

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Ana Cristina Delgado Lopérgolo

Uma clínica para respirar

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Ana Cristina Delgado Lopérgolo

Uma clínica para respirar

DOCTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora  
como exigência parcial para a obtenção do  
título de Doutor em Psicologia Clínica pela  
Pontifícia Universidade Católica de São  
Paulo, sob orientação do Prof. Doutor Luiz  
B.L.Orlandi.

SÃO PAULO

2009

## BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Luiz Benedicto Lacerda Orlandi

---

Dra. Ana Luisa Aranha e Silva

---

Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin

---

Dr. Luis Eduardo Ponciano Aragon

---

Dr. Maurício Lourenção Garcia

Imagens:

Edson Fragoaz

(colagem digital sobre bordado em  
tecido, 2009)

## Debaixo d'água

Debaixo d'água tudo era mais bonito  
Mais azul mais colorido  
Só faltava respirar  
Mas tinha que respirar

Debaixo d'água se formando como um feto  
Serenos confortáveis amados completos  
Sem chão sem teto sem contato com o ar  
Mas tinha que respirar  
Todo dia  
Todo dia, todo dia  
Todo dia  
Todo dia, todo dia

Debaixo d'água por encanto sem sorriso e  
sem pranto  
Sem lamento e sem saber o quanto  
Esse momento poderia durar  
Mas tinha que respirar  
Debaixo d'água ficaria para sempre  
ficaria contente  
Longe de toda gente para sempre  
No fundo do mar  
Mas tinha que respirar  
Todo dia  
Todo dia, todo dia  
Todo dia  
Todo dia  
Todo dia

Debaixo d'água protegido salvo fora de  
perigo  
Aliviado sem perdão e sem pecado  
Sem fome sem frio sem medo sem vontade de voltar  
Mas tinha que respirar

Debaixo d'água tudo era mais  
Bonito  
Mais azul mais colorido  
só faltava respirar  
mas tinha que respirar  
todo dia, todo dia

(Arnaldo Antunes, cantado por Maria Bethânia em Mar de Sophia)

À memória

da minha irmã, Olguinha, lembrança viva neste novo trabalho.

do meu pai, Anthero, que dessa vez não pôde estar presente.

À Vó Nini, que não se deixou pegar!  
Pela presença amorosa em nossas vidas  
e, por ter acompanhado João  
com delicadeza e ludicidade  
nas coisas que são só de avó e neto.

Saudades!

## Agradecimentos

Uma tese de doutorado, já foi dito por muitos, é sempre resultado do encontro de muitos corpos. Quando escrevemos, então, sobre gestação, maternidade, nascimento, infância, formação, equipe... nos sentimos arrastados, no melhor sentido da palavra, para memórias de perto e de longe; de hoje, de ontem, de outrora...“lembranças de tantas voltas que o mundo dá...”.

Ao meu orientador, Luiz Orlandi pelos apontamentos que abrem possibilidades.

À Suely Rolnik e Peter Pál Pelbart que juntos com Luiz Orlandi sustentam um lugar de pensamento, que é o Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP, tão raro nos dias atuais.

Aos meus pais Marly e Anthero Lopérgolo, pela possibilidade da continuidade e por terem, cada um a sua maneira me incentivado para chegar até aqui. Aos meus irmãos Gisele e Anthero pelas aventuras e desventuras.

À Maria Rita Kehl, Amadeu Amaral e Maria José Moço, que acolhem e tratam, a partir de lugares tão diferentes, as minhas dores de alma e de corpo.

À Maria Cristina Vicentin, Ana Luisa Aranha e Silva, Luis Eduardo Aragon e Maurício Lourenção, interlocutores fundamentais na tese, pela possibilidade de defendê-la. Ao Edu e ao Maurício que, num ato analítico, próprio daqueles que valorizam a alegria, contribuíram para a finalização da escrita.

Aos amigos do “Clínica Trans”, pelos tantos sábados de encontros que faz diferença: Adal, Adriana, Alessandra, Ângela, Ciça, Cleusa, Cris Vic, Fabrício, Laura, Maria Luiza, Mariana, Maurício, Paulo, Ricardo, Sérgio, Simone.

À Regina Benevides e Eduardo Passos, pela sustentação rigorosa do trabalho “Trans” e pelas “aulas”, sempre, inspiradoras que valorizam a potência da mistura e deixam saudades.

À Adriana Marcondes Machado que me ajudou a pensar a parceria saúde e educação, indicando bibliografias e, principalmente, por ser referência na sustentação dessa discussão tão delicada e o faz delicadamente.

Ao Ricardo Teixeira, certo como “o grande caçador” e de quem é muito bom ser amiga.

Ao Cala-boca já morreu, pela interlocução frutífera na construção de redes e, à Gracia que sabe valorizar, também, o avesso das produções.

À Maria Cecília Galletti e Alexandre Nemes, provavelmente esta tese seria outra se não fizesse parte do território do Butantã.

À Maria Eugênia Pesaro, Renata Petri e Claudia Mascarenhas Fernandes pelas dicas de bibliografia, conversas e empréstimo de material, que foram fundamentais na tessitura desse trabalho.

Aos meus queridos amigos Jô Alves e Wilson Silva, pela parceria imprescindível nos primeiros tempos em Araras, vocês fazem muita falta! E é preciso muito cuidado, pois “A saudade mata a gente...”

À Simone Ramalho pelos outros tempos, em Araras e em Piracicaba. Tempos com muitas provações, de várias ordens, que sem dúvida teriam sido insuportáveis se não houvesse esse re-encontro de águas doces com águas salgadas. “Só agradeço”.

Ao Maurício Lourenção pela confiança, amizade e tantas outras alegorias que enfeitam, alegram e colorem as alamedas da vida.

À Ana Luisa Aranha e Silva, amiga queridíssima e de tanto tempo. Pelas tantas parcerias nessa vida e, nessa tese pela devoção e proteção: “e o guerreiro sempre atende dando a sua proteção”.

Novamente, como no mestrado, à equipe do CAPS “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, companheiros em um verdadeiro laboratório de trabalho e pensamento ético, de equipe, de clínica, parceria...Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Regina Bichaff, Ana Luisa Aranha e Silva, Sérgio Urquiza, Arnaldo Motta, Jonas Melman, Adalberto Lameratto, Silvia Pereira, Anette, Silvia Fernandes, Beth Araújo, Denise Corazza, Silvio Yasui, Carlos Videira (in memorian), Maria Luiza Almeida, Nerse Repash, Emiron, Emília, Fátima, Genilda, Tiana, Hiroko, Sônia Barros, Beth Meola, Fernanda Zeoula, Edson Fragoaz, Cristina Pandjjarjian, Alessandra Monachesi Ribeiro, Júlia

Catunda, Paulo Otávio, Andréa Masagão, Denise Lew, Eliane Silva. E também, um pouco antes e que se constituiu num início à Rosana Kafka, Regina Bichaff e Carmem Lúcia.

Aos aprimorandos do CAPS que acompanhei entre 1995 e 2002, pelas várias oportunidades de construir um pensamento sobre ensino e clínica institucional.

À equipe de saúde mental infantil pelos primeiros tempos de trabalho no Ambulatório do Peri-Peri.

À equipe de bebês do Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri, pela ousadia e coragem de criar, inventar e pensar, quando os tempos são tão difíceis. Pela compreensão, também, pelas minhas grandes ausências. Em especial à Lucila Faleiros parceira fundamental na escuta dos bebês e seus pais nos mais diferentes encontros que tivemos ao longo desse trabalho.

À Maria Paula Roberto, pela aposta no meu trabalho e, principalmente, por ter sido fundamental para o meu filho João na difícil aventura de transformar alguns ls em rs.

À Lucila e Paula (de novo!), pelas valiosas conversas e pela torcida animada.

Ao Zé Martins e Valderez (in memoriam), gerentes do Peri-Peri, pela possibilidade de estar mais ausente e finalizar este trabalho. Val, infelizmente, não tivemos tempo de fazer um grupo de mães.

À Rosana Righetto Dias, pelo respeito, cuidado e carinho que tem tido comigo nesses tempos difíceis.

Aos amigos da Uniararas companheiros fundamentais nos outros tempos, também pela presença valiosa em várias ausências neste ano: Nivaldo, Guilherme, André, Simone (de novo!) e, ainda, Douglas.

Aos meus alunos de psicologia da UNIARARAS por me formarem na difícil tarefa de ser professor, permitindo-me ensinar e supervisionar como oportunidade de fazer diferente. E aos da UNIMEP, com quem experimentei que não dá pra topar qualquer coisa!

Ao Edson Fragoaz, amigo querido e de tanto tempo, com quem dividi grande parte da minha trajetória profissional. Nessa tese, você comparece, novamente, com seus delicados trabalhos de fotografia, bordado, gravura, mostrando que entendeu bem o espírito da coisa.

À prima Gel, companheiríssima nessa vida de tantas curvas e tantos rios...e, novamente, como no mestrado, pelo cuidado rigoroso no acompanhamento desse trabalho.

À Mercedes, prima emprestada, pelo abstract e, principalmente, pela companhia solidária nesses últimos momentos. Seu sotaque e alegria são músicas para os meus ouvidos.

À Neide, pelo cuidado diário com esta família e, principalmente, por continuar a ser uma referência para o João.

Aos amigos que fazem a vida ficar mais alegre, mesmo quando foi preciso ficar mais retirada: Edson, Huda, Solange, Ana Luisa, Bete, Simone, Pedro, Jairo, Sônia, Celeste, Lana, Maurício, Carlos, Jô, Ana, Regina, Oiram, Sônia, Andréa, Marcos, Wilson, André, Alessandra, Cris, Carlos, Paula, Gel, Zé, Sil, Dé, Vilma, Maurício...

Ao Fabio, que me permitiu o exercício da maternagem aumentando a minha prole.

A Juju e a Lala, sobrinhas queridas com quem aprendo há tantos anos “exercícios de ser criança”.

A todos os meus pacientes que ao longo da minha formação profissional me constituíram como terapeuta e em especial, nesse trabalho, às crianças e suas famílias que me ensinaram que é preciso respirar, todo dia...

AO SÉRGIO E JOÃO, por suportarem e compreenderem as  
minhas ausências em momentos, fazendo valer que o “amor já é  
um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”.

## Resumo

Essa tese de doutorado constitui-se num traçado de possibilidades práticas no trato de uma problemática dos encontros de um ‘psi’ envolvido com determinadas variedades de iniciativas terapêuticas. Inspirada em uma dessas iniciativas - o trabalho com os bebês e seus pais desenvolvido no Ambulatório do Peri-Peri - essa tese utilizou-se da gravidez como metáfora para a construção dos seus capítulos. No capítulo intitulado “A Pré-História da Tese”, faz um recorte do percurso profissional da autora, anterior à sua inserção no Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri, apresentando um certo esquema, uma certa referência que a constitui enquanto terapeuta. Na Parte 1, ou “O Primeiro Trimestre”, a partir da inserção da autora na equipe de saúde mental infantil do ambulatório, a tese se propõe a mapear a constituição dessa clínica, tanto pelo viés da psiquiatria infantil, quanto pelas contribuições da psicanálise e, ainda, abordar algumas questões colocadas por essa clínica na atualidade. Na Parte 2, ou “O Segundo Trimestre”, a tese explora o trabalho realizado na equipe de bebês, mapeia algumas estratégias de intervenções possíveis, tanto na escuta do sofrimento de alguém tão pequeno – o bebê –, quanto no acolhimento do sofrimento de seus pais e também da equipe. Também são apresentadas algumas das iniciativas terapêuticas que envolveram esse ‘psi’. Iniciativas, essas, caudatárias de uma posição clínico-política, que investe na clínica como ocasião de produzir mudanças, produzir resistência aos processos de massacre das subjetividades e incitar diferenças. “O Terceiro Trimestre”, do ponto de vista de uma gravidez, é considerado como aquele em que o bebê é viável; é nesse capítulo que a autora tece as Considerações Finais da tese, ressaltando o caráter interminável da formação ‘psi’, pela indissociabilidade que há entre a teoria e a prática. A tese “nasceu”!

Palavras-chaves: Saúde Mental da Infância, Clínica com Bebês, Psicanálise, Subjetividade, Instituição, Formação.

## Abstract

The present thesis has constituted itself from the survey of many practical possibilities in the dealings with a particular set of issues raised from the encounters of a “psy” as related to certain varieties of therapeutic initiatives. Under the inspiration of one of such initiatives – the work carried out at the Peri-Peri Local Psychology Care Unit with babies and their parents– this report’s chapters are structured using pregnancy as a metaphor. In the chapter named “The Thesis’ Pre-history”, there is a report about the author’s beginning professional path, before she started at the Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri, when a certain design, a certain reference had constituted her as a therapist. In Part 1, or “The First Trimester” – referring to the period when the author’s had already joined the Unit’s children’s mental health care team – the thesis maps the constitution of such clinical practice, from the viewpoint of both children psychiatry and psychoanalysis, and, still, it tries and approaches some issues as posed by this same practice at present. In Part 2, or “The Second Trimester”, the thesis explores the work carried out with the team in charge with the babies; maps some of the possible intervention strategies, charged with the effort of hearing the sufferings of such young patients – the babies – as well as the dealings with the sufferings of both parents and members of the rest of the team. Some therapeutic initiatives in which this “psy” took part are discussed. Such initiatives are based on a clinical practice which is politically prone to view the care unit in such a way so as to incite changes, resist to the processes which oppress subjectivities and to promote differences. After the third trimester, a baby is ready to be born. It is in “The Third Trimester”, that the Final Considerations are presented, stressing that the preparing of a “psy” is a never ending process, because of the impossibility of dissociation between practice and theory. The thesis “is born”!

