aos seus pais, e só chegasse aos meios depois, por extensão e por derivação” (DELEUZE, 2011, p. 74).

Propomos uma outra estratégia: entendemos que a saúde produzida numa análise, passa necessariamente pela elaboração do conflito das representações inconscientes. Ao contrário do que preconiza uma arqueologia psicanalítica, reivindicamos a possibilidade de esta nova clínica apostar no espaço como meio de produção de saúde; de modo que uma janela não serve só para falar de um desejo de rua, mas uma força de coletividade que usa da rua para brincar, mas também para se insurgir.

Entendemos que há uma força maior na infância, e esta não pode ser substituída pela representação pai-mãe, que limita o traçar de uma criança, pois ela não é extensão dos seus pais, ela não está limitada ao familiar – “A libido não tem metamorfoses, mas trajetórias histórico-mundiais” (DELEUZE, 2011, p.74).

No lugar de uma arqueologia, propomos um traçar; uma cartografia produzida coletivamente, onde a criança faz seus trajetos correspondentes, e nós seguimos avizinhandos fazendo não só um mapa dos trajetos, mas também um mapa das intensidades “que dizem respeito ao que preenche o espaço, ao que subtende o trajeto”. O que constitui um mapa é uma “distribuição dos afetos” (DELEUZE, 2011, p.76).

No caso do menino VIDA, que dispara em direção ao corredor contrapondo ao enunciado do seu pai (“*não faz nada sozinho*”); não se propõe um mapa para constatar a diferença do menino, uma possível deficiência; mas sim para se falar de uma distribuição afetiva, “cuja ligação e valência constituem a cada vez a imagem do corpo, imagem sempre remanejável ou transformável em função das constelações afetivas que a determinam” (DELEUZE, 2011, p.77). Em outras palavras, falamos de produção de singularidade através dos gestos, trajetos e transformações que podem vir ocorrer pelo trajeto no espaço – uma saúde que se inventa.

Há indícios, ao nosso redor, de que diagnósticos-prisões limitam a percepção do real: ficamos presos aos limites do tratamento que são destinados a uma criança autista. Tais tratamentos podem ir entre a mortificação da potência de agir e à violência institucional do abuso da medicação. Precisamos avançar na produção de uma saúde pelo espaço, em que o tratamento hegemônico seja descentrado do lugar terapeuta-paciente.

Segundo Deleuze (IBIDEM) “o pai e a mãe não são coordenadas de tudo o que o inconsciente investe” (p.74). Elaboramos então, a possibilidade de uma resistência acontecer pelo espaço, num uso do espaço como meio, de forma que a criatividade seja evocada no vazio de um corredor.

Se Deligny (2015) nos advertiu que um desenho não deve ser interpretado, contribuimos aqui com um desvio de termo; afirmamos que, para produção de uma saúde pelo meio, o desejo, o gesto e um trajeto não devem ser interpretados. Devemos habitar uma zona de indeterminação; o que quer dizer que “o indefinido não carece de nada, sobretudo de determinação. Ele é a determinação do devir, potência própria, a potência de um impessoal que não é uma generalidade, mas singularidade no mais alto grau” (DELEUZE, 2011, p.78).

Se Deleuze (IBIDEM) utiliza da expressão “o que as crianças dizem”, para nós outro desvio: “como resistem as crianças?”

Neste sentido Winnicott (1975) apontara que a criatividade e a brincadeira são maneiras de se curar, e que possuem o efeito equivalente à psicoterapia. Contudo, o brincar não corresponde à forçosa resolução de conflitos; mas sim um efeito de cuidado que escapa aos domínios da clínica. Quando a criança põe sentindo em sua pró-cura, o que encontramos é aforça da vida(PELBART, 2015); a força de resistência aos controles e punições; resistência criativa capaz de fazê-los passar por aquilo de maneira mais possível, capaz de se criar quando diversas forças buscam normalizá-la, apagar sua singularidade.

Se as crianças conseguissem que seus protestos, ou simplesmente suas questões, fossem ouvidos em uma escola maternal, isso seria o bastante para explodir o conjunto do sistema de ensino. Na verdade, esse sistema em que vivemos nada pode suportar: daí sua fragilidade radical em cada ponto, ao mesmo tempo em que sua força global de repressão (FOUCAULT & DELEUZE, 1999b, p. 43).

A pró-cura fez do vagar deste menino, um gesto de cuidado que desmonta as instituições que o cercam. Em meio aos inúmeros projetos de prevenção e tecnologias de tratamento “eficazes”, a criança pode, num gesto despretençioso, causar uma pesquisa. O que mais pode um gesto de uma criança?

Segundo Foucault & Deleuze(1999b)“ não são apenas os prisioneiros que são tratados como crianças, mas as crianças como prisioneiras. As crianças sofrem uma infantilização que não é a delas” (p.43). Neste sentido, afirmamos que a medicalização funciona para calar esta pergunta: o que pode uma criança?

Aprendemos com elas as condições para a criação de condições para o fora e modos de resistência *com* elas; pelo espaço, no chão, nas dificuldades, sem paralisar com medo de se arriscar no mundo. Devemos seguir tais rastros, acompanhar seus trajetos errantes. Experiências, tentativas e iniciativas que alimentam nossa criatividade para formulação desta clínica ante a produção de normas e infâncias inadaptadas. Resistências brincantes nos instigam a pesquisar e praticar políticas de desinstitucionalização.

Refazer a pergunta “o que pode uma criança?” ou “o que podem os adolescentes?”, é pensar as grandes intervenções do nosso tempo: falamos das ocupações que ocupando cenário de desmanche das políticas de direitos do povo brasileiro. Crianças e adolescentes habitando e produzindo uma zona criativa de ser com outros, de criar condições de vida ali onde a política só lhes destina os abismos da pobreza. Falamos aqui das ocupações das escolas que figuraram na crise

política de 2013; eles mostraram uma nova ética no cenário político brasileiro (PELBART, 2015).

A medicalização tem entre suas finalidades de impedir também que as linhas criativas e as linhas errância da infância destruam este mundo de normalização. O modo de governopolítico não suporta as destabilizações produzidas pelas forças da vida da infância e adolescência.