Keywords: Children Mental Health, Infant Clinical Care, Psychoanalysis, Subjectivity, Institution.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	2
“A PRÉ-HISTÓRIA” DA TESE.....	10
PARTE 1 OU “O PRIMEIRO TRIMESTRE” .....	20
CENA I .....	21
O Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri.....	22
A equipe de saúde mental infantil.....	25
O Grupo Intersetorial de Apoio a Inclusão – GIAI.....	29
Considerações sobre a constituição da Psiquiatria Infantil.....	30
Hoje.....	35
Considerações sobre as contribuições da Psicanálise para a Clínica da Criança.....	41
Considerações sobre a clínica da saúde mental infantil.....	51
Retornando ao GIAI.....	57
PARTE 2 ou “O SEGUNDO TRIMESTRE” .....	59
CENA II .....	60
Uma ida à escola .....	65
CENA III.....	71
Cala-boca Já Morreu – porque nós também temos o que dizer! .....	72
CENA IV.....	85
O trabalho na equipe de bebês .....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS ou “O TERCEIRO TRIMESTRE” .....	97
Referências Bibliográficas .....	103

## APRESENTAÇÃO

é verdade que escrever significa que algo não vai bem no estado da questão que se deseja abordar. Que não se está satisfeito. Então eu diria: escrevo contra as idéias prontas. Escrevemos sempre contra as idéias prontas (Deleuze, 1996a, p.26).

Essa tese de doutorado constitui-se num traçado de possibilidades práticas no trato de uma problemática dos encontros de um ‘psi’ envolvido com determinadas variedades de iniciativas terapêuticas. Alguns desses encontros, o leitor verá, aconteceram no Ambulatório de Especialidades do Peri-Peri, assim como fazem parte da tese, pelas “marcas” que em mim reverberam, outros tantos que aconteceram em minha trajetória profissional, desde a minha inserção em algumas equipes de saúde, como àquela ligada a prática do ensino tanto no CAPS<sup>1</sup>, quanto como professora de graduação em Psicologia.

Inspirada em uma dessas iniciativas – o trabalho com bebês e seus familiares desenvolvido no Peri-Peri –, essa tese utilizar-se-á da gravidez como metáfora para a construção dos seus capítulos.

Inicialmente, faço o recorte de um percurso profissional, anterior à minha inserção no Ambulatório do Peri-Peri, que nomeei “A Pré-História da Tese”. Ela apresenta um certo esquema, uma certa referência que me constitui, que fala em mim, enquanto terapeuta<sup>2</sup>. Esquema pensado à maneira de Pichon-Rivière<sup>3</sup> (1982), “esquema referencial”, dinâmico que dispõe o psicanalista, quando necessário – o que do nosso ponto de vista, sempre o é –, a criar e recriar a clínica, permanentemente. Isso porque, se formos fiéis – no bom sentido da palavra – aos ensinamentos do mestre, a clínica é soberana! O que isso significa? Significa que é o paciente que detém a verdade de uma teoria, “é aquele graças a quem as questões podem ser formuladas” (Mannoni, 1988b, p.

---

<sup>1</sup> Refiro-me ao CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira, inaugurado em março de 1987, no final do governo Montoro, onde tive o privilégio de trabalhar entre 1992 e 2004. Entre outros trabalhos, integrei nessa instituição, de 1993 a 2004, o Núcleo de Ensino e Pesquisa responsável entre outras coisas, pelos estágios de graduação em Enfermagem, Terapia Ocupacional e Psicologia, além do Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental em parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa (FUNDAP) do qual fui coordenadora entre 1994 e 2002.

<sup>2</sup> Estou utilizando nesse trecho algumas referências a um eu, algumas conjugações verbais na primeira pessoa do singular e, também, o mim, “forma oblíqua tônica do pronome pessoal reto da primeira pessoa do singular” (Houaiss, 2001, p.1924), ainda que saiba que eu somos muitos.

<sup>3</sup> Faço referência aqui à idéia de Pichon sobre o Esquema conceitual referencial e operativo (ECRO), trabalhado pelo autor no livro Teoria do Vínculo (1982).

159), graças a quem, somos forçados a pensar. Premissa ética, fundamental, que orienta meu percurso profissional e que está, também, “na vocação do dispositivo analítico” ao “criar condições de escuta das diferenças que se agitam na constituição de nossa subjetividade” (Rolnik, 1994, p.1).

É aqui que relato o caso de Maria, primeira paciente que atendo depois que saí do CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira”. Maria “batalha” para não entrar no circuito da medicação e impõe uma outra escuta para sua situação de vida. O que faço é acompanhá-la em seu movimento de me indicar o que era bom para a sua vida. Ensina-me, com seus gestos e olhar, a não deixar “passar inadvertidas as forças intempestivas, as surpresas, as invenções, as experimentações” (Saidón, 2008, p.155) de uma vida. Ela e seu bebê acompanham-me, sem saber, em vários outros momentos de minha trajetória clínica.

Mas o que isso tem a ver com Pré-História, com gravidez? Recorreremos à Myriam Szejer e Richard Stewart (2002) no livro *Nove Meses na Vida da Mulher*, onde os autores apresentam um modo de conceber a gravidez<sup>4</sup>, para tentar explicar. Lá, os autores afirmam que “não há gravidez sem história” (p. 37), o que os motiva a escrever esse livro, para oferecer “às mulheres grávidas um manancial de observações e de reflexões susceptíveis de lhes fornecerem pontos de referência e de acompanhá-las ao longo dessa aventura” (p.36).

Assim, além dos tradicionais trimestres da gravidez e seus sentidos – estes últimos nem sempre abordados quando se fala de gravidez –, os autores se dedicam a pensar a Pré-história da criança e dessa gravidez, “constituída tanto pela história do casal como pelo projeto de gravidez” (p.44). Esse projeto pode ser consciente ou não e,

---

<sup>4</sup> Para que o leitor possa compreender a minha intenção, teremos que nos estender, um pouco, nas idéias de Szejer e Stewart de 2002, originalmente publicado em 1997. Usaremos, também, um outro livro de Szejer (1999), onde a autora retoma idéias já expressas em conjunto com Stewart.

os autores afirmam: “se há fecundação, o desejo de ter um filho está presente” (p. 56). Tratam a “história enquanto portadora de um sentido”, “que dá lugar a uma criança singular, única” (p.37) e acrescentam: “se a história precede cada um de nós e nos influencia, a história continua, também, a ser escrita todos os dias” (p. 74). Mas, também, e numa outra direção, a história como “o conjunto das condições quase negativas que possibilitam a experimentação de algo que escapa à história” (Deleuze, 1996b, p. 210), “como o que nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo do que estamos em vias de diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos” (idem, p. 119).

Na gravidez, o primeiro trimestre é entendido como aquele em que a mulher tem “dentro de si um embrião: embrião de vida, amontoado de células em plena especialização, projeto de ser humano em plena realização” (Szejer e Stewart, 2002, p. 181). Aqui se inicia um esboço de troca entre o bebê e a mãe, quando esta, a partir de seus desejos, satisfaz uma necessidade do bebê<sup>5</sup>. Os autores parecem ter uma compreensão diferente do que, geralmente, se fala sobre esses desejos tão comuns no primeiro trimestre da gravidez. Cito um exemplo:

quando uma mulher sente um desejo repentino de comer iogurte ou laranja, alimentos que ela habitualmente não costuma consumir, pode-se pensar que isso é a expressão de uma necessidade do bebê, seja de cálcio ou de vitamina C, que a mulher percebe e aceita. Essa é uma velha idéia, segundo a qual o desejo da mulher deve ser satisfeito pelo bem de seu filho (p. 131).

É neste trimestre que se constitui a placenta, “órgão transitório, fabricado pelo bebê e que lhe pertence”, “considerada o lugar das trocas entre a mãe e o filho” (p. 148);

---

<sup>5</sup> Fôssemos fiéis à nomenclatura da medicina, diríamos embrião. Entretanto, em geral – o que para a psicanálise é indicativo de saúde –, as mulheres grávidas, mesmo nesse período, referem-se à criança que está na barriga, como bebê, ou como filho/a.

o bebê, aqui, encontra-se “num estado de dependência total” (p. 132) à mãe, já que ainda, nesse período, “são os hormônios fabricados pelos ovários da mulher, que mantêm a gravidez”. Ao final do primeiro trimestre, “a embriogênese<sup>6</sup> está terminada”, “a criança está feita”, “todas as suas estruturas vitais estão no lugar”, “ela passou a ser feto e tem apenas de se desenvolver”. É nesse momento, ainda, que “a placenta toma o lugar do ovário”, e o bebê passa a secretar, ele mesmo, “os hormônios necessários para que a gestação prossiga” (p. 148 e 149), assim, podemos dizer que há a partir disso, uma autonomização do embrião, “que é rebatizado de feto” (Szejer, 1999, p.32).

“No segundo trimestre, o embrião tornou-se feto”, as estruturas fisiológicas estão estabelecidas e só falta “se desenvolverem e se tornarem funcionais” (Szejer e Stewart, 2002, p. 181), instaura-se, uma “forma de coabitação entre a mulher e seu feto” (ibidem, p. 153), diferente da simbiose do primeiro trimestre.

O fenômeno novo do terceiro trimestre é a viabilidade do feto. Estamos falando de algo que acontece em torno dos seis meses de gestação. É fato que essa viabilidade apóia-se na evolução da medicina e das tecnologias neonatais. Ainda assim, dizer que o feto é viável a partir do terceiro trimestre não significa que a viabilidade seja igual, ou que o bebê tenha as mesmas chances de se desenvolver bem, nascendo em qualquer uma das semanas desse trimestre. Assim, fala-se em prematuridade muito grande (entre 28 e 32 semanas), média (entre 32 e 36) e o limiar de prematuridade continua sendo as 37 semanas. O nível de prematuridade corresponde o prognóstico do bebê, o quanto ele está “se colocando em perigo” (p. 197) com o nascimento antes da hora. E os autores afirmam: “podemos supor que o bebê tem suas razões, há um sentido para que isso ocorra, mesmo que não seja acessível a nós” (p. 197 e 198).

---

<sup>6</sup> Embriogênese, segundo o dicionário Houaiss (2001): “seqüência de eventos que leva à formação do embrião a partir do zigoto” (p.1120).

A prematuridade “significa que a criança não está madura para assumir, por conta própria, a vida no meio aéreo, porque seus pulmões ainda não estão em perfeito funcionamento” (p. 182). Para a criança só é possível “fazer face à fase aérea”, a partir de 37 semanas e isso implica que ela esteja pronta para entrar “nesse sistema de trocas indistintas, com qualquer pessoa, imposta pela fase aérea” (p. 268).

Devemos lembrar que antes desse momento, de ter que fazer face à fase aérea, a criança, também, “tinha necessidade de ser oxigenada, o que era feito graças ao cordão que o colocava em contato com o sangue de sua mãe, por intermédio da placenta”, lugar das trocas com a mãe (p.265). O nascimento, então, “instaura, na criança, a necessidade de respiração”; o grito do nascimento – que “não precisa ser um berro” – é a “confirmação de que a mutação ocorreu bem” (p. 266), que a passagem da fase aquática para a aérea foi bem sucedida e que, o lugar das trocas com a mãe modificou-se: “ruptura do modo de troca placentário”, para o de “troca vocal iniciada pelo grito” (p. 267).

Mas, respirar não tem só o sentido de “um movimento duplo dos pulmões, de inspiração e expiração”, também, é utilizado no sentido de “dar-se a conhecer”, “ter vida; viver”, “sentir alívio”, “nutrir-se com”, “tomar fôlego”... (Houaiss, 2001, p. 2439). A clínica, não só a de bebês, há de se beneficiar desses sentidos todos.

Na Parte 1 ou “O Primeiro Trimestre”, dediquei-me, a partir da minha inserção na equipe de saúde mental infantil do ambulatório, a mapear a constituição dessa clínica, tanto pelo viés da psiquiatria infantil, quanto pelas contribuições da psicanálise e, ainda, abordei as questões colocadas por essa clínica na atualidade. Tivemos que pensar muitas coisas novas, ampliar nosso “esquema”, integrar novos elementos, ampliar a experiência. Podemos dizer que chegamos ao final desse “trimestre”, pelo trabalho empreendido, à forma feto, “a criança está “feita””.

Na Parte 2 ou “O Segundo Trimestre”, o leitor verá algumas das iniciativas terapêuticas que envolveram essa ‘psi’. Iniciativas essas, caudatárias de uma posição clínico-política que investe na clínica como ocasião de produzir mudanças, produzir resistência aos processos de massacre das subjetividades e incitar diferenças. Aqui, também, explorei o trabalho realizado na equipe de bebês, mapeei algumas estratégias de intervenções possíveis, tanto na escuta do sofrimento de alguém tão pequeno – os bebês –, quanto no acolhimento do sofrimento de seus pais e também da equipe. Falo na escuta do sofrimento, pois quem nos procura, em geral, é porque sofre. Essas estratégias, a depender do que esteja em pauta, versa tanto sobre o trabalho grupal de mães, como sobre o individual: família nuclear ou relação mãe-bebê<sup>7</sup>. No transcurso desse trimestre, podemos afirmar que as “estruturas fisiológicas” estabelecidas, herança do final do trimestre anterior, puderam se desenvolver e tornaram-se funcionais. Mas, também, é preciso sublinhar, e talvez aqui nos distanciemos um pouco da metáfora utilizada, que novos “esquemas conceituais” foram forjados, houve, por assim dizer, a aquisição de novas experiências. Retornando à nossa metáfora, a criança continuou a se fazer!

Assim, encaminhamo-nos para as Considerações Finais ou “O Terceiro Trimestre”. Este trimestre, como vimos, corresponde àquele onde o bebê já é viável, que ele tem chances de ‘vingar’, mesmo que nasça antes do tempo. Para isso ele precisou de um tempo, percorrer um certo caminho, denominado gravidez. Tal como o feto, essa tese, também, precisou de um tempo para ser viável, precisou percorrer um certo caminho marcado pela indissociabilidade entre a teoria e a prática, revelando, assim, o percurso de formação de uma ‘psi’ envolvida com determinadas variedades de iniciativas terapêuticas, ao longo da trajetória de uma vida profissional.

---

<sup>7</sup> Apesar da família, também, ser um grupo, a nomeação utilizada foi mais no sentido de diferenciar quando o trabalho é realizado no grupo de pais, o que na minha experiência tornou-se grupo de mães.