3.7 Resistências e cuidado

Seguir rastros e notar a presença destas resistências nos permite observar a inseparabilidade do sofrimento e da resistência. Tal observação já foi apontada por Vicentin (2011), no texto *Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência, adolescentes em conflito com a lei*. Dedicaremos esta sessão para esclarecer aqui o que entendemos por resistência.

Quando releio estas histórias no meu diário de pesquisa, fico contagiado pela força dessas crianças. Não nos faltam relatos do quão forte e sutil é a capacidade de resistir, de se expressar, de gritar o intolerável mesmo que silenciosamente, e criar a si. Não há como ficar numa posição de lamentação se trabalho ao lado destas crianças. Há força de criação contagiante.

Destaco, primeiramente, a criança que “*quase quebrou tudo*”; na posição que ocupamos nesta análise, não entendemos os acontecimentos do ponto de vista individual. Desta forma, devolvemos para o mundo aquilo, que num olhar medicalizante, apontaria esta criança como estando fora da norma. Ela não está ali só pela suposta deficiência ou transtorno mental, nem pelos gestos agressivos, rebeldes ou impacientes; mas sim por ensaiar uma subversão da posição em que tentam colocá-la: normal, dócil, carente, deficitário...

Outra criança que destaco é Jader – curioso e interessado, foge da escola que deve esforçar-se para incluí-lo; mas o que fazem é, diante do deslize, acionar o Conselho Tutelar. Sua mãe o coloca numa situação em que ela deva saber tudo sobre ele, pois ele é especial e, supostamente, não deve saber se virar. No entanto, ele se mostra habilidoso ao fugir da escola, mas não só; quando quer criar suas conexões ele arruma algum acessório que o viabiliza traçar as linhas que maximizam a vida; nas dificuldades diante de uma folha de papel que lhe surge repentinamente, numa unidade de saúde mental que talvez nunca tenha lhe oferecido um espaço criativo; ele se vira e consegue uma régua para compor seu

desenho. Melhor seria dizer ele descola uma régua – seria mais justo com o seu arrojado estilo de portar-se diante das proteções, das regras e dos tratamentos. Em momento nenhum ele baixou a cabeça pela ameaça de levar uma coça. Esteve sorridente e sereno o tempo todo, como se já soubesse o que a vida que lhe reserva em termos de projetos pensados. Jader, modo contracultural de ser.

Foucault (2012b) já havia nos advertido para as forças de resistência em meio aos registros das disciplinas; e cabe a nós dar destaque aos casos singulares que nos rodeiam. Estes destaques, não são sem acolhimento das formas de sofrimentos produzidos neste jogo de forças, e também não são sem um exercício de crítica aos modos de vida que nos rodeiam, atravessam e constituem. Se percebermos, ou não, as resistências, se dialogarmos ou não com elas, o fato é que ainda assim elas estarão presentes, pois

não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande Recusa, alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder(FOUCAULT,2013,p.232).

Certamente que aqueles que foram pegos na malha das discursividades DSM,nãovêm as resistências da infância como uma produção de saúde. A produção de uma subjetividade medicalizável diz mais das tramas de formas de captura, do que propriamente de um domínio da infância ou do corpo infantil. É preciso estar sensível às infâncias para perceber quais são as situações de sofrimentos (*pathos*) e quais os lugares de resistência. Os projetos de proteção, tratamento e prevenção operam, com frequência, na tentativa de suprimir os sinais de comportamentos ditos patológicos;a medicação é convocada para fazer desaparecer os afetos de insurgências e resistências. É por esta razão que diversas iniciativas de cuidado culminam em medicalização de corpos desviantes e na mortificação das vidas errantes ao projeto de normalidade; e é pela mesma razão que tais sofrimentos-resistências não ganham visibilidade no campo institucional da saúde mental.

Revolta e sofrimento são sim modos de expressão do intolerável, das violências institucionais que silenciam estes modos de vida. A rebelião é o ápice desta intensidade: são “diferentes modalidades de expressão de sofrimento” (VICENTIN, 2011, p.97) que se tornam visíveis apenas por seu aspecto social, isto

é, no seu aspecto de crime. Porém, o sofrimento-resistência é “a matéria-prima do enfrentamento a violência”, imposta a eles através das mais variadas formas de silenciamento; por isso devemos estar mais atentos às expressões de resistência no campo da saúde mental.

Vicentin (IBIDEM) apontara para estes “corpos em rebelião” ao analisar as crises e rebeliões que deram fim a FEBEM em 1998; onde meninos atiravam o corpo à morte, como prova da violência sofrida dentro das unidades. Certamente que em nosso campo, as violências são muito mais sutis e menos fisicamente agressivas do que na FEBEM; porém estar conectado a esta análise, é uma forma de maximizar e de dar visibilidade àquilo que ainda não ficou claro; a saber, que os processos de medicalização da infância são processos de mortificação.

Dois casos em específico trago para esta discussão:

A “ação-Maguila” (VICENTIN, 2011, p.99), ato que ocorreu em 25 de dezembro de 1998, na Unidade Educacional-17; onde um adolescente, durante o incêndio da unidade, mutila seu rosto com cacos de vidro de uma lâmpada e imola-se num gesto violento atirando-se num colchão em chamas, ficando imóvel: “corpo-resistência, corpo-testemunho, corpo dado como prova; “vamos morrer aqui para ter a prova que os pirril [os monitores] bateram em nós” (IBIDEM, p. 99)

O segundo caso, o caso Tiago, ocorreu em agosto de 2004, na Unidade Educacional-37; onde os adolescentes são

agredidos e trancados na ‘divisão de segurança’ onde ficam de cueca e sem colchão. Após um dia, todos recebem, menos Tiago que havia se recusado a ficar sentado ‘na cama alvenaria’, olhando para parede, por estar com dores, permanecendo em pé. Os demais jovens protestaram para que ele recebesse o colchão, momento em que alguns funcionários o agrediram. Contam os adolescentes no processo aberto pelo MP que Tiago gritava para pararem, ‘pois não agüentava mais sofrer e que iria se matar’; que não agüentava mais ser humilhado’; ‘que não agüentava o frio’. (VICENTIN, 2011, p.100).

Os jovens contam em relatos que ouviram Tiago agonizando e chamaram por socorro que acabou não vindo. Ouviram mais tarde o barulho da ambulância e do corpo sendo retirado. Somente com a denúncia anônima de um funcionário tal fato torna-se visível: o suicídio ocorreu “porque o jovem passara mais de vinte dias na tranca” (p.100).

A brutalidade deste relato revela a violência institucional da FEBEM; a violência de Estado; a super lotação; e outras formas de constrangimento

empreendido contra estes que estão fora da norma. Aqui, no corredor de uma unidade de saúde mental, a norma e a violência andam juntas; mesmo que a segunda seja menos horrível que a primeira.

Convocar tais relatos auxilia na tensão necessária ao se falar de políticas de proteção à infância: o descuido, o abandono, a precarização, a falta de acesso aos serviços (à educação e à cultura); e a veemente medicalização dos corpos; deve ser colocada neste mesmo nicho das violências institucionais. Apesar do horror, das lágrimas e das noites insones, tais relatos trazem força de vida para esta discussão, e revelam-nos a intensidade das resistências da juventude.

O hiper-realismo destas histórias acima, dá visibilidade à “experiência existencial direta, concreta, dramática e corpórea da realidade” (VICENTIN, 2011, p.102). Presente no corpo, o sofrimento-resistência faz passar do lugar de vítima ao de testemunha (p.101). Em se tratando da FEBEM, falamos de um sofrimento mais associado à violência, opressão e sujeição física; e os gestos dos meninos nos mostram a “reversão da tanatopolítica ao construírem modos de resistência e subjetivação ancorada na potencia de vida” (p.103).

Assim, ao deter nossa atenção para o modo como resistem as crianças no corredor, e como fazem isto através do espaço; podemos afirmar, que tais resistências são potências de vida; a criança usa do espaço para sair do banco, para fazer furo na espera, para brincar, para resistir. Levanta para jogar um papel de bala no lixo, levanta para ir até o bebedouro, entre outros. Há ainda aquela criança “*especial*” que ameaça “*quebrar tudo*”, pois não aguentava mais se submeter à espera. Há também aquela primeira criança que pede um barbante para inventar algo. As resistências estão sempre presentes quando há relações de poder de medicalização e psiquiatrização; com as crianças não é diferente.

Tratamos então de uma violência muito mais branda, e muito mais sutil; ela se localiza entre o tratamento e a regulamentação dos modos de ser criança e adolescente; entre o biopoder disciplinar e a biopolítica reguladora. Em ambas as situações, há uma operação feita pelo conceito de norma. Falamos então de mau comportamento, dificuldades escolares, transtorno mental grave, de famílias desestruturadas; mas também, eventualmente falamos “*marginal mirim*”; e outras preocupações com o possível futuro excluído destas crianças – quando ele for “*um negão maior que eu*”.

Interessante notar aqui como o “futuro excluído” já está excluído desde outrora – como regulamentação. O psicanalista martinicano Franz Fanon (2008), ao analisar o problema do racismo através de uma rápida passagem pela tese do narcisismo, revela-nos como este está excluído da relação dialética eu e Outro. O mundo para o negro é um mundo branco; ele só pode entrar nessa dialética na medida em que tenta embranquecer; o que o leva a pressupor sempre um lugar de negação da sua singularidade. Entendendo desta forma, o autor coloca a colonização como um importante fator subjetivo: quando o homem branco coloniza o território negro, imediatamente um mundo é destruído; só lhe restando viver à sombra do novo mundo branco. Assim, no que tange à exclusão social da infância, desconfiamos que ocorra do mesmo modo: que a norma faz sua operação de regulação e só reste se adaptar à ordem imposta ou viver num mundo de exclusão social.

Tenhamos em mente que nos limiares dos espaços institucionais, passam despercebidos outros modos de resistência a estas forças de normalização. Tenhamos em mente que

Em toda parte se está em luta – há, a cada instante, a revolta da criança que põe seu dedo no nariz à mesa, para aborrecer seus pais, o que é uma rebelião, se quiserem –, e, a cada instante, se vai da rebelião à dominação, da dominação à rebelião: e é toda essa agitação perpétua que gostaria de tentar fazer aparecer (FOUCAULT, 2013, p. 232).

Tais modos de expressão devem ser acolhidos pelos adultos abertos ao diálogo, deslocados dos lugares da rigidez – é preciso fomentar o cuidado das potências, das forças vitais de desenvolvimento infantil: conectividade, expansão, desvio e de invenção de si. Seguimos em busca de traçar uma abertura para o fora, traçar uma condição de desvio, condição de potência de vida.

3.8 Resistências pelo espaço

Pequenos gestos que utilizam do espaço para agir em sua própria velocidade, ritmo e desejo fora da norma. Winnicott (1975) apontara que “o *playground* é um espaço de potência entre a mãe e o bebê”, pois aqui a criança ganha “onipotência” ao experimentar se afastar da mãe; e o que permite isto é a confiança dela em ter sua mãe ali presente lhe olhando. É neste espaço *entre*, que se inicia a brincadeira; a criatividade; os processos de expansão e cuidado; – entendemos que nossa

intervenção foi localizada também neste espaço entre. É através da excitação, da afirmação de um modo de vida, que se produz um corpo independente e forte, capaz de fazer do brincar, uma terapia (WINNICOTT, 1975, p. 75). Estar atento a isto é poder criar uma clínica que prescindir, por um lado da norma; por outro do lugar terapeuta-centrado. O que ganha centralidade são os espaços livres e os espaços para infância.

Sabendo que o brincar conserva alguma ligação com o espaço, com o chão, com a janela, com o fora, entendemos estas pistas como uma direção para a formalização de uma clínica desmedicalizante. É preciso criar espaços para relações de resistências criativas.

Neste sentido, retomamos outras pistas dadas pelas crianças: a régua, a janela, as pedrinhas, o bebedouro... Ao afirmar a importância do espaço, pensamos na expressão livre dos sofrimentos mais difíceis de simbolizar na infância. Oferecer objetos, deslocar outros objetos de suas funções; transformar o espaço para transformar a vida!