E por entender que – para além do fato de que essa tese deixa em seu percurso questões em aberto, pouco exploradas, às vezes, alguns temas só indicado –, a formação é interminável, que a prematuridade é constitutiva da cria humana ou, de outro modo dizendo, que há um fazer-se sujeito, uma constituição do sujeito nos dados, isto é, nos processos em que ele está envolvido (Deleuze, 2001), que essa tese tece suas considerações finais no terceiro trimestre. A tese “nasceu”!

## “A PRÉ-HISTÓRIA” DA TESE

A história, segundo Foucault, nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos. (...) Em suma, a história é o que nos separa de nós mesmos, e o que devemos transpor e atravessar para nos pensarmos a nós mesmos. (...) o que se opõe ao tempo assim como a eternidade, é nossa atualidade. (Deleuze, 1996b, p.119)

Depois de anos trabalhando com pacientes adultos no Centro de Atenção Psicossocial “Professor Luis da Rocha Cerqueira”, e um ano em uma outra instituição da Prefeitura de São Paulo – de setembro de 2003 a setembro de 2004 –, iniciei um trabalho no Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri, uma unidade que integra a rede de saúde da Supervisão do Butantã, coordenadoria Centro-Oeste<sup>8</sup>, mais especificamente para compor a equipe de saúde mental infantil.

Em 1992, a minha transferência para o CAPS aconteceu após muita perambulação pelo extinto ERSA <sup>9</sup>, por ter sido colocada à disposição por uma instituição que fazia parte desse mesmo ERSA. Essa prática de disponibilizar funcionários foi muito usada no final dos anos 80 com a mudança de governo e acionada em vários outros momentos da nossa história<sup>10</sup>.

A equipe do CAPS acolheu, de forma muito potente, a mim e a muitos outros profissionais que viveram esses tempos ‘sombrios’. Foram tempos de muito aprendizado, de composições inéditas e experimentações diversas. Tempos para agitar a potência de vida naquilo que ela tem de possibilidade de invenção e criação e que, no circuito desse texto, refere-se às atividades inovadoras e transformadoras que ocorrem

---

<sup>8</sup>A Supervisão Técnica do Butantã, junto com Lapa-Pinheiros e Sé compõem a Coordenadoria de Saúde Centro Oeste, uma das Administrações Regionais da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

<sup>9</sup> ERSA: Escritório Regional de Saúde, unidade técnico-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, extinta em 1994. Criada após a reforma da Secretaria em 1986 foi substituída por uma estrutura técnico-administrativa hierarquizada que comportam os Núcleos, as DIRS (Direções Regionais de Saúde) que em 2007 passaram a se chamar DRS (Departamentos Regionais de Saúde) e as Macro-Regiões.

<sup>10</sup> A mudança de governo a qual me refiro aqui é a de Franco Montoro. Na ocasião, em várias instituições de saúde mental estaduais, na cidade de São Paulo, muitos funcionários sofreram perseguições e precisaram encontrar abrigo em outros equipamentos, além de muitos serviços terem sofrido um verdadeiro desmanche em suas proposições de trabalho. O CAPS “Luis Cerqueira” acolheu muitas pessoas que passaram por essa situação. Isso aconteceu, também, no PAS (Plano de Atendimento em Saúde), implantado no município de São Paulo, pelo então prefeito Paulo Maluf, contrariando o Sistema Único de Saúde – SUS, ao transferir todo o serviço público municipal de saúde para cooperativas de assistência privada. Quando da sua implantação, os profissionais que não aderiram ao plano, tiveram ‘cassado’ os seus direitos de trabalho ao serem sucessivamente transferidos de unidade e mesmo de Secretaria. O PAS foi extinto na gestão da prefeita Marta Suplicy, iniciada em 2000. Espero que este processo não seja novamente acionado, neste momento, no Município de São Paulo, com as parcerias da Secretaria Municipal de Saúde com as Organizações Sociais (OS). A história dirá!

no contexto organizacional e institucional e da mesma forma nos contextos extra-muros, idéia que apresentei em minha dissertação de mestrado, intitulada “Cozinhar a Clínica” (Lopérgolo, 2001). Tempos para respirar!

No CAPS aprendi muitas coisas, que carrego comigo, sobretudo o seguinte:

A Clínica não pode ser alheia à imersão social dos problemas de pacientes, pois ela não encontra fantasmas, repressões, forclusões em estado puro, mesmo porque o desejo é coextensivo ao social, como pensam Deleuze e Guattari, e como nossa própria experiência testemunha a cada instante (Lopérgolo, 2001, p.20).

Um desses problemas enfrentados na clínica com pacientes adultos em sofrimento mental, diz respeito ao campo do trabalho. Assim, na dissertação de mestrado, fui tomada pela questão de compreender qual lugar ocupava o trabalho na vida dos pacientes que freqüentavam e se tratavam no CAPS. Essa questão foi suscitada no meu cotidiano na instituição e, principalmente, pela minha inserção em um dos setores do Projeto Trabalho do CAPS – a Cozinha –, cenário desse primeiro estudo. No CAPS “Luis Cerqueira”, o Projeto Trabalho surgiu como uma necessidade do cuidar/tratar inerente à clínica ampliada, inerente “à imersão social dos problemas de pacientes”.

Trabalhar em instituição de saúde mental e em equipe corresponde a uma das marcas na minha experiência profissional. Marcas que, como diz Suely Rolnik, remetem à memória, não a dos fatos, que podem ser reconstituídos numa cronologia – ainda que essa também se faça presente –, mas àquela do invisível, “que produzem em nosso corpo”, estados inéditos “a partir das composições que vamos vivendo” (Rolnik, 1993, p. 242). Segundo a autora, é a conexão de nossa composição atual com outros corpos (não só humanos) que geram em nós esses estados inéditos. Estes, por sua vez,

constituem “uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um devir” (idem).

Foi essa memória do visível, no sentido de uma cronologia “do passado enquanto já existido” (ibidem, p. 243) e do invisível, como nomeia Suely, que me fez pedir transferência de um Ambulatório de Especialidades na periferia de São Paulo para a região do Butantã onde teria a possibilidade de integrar algum projeto institucional num trabalho em equipe<sup>11</sup>. Procurava e precisava de “aliados”<sup>12</sup>. Mas, nos poucos meses em que fiquei nessa instituição, pude experimentar algumas coisas, dentre elas, o início do que se poderia tornar uma parceria com algumas escolas da região que encaminhavam para tratamento crianças que apresentavam queixa escolar<sup>13</sup>. A parceria saúde-educação foi retomada no Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri e faz parte de uma das iniciativas terapêuticas pensadas nessa tese.

Atendi, também, entre outros pacientes adultos, Maria, cujo gosto pela leitura levou-me a emprestar-lhe livros. Essa moça de 19 anos me procura após ter passado pelo psiquiatra, que lhe prescreve antidepressivos, medicação que ela se recusa a tomar. No primeiro contato me conta, muito emocionada, que desde que deixou sua terra para se casar as coisas não estavam bem. Sente que tudo piorou com o nascimento do filho. *“Passo o dia cuidando da casa, olhando meu filho e não faço nada para mim”*, diz Maria com lágrimas nos olhos. *“Mas penso também que ele é pequeno, só tem 10 meses, e que isso vai passar”*. Lembra-se de um episódio que a fez buscar o

---

<sup>11</sup> Nessa época, meu contato com o então coordenador de Saúde do Butantã, Alexandre Nemes, através da gerente de um dos serviços de saúde dessa região, Maria Cecília Galletti, permitiu-me vislumbrar a possibilidade de integrar um trabalho institucional. Sou muito grata aos dois pela minha transferência para essa coordenadoria, hoje supervisão Butantã.

<sup>12</sup> Procurar e precisar de aliados é uma idéia expressa por Deleuze e retomada por Suely Rolnik na apresentação do livro *Micropolítica. Cartografias do Desejo* (Guattari e Rolnik, 1986, p.11).

<sup>13</sup> Quando essa demanda se configurou na instituição, entrei em contato com Adriana Marcondes Machado, referência fundamental no trabalho que pensa, entre outras coisas, a articulação entre saúde e educação. As conversas, dicas e sugestões dadas foram importantes, também, para o trabalho que iniciei na equipe de Saúde Mental Infantil no Peri-Peri, como veremos nesta tese.

Ambulatório. Foi olhar a comida no fogo e deixou, por alguns segundos, o filho na sala, onde ela passava roupa com ele brincando ao lado. Quando entrou o menino tinha puxado o ferro pelo fio, que por pouco não lhe cai em cima. Ele teria se machucado sério! Por sorte o ferro apenas esbarrou, deixando a pele do braço do garoto vermelha. *“Tomei um susto”*, relembra. Pensou em seguida: *“Posso tornar-me perigosa para o meu filho”*.

Essa moça, em seu sofrimento, questionava seu amor incondicional pelo filho. Se o ferro de passar roupas marcou a pele do menino a ponto dela pensar que poderia se tornar perigosa para ele era, também, na pele que Maria experimentava o mito da maternidade feliz, ou como nomeia Badinter (1987), o mito do amor materno<sup>14</sup>. Sabe que engravidou muito cedo e que por isso sua vida tinha mudado tanto. Entretanto, em nenhum momento ela ou o marido pensaram em interromper a gravidez. Começaram a namorar muito novos e ter filhos estava nos planos dos dois, mas o pequeno veio um pouco antes da hora. *“Eu tenho que deixar de fazer muitas coisas para estar com ele e aqui eu não posso contar com minha família”* – diz em tom de desabafo. Ressente-se, assim, com algumas acusações que escuta com relação ao seu modo de tratar o filho, por não parecer amá-lo o suficiente. Essas falas são principalmente das cunhadas, que segundo Maria, se satisfazem sendo mãe e dona de casa. Uma troca de acusações?

---

<sup>14</sup> Elisabeth Badinter (1985) no livro *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*, uma extensa pesquisa histórica, conclui que o instinto materno é um mito. “Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações” (p.365). Para a autora o “amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente”, “pode existir ou não existir, ser e desaparecer”. “Tudo depende da mãe, de sua história e da História” (idem). Historiadores das mentalidades, como Philippe Ariès (1986), também nos informam que é no século XVIII, com a família moderna, que se constitui a família fundada no amor materno. Compartilhamos da idéia de que o amor materno não é inerente à condição de ser mulher, mas é algo contingente, que se desenvolve. Essa noção tem particular interesse nos casos de prematuridade como veremos.

Foi a partir do episódio com o filho que, por sugestão do marido, procura o Ambulatório e lhe encaminham para o psiquiatra. Na consulta, segundo ela, recebe uma receita de antidepressivo. Sai desse atendimento certa que não tomaria o remédio: “*de que adiantaria?*”, indaga-se ao mesmo tempo em que me conta. Tento saber de sua vida, do que gosta, do que faz; entender que coisas tinha deixado para trás, “*lá na sua terra*”, como ela diz.

Essas perguntas, muito simples, dispararam uma enxurrada de associações. Após me contar muitas coisas de sua vida comenta: “*Nossa! Quanta coisa te contei. Como foi bom falar disso. Fazia tempo que não ria*”. Outro brilho notava-se em seu olhar. Sua interjeição me faz convidá-la para compor um dos grupos semanais que estava iniciando. Ela recusa o convite e diz: “*Como te disse, não tenho com quem deixar meu filho. Hoje consegui, já que meu marido pôde sair mais tarde para trabalhar. Mas isso é muito raro de acontecer*”. Não conseguia tomar essa fala como resistência<sup>15</sup> de Maria. Desconhecer que boa parcela da população em nossa cidade e em nosso País tenha dificuldade em freqüentar serviços de saúde, no horário comercial, poderia ser tomado, quando muito, como resistência do terapeuta, o que não foi o caso, como veremos mais adiante.

Mas o novo brilho nos olhos dessa menina-moça não me fez desistir. Era preciso entender que coisas de sua fala produziram esse novo olhar. Era preciso pensar, com ela, que outras coisas poderia acionar a partir do seu cotidiano. Coisas que acendessem esse brilho no olhar, que produzissem essa expressão de alegria, efeito de um “bom

---

<sup>15</sup> Resistência é um conceito psicanalítico cunhado por Freud e segundo Laplanche e Pontalis (1985, p. 595/596) corresponde, no tratamento psicanalítico, “a tudo o que, nos actos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Por extensão, Freud falou de resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição às suas descobertas na medida em que elas revelavam os desejos inconscientes e infligiam ao homem um “vexame psicológico””.

encontro”, como quer Espinosa. Bom encontro que também pode acontecer na potência do fazer clínico.

Entre as várias coisas contadas por Maria retomo uma, o seu gosto pela escrita. Ela havia me contado que um dos seus passatempos prediletos, desde muito nova, era escrever. Nos últimos tempos, fazia isso quando voltava do trabalho: era agente comunitária em sua cidade de origem. Anteriormente ao trabalho, o que funcionava como disparador da escrita eram os livros. Contava com muita vivacidade quantas coisas escrevia após a leitura, às vezes, recriava o próprio livro. Quando retomo esse assunto, fico sabendo que na mudança para São Paulo essas coisas tinham ficado em sua terra e, por falta de dinheiro, a mãe não pôde mandar. *“Nossa situação financeira está muito ruim, com criança pequena os gastos são muito maiores”*. Conta, ainda, que moram perto da família do marido; os homens trabalham e as mulheres só têm interesse em *“ficar na porta de casa falando dos outros. Eu não dou pra isso, não!”*.

Proponho, depois de entender que ela não contava com essa possibilidade, emprestar-lhe alguns livros, ao que ela se espanta: *“Nossa, mas você faria isso?”* Ao mesmo tempo acrescenta: *“Seria tão bom”*. Ao ser indagada sobre seu estilo, me diz: *“Não tenho estilo, você pode escolher o que quiser”*. Como não lembrar de Clarice Lispector? *“Eu perdi o meu estilo: o que considero um lucro: quanto menos estilo se tiver, mais pura sai a sua palavra”* (Lispector, 1978, p. 83).