Buscamos uma clínica pelo espaço, uma sofisticação do básico como propõe Deligny (2015); criando condições propícias aos desvios, de cantarolar, de se mover, de ver o mundo de ponta cabeça diante da janela, de romper os sentidos da clínica.

3.9 Criatividade: uma outra saúde

A criatividade neste corredor é uma forma de resistência e de cuidado. É tanto de “resistências brincantes”(SILVA, 2014) como de “sofrimento-resistência”(VICENTIN, 2011); e esta última característica possui uma profunda relação com a insurgência, com a criação de possibilidades para o fora, para superação do insuportável da crise. Criar é uma possibilidade de vida liberada da norma do biopoder/biopolítica; criar uma clínica; criar algo para passar o tempo; criar uma estratégia de sobrevivência; criar espaços de infância; criar condição para fuga; criar brechas institucionais...

Winnicott (1975) aponta que o brincar é terapêutico, e que a criatividade é outra saúde, uma saúde do cuidado e da criação. Criar é um exercício ético-político e também pode ser clínico.

Neste estabelecimento, com frequência, sento-me próximo à única janela deste corredor, enquanto as crianças vagam pelo espaço até quando podem. Se suas mães estão distraídas, permitem um espaço vago entre elas e seus filhos e

filhas. Se elas se entediam com a espera ou se as crianças se empolgam “*mais que o normal*”, tratam logo de colar as crianças nos seus colos ou no desconfortável banco de uma antiga unidade de saúde mental. Mas há extra-vagância por parte das crianças. Linhas de errância e processos criativos indicam resistências neste plano de forças. Através de quais agenciamentos resistem estas crianças medicalizadas?

Na janela, por vezes encontrei crianças brincando, plantando bananeira, conversando com outras crianças, ou debruçando-se com o corpo mantendo os pés suspensos - o que faz com que as mães fechem ou peçam para fechar constantemente a janela.

Gestos de ousadias são ferramentas para construir linhas de errância? Que linhas de desvio, de afastamento do colo frágil de suas mães angustiadas são possíveis de se construir? E as violências institucionais e dos projetos de proteção e medicalização, como escapar deles?

É hora de nos reservarmos a observação dos movimentos de resistência e insurgência. Eis nosso ato mais nobre: aprender com eles, fazer com eles uma clínica. Com eles e não para eles. Noutras palavras, cabe dizer que ‘eles sabem se virar’. Como os Gaminos, em *Os Moleques de Bogotá* (MENIEUR, 1978), em seu estilo de vida intensivo; andando em “*galladas*” (IBDEM); com suas manobras fugazes de fugir e se aproximar; de romper e fazer vínculos. Esse maravilhoso e terrível modo de viver na rua, mostra que o Gamino não é um adulto ou uma criança amadurecida pelas dificuldades de viver na rua; mas ao contrário, ele é uma criança que vive plenamente sua infância (p.34); e, o contrário do que se espera dele, os Gaminos são a máscara da morte do homem-que-somos.

Não é o juízo de certo ou errado que privará uma vida de resistir, ao contrário, uma vida resiste à pretexto do certo e do errado, do normal e do patológico. Não será uma ordem que irá ser imposta à vida, que irá privá-la do desvio; ao contrário, o desvio é a saúde no regime da ordem. Não será o regime do normal que irá conter a vida. Nesta clínica, é preciso abandonar o juízo, a norma e o ordenamento da vida, para poder produzir novos modos de saúde – novas pró-curas. Ante um familiarismo, damos importância ao olhar – perspectiva criancieira, modo de olhar/experimentar infanciar-se; ao contrário da perda infância idealizada, a potência

de infância indeterminada – “andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros”¹⁸.

Um pai me apresenta seu filho autista, que, segundo ele, não fala e não faz nada sozinho. O menino não tira os olhos de mim, e começa a bater numa pasta que o pai trazia na mão. O pai o interrompe. Eu espelho o gesto da criança e então ela se levanta e a senta repetidamente, e, num rompante, levanta decidido a ir até o bebedouro. O pai levanta as pressas tentando acompanhá-lo e dá-lhe a mão, mas o menino recusa – prefere seguir sozinho – ***allegroma non troppo***¹⁹.

Um adolescente se aproxima silenciosamente da janela e começa a atirar pedrinhas através dela, me conta porque está ali e me diz: “todos estão diferentes”, e ouve de mim “talvez você esteja diferente também...”. Seu bigode jovial dá um pulo do seu rosto tornando-se mais visível que antes, pois agora ele sorri. Em silêncio (e enquanto falava), estive se esforçando para, no mínimo peteleco, atirar uma pedrinha para além de muro do outro lado da rua – ***andante moderato***.

Uma menina debocha e imita o meu espirro, faz todos rirem – ***allegrovivace***.

Um menino passa por mim cantarolando uma canção única - ***andante***.

¹⁸Trecho de música dos Novos Baianos intitulada “O Mistério do Planeta” (1972)

¹⁹ Tais enunciados em italiano servem na música para marcar o tempo, o andamento e a velocidade do ritmo. Foram escolhidos aqui como estratégia estética da clínica para representar o gesto mínimo de uma criança; é mais interessante saber seus andamentos para mapear seus desvios, do que elencar traços de personalidade e histórias familiares para intervir sobre as representações. Estamos aqui na beira da intervenção/representação – lugar de indeterminação, lugar de possibilidade de desvio, de devir-criança, criação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa e das experimentações, tenho a impressão de que ela ainda não se encerrou. A própria experiência do corredor deixou marcas no estabelecimento que pouco a pouco os poderes em jogo caberão de apagá-las. Porém, sem dúvida, são marcas que se acompanhadas de perto levaria a outros lugares. Recebi notícias de que algumas pessoas procuravam por alguém que atendia “*all*” – e apontavam para o corredor, sendo que o pessoal da recepção considerava ser o profissional que atende na sala 112. Os que procuravam por aquele atendimento se referiam ao corredor com poucas palavras. “*All*” não é nem lugar de passagem, nem lugar de espera, muito menos lugar de atendimento. Assim, o corredor continua sendo algo inominável e também invisível – espaço de incertezas ao invés de esperança. Contudo, ao final desta pesquisa, cabe mostrar que é possível uma transformação deste espaço tido como vacante: o corredor é lugar de experimentação e lugar de produzir cuidado.