Empresto a ela dois livros de literatura e alguns livros infantis. Combinamos, também, uma data para ela devolver o material. Dias depois da data combinada – já tinha até pensado que Maria não voltaria –, ela aparece na instituição desculpando-se pelo atraso. O brilho no olhar continua presente. Diz-me que o filho havia adoecido e por isso não pôde comparecer no dia marcado. Com o filho nos braços, devolve-me os

livros e mostra-me um caderno dizendo: “*Consegui retomar a minha escrita*”. Conta, ainda satisfeita, o quanto tinha se divertido com o filho ao perceber seu interesse pelos livros infantis. “*Acho que ele é como eu, aprecia os livros. Agora descobri que posso contar-lhe histórias*” – acrescenta.

Nesse dia tive oportunidade de ver mãe e filho brincando, divertindo-se juntos. Talvez porque tivesse ficado preocupada com eles, essa cena me chamou a atenção. Lembrei-me da idéia de Donald Winnicott para quem “se uma criança estiver brincando, não há qualquer problema grave à vista” (1985, p.147) e, ainda, “é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação” (1975, p. 79).

Apesar de não ter experiência clínica com crianças até aquele momento, já que minha trajetória profissional era quase que exclusivamente com pacientes adultos, tanto no CAPS como no Acompanhamento Terapêutico, já era uma leitora de Winnicott, sobretudo em seus escritos com relação à compreensão e tratamento das doenças mentais, que segundo ele, nos remete aos “primeiros estágios de comunicação entre o bebê e a mãe” (1996, p.90), “ao início da infância do paciente” (ibidem, p.34), “ao desenvolvimento primitivo do bebê” (1993, p.274), “a falhas ambientais nas fases mais precoces” (1990a, p. 198). Esse entendimento do autor faz com que ele afirme que “a partir dos pacientes esquizóides, podemos aprender a observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra” e “essencialmente, porém, é a partir das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos” (1996, p. 90). O autor, entretanto, adverte: “a idéia de que o louco é como o bebê ou a

criança pequena é simplesmente falsa” (Winnicott, 1993, p. 290). Advertência fundamental!<sup>16</sup>

Mas retornemos à Maria. Podemos pensar que algo da ordem de um ato analítico ocorreu ao emprestar-lhe os livros. Ato analítico, como trabalhado por Guattari e Rolnik (1986, p. 258), que “vindo de tais ou quais elementos de singularidade, pode fazer surgir, completamente armados, outros tipos de possíveis”; ou, ainda, “considerar que a saída de um impasse, qualquer que seja ele, sempre implica que um processo de singularização<sup>17</sup> possa surgir” (idem). E a escolha, segundo os autores, “não depende do saber nem da prática do terapeuta, mas sim do modo como, exatamente, se agencia a situação” (ibidem, p. 247).

Algumas vezes, a simples retomada de algo que já fazíamos, “pode gerar campos de possíveis rigorosamente incalculáveis” (ibidem, p. 245). Parece-me que foi isso que aconteceu nessa situação quando Maria retoma a leitura e a escrita. Dito de outra maneira podemos afirmar, recorrendo uma vez mais à Suely Rolnik (1993, p. 247), que a escrita “trata”, já que “enquanto instrumento do pensamento, tem o poder de penetrar” em “marcas-ferida”, “marcas de experiências que produzem em nós um estado de enfraquecimento de nossa potência de agir”. E ao tratar, cria um novo corpo. Um corpo que, na situação em questão, pode ser percebido como um novo brilho no olhar.

---

<sup>16</sup> Amadeu de Oliveira Weinmann, em sua tese de doutorado intitulada *Infância: um dos nomes da não razão* (2008) adverte, também, apoiado em Foucault, que nos discursos psicológicos, “as equivalências entre infantilidade e loucura são freqüentes e os movimentos pendulares de um sujeito entre a infância/loucura e a adultez/razão geralmente são descritos em termos de evolução/regressão e diagnosticados como saúde/patologia mental” (p. 69).

<sup>17</sup> Conforme Nota de Rodapé do livro *Micropolítica. Cartografias do Desejo*, página 45, “o termo “singularização” é usado por Guattari para designar os processos disruptores no campo da produção do desejo: trata-se dos movimentos de protesto do inconsciente contra a subjetividade capitalística, através da afirmação de outras maneiras de ser, outras sensibilidades, outra percepção, etc. Guattari chama a atenção para a importância política de tais processos, entre os quais se situariam os movimentos sociais, as minorias – enfim, os desvios de toda espécie. Outros termos designam os mesmos processos: autonomização, minorização, revolução molecular, etc” (Guattari e Rolnik, 1986, p.45).

Se a “escrita trata” e ao fazê-lo cria um novo corpo, na escrita de um doutorado ela o faz a partir de questões que nos forçam<sup>18</sup> a pensar. Neste trabalho, o pensamento foi “forçado” por alguns encontros de um ‘psi’, envolvido com determinadas variedades de iniciativas terapêuticas, ao longo da trajetória de uma<sup>19</sup> vida profissional, como já enunciamos.

---

<sup>18</sup> Essa é uma proposição de Deleuze em Proust e os signos (2006), que “sem algo que force a pensar, sem algo que viole o pensamento, este nada significa” (p. 89).

<sup>19</sup> Deleuze, em seu último texto (1995, publicação em português de 2002): “A Imanência: uma vida...”, diz que o artigo indefinido é “índice” da imanência-transcendental. “Uma vida é a imanência da imanência, a imanência absoluta”. “*Uma* vida está em toda parte, em todos os momentos que tal ou qual sujeito vivo atravessa e que tais objetos vividos medem: vida imanente que transporta os acontecimentos ou singularidades que não fazem mais do que se atualizar nos sujeitos e nos objetos”. No texto, Deleuze se vale de dois exemplos: o de um moribundo e o de um recém-nascido. Este último, um exemplo privilegiado para esta tese, que se valerá entre outros, dos encontros de um psi com a clínica de crianças e bebês bem pequenos. Inspiração, inclusive, para o título da tese: “Uma clínica para respirar”. Para ele, “as crianças bem pequenas se parecem todas e não têm nenhuma individualidade; mas elas têm singularidades, um sorriso, um gesto, uma careta, acontecimentos que não são características subjetivas. As crianças bem pequenas, em meio a todos os sofrimentos e fraquezas, são atravessadas por uma vida imanente que é pura potência, e até mesmo beatitude”.

## PARTE 1 OU “O PRIMEIRO TRIMESTRE”



## CENA I

Invento, mas invento com a secreta esperança de  
estar inventando certo.  
(Lygia Fagundes Telles, 2002)

*Final de tarde de uma quarta-feira. O trânsito é pesado, volta de um feriado prolongado. De todo modo a conversa com a gerente da instituição onde começaria a trabalhar estava mantida. No meio do caos instalado na cidade, sentia um reboiço interno. Além de conhecer a unidade e o trabalho institucional, ainda teria uma jornada grande: havia marcado médico sem me dar conta do dia. A mesma médica que anos antes tinha me ajudado a trazer ao mundo o pequeno João. Acho que foi aí que a possibilidade de trabalhar com crianças se colocou. O estacionamento estava aberto, mas escolho parar do lado de fora. Caminhar seria bom, tanto para sossegar meu corpo do trajeto pela cidade, quanto para observar a nova atmosfera. Em contraste com a agitação externa, o ambiente estava silencioso. Pouca gente no local, dando-me a possibilidade de deslocar-me lentamente pelos corredores numa espécie de reconhecimento, até chegar à sala da coordenação. A lembrança de uma outra instituição reaparece forte. Aquele antigo casarão de três andares com seus amplos espaços, uma arquitetura admirável, contrastava com essa construção térrea. Também era contrastante a falta de espaço de convivência. Os pacientes podiam ficar espalhados pelos corredores, sentados próximos de onde seriam atendidos. Os profissionais por sua vez, nas salas de atendimento. Afinal, pensei, era um Ambulatório de Especialidades e não um Centro de Atenção Psicossocial.*

## **O Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri**

O Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri compõe a rede assistencial do território<sup>20</sup> do Butantã, sendo referência para uma população de aproximadamente 380.000 habitantes, nas especialidades médicas de cardiologia, ortopedia, oftalmologia, pequenas cirurgias, urologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia; em odontologia; em exames de ultra-sonografia, colposcopia, eletrocardiograma, radiologia e audiometria. Conta, ainda, com o trabalho de três equipes: saúde mental infantil, reabilitação física e bebês de risco. Quem me diz isso é a coordenadora da instituição, logo na primeira conversa. As duas últimas equipes, segundo ela, compartilham alguns trabalhos. Aliviada, diz que pelo horário marcado, final de tarde, a conversa fluiria. Normalmente ela é bastante solicitada pela equipe e pelos usuários do serviço.

Neste dia fui apresentada à coordenadora da equipe de bebês de risco que ficou muito satisfeita com a chegada de uma nova psicóloga, lembrando, assim, o seu pedido à gerente do serviço: precisava de um profissional ‘psi’ para escutar as mães dos bebês atendidos por essa equipe. Segundo a gerente do serviço essa demanda era antiga e, agora, a equipe de saúde mental infantil não poderia deixar de acolhê-la. Encarregar-se-ia de falar com elas – eram todas mulheres.

---

<sup>20</sup> A noção de território tem sido bastante utilizada pelas/nas instituições de saúde, para designar o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Compreendido para além da regionalização da assistência e da área geográfica, já que implica uma rede de pessoas, instituições e relações que se estabelecem em determinada área. Num outro sentido, deleuze-guattariano, temos que “os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivo” (Guattari e Rolnik, 1996, p. 323). Nesse último sentido, o território, também, implica linhas de fuga, pontas de desterritorialização, sentido esse que impõe a pergunta “Qual é seu grau de fechamento ou, ao contrário, de permeabilidade (crivo) ao fora (linhas de fuga, pontas de desterritorialização)?” (Zourabichvili, 2004, p. 47).

Ainda, na primeira conversa, a gerente me conta sobre o trabalho da saúde mental infantil e sua preocupação com o retraimento em que a equipe se encontrava há mais de um ano, desde a saída de uma das integrantes que se aposentou. Apostava que a minha chegada, pelo percurso institucional que já tinha feito, poderia mudar esse estado de coisas; além do que é sempre bom ter gente nova em uma equipe, me diz ela. Também elogiava minha disposição em chegar compondo um trabalho com outra instituição da região<sup>21</sup>, sobretudo por entender que era missão da equipe, referência em saúde mental infantil para a região, trabalhar com outras instituições do território e não ficar restrita ao atendimento clínico ambulatorial. É fato que esta equipe já fazia isso na parceria com a Educação<sup>22</sup>, ela mesma ressaltou.

Saio dessa conversa pensativa e apreensiva com a reunião onde me apresentaria à equipe de saúde mental infantil. Explico-me. Inicialmente, quando cheguei ao Butantã, comporia a equipe do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) do Parque Previdência, mas por um problema relativo ao quadro de lotação da unidade<sup>23</sup>, foi preciso pensar em uma outra instituição da região. Entretanto, durante os dias em que estive nesse local, tive a oportunidade de conversar com uma das integrantes da equipe de saúde mental infantil do Peri-Peri, a partir de uma demanda do CECCO em

---

<sup>21</sup> Esse trabalho consistiu numa supervisão para estagiários de uma brinquedoteca ligada a uma Associação de Bairro, em parceria com o Centro de Convivência (CECCO) da região, que durou alguns meses. Sobre a brinquedoteca remeto o leitor à Galletti (2007).

<sup>22</sup> Essa parceria resultou no Grupo Intersetorial de Apoio a Inclusão (GIAI), formalizado em 2002, no Butantã, envolvendo Saúde e Educação através das equipes de Saúde Mental infantil do Peri-Peri e da equipe do Centro de Formação e Apoio a Inclusão (CEFAI) da Coordenadoria de Educação do Butantã. Apesar da parceria entre a saúde e a educação ter se estabelecido inicialmente com apenas uma instituição de saúde da região, uma das metas do grupo é “ampliar parcerias” com o objetivo de fortalecer a “equipe do GIAI como articuladora de projetos relacionados às crianças da região” (Relatório, 2004, p. 4). O trabalho do GIAI será retomado ainda neste capítulo.

<sup>23</sup> Quadro de lotação da unidade corresponde ao montante dos funcionários das mais diferentes categorias que compõe cada equipamento de saúde. Em geral, o local de lotação é escolhido no ingresso do funcionário na Prefeitura, podendo ser modificado ao longo do tempo, necessitando, entretanto, que haja vaga disponível em outro local. No caso em questão, o CECCO já estava com o número de psicólogos correspondente ao seu quadro de lotação para essa categoria profissional e, a instituição da região que dispunha de vaga era o Ambulatório de Especialidades do Peri-Peri. Desse modo, a minha transferência foi acordada entre a gerente dessa instituição e o coordenador de saúde da região.

ter um membro de sua equipe compondo o GIAI. Nesta conversa soubemos que a equipe de saúde que participava do GIAI – a de saúde mental infantil do Peri-Peri –, avaliava que não era o momento de novas equipes de saúde compor esse trabalho, já que precisavam se organizar<sup>24</sup>. A gerente do Peri-Peri, também, já tinha manifestado sua preocupação quanto ao retraimento dessa equipe pela saída de uma de suas integrantes. Como seria para elas, então, receber um novo membro para compor a equipe e o trabalho? Tal pergunta se impunha, mesmo sabendo que na Prefeitura a escolha de vaga depende apenas do quadro de lotação da unidade e as equipes não são consultadas sobre tal fato.