Não se trata de defender que devemos todos abandonar nossos consultórios e afirmar que o corredor é lugar de se falar sobre exclusão social, invisibilidade e cuidado. Ao contrário, cabe dizer que os trabalhadores da saúde mental precisam de mais experimentação, principalmente nestes temas. No começo da dissertação falávamos sobre amadurecer um sonho, pensar e criar novas estratégias de oferecer cuidado. Ao final, considero a pergunta: ‘como sonhar novos sonhos?’; indicação de que a pesquisa não terminou.

Escrever em poucas linhas, ao final de um percurso de dois anos de escrita, dizer o que é o “novo” é algo que não tenho condições no momento. Precisaríamos passar alguns meses mais para que este novo tome contornos outros, é preciso dar tempo para essa experiência para que depois possamos retomá-la de outro lugar, nas brechas dos estabelecimentos de saúde mental.

Ao final, posso dizer que o que mais me impressionou e me instiga é essa produção de espaços para infância; espaços para vagar, ao invés de espaços vacantes (que não oferecem nada); isto é, “outros espaços” – para fazer alusão ao texto intitulado heterotopias, de Michel Foucault – dentro das instituições medicalizantes, de forma a dispô-los de maneira a intensificar experiências criativas. Assim, pouco a pouco, poderemos inventar novas estratégias de

desmedicalização, e inventar outros modos de oferecer cuidado e acolhimento de crianças e adolescentes na saúde mental.

Em meio a tantos projetos-pensados para esta população, posso afirmar que esta pesquisa teve pouco tempo para intervir no campo e que, por mais que houvesse troca durante este percurso, tenho a impressão de que seria preciso mais tempo e mais atores atentos aos trajetos do vagar. Deligny (2015) veio bem a calhar em meio a isto tudo. Sem as considerações do autor, nossas intervenções no corredor seriam menos precisas.

Dizer isso pode parecer um paradoxo, pois podemos pensar: como uma intervenção pode ser precisa quando ela utiliza do vagar como ferramenta de pesquisa? Como podemos utilizar uma ferramenta que não visa capturar nada, mas sim transitar onde não existe nada? Como usá-la sem capturar algo? Uma estratégia como essa nos desarma ali onde nós estávamos prontos a fazer algo segundo nosso projeto-pensado de clínica, de terapêutica e de cuidado. Nesse vácuo que fica temporariamente após o desarme, palavras como 'fora', 'vazio' e 'acaso' servem para conter nossa perplexidade. Assim, fica o convite ao vagar, e um mesmo convite a fazer menos interrupções quando estamos com uma criança.

Em se tratando de projetos institucionais que atravessamos campo da saúde mental, a prevenção é algo difícil de saber onde ela pode parar. Em seu caráter transitório, retoma contornos do passado para agir sobre o presente, e assim se modula de forma a se alargar como uma malha que filtra a vida separando os normais do anormal; também opera de modo a tornar coisas corriqueiras em grandes problemas e patologias a serem prevenidas.

A forte ligação que é possível observar entre a prevenção e o controle da infância e adolescência, mostra o quão poderosa é a biopolítica de regulamentação que se capilariza até o mais remoto interior do Estado do Rio de Janeiro, lá onde antigamente se chamava de roça. No pouco tempo que tive no corredor com algumas pessoas usuários da neurologia infantil, pude notar que estas pessoas, mesmo quando não utilizavam da linguagem técnica do DSM, elas eram atravessadas pelos mesmos modos de enunciação e percepção sobre a criança. Essa percepção não considera o brincar expansivo no chão de terra vermelha como algo importante para criança, mas sim que há algo ali que se agita e deve ser observado, pois são muitas as ameaças sobre a vida infantil: para as crianças, a patologia, e para as famílias o temor.

Ora, só num mundo de muito medo que é possível a biopolítica invadir e transfiguraro que entendemos sobre crianças e adolescentes; somente num mundo regulado pelo medo e pela esperança é possível obter a dita segurança. E, numa dimensão desta, a resistência e a criatividade são diminuídas pela expectativa de viver melhor, e consumir mais bem estar. E nós, ao ouvirmos isto e escrever sobre isto, como nos sentimos? Perplexos e, minimamente, assustados?

Nosso mundo está muito regulado e nós mesmos, trabalhadores da saúde mental, estamos cercados por um esquema de poder que vem nos fazendo viver:ver o desmonte de muitas das coisas pelas quais se lutou, e muitas ferramentas tendendo sempre para transformar a vida em direção a normalização. Falamos dos diagnósticos DSM, em que a maior parte dos transtornos catalogados na sua ultima versão (DSM-V, 2014) indicam que é na infância e na adolescência que se encontram os primeiros sinais de risco aos transtornos mentais. Bom, isto não é novidade para nós que sabemos que a psicologia e a psiquiatria se constituíram numa discursividade sobre os primeiros anos de vida. No entanto, essa preocupação sobre os primeiros anos de vida do DSM, essa preocupação com o risco da patologia deve ser analisada mais profundamente, pois cada vez que se naturaliza a intervenção medicamentosa nestes mesmos primeiros anos de vida de uma criança numa tentativa de evitar o risco futuro, é quando a força da infância se apaga.

Cabe então falar da medicação, comoo *gadget*do momento. Por mais que autores como Foucault (2012b) tenham nos assinalado sobre as origens e os riscos do uso das medicações, é de se surpreender que esta tenha se tornado um modo de manter internados aqueles que saíram da internação e também aqueles que deveriam ter sido internados. A medicação éa grande nova prisão à qual é possível internar alguém sem celas. Talvez o autor não imaginasse a que ponto chegaria do campo médico a facilitar tanto o consumo de pílulas de Ritalina (Metilfenidato).

De todo modo, por mais complexo que isto possa parecer, devemos tomar o uso das drogas psiquiátricas assim como as outras drogas ilícitas. Incorporá-las na cultura não de maneira utópica, achando que um dia teremos o controle da produção de boas ou más drogas. Ao contrário, a proposta é tomar o uso das drogas como algo cotidiano e cultural. Quem sabe isto venha nos permitir estudá-las melhor e poder usá-las de um bom modo? Ao contrário da utopia, pensamos em criar espaços em que haja outro uso da medicação e de boas drogas seja possível.

O desafio é grande, pois no campo da proteção da infância e adolescência, teremos um forte poder de exigência legal e assim, as experimentações serão burocratizadas e tornadas cada vez menores. E quando falo aqui de experimentação não estou me referindo ao uso das drogas em crianças e adolescentes, mas sim experimentar acolhê-las, se possível, sem o uso de drogas psiquiátricas, ou, se preciso, usando estas drogas da melhor forma possível – através do diálogo entre outras formas que temos que inventar. O maior desafio talvez seja sonhar sem ser utópico!

Cabe lembrar também que num mundo regulado como o nosso, um estabelecimento semelhante aquele feito por Deligny (2015) em 1969, estaria fatalmente fadado ao fechamento. Na época em que foi feito, o controle e a regulamentação em torno da criança eram menos intenso na forma a prevenção; e a proteção ainda não era tão constitutiva do modo como olhamos a criança e o adolescente. Imaginam um estabelecimento como este no século XXI? Não possuindo forma definida de trabalho e não possuindo técnicos e especialistas na área pedagógica ou clínica? Estaria fatalmente inviabilizado: o responsável seria preso e as crianças abrigadas. Um lugar como este no século XXI em que crianças e adolescentes fiquem livres das normas disciplinares da escola e da psiquiatria é pra ser sonhado.

Esta pesquisa demonstrou a possibilidade de criar espaços subjetivos que, ao invés de criar um estabelecimento, busca criar tensões dentro das instituições existentes. Mais do que criar uma organização que venham a se confrontar com a lei, falamos de criar outros espaços difíceis de serem nomeados; criar espaços dentro de regimes de invisibilidade, espaços vagos onde a regulação é imperiosa.

A burocracia, ao lado da classificação, vem regulando as práticas de cuidado pelo crivo do científico; assim, há a redução das possibilidades de criação em estabelecimentos de saúde. Tudo vem pronto, e, além do mais, a regulação não se aplica somente ao patológico, mas, sobretudo ao não patológico. Esta mudança é o novo modo de fazer viver para evitar os riscos, e um modo de se manter seguro. A forma pela qual a expansão do poder psiquiátrico ocorre hoje, se dá ainda pela criança e o adolescente, agora como alvos da prevenção. Esta, por sua vez, torna-se mais um modo de 'fazer viver'. É preciso criar desvios. Sobre estes, ainda sabemos pouco; podemos dizer que essa técnica de poder de normalização

permiteos desvios – essa é uma de suas falhas: a norma produz condição para o desvio. Precisamos estudar mais isto.

Contudo, vivemos evitando o erro e buscando a precisão. Este vetor passa também pelos trabalhadores e pesquisadores da área de saúde mental, infância e adolescência. Um espaço do corredor, usado desta maneira, é uma ruptura nesta ordem. Há vezes em que passamos também invisíveis, isso pode ser estratégico. Nós não vamos ao campo para experimentar nossa técnica, mas sim para abandoná-la na medida do possível. Ao invés de intervir para mudar, vamos ao campo para experimentar junto com as pessoas suas potencialidades de cuidado. Assim podemos dizer que num cenário de medicalização, o destino não está dado! Há desvios e novos traçados sendo feitos, novas criações de espaços e estratégias possíveis que podemos conhecer e desenvolver. O cultivo de novos modos de cuidado deve passar pela possibilidade de dar visibilidade aos sofrimentos diversos impossíveis de serem catalogados. O cuidado da mãe e a resistência da criança devem ser nossos guias no desmonte de instituições medicalizantes.

As mães e familiares se conformam em ficar sentadas no corredor esperando, por outro lado, eventualmente, dialogam entre elas se perguntando sobre as experiências de outras pessoas com o uso dos medicamentos e questões relacionadas ao escolar e a medicação. Já as crianças, muitas vezes sentadas por obrigação, por vergonha ou mesmo por falta de espaços em que o vagar seja algo utilizável, demonstram outra relação com o espaço e com as regras estabelecidas. Nesse corredor, há muita força de vida que busca resistir e escapar, e é pelo encontro com elas que o corredor torna-se um lugar fantástico para produzir um novo modo de cuidado.

Assim como a escola – uma instituição fantástica na qual ninguém escapa, e que cada vez mais a exigência de frequentá-la alcança a infância mais tenra – o corredor é um espaço de convivência que deve ser transformado, multiplicado, desdobrado, entrecortado pelas experiências de quem o habita.

Neste sentido, é que há uma indicação interessantíssima a ser observada e pesquisada mais atentamente: trata-se dos rastros dos trajetos das crianças e adolescentes em seus gestos de vagar pelo espaço. Estes se tornaram clínicos ao serem notados como gestos que abrem em direção a um fora da instituição medicalizante; abre um furo que nos levará à fuga, para a criação. Falo especialmente daqueles trajetos que desembocam em linhas de errância; há de

observá-los em silêncio, observar que ali há uma força de ruptura que pode levar a criatividade e a produção de um novo tipo de espaço em que a vida possa proliferar segundo suas próprias normas.

Talvez seja este aspecto de “fora” que tanto dificulta a nomeação desta experiência; e que este mesmo aspecto desarma tantas pessoas que estão acostumadas com os projetos de vida regulada. Neste momento de ruptura, estamos também nós, trabalhadores e pesquisadores, desarmados; visto nosso campo de trabalho e pesquisa ser constituído pela própria norma que buscamos desarmar eticamente.

Assim, como avança a disciplinar escolar para cada vez mais cedo na infância, a prevenção avança neste mesmo sentido. O INPD inclui em seu projeto a coleta de saliva de crianças e adolescentes, e inclui também a coleta de saliva de familiares. Isto não é trivial, é uma emergência de nosso tempo que evidencia a prevenção caminhando para fazer algo com os embriões desejados e indesejados. É um projeto que interessa não só ao INPD, mas também, como dito, ao deputado Laerte Bessa e outros brasileiros. As eugenias do passado se revestiram de cientificidade e se mostram muito perversas ao dizer que visam garantir direitos à saúde e educação; assim, ampliam-se sobre a vida reforçando desigualdades e violências simbólicas. É garantia de direito com força de lei a despeito da vida. Afinal, ‘direito’ é uma palavra que devemos questionar tanto quando as leis, visto que ‘direito’ é o avesso do que nos interessa: o erro e a errância

E por falar em errância, eis algo que agora me interessa muito. Muitas pessoas se esquecem que é pelo erro que se experimenta, se cria e se aprende algo novo. O erro nos dá condições de que seja possível um desvio e uma nova construção. O erro permite um novo mundo, mas falar dele numa sociedade de normalização parece uma loucura – é difícil compreendê-lo, quanto mais experimentá-lo.