A demanda do CECCO em ter um membro de sua equipe integrando o GIAI, adveio da constatação de que poucas crianças freqüentavam as atividades daquela instituição e, um desejo de intervir nesse panorama, tanto propondo atividades no CECCO para essa faixa etária, quanto estabelecendo parcerias com instituições e trabalhos da região voltados para essa população. Já tinham iniciado, naquele momento, cabe destacar, a parceria com Associação Cultural União de Bairros no projeto da brinquedoteca dessa Associação, no Jardim D’Abril. Mas também essa demanda revela a própria proposta do CECCO, como lemos em Galletti (2007), de intensificar a constituição de redes, “numa atitude inclusiva”, “política de vizinhança”, ou seja, sem pretender ter “o serviço como centro” (p. 7). Tal proposta, então, pareceria compor com

---

<sup>24</sup> Tal organização relacionava-se à retomada das reuniões do GIAI, bem como as intervenções escolares realizadas conjuntamente pela saúde e educação, interrompida há mais de um ano com a saída de uma integrante da equipe de saúde mental infantil da instituição, como já foi dito. Essa integrante foi responsável, entre outras coisas, por propor a ampliação do trabalho da equipe para além das intervenções clínicas *stricto sensu* realizadas no Ambulatório. Esse trabalho focado sobretudo nas escolas, resultou na formalização da parceria entre saúde e educação da região, como já dissemos. Quando me afastei do Peri-Peri, em meados de 2007, essa equipe tinha conseguido incluir apenas, esporadicamente, nas reuniões do GIAI, uma outra equipe de saúde mental, a de adolescentes, lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Borges. Agora, no meu retorno em abril de 2009, soube que a única integrante remanescente da equipe de adolescentes, por determinação, foi incorporada ao Ambulatório, ampliando a faixa etária de responsabilidade da equipe de saúde mental da instituição, que agora compreende, também, os adolescentes.

a do GIAI, em sua tarefa de articular projetos voltados para as crianças da região do Butantã. Mas, correndo o risco de uma conclusão apressada, a resposta da equipe de saúde desse grupo parecia indicar que não estavam preparadas para trabalhar na vizinhança com outras instituições de saúde. Preocupação, então, para essa primeira conversa não me faltava.

### **A equipe de saúde mental infantil**

A vida é arte do encontro  
Embora haja tanto desencontro pela vida.  
(Vinícius de Moraes, Samba da benção)

Na hora e dia marcados estava no ambulatório para me apresentar à equipe de saúde mental infantil. Espero durante um bom tempo o início da conversa, sentada em um dos vários bancos dispostos em frente às salas de atendimento, juntamente com as pessoas que passariam em consulta. A espera, apesar de causar ansiedade, me proporcionava a experiência de estar ao lado dos pacientes que aguardavam os especialistas que atendiam naquele corredor. As pessoas não se olhavam, pareciam absortas em seus pensamentos, suas dores. Entravam e saiam dos atendimentos, às vezes, balançando uma receita na mão. Essa situação lembrou-me, por uns instantes, de quando esperava a minha entrevista para trabalhar no CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira”. Aparentemente uma outra ambiência?<sup>25</sup> Pessoas circulando pela instituição,

---

<sup>25</sup>Ambiência está sendo usada aqui tanto no sentido empregado por Jean Oury – psiquiatra, fundador da Clínica La Borde na França –, quanto àquele utilizado pela Política Nacional de Humanização. A ambiência para Oury seria constituída pelas "maneiras da civilização local que permitem acolher o insólito" (Oury, 1991, p.7). O autor ressalta a importância da criação, na instituição, de grupos e lugares heterogêneos para que possa emergir diferentes qualidades da ambiência. Numa outra direção temos, também, a concepção da Política Nacional de Humanização que coloca ênfase no “tratamento dado ao

conversando; alguns curiosos com a ‘estranha’ que nunca tinham visto. Perguntas eram disparadas: “*o que você veio fazer aqui?*”, “*veio para trabalhar ou para se tratar?*”.

Veza por outra meus pensamentos e lembranças eram interrompidos por um grito, um gemido, vindo de algum adulto, ou mesmo criança que aguardava a consulta. Alguns eram muito baixos, quase inaudíveis, mas talvez porque estivesse tão atenta ao entorno eles não me passassem despercebidos. Outros sibilavam alto como que em protesto. Tais sons, em suas diferenças, disparavam, em mim, uma série de questionamentos. O que significavam? Será que sofriam? Ou de tanto esperar, esses sons já escapavam sem mesmo perceberem? Um grito que “nos vitaliza, apesar e por causa da intensidade de sua dor”, outro que “nos arrasta para a melancolia e nos dá vontade de morrer” (Rolnik, 1996, p. 83). Como lembra Orlandi, “o questionar pulsa tanto nos encontros vitais ruins como nos bons encontros, já que ele opera permanentemente nos dispositivos de insistência do indivíduo em sua própria existência” (2006, p.3). Essas molecularidades, já não seriam sinais de linhas de fuga<sup>26</sup> e, portanto, de micro-desterritorializações? A pergunta cabe porque, ao invés de fazer fugir a situação (ação implicada na idéia de linha de fuga), essas manifestações de gemidos e gritos podem estar correspondendo apenas a ações de fugir de.

Reparei, também, que muitas crianças aguardavam atendimento, algumas em cadeira de rodas, outras em andadores. Seriam atendidas pela equipe da reabilitação – pensei. Também, do meu lado direito um bebê, numa incubadora, aguardava com uma enfermeira pela oftalmologista. Talvez ele fosse o mais olhado. Por mim, certamente. A

---

espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2008, p.5).

<sup>26</sup> Segundo Deleuze, “a linha de fuga é uma desterritorialização. Os franceses não sabem bem o que é isso. É claro que eles fogem como todo mundo, mas eles pensam que fugir é sair do mundo, místico ou arte, ou então alguma coisa covarde, porque se escapa dos engajamentos e das responsabilidades. Fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É também fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vazar como se fura um cano...Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia” (Deleuze & Parnet, 1998, p. 49).

enfermeira contava para uma senhora, muito mobilizada pela cena, que aquele garotinho tinha nascido prematuro, aos seis meses de gestação e pela prematuridade era necessário a consulta com a oftalmologista mesmo antes da alta hospitalar. A enfermeira, ao ser indagada pela senhora se não era muito difícil trabalhar com bebês tão pequenos, dá de ombros e diz estar acostumada com aquele tipo de situação, acrescentando com altivez: *“Este aqui já tem mais de 1 kg, já cuidei de bebês com menos de 700g”*.

Estava absorta nessa cena quando escuto meu nome, era uma das integrantes da equipe de saúde mental infantil que me chamava. A conversa não durou muito tempo, já que naquele dia algumas pessoas tinham pressa. Pude contar pouco do meu percurso profissional – parecia-me importante –, e de como tinha chegado até a instituição. Saliento, ainda, meu contentamento em participar da supervisão do trabalho da brinquedoteca e, para meu espanto, constato que elas não sabiam nada sobre isso. Coloco-as a par da proposta, não para informar-lhes, “transmitir uma mensagem” – “condição física da comunicação” –, mas para “partilhar o sentido (...) partilhar um contexto comum, partilhar uma cultura, partilhar uma história, partilhar uma experiência”, como pensa Pierre Lèvy (1988)<sup>27</sup>. Para o autor, “comunicar é tentar ter alguma coisa em comum”; minha comunicação buscava, então, a construção desse algo “em comum”.

Ao final da conversa, acompanhada por uma psicóloga da equipe, conheço as dependências do ambulatório. Andávamos lentamente pelos corredores enquanto ela me contava quais profissionais atendiam nas diversas salas; conheci também, nesse dia, algumas pessoas que trabalhavam na instituição que, como nós, deslocavam-se pelos

---

<sup>27</sup> Essa idéia foi retirada de uma entrevista concedida por Pierre Lèvy à revista Interface, em 1998. Disponível em <http://www.corposem.org/rizoma/arvores.htm> (Acesso em 10/05/2006).

corredores. Após esse breve re-conhecimento nos despedimos; no dia seguinte, na segunda reunião semanal da equipe de saúde mental infantil, a conversa continuaria.

As reuniões constituíram-se em um espaço privilegiado para conhecer o funcionamento da equipe e o trabalho que desenvolviam no interior do ambulatório e na parceria com a educação. Uma vez por semana a reunião era para discutir os casos atendidos e avaliar as novas demandas que chegavam; a outra reunião, a do Grupo Intersetorial de Apoio a Inclusão (GIAI), tinha por objetivo pensar a inserção escolar das crianças que estavam sendo atendidas e foi retomada com a equipe do Centro de Formação e Apoio a Inclusão (CEFAI) um pouco depois da minha entrada na instituição, em novembro de 2004.

Foi a partir das reuniões do GIAI e da minha disponibilidade em compor com a equipe da educação visitas e intervenções nas escolas, que a minha inclusão na equipe de saúde mental aconteceu. Avisaram-me que naquele momento não comporia nenhum trabalho que estava sendo desenvolvido na instituição, já que em dezembro reavaliariam os pacientes que estavam em atendimento e refariam os grupos para incluir as crianças que aguardavam atendimento. Desse modo os primeiros meses no Peri-Peri, foram marcados por trabalhos fora da instituição: na parceria com o CECCO para a supervisão da brinquedoteca, no Projeto Cala-Boca Já Morreu e em algumas intervenções escolares<sup>28</sup>. Trabalhos que puderam garantir um importante “caminho de reversão onde o “pensar para fazer” é deslocado para um “fazer para pensar”” (Saidón, 2008, p. 128).

---

<sup>28</sup> Esses trabalhos, excetuando a brinquedoteca, serão abordados, ainda, nesse capítulo.

## **O Grupo Intersetorial de Apoio a Inclusão – GIAI**

Prefiro as linhas tortas, como Deus. Em menino eu sonhava de ter uma perna mais curta (Só pra poder andar torto). Eu via o velho farmacêutico de tarde, a subir a ladeira do beco, torto e deserto...toc ploc toc ploc. Ele era um destaque.  
Se eu tivesse uma perna mais curta, todo mundo haveria de olhar para mim: lá vai o menino torto subindo a ladeira do beco toc ploc toc ploc.  
Eu seria um destaque. A própria sagração do Eu.  
(Manoel de Barros, 1996)

Trabalhar com crianças, tendo a preocupação com a inclusão social, nos coloca em contato com o universo escolar. Seja porque as escolas nos solicitam avaliação e tratamento de alguns dos seus educandos, seja porque um dos locais privilegiados de inserção das crianças é a escola. Podemos afirmar que o estreitamento de relações entre Saúde e Educação é fundamental para esse processo. Por isso, em 2002, formalizou-se, no Butantã, o GIAI (Grupo Intersetorial de Apoio a Inclusão), envolvendo Saúde e Educação através das equipes de Saúde Mental do Peri-Peri e do CEFAl (Centro de Formação e Apoio a Inclusão)<sup>29</sup>.

A aproximação dessas equipes aconteceu em 2001, a partir de um projeto de formação de profissionais da saúde e da educação na região de Pinheiros/Butantã “para favorecer a escolarização de crianças com graves comprometimentos psíquicos, garantindo-lhes o direito à educação, preparando a escola e o professor para ampliar seu

---

<sup>29</sup> Como explicitado anteriormente, apesar da parceria entre a saúde e a educação ter se estabelecido inicialmente com apenas uma instituição de saúde da região, uma das metas do grupo é “ampliar parcerias” com o objetivo de fortalecer a “equipe do GIAI como articuladora de projetos relacionados às crianças da região” (Relatório, 2004, p. 4).

repertório de ações em seu cotidiano educativo” (Vicentin, 2006 a, p. 169). Esse projeto foi conduzido pelos Núcleos de Referência de Psicose da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientae e da Faculdade de Psicologia da PUC-SP e financiado pelo Fundo Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente<sup>30</sup>.

A composição do GIAI, que envolve profissionais da saúde e da educação, como vimos, nos remete à própria constituição da Psiquiatria Infantil que desde o seu nascedouro teve, de alguma forma, uma parceria com a educação (Bercherie, 1992; Kupfer, 1998, 2000, 2001; Ranña, 2005).

### **Considerações sobre a constituição da Psiquiatria Infantil**

A gente falava bobagens de à brinca, mas o doutor  
falava de à vera.  
(Manoel de Barros, 1996)

Wagner Ranña (2005) e Maria Cristina Kupfer (1998, 2000, 2001) remontam ao trabalho paradigmático do médico e educador Jean Itard, no início do século XIX, para circunscrever o surgimento da Psiquiatria Infantil e afirmar que ela surgiu como uma Psiquiatria Pedagógica.

Essa história é filmada, em 1970, de forma muito sensível, por François Truffaut, com o título *O garoto selvagem*. Assistimos na película um diálogo entre Pinel (o pai da psiquiatria) e Itard (especialista na educação de surdos-mudos) sobre o abandono sofrido pelo garoto – nomeado Victor, por Itard – e seu diagnóstico. Apontado sob a rubrica de idiotia – grande categoria diagnóstica que serviu “até a

---

<sup>30</sup> A respeito do projeto de formação para profissionais da educação e da saúde, remeto o leitor à Vicentin (2006 a) e Sereno (2006).

década de 1930” (Bercherie, 1983/1992, p. 24) para abrigar as várias deficiências mentais e, também, o que conhecemos hoje como psicose, autismo e outros problemas emocionais na criança – Pinel afirmava que Victor tinha sido abandonado, porque era idiota; Itard, ao contrário – e esse foi um gesto revolucionário – diz que o garoto era idiota, porque tinha sido abandonado ou, por ter sido privado “de relações humanizadoras e educativas”, como quer Ranña (2005, p. 84).

Itard ocupa-se, então, do tratamento de Victor submetendo-o a métodos educacionais “tomados de empréstimo à educação das crianças surdas-mudas” (Bercherie, 1992, p. 24). Observamos no filme, baseado no livro de Jean Itard, um cotidiano de vida se desenrolando na casa do médico; Victor ora está sob a reeducação de Itard, ora sob os cuidados de uma “governanta”, Senhora Guérin. Esta, freqüentemente, reprova alguns dos métodos empregados pelo médico para “fazer Victor entrar no universo da palavra” (Mannoni, 1988b, p. 158), por levá-lo à exaustão. Itard, por sua vez, “designava por “infantilidades” tudo o que se passava entre Victor e a Senhora Guérin” (ibidem, p. 168). Para Mannoni, “do lado das infantilidades, desenrolava-se uma parte essencial, na medida em que foi no mundo lúdico que se viu o nascimento de Victor para a existência de outrem” (idem).

Kupfer (2001) observa “que o relato feito por Itard a respeito desse tratamento revela que este foi um grande fracasso”, contudo o médico afirma “a integridade da humanidade de Victor”, “supôs, sem saber o que fazer com isso, ser Victor um sujeito, que poderia vir a responsabilizar-se por seus atos ou que poderia vir a falar em nome próprio” (p. 42), idéia fundamental para outros desdobramentos da clínica da criança, sobretudo pelo viés da psicanálise.

Os métodos de Itard foram retomados e desenvolvidos em “instituições especializadas para crianças anormais”, além de fundar “uma tradição muito fecunda, pois ele se encontra na origem da educação especial” (Bercherie, 1992, p. 24). É a partir, então, desse trabalho empreendido por Itard, que remontamos aos primórdios da Psiquiatria Infantil e à “origem de uma iniciativa conjugada da medicina e da pedagogia” (Mannoni, 1988b, p. 158) no tratamento da criança.

Mas, “por que e para que educar crianças até então consideradas inaptas para a vida social?” – pergunta Kupfer (2001, p. 41 e 42). Por que e para que essa preocupação primordial com a “educabilidade”? – perguntamos nós. Essas perguntas nos levam ao que Ariès (1986) chamou de “o sentimento de infância”<sup>31</sup>, construção da sociedade ocidental moderna, que funda a infância e instaura, num só golpe, a reciprocidade entre infância e educação<sup>32</sup>.

Weinman (2008) inspirado nos escritos de Michel Foucault e apoiado em alguns historiadores das mentalidades, dentre eles, Ariès, propõe

que uma das condições de possibilidade da emergência da infância na Modernidade é o processo que institui o racionalismo como um imperativo cultural, nas sociedades ocidentais. Dito de outra forma, a partir do momento em que ser um sujeito racional – tanto do ponto de vista epistêmico, quanto moral – constitui-se em um mandato irrevogável, a infância surge em uma posição de alteridade à razão e a educação configura-se como o instrumento por meio do qual os infantis podem realizar sua virtualidade racional<sup>33</sup> (p. 11).

---

<sup>31</sup> Apesar de estarmos citando apenas Áries (1986), assinalamos que esse tema foi examinado, também, por outros autores, dentre eles Badinter (1985), Donzelot (2001) e Foucault (1985).

<sup>32</sup> A educação aqui referida diz respeito à escolarização moderna, datada do início do século XIX, educação normativa que promove a separação dos alunos por idade, produzindo o confinamento e moralização das crianças; educação disciplinar.

<sup>33</sup> Escolhemos essa citação do autor pelo destaque dado pelo mesmo – e que nos interessa neste contexto – ao enodamento, na Modernidade, entre infância e educação. Contudo é preciso sublinhar, que essa construção, também, visa atender às mudanças econômicas, políticas e sociais de uma burguesia nascente, tem o peso do discurso econômico – o que é considerado por Weinman (2008).

É essa construção que permite a afirmação de que “nossa criança é, por definição, escolar” (Kupfer, 2001, p.42). Construção que desde o início da Psiquiatria Infantil, como já vimos, coloca tratamento e educação numa relação de parceria, de reciprocidade. Mas, também, como mostra a história paradigmática de Itard, referidos a um ideal normativo, já que “o “idiota” é a criança que excede os limites da moldura que deveria defini-lo, que “não se curva” a ela” (Kupfer, 2000, p. 90), mas que se curvará pela reeducação. Curvar-se-á?

Essa questão é abordada, de alguma forma, em *Educação Impossível* (1988b), de Maud Mannoni. A autora expõe nesse livro “os problemas da *autoridade*, tal como foram apresentados no século XIX aos professores e aos médicos”, e a “tomada de poder ideológico pela instituição *escolar* e a instituição *médica*, ambas decididas a realizar uma “missão civilizadora” (poderíamos chamar-lhe “colonizadora”)” (p. 18) e formula que crianças e jovens, através da recusa, “(recusa escolar, recusa de se adaptarem às nossas normas, recusa de viver)”, “apontam o que lhes parece intolerável em nosso sistema de valores” (p. 48), apontam, diremos nós, que não se curvam aos imperativos médico-pedagógicos de disciplinarização e normalização. Esse livro de Mannoni é conhecido pela clareza com que a autora afirma, no início da década de 1970, apoiada na constatação do aumento vertiginoso de crianças com problemas de aprendizagem, o fracasso da pedagogia para todas as crianças do mundo contemporâneo.

As análises de Michael Foucault sobre o poder, também possibilitam fazer a mesma afirmação, qual seja, de que crianças e jovens não se curvam aos imperativos médico-pedagógicos de disciplinarização e normalização. Elas resistem! Foucault é categórico: “a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade

de resistência”. “Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa” (1993, p.241).

Voltando, para acompanhar um pouco mais a história da constituição da clínica psiquiátrica infantil, aprendemos que é apenas no século XX, especificamente na década de 1930, com as contribuições advindas da psicanálise que a psiquiatria infantil se constitui como um campo próprio, separado da psiquiatria do adulto, da qual era essencialmente um decalque<sup>34</sup>. Esse período, também, é caracterizado na psiquiatria do adulto, como aquele onde a pesquisa clínica “desaparece e a investigação psicopatológica é, com certeza, retomada pela psicanálise” (Bercherie, 1992, p. 29). Com respeito à psiquiatria infantil foi necessário, é preciso sublinhar, “a constituição de uma verdadeira psicologia da criança e de seu desenvolvimento” com importante contribuição psicanalítica, para se descrever uma psicopatologia infantil e para “permitir a formação da clínica pedo-psiquiátrica<sup>35</sup> moderna” (Bercherie, 1992, p. 35). Isso leva o autor a afirmar que não se trata mais de clínica psiquiátrica,

---

<sup>34</sup> Essa marca na constituição da clínica infantil produz efeitos até os dias atuais, já que muitas vezes se importa para a infância, concepções, planejamentos e modelos oriundos da clínica do adulto, inclusive no campo da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas de Saúde.

<sup>35</sup> Interessa-nos destacar, pelas intervenções realizadas com os bebês e suas mães que discutiremos nesta tese, que o termo pedo-psiquiatria aparece somente neste momento, marcando forte colaboração da pediatria com a psiquiatria infantil. Segundo Bercherie (1992) isso se deve à influência que as idéias psicanalíticas exercem sobre a clínica infantil, sobretudo pelo entendimento “de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito, ganha no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois as perturbações psicológicas dependem, aqui, de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente”. Assim, “várias manifestações patológicas, até aí dispersas aos quatro cantos na clínica pediátrica, podem, desde então, ser pensadas sob o modelo da histeria, como formas de conversão ou de expressão substitutiva das dificuldades que a criança encontra na sua vida interior e em suas relações com o meio”. O autor aponta, ainda, que “um imenso campo” de novas categorias se destaca (“doenças psicossomáticas, propriamente ditas; distúrbios de comportamento e manifestações afetivas patológicas; perturbação do desenvolvimento das funções elementares: motricidade, sono, funções esfinterianas, fala, etc.”), “ao lado da retomada de certas categorias” anteriores, como as neuroses e psicoses da criança e “mesmo da reinterpretção da herança da primeira etapa (manifestações caracteriais e psicóticas dos verdadeiros retardos)” (p. 29 e 30).

de clínica pura, disciplina inteiramente fundada sobre a observação e a descrição dos estados patológicos, tal como ela pôde funcionar ao longo dos cento e trinta anos da história da psiquiatria clássica, a do adulto (ibidem, p.36).

Bercherie acrescenta nas últimas linhas de seu texto que

a clínica moderna da criança, tal como se estruturou há meio século sobre bases autônomas, oferece agora, à psicopatologia, um modelo de abordagem e de conceitualização bem destacados dos paradigmas médicos – que continuam a marcar a clínica do adulto – e fortemente impregnados dos métodos psicanalíticos. Não surpreende que ela desempenhe, desde então, um papel piloto e que exerça uma função de abertura para o conjunto da clínica (ibidem, p. 37 e 38).

## Hoje

Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras (...). O bom é ser inteligente e não entender. É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doída. (Clarice Lispector, 1999)

O estudo de Paul Bercherie (1992) que estamos utilizando sobre a constituição da Clínica Psiquiátrica da Criança, foi publicado originalmente em 1983. Assim, o autor não inclui em suas considerações, e vale à pena destacar, o fortalecimento vertiginoso, a partir dos anos 80, da psiquiatria biológica no campo da psiquiatria em geral, com importante inflexão, desde a década de 1990, na psiquiatria infantil (Lima, 2009b). Esse fortalecimento tem, notadamente, conseqüências para a clínica em geral, seja ela de crianças, jovens ou de adultos, dentre elas, cumpre destacar tanto a medicalização do

sofrimento, da existência humana, quanto o surgimento de novas categorias diagnósticas, ou categorias reabilitadas, como nomeia Lima (idem). Para ficar apenas em um exemplo, o aumento do uso de Ritalina e a proliferação diagnóstica do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)<sup>36</sup>, que tem ganhado importante destaque na mídia.

Maria Ângela Santa Cruz (2005) num texto intitulado “Desafios da Clínica Contemporânea: novas formas de “Manicomialização””, parte da constatação que “a psiquiatria instrumentada pela farmacologia e pelas neurociências vem ganhando força e legitimação social no trato com os sintomas considerados anti-sociais ou indicativos de alguma nova “doença””, e destaca o importante papel que a mídia assume nessa situação, “que reforça, legitima e amplia tal poder da psiquiatria”. Para situar o leitor nessa questão, a autora faz referência a uma matéria de capa sobre depressão em crianças, publicada pela Revista Folha em 02/05/2004. Tal matéria é apresentada “como manual de orientação aos pais”, “no cuidado com seus filhos, encaminhando-os para os especialistas de maior ibope” (p. 2 e 3).

Santa Cruz, considerando a idéia de que os meios de comunicação são formadores de opinião, não cai no simplismo de responsabilizá-los por esse estado de coisas, indicando que eles “também são termômetros de movimentos sócio-históricos”. Na reportagem, “a psicanálise está em baixa” e “a psiquiatria aparece em alta”, “conferindo o estatuto de doença às mais variadas manifestações do sofrimento humano” (p. 3 e 4) e indica, ‘prescreve’ como terapêutica, a medicação.

---

<sup>36</sup> Ritalina é a medicação usada para tratar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; foi sintetizada em 1940, nos USA, e reabilitada no final dos anos 90 pelo diagnóstico de TDAH (Lima, 2009b). Esse exemplo não foi escolhido à toa, ele retrata o que tem sido tema de conversas e inquietações, com bastante frequência, nos serviços de saúde, seja por parte dos profissionais, seja por parte dos usuários do sistema. Cumpre observar, ainda, que esse tema também prolifera nos pedidos de tratamento por parte das instituições educativas.

Para Birman (2002), essa “crença<sup>37</sup> absoluta na droga como instrumento por excelência da psicopatologia na pós-modernidade”<sup>38</sup> (p.49) fala de um contexto histórico onde impera “o triunfalismo psiquiátrico” em “suas pretensões originárias, quando se estabeleceu no campo da medicina na viragem do século XVIII para o século XIX”, de “ser uma especialidade médica”, fundada “em um discurso científico sobre a alienação mental, que fosse homogêneo ao discurso da medicina somática” (p. 47). Na psicopatologia da pós-modernidade, onde o alinhamento se dá com as pesquisas das neurociências, da genética e dos avanços da psicofarmacologia, “as alterações genéticas teriam um lugar primordial” (idem), justificando, inclusive, o que assistimos desde “a última década de século XX” em termos de pesquisas sobre o cérebro (p. 48). A subjetividade aqui, o autor reitera, fica completamente excluída, não existe espaço e nem necessidade de fala. É esse paradigma atual que comparece na reportagem citada por Maria Ângela Santa Cruz.

O tema da depressão em crianças, matéria citada por Santa Cruz, tem sido preocupação de muitos artigos, livros e pesquisas. Recorrerei a um, de Raul Gorayeb (2002), publicado em um livro organizado por Maria Lúcia Violante, que se ocupou do tema da depressão em sua tese de doutorado e, também, em seu pós-doutorado. O artigo de Joel Birman citado anteriormente faz parte, também, desse livro.

---

<sup>37</sup> O autor se utiliza do termo crença, já que para ele, “a racionalidade atribuída a isso é insuficiente e questionável” (2002, p.49).

<sup>38</sup> Idéia trabalhada pelo autor em 1999, ao qual remeto o leitor. Lá, Birman constata que a “subjetividade foi excluída decididamente como eixo de indagação sobre o mal-estar que a inquieta” e, “no que tange às perturbações mentais, não se investe mais no registro da história da enfermidade e no dos destinos singulares de uma existência” (p. 48). Paulo Dalgalarondo (2000), ao discorrer sobre o diagnóstico psiquiátrico, também critica o seu uso, na atualidade, dizendo que a psiquiatria e a psicopatologia trabalham mais com síndromes (“conjuntos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas”) que com as entidades nosológicas ou doenças, o que para o autor é um problema já que estas viabilizam ou facilitam “o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos e preventivos mais eficazes” (p. 21).

Goarayeb para abordar o tema das depressões na criança e, de forma mais ampla, as “práticas com crianças e adolescentes” (2002, p. 148) propõe examinar uma dicotomia que para ele “percorre tanto o campo da psiquiatria quanto o da psicanálise nos dias atuais”, qual seja, “a objetivação do sujeito, em oposição” ao “respeito à subjetividade”.

É “no pólo da objetivação que podemos localizar a maior parte das práticas com crianças e adolescentes”, sejam elas realizadas pela psiquiatria, pela psicanálise, pela psicologia, entre outras, “à medida que se identificam em uma mesma prática objetivante e normativa quando, a pedido de adultos, tentam corrigir comportamentos “inadequados” ou eliminar condutas indesejáveis nos mais jovens que estão sob seu jugo” (2002, p. 148 e 149). E faz-se isso “em nome do que é “melhor para o futuro da criança”” (ibidem, p. 151). É objetivante, pois “busca mais exercer um poder do que utilizar alguma experiência a serviço de benefícios para o cliente. Neste pólo, a subjetividade conta pouco ou quase nada” (ibidem, p. 149).