Na esteira da referida sociedade, o INPD e a PL 7081/2010 – que “Dispõe sobre a criação do Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação pública e dá outras providências” –, buscam garantir que crianças com supostos problemas escolares deverão passar pela investigação *psí*. Assim sendo, cabe lembrar que o cuidado, assim como a psicopatologia e a prevenção, podem se tornar grandes formas de controle e prisão – não só para os pacientes diagnosticados, mas também para os próprios clínicos.

Se notarmos bem, o erro está cada vez mais distante de nós; sobretudo, mais distante da clínica, da educação, da medicina, etc. Imaginar os efeitos disto nos faz pensar que o mundo dos adultos está longe de revelar uma saída da repetição cega e modulável do passado eugênico e do conservadorismo. Quais caminhos devem ser tomados senão aqueles que seguem os rastros de uma criança?

Sem dúvida, se quisermos falar e fazer algo novo, devemos correr o risco de ver nossos próprios projetos de cuidado e proteção à infância estarem infectados por séculos de relações de poder conservadoras. Como abrir mão do poder sobre a infância? Como produzir outros espaços para que a vida infantil possa expressar em sua própria atividade?

Ao nos deparar com a errância, devemos abrir nossos projetos diante da ruptura; devemos segui-la cegamente; deixar-se guiar pelo trajeto do vagar assim como na obra “minotauro cego é dirigido pela garota” (PICASSO, 1934). Quem sabe desta maneira, algo novo não nos possa aparecer? Quem sabe assim ela nos revele outro espaço possível em que a infância possa viver, brincar, se cuidar e aprender de outro modo que não nas exigências ‘normóticas’ de nosso mundo?

O desafio está dado. Deixar-se guiar em experimentação; visar criar o novo através da errância. Talvez este seja um modo de não se apaixonar pelo poder e de arejar a vida.

Caminhamos em transições. Não devemos nos apegar nem ao poder nem a tradição – as famigeradas escolas de saber! Devemos criar e experimentar numa transição entre o passado e o presente; principalmente em territórios e regimes de invisibilidade. Cabe a nós reconhecer experiências como a de Deligny (2015), assim como experimentar novas estratégias como o a Gestão Autônoma da Medicação entre outras.

Ao final, cabe dizer que devemos experimentar o vagar e nos permitir mais ao erro. Quem sabe assim algo novo não nos apareça?

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K.F. & ROCHA, M.L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. In: **Psicologia: ciência e profissão**, 4, p.648-663, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a07.pdf>> Acessado em: março de 2015.
- ALMEIDA, P. R. **Doença Mental no Séc. XXI – O controle e a Regulamentação da vida pelo Manual Estatístico dos Transtornos Mentais**. Petrópolis, RJ. Universidade Católica de Petrópolis (Monografia de conclusão de curso em Psicologia), UCP, Campus Benjamin Constant, Petrópolis, RJ, 2014.
- ALVES NETO, A. B. **A experiência de Bonneuil: vivendo na encruzilhada**. Dissertação (mestrado em psicologia), UFF, Niterói, 2012. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2012/d_2012Augusto.pdf> Acessado em: março de 2015.
- AMARAL, O. Intoxicado de ofertas. **Revista Piauí**, edição 108. Abril Editoras, set.2015. Disponível em: <revistapiauí.estadao.com.br>. Acessado em: novembro de 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, **History of Psychiatry**. Disponível em: <<http://www.appi.org/>>Acessado em: 01 dez. 2013.
- BARROS, M. Exercícios de ser criança. In: **Poesia Completa**, Ed. Leya, São Paulo, 2010.
- CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1982.
- CARRETEIRO, Teresa Cristina. A doença como projeto – uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 87-95.
- _____. Sentidos da clínica. **Clínica & Cultura**, v. 3, n. 1, p. 24-33, 2014. Disponível em: <www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/2838/2507> Acessado em: março 2015.
- CASTRO, M. A. **O mito de Cura e o ser humano**, 2010. Disponível em: <<http://travessiapoetica.blogspot.com.br/2010/01/o-mito-de-cura-e-o-ser-humano-prof.html>> Acessado em: março 2015.
- CESAROTTO & LEITE, 1984. **O que é psicanálise**, Coleção Primeiros Passos. Ed Abril, São Paulo, 1984.
- COIMBRA, C. & NASCIMENTO, M. L. Programas Compensatórios: seduções capitalistas? In: **Práticas Psi – inventando a vida**. Ed. UFF, Niterói, RJ, 2007.
- COMITÊ INVISÍVEL. **Aos nossos amigos – crise e insurreição**. São Paulo: Ed. n-1 dições, 2016.

CONANDA. Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015. **Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização.** Diário da União, 2015.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica.** São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELIGNY, F. **O aracniano e outros textos.** Ed. N-1, São Paulo, 2015.

_____. **Los vagabundos eficazes y nota de 1969.** Sem data.

DSM-V, **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais,** American Psychiatric Association, Ed. Artmed, Porto Alegre, 2014.

DUNKER, C. I. L.. Sequestro da Neurose. In: **Dossiê O poder da psiquiatria: o que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana.** Revista Cult, nº 184, São Paulo, Ed. Abril, 2013.

_____. **Questões entre a psicanálise e o DSM.** Jornal de Psicanálise: 47 (87), 79-107. 2014.

_____. **O neoliberalismo e seus normalopatas.** Blog da Boitempo Editora, 2016. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2016/11/03/o-neoliberalismo-e-seus-normalopatas/>> Acessado em: maio de 2017.