Com respeito especificamente à depressão infantil, o autor diz que em geral ela não é reconhecida já que, freqüentemente, usa-se o conhecimento da depressão “a partir das descrições clínicas desta manifestação no adulto”, e na criança ela se manifesta “de modo diverso”.<sup>39</sup> Também, o que é lamentável, e nossa prática testemunha isso com mais freqüência do que gostaríamos de admitir, os adultos “tendem a ver problemas apenas quando as crianças dão algum trabalho” (ibidem, 159). Outra constatação feita “é que o fenômeno clínico mais comum ligado à depressão na infância são as reações maníacas”, assim, muitas depressões na infância que são travestidas em reações

---

<sup>39</sup> Como podemos ver tal descrição do modo de se pensar o diagnóstico na atualidade, não difere, muitas vezes, em nada daquela utilizada antes da década de 1930, época em que a psiquiatria infantil se constituiu como um campo próprio, separado da psiquiatria do adulto, da qual era essencialmente um decalque. Reiterando, se o diagnóstico para a criança é pensado em termos do diagnóstico do adulto, sem levar em conta, entre outras coisas, a especificidade etária, ele procede por decalque.

maníacas, estão sendo caracterizadas como “Síndrome de Hiperatividade”, “conceito reducionista, inspirado no modelo objetivante e proveniente da neurologia”, “de caráter biológico (ainda sem comprovação)”, que desvaloriza “qualquer consideração de ordem subjetiva na observação dos fatos clínicos” (ibidem, p. 160).

Foucault é sempre um aliado potente nas análises que empreende em seus mais variados escritos. Nos textos trabalhados acima, de Birman, Santa Cruz e Gorayeb ele, também, comparece, tanto com as críticas que faz à Psiquiatria a partir de seu estudo emblemático sobre a História da Loucura (1978), quanto com as que faz à Psicanálise. Vejamos algumas.

Iniciando com a psiquiatria. É conhecida a idéia de Foucault (1978) e Gorayeb (2002) a retoma em seu texto, que a psiquiatria nasce “quando inventa para si um *objeto de interesse ou objeto de discurso*” (p.143), sendo marcas dessa disciplina, “a objetivação do sujeito da loucura”, a “transformação da loucura em “desrazão”” (e Gorayeb acrescenta: “a desqualificação da subjetividade”), “a entrada do biológico como referência essencial na busca de uma causa para a loucura” e o “controle sobre a circulação social do louco” (p. 144). Em Santa Cruz isso aparece como o “projeto de patologização e cura da loucura”<sup>40</sup>, que estão na base da constituição da psiquiatria, e que Foucault insere “numa rede muito ampla de dispositivos – práticas e saberes diversos, das práticas penais e suas formas jurídicas às práticas educacionais e seus saberes pedagógicos” (2005, p.4) – os dispositivos disciplinares.

Com relação à psicanálise, destaco o trabalho de Maria Ângela Santa Cruz que recorre ao livro História da Sexualidade I (1985) de Foucault para tecer as críticas que o

---

<sup>40</sup> Essa análise feita por Foucault, sobre a psiquiatria, comparece em várias obras do autor, e não apenas no clássico História da Loucura (1978) que está sendo indicado neste escrito. Maria Ângela Santa Cruz (2005) recorre a outros textos de Foucault, além do História da Loucura (1978) e História da Sexualidade I (1985) para empreender suas considerações. Remeto, então, o leitor interessado, para o artigo da autora.

autor faz a essa disciplina. Nesse livro, a Psicanálise aparece como “um saber-efeito do bio-poder”, “ao desconsiderar a sexualidade como um dispositivo historicamente construído na modernidade – componente constitutivo do bio-poder, ao lado da tecnologia disciplinar” (Santa Cruz, 2005, p. 10). Mas, ao lado dessa crítica feita por Foucault à Psicanálise, Ângela Santa Cruz diz que o autor “reconhece, ao mesmo tempo, sua originalidade disruptiva em relação às teorias médicas da degenerescência, dominantes na passagem do século XIX para o século XX” (p.10).

Da minha parte recupero outra passagem do clássico História da Loucura (1978) de Foucault, onde o autor aponta para outros méritos de Freud :

é nessa medida que toda a psiquiatria do século XIX converge realmente para Freud, o primeiro a aceitar em sua seriedade a realidade do par médico-doente, que consentiu em não separar do par nem seus olhares, nem sua procura, que não procurou ocultá-la numa teoria psiquiátrica bem ou mal harmonizada com o resto do conhecimento médico (p. 502).

Finalizo estas considerações retornando aos últimos comentários feitos por Joel Birman no texto já citado, onde num golpe magistral, ele aproxima Foucault à Freud. Peço licença ao leitor para transcrevê-lo na íntegra.

Em um ensaio brilhante, Foucault também indicou, com argumentos agora filosóficos, como com a psicofarmacologia a loucura seria banida inteiramente como condição de possibilidade de produzir obra. A psiquiatria psicofarmacológica silenciaria, pois, a potência enunciante presente na experiência da loucura (Foucault, 1971)<sup>41</sup>. O que Freud, com a psicanálise, formulou como sendo o poder de produção simbólica presente nas perturbações do espírito, Foucault indicou pelo viés do conceito de produção de obra. É justamente isso que a

---

<sup>41</sup> Birman está utilizando a publicação francesa do livro História da Loucura, de 1971.

psicopatologia pós-moderna realiza como silenciamento bioquímico do mal-estar humano (Birman, 2002, p.62).

### **Considerações sobre as contribuições da Psicanálise para a Clínica da Criança**

Noventa por cento do que escrevo é invenção. Só dez por cento é mentira.  
(Manoel de Barros, 2002)

Os estudos de Paul Bercherie (1992) mostraram, como vimos, que “o que vai permitir a formação da clínica pedo-psiquiátrica moderna, é a constituição de uma verdadeira psicologia da criança e de seu desenvolvimento”, “fundada sobre uma ampla base empírica, mas também sobre uma conceitualização elaborada, oriunda da psicanálise” (p. 35). A qual conceitualização o autor se refere? Fundamentalmente a descoberta, que a partir desse momento fundamenta, também, a investigação psicopatológica do adulto<sup>42</sup>, “de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito”, o que “ganha no quadro da clínica infantil uma ressonância muito própria, pois as perturbações psicológicas dependem, aqui, de uma situação conflitiva atual, ou pelo menos recente”<sup>43</sup>(p. 29).

---

<sup>42</sup> Para lembrar, é nesse momento “que a pesquisa clínica na psiquiatria do adulto desaparece e a investigação psicopatológica é, com certeza, retomada pela psicanálise” (Bercherie, 1992, p. 29).

<sup>43</sup> O autor se refere aqui ao conceito cunhado por Freud de conflito psíquico, que, segundo Laplanche e Pontalis: “fala-se em psicanálise de conflito quando, no indivíduo, se opõem exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por exemplo, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo este exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se designadamente pela formação de sintomas, desordens do comportamento, perturbações do carácter, etc. A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto

Assim, se por um lado, na afirmação do autor, encontramos o conceito de conflito psíquico destacado, por outro está indicado, também, uma temática cara à Psicanálise: a do infantil. Esse tema atravessa a obra freudiana e pós-freudiana com diferenças, problematizações, nuances e debates de muitas ordens, que já foram examinados por diversos autores da psicanálise em livros, artigos e pesquisas, para os quais remeto o leitor<sup>44</sup>. Apontarei, apenas, algumas considerações que, penso, serão importantes no desenvolvimento desse trabalho.

Birman (1997) observa que no início da obra freudiana, influenciada pela teoria da evolução de Darwin, opera a categoria de infância com um “deslocamento posterior para a categoria de infantil” (p. 14). Então, nos primórdios da teoria, caracterizada pela idéia de que “as coisas do mundo seriam atravessadas pelo *tempo* e marcadas no seu ser pela *história*” (p.11), é a categoria de infância que explica “a causalidade das perturbações psíquicas pela mediação da sexualidade” (p.13). Mas é importante marcar que se tratava de uma infância real, vigência da primeira teoria da sedução, que levava Freud à formulação de que as histéricas sofriam de reminiscências e, “apesar da mediação da memória, era suposto que a sedução acontecida na realidade seria a responsável pela construção sintomática” (p. 18).

---

em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição (1985, p. 131).

<sup>46</sup> Refiro-me, entre outros, aos escritos de Birman (1997), Roza & Reis (1997), Fernandes (2003) e Zornig (2008), que examinam as incidências teóricas do conceito e seus desdobramentos clínicos em diversos autores da Psicanálise, dentre eles Freud, Ferenczi, Anna Freud, Melanie Klein, Winnicott, Lacan, Mannoni, Dolto, Laplanche e Green. Cumpre apontar que, a par as diferenças e nuances conceituais entre os diversos autores, a proposição fundamental da clínica psicanalítica comparece em todos, qual seja: “fazer aparecer o desejo do sujeito”, não incorrendo no “risco de utilizar as teorias do desenvolvimento infantil como parâmetros de critérios de normalidade ou patologia” (Zornig, 2008, p. 147).

Sabemos que foi o abandono da teoria da sedução, qual seja, de um acontecimento sexual real na infância como “causa primordial das perturbações mentais” (p.8), que deu passagem para a teoria psicanalítica propriamente dita e a sua concepção de fantasia. A consequência disso, “foi o deslocamento do sexual” e da infância, “do registro da realidade material para o da realidade psíquica” (p. 19). Repisando, com respeito à infância, isso significou um deslocamento “do registro genético e cronológico para o do funcionamento psíquico” (idem).

Birman (1997), a respeito desse deslocamento, conclui:

foi pressuposta a existência de um infantil no psiquismo que não se dissolveria na infância cronológica do sujeito. Seria dessa maneira, enfim, que o sujeito seria marcado pelo infantil não por acidente de percurso, pelas vicissitudes do processo maturacional de desenvolvimento, mas por vocação (idem).

O autor, a partir da explicitação do deslocamento da categoria de infância para a de infantil, empreende uma série de discussões sobre as versões que esse infantil por vocação recebeu, tanto no discurso freudiano, quanto “no pensamento psicanalítico pós-freudiano” (idem). Acompanharemos o autor, um pouco mais, para mapear as incidências desse conceito na obra freudiana; com relação aos pós-freudianos, como já dissemos, são muitas as nuances e proposições distintas, que este texto não examinará<sup>45</sup>.

Segundo Birman, no discurso freudiano, o infantil “foi caracterizado como sendo o inconsciente”, substantivando-se, “do estado de um resto, que seria

---

<sup>45</sup> Levando em consideração que os estudos de Bercherie (1992) sobre a constituição da psiquiatria infantil nos levaram à psicanálise e à formulação “de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito” (p. 29) cumpre examinar, então, a categoria de infantil. Entretanto, como essa pesquisa não tem por objetivo a investigação da teoria e da clínica psicanalítica, percorrer, principalmente, as contribuições freudianas sobre a categoria de infantil, serão suficientes para dar conta do que está em questão ainda que, por vezes, façamos uso de outros autores da psicanálise tanto aqui, quanto ao longo da tese.

remanescente no campo da memória”, “na estrutura do inconsciente”. Na teoria dos sonhos (1900), mas também na concepção freudiana sobre a formação do sintoma, “o infantil se identificava com o desejo”, “o desejo seria a forma de ser por excelência do infantil” (p. 20). Com a teoria da sexualidade (1905), “a pulsão sexual seria a matéria prima do infantil”, mas a partir dos desdobramentos de 1915 e 1920, “a pulsão começa a perder a sua identidade obrigatória e necessária com a sexualidade; a pulsão sexual é apenas uma das modalidades pulsionais”, “a força pulsional no sentido estrito não teria qualquer atributo erógeno” (p. 21), é a pulsão de morte que passa a ser “a representação do infantil por excelência, a sua nova substancialidade” (p. 22), o infantil se revelando, então, “pela força da compulsão à repetição, indo além do princípio do prazer e se inscrevendo no pólo pulsional do psiquismo (id) em oposição ao ego e superego” (Zornig, 2008, p. 56 e 57).

Birman, então, para finalizar o cotejamento do conceito de infantil na obra freudiana, e eu acompanho o autor, já que ele indica que esse foi outro passo fundamental e fecundo na obra de Freud com desdobramentos teóricos-clínicos importantes tanto entre seus discípulos, quanto nos analistas pós-freudianos, relaciona o conceito de infantil à noção de trauma, “aquilo capaz de lançar o sujeito no desamparo e de promover o seu esfacelamento” (p. 24). Mas o trauma aqui não tem o mesmo estatuto daquele do início da obra, identificado com o real da sedução, erotização corpórea do sujeito, ainda que, “produzisse efeitos também dolorosos”. Neste novo tempo da obra freudiana, a sedução é “apenas dor, sem restos prazerosos”, “anunciando a face hedionda da morte” (p. 25 e 26).

A partir daqui, fica revelada “a posição de desamparo do sujeito frente ao que existe de imposição no impacto da força pulsional, que lança aquele no campo da

angústia do real” (Birman, 1997, p. 23), “modalidade de angústia não inscrita no registro da representação e por isso mesmo na exterioridade do campo do desejo” (ibidem, p. 23). O trauma do nascimento, “no qual a prematuraçãõ do bebê o deixa numa posição de desamparo em que não existe preparação possível para a angústia” (Zornig, 2008, p. 57) adquire então a conotação de “protótipo da situação de angústia”.

Dessa compreensão, depreende-se que

A existência psíquica não seria uma conseqüência automática da condição do organismo vivo, mas implicaria numa construção complexa, na qual a pulsão de vida precisaria dominar o movimento espontâneo do organismo para a morte e a imobilidade. Nestes termos, necessário seria o trabalho de ligação do outro, que pelos investimentos erógenos seria capaz de possibilitar ao jovem humano a proteção face ao desamparo primordial e o domínio de sua prematuridade essencial (Birman, 1997, p. 24).