FANNON, Franz. **Pele negra, máscaras brancas.** Ed. UFBA, Salvador, 2008.

FARAONE & BIANCHI. Medicalización de La infância a través del análisis del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) em Argentina: Usuarios, Psicofármacos y Manuales de Diagnóstico. In: **Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos.** São Paulo: Ed. Mercado das Letras, 2013.

FÓRUM, Revista. **Relator da redução da maioria penal sugere aborto de bebês com "tendências à criminalidade" no futuro,** jul. 2015. Acessado em: 21 jul, as 16h. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2015/07/21/relator-da-reducao-da-maioridade-penal-sugere-aborto-de-bebes-com-tendencias-a-criminalidade-no-futuro/>> Acessado em: 27 julho 2017.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Ed Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **Em Defesa da Sociedade:** Curso no Collège de France (1975-1976). Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1999.

_____. **Estratégia, Poder-Saber.** Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** (1973) Rio de Janeiro: Nau-Editora. 3ªed, 2012a.

_____. **O Poder Psiquiátrico:** curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2ª edição, 2012b.

_____. **História da Sexualidade I** – a vontade de saber. 3º Ed. Ed. Paz & Terra, RJ-SP, 2015.

_____ & DELEUZE, Os intelectuais e o poder. In: **Microfísica do poder**. (1979) Rio de Janeiro: Ed Graal, 14º Edição, 1999b.

GUATTARI, F. **As Três Ecologias**. Ed. Papirus, 11º Ed. Campinas, SP, 1990.

KASTRUP, Virginia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2014.

_____ & TEDESCO, Silvia. Dossiê Cartografia: Pistas do Método da Cartografia - Vol. II **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 217-219, 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br>>. Acessado em: 28 de mai. 2014. 13:05.

KUBRICK, S. *A Clockwork Orange*, Warner Bros, 1971.

LOBO, Lilia. **Os Infames da História, pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Lamparina, 2015.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

MENIEUR, J. *Os moleques de Bogotá*. Editora Pifel/Difiss, São Paulo, 1978.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível – crianças que não aprendem-na-escola**. Campinas, SP, Ed Mercado das Letras, 2001.

_____. **Especialista afirma que uso indiscriminado de Ritalina pode causar um “genocídio do futuro”**. EBC, agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-educadores/2013/08/especialista-afirma-que-uso-indiscriminado-de-ritalina-pode-causar>> acessado em julho 2017.

NASCIMENTO, M. L. Proteção à infância e à adolescência nas tramas da biopolítica. In: **Michel Foucault – o governo da infância**. Ed. Autêntica, Belo Horizonte, 2015.

_____. **Proteção e Negligência: pacificando a vida de crianças e adolescentes**. Ed. Nova Aliança - RJ, 2016.

NASCIMENTO, M. L., COIMBRA, C. M. B. & LOBO, L. F. - **Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: “é de pequeno que se torce o pepino”** - *Psicologia Política*, VOL.12, Nº23. PP 87-103 JAN. ABR. 2012.

OGILVIE, B. Viver entre as linhas. In: **Posfácio de O Aracniano e Outros Texto**. Ed. N-1, São Paulo, 2015.

OLIVIER-MARTIN, R. Em torno do DSM-III. In: **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

ORLANDI, L. B. L. O pensamento e seu devir criança. In: **Cadernos de subjetividade**. (p. 62 – 68), São Paulo, 2010.

PARKER, A. **Pink Floyd The Wall Filme**, Metro-Goldwyn-Mayer, Reino Unido, 1982.

PELBART, P. **Vida e Morte em contexto de dominação biopolítica**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf>> Acesso em: outubro de 2016.

PEREIRA, M.E.C. O DSM e a crise da Psiquiatria. In: **Dossiê O poder da psiquiatria: o que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana**. Revista Cult, nº 184, São Paulo, Ed. Abril, 2013.

PICASSO, P. **Minotauro cego é dirigido pela garota** (1934) Disponível em: <<http://pt.wahooart.com/@/8XYPFJ-Pablo-Picasso-cego-Minotauro-%C3%A9-dirigido-Em-garota->>> Acesso em: junho de 2017

PL 7081/2010. Dispõe sobre a criação do Programa de Identificação e Tratamento da Dislexia na Rede Oficial de Educação pública e dá outras providências. Brasília, **Congresso Nacional**, 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=545690&ilenam=PL+3040/2008> Acesso em: 27 julho 2017.

PORTUGAL MUNDIAL, Pai do transtorno de déficit de atenção declara-se mentiroso. **Portugal Mundial**, Janeiro 21, 2014. Disponível em: <<http://portugalmundial.com/2014/01/pai-do-transtorno-de-deficit-de-atencao-eclara-se-mentiroso>>. Acesso em: 28 mai. 2014. 13:55.

POZZANA, L.B. & KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: **Pistas para um método cartográfico**, nº1, Porto Alegre, p. 52-76. Ed. Sulinas, 2009.

RAUTER, C. Responsabilidade, adolescência e violência contemporânea: a positividade do conflito em Spinoza, Maquiavel e Winnicott. **Revista Brasileira de Criminologia**, 2014.

RESENDE, H, et al. **Michel Foucault: o governo da infância**. Ed. Autêntica, Belo Horizonte, 2015.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Ed. Clara Luz, 2005.

SAMUEL-LAJEUNESSE, B. Em torno do DSM-III. In: **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

SILVA, Flávia. F. L. O que não cabe nas ruas de uma cidade? Entre narrativas maiores e resistências brincantes. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

SPINOZA, B. **Ética**. [tradução de Tomaz Tadeu]; 2ª edição, 4º reimpressão – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

SPETÁCULO. Cia. **Àtropical questiona códigos sociais em 'Normalopatas'**. 2016. Disponível em: <<https://catracalivre.com.br/sp/spetaculo/barato/cia-atropical-estreia-normalopatas/>> Acesso em: maio de 2017.

TAPAJÓS & CACASO, Carro de Boi. In: **Gerais, Milton Nascimento**, 1976.

VICENTIN, M. C. G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência: adolescentes em conflito com a lei. p.97-113. **Revista de sociologia da USP**, Tempo Social, v. 23, n1. Jul. 2011.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

_____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

APÊNDICE