Insistindo, uma vez mais, é nesse novo desdobramento no que concerne ao infantil, que incide teorizações e compreensões fundamentais dos analistas contemporâneos a Freud e dos pós-freudianos. Em que pese as diferenças, que não são poucas, “no fundamental, mesmo os oponentes teóricos vão na mesma direção da cura psicanalítica”, não havendo “análise sem que o infantil fosse a caixa de Pandora do psicanalisar, a sua finalidade” (ibidem, p. 31).

Mas, ainda, e para terminar, é preciso indicar que nesses apontamentos realizados por Zornig e Birman a respeito do traumático e da posição de desamparo a qual o bebê é lançado por sua prematuraçãõ, mesmo que ele tenha nascido a termo<sup>46</sup>,

---

<sup>46</sup> Idéia fundamental por dialogar com a segunda parte dessa tese quando tratarei da minha experiência na clínica de bebês muito pequenos, alguns dos quais nascidos antes do tempo. Mesmo considerando as importantes implicações que tem a condição do nascimento pré-termo – o bebê nascido antes do tempo, mais do que os outros, corre risco de vida (ou seria de morte?) –, a prematuridade é marca do humano. É fato, como veremos, que o nascimento pré-termo, lança, muitas vezes, profissionais e pais no horror do

comparece outra noção em psicanálise, fundamental para a existência psíquica, qual seja, a dependência da cria humana a um outro, para protegê-lo do “desamparo primordial” e de sua prematuridade essencial que, como a categoria do infantil que já acompanhamos, tem importantes desdobramentos e nuances conceituais e, também, incidências diversas na clínica psicanalítica da criança, diz Zornig, mas não só da criança – acrescentamos nós.

Essa dependência da cria humana a um outro, marca do desamparo primordial, faz com que ela “necessite de uma “ajuda estrangeira” (como a denomina Freud) para sobreviver<sup>47</sup>” (Zornig, 2008, p.143), para se constituir enquanto sujeito. Apontaremos brevemente, a partir de alguns autores da psicanálise que trabalham com crianças, sobretudo daqueles que, de alguma maneira, têm dialogado mais de perto com o nosso trabalho teórico-clínico, como se concebe essa “ajuda estrangeira”, e suas incidências na clínica<sup>48</sup>. Isso porque, em psicanálise, há uma indissociabilidade entre o modo de conceber a constituição subjetiva e, de operar na clínica. Com Zornig, o mesmo vínculo que “permite a sobrevivência”, “a entrada na cultura e na vida humana”, é o que “aliena<sup>49</sup>” o sujeito “em uma história que lhe foi negada, e à qual é preciso acrescentar,

---

real do nascimento prematuro, no real “da condição do organismo vivo”, que como vimos, não é condição automática e, tampouco impeditiva, acrescentamos nós, para a existência psíquica da cria humana.

<sup>47</sup> A sobrevivência a qual a autora se refere é a psíquica, ainda que, vale acrescentar, a biológica também esteja presente, pois se a criança, por exemplo, não tiver quem cuide dela, quem a alimente, ela morre! Esse é um tema bastante espinhoso em psicanálise, já que temos, freqüentemente, a impressão, que pelo fato desta teoria privilegiar o fantasmático, alguns profissionais, em nome da psicanálise (?) se esquecem, do real do corpo.

<sup>48</sup> Esse recorte será bem sucinto, privilegiando apresentar por um lado a concepção dessa ajuda estrangeira, e por outro alguns desdobramentos teóricos dos autores, que dialogam com as iniciativas terapêuticas que serão apresentadas na tese.

<sup>49</sup> A autora deixa claro, nesse momento, sua aliança teórica com a psicanálise lacaniana. A alienação da criança no desejo do Outro, é matéria prima de trabalho entre os autores dessa linha. Entretanto, quando se põe a falar do trabalho na clínica, e eu a cito novamente, “acrescentar, modificar, recortar, metabolizar, enfim, imprimir um cunho único, individual e diferencial” (Zornig, 2008, p. 261), lança mão de verbos que não dizem respeito somente a uma leitura lacaniana, como por exemplo, modificar, acrescentar – que remete a idéia winnicottiana da experiência analítica –, metabolizar – concepção que advém do conceito de metabola, introduzida por Laplanche e retrabalhada por Silvia Bleichmar, que “critica a noção de um inconsciente infantil totalmente dependente do inconsciente parental” (ibidem, p. 150), como é pensado por Lacan. Para esses autores “o inconsciente da criança não é diretamente o discurso do outro, nem mesmo o desejo do outro” (idem).

modificar, recortar, metabolizar, enfim, imprimir um cunho único, individual e diferencial” (2008, p. 161).

Em Winnicott, essa “ajuda estrangeira” está na “ligação fundamental entre a criança e os cuidados maternos”<sup>50</sup> (ibidem, p.160) e “os efeitos dessa relação sobre a construção da realidade psíquica do indivíduo” (ibidem, 144). Depreende-se dessa idéia, o quanto o autor está interessado “pelos distúrbios cuja etiologia são anteriores à fase edipiana” (ibidem, p.99).

O autor cunha o conceito, importante para esta tese, de preocupação materna primária (Winnicott, 1993), estado que a mãe chega nos últimos tempos da gravidez, e “que continua por algumas semanas depois do nascimento da criança” (p. 493) que permite às mães “se colocar na situação do bebê de tal forma que saibam aquilo de que o bebê precisa naquele exato momento” (Winnicott, 1996, p.83) – a loucura normal da mãe – e, elas sabem, que “no decurso de alguns meses, serão capazes de sair desta situação especial” (idem). Concebe, também, o conceito de mãe suficientemente boa (1996), “para transmitir uma concepção não idealizada da função materna”, e propõe, para pensar o desenvolvimento do indivíduo, “o conceito de dependência absoluta (do bebê em relação ao meio ambiente)”, que se transforma em dependência relativa, rumo à independência. O autor esclarece que a “independência significa autonomia; a pessoa tornar-se viável como pessoa e também fisicamente (uma unidade independente)” (p. 80).

---

<sup>52</sup> Baseio-me, neste trecho, no trabalho de Zornig (2008), entretanto, remeto o leitor a alguns livros de Winnicott onde essa concepção encontra-se esmiuçada: 1980, 1984, 1985, 1989, 1990a, 1990b, 1993, 1996.

A clínica winnicottiana, baseia-se na “noção do vínculo experienciado na relação primária com a mãe” (Zornig, 2008, p. 144) e o analista “se preocupa em restabelecer a possibilidade de o paciente ter um “sentido de continuidade da existência pessoal”, ao permitir-lhe “levar uma experiência a termo”<sup>51</sup>, respeitando “a tentativa do paciente de enfrentar e lidar com seus fantasmas” (ibidem, p. 145).

Em Dolto e Mannoni, a incidência da dependência da criança humana a um outro, está sublinhada na ligação fundamental “entre a criança, o desejo e o discurso parental” (ibidem, p.161), que a insere na ordem da linguagem, humanizando-a. Essas analistas são conhecidas por suas importantes contribuições para a análise de crianças e, como Winnicott, dialogam de perto com a minha trajetória profissional.

As implicações dessa concepção para a clínica, segundo Zornig (2008),

ocorrem numa dupla vertente: o discurso parental é privilegiado não como possibilidade de informar (anamnese) e discorrer sobre a história da criança, mas sim como desvendamento da posição que a criança ocupa na fantasia parental, enquanto cabe ao analista suportar a transferência em sua dupla faceta: a dos pais e a da criança (p.127).

O livro *A Primeira Entrevista em Psicanálise* (1988c), conhecido, tanto pela experiência das “consultas psicanalíticas” (p.9) realizadas por sua autora Maud Mannoni, quanto pelo prefácio de Françoise Dolto, tematiza a necessidade de, a partir das entrevistas psicanalíticas, diferenciar as diferentes demandas que atravessam o pedido de tratamento de uma criança: demanda parental ou demanda da criança<sup>52</sup>. É

---

<sup>51</sup> Essa idéia na qual o autor baseia sua clínica, de permitir ao paciente “levar uma experiência a termo”, é caudatária de uma outra, a “situação estabelecida”, utilizada por ele em sua clínica pediátrica com bebês, a partir do “jogo da espátula” e trabalhada, inicialmente, em um texto de 1941 (*A observação de bebês em uma situação estabelecida*), publicado no livro *Textos Seleccionados Da Pediatria à Psicanálise* (1993), ao qual remeto o leitor.

<sup>52</sup> No livro, Mannoni sublinha, também, através de várias consultas, que muitas vezes os pais pedem ajuda para seus filhos por uma desordem escolar, ou seja, por uma demanda escolar. Tanto ela, quanto Dolto advertem que existem dificuldades escolares que são “de origem puramente pedagógica”, outras

função da entrevista psicanalítica pensar o lugar que a criança ocupa no discurso parental para poder entender, assim, o sentido do sintoma. “Se o casal parental formula a sua questão *através do seu filho*, é em referência à própria história desse casal que ela deve assumir um sentido” (p.103) e não no tratamento da criança. Nessa situação, o que é traumático, é a “mentira” do adulto, e o sintoma da criança presentifica, justamente, essa “mentira”. Assim, “não é tanto o confronto da criança com uma verdade penosa que é traumatizante, mas o seu confronto com a “mentira” do adulto” (p. 70); é isso que provoca o sintoma.

De outro modo dizendo, as entrevistas psicanalíticas têm por objetivo entender se são as “crianças que sofrem com seus sintomas” ou, se elas são “crianças cujos pais lhes emprestam seu sofrimento e seu sintoma” (Fernandes, 2003, p.8).

Importante destacar, ainda, outras contribuições dessas duas analistas de crianças: Mannoni e Dolto. A primeira tem um trabalho muito importante no que tange à criança com deficiência. Enfatiza que esta não deveria ficar reduzida à palavra do adulto, fosse essa do pai, professor ou especialista, devendo ser considerada em sua dimensão de sujeito, ser respeitada em sua própria palavra<sup>53</sup>. Essas idéias são trabalhadas em vários textos da autora, dentre eles: *A criança, sua “doença” e os outros* de 1987 e *A criança retardada e a mãe* de 1988a, aos quais remeto o leitor interessado na temática.

---

que a dificuldade escolar é um sintoma que “encobre quase sempre outra coisa” (p. 35). É sobre as últimas que incide o trabalho clínico do psicanalista.

<sup>53</sup> Essa posição de Mannoni lembra-me a fala de uma Coordenadora Pedagógica (CP) de uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) da região do Butantã, em uma reunião para discutir questões referentes a três irmãos freqüentadores daquela escola. Num certo momento, depois de explicitar sua preocupação com uma das crianças, a que considerava mais grave, que iria no ano seguinte para uma Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF), ambiente menos protegido, segundo ela, inclusive pelo número maior de crianças e menor de profissionais diz, emocionada – emoção essa que tomou conta do ambiente –, algo assim: que nesses anos de experiência escolar e, de análise (iniciada por conta das questões que vivia na escola), tinha aprendido que mesmo a criança com mais dificuldade, a que menos consegue se comunicar exige da equipe escolar um esforço de entendimento, pois essa criança, como todas, é um sujeito que pensa coisas, sente coisas e nós é que não compreendemos.

A segunda, Dolto, é conhecida por sua experiência clínica com bebês e por dirigir a eles a “palavra verdadeira” (1988, p. 27). Em geral, segundo a autora, se fala da criança e sobre a criança “sem dirigir-se pessoalmente a ela”. Propõe, então, que se fale às crianças e afirma que “nunca é cedo demais para “falar a verdade”. Se nos dizem algo diante da criança, cabe retomar: “Estás ouvindo, teu pai diz isto, mas tu talvez tenhas vivenciado este acontecimento de outra forma” (p.30). O importante, segundo Szejer e Stewart (2002), “não é a verdade desse discurso, mas o que ele permite: tratar a criança como um sujeito e não como um objeto” (p. 176).

Se já “se sabe que a criança está no desejo de seus pais”, com Dolto aprendemos que “a criança tem seu próprio desejo que ela quer nos manifestar, e que a única maneira de reconhecê-la como sujeito é falar à sua pessoa e deixar-lhe um tempo de resposta que escutamos com nosso coração, nossa pele...” (1988, p. 31).

Empreendemos esse percurso pelas contribuições da psicanálise à clínica das crianças, a partir do apontamento feito no estudo de Bercherie (1992) de que “a formação da clínica pedo-psiquiátrica moderna” bebe da “conceitualização elaborada pela psicanálise” (p. 35). O autor destaca, sobretudo o conceito de infantil, pelo entendimento “de que toda manifestação psicopatológica é o resultado de um conflito psíquico e que esse conflito, em sua expressão atual no adulto, repete a história infantil do sujeito” (p. 29). Desse modo, ao contextualizar esse conceito, desembocamos na dependência da cria humana a um outro, para a sua sobrevivência. Assim, acompanhamos, também, a partir de alguns autores da psicanálise, sobretudo daqueles que, de alguma maneira, têm dialogado mais de perto com o nosso trabalho teórico-clínico, como se concebe essa “ajuda estrangeira”, e suas incidências na clínica.

Se o que interessa à psicanálise é o fator infantil, “enquanto referido a inscrições inconscientes que escapam de uma temporalidade cronológica”, ela, também, não pode se esquecer “que o infantil se faz presente numa subjetividade, se confundindo em alguns momentos com a infância” (Zornig, 2008, p. 154), o que dá a essa clínica, do ponto de vista psicanalítico, algumas especificidades, desde trabalhar “com demandas que se sobrepõem, muitas das quais não partem diretamente da criança” (ibidem, p. 123) até a dependência da criança aos pais para a consecução de seu tratamento<sup>54</sup>.

### **Considerações sobre a clínica da saúde mental infantil**

Porque se a gente fala a partir de ser criança,  
a gente faz comunhão: de um orvalho e sua aranha,  
de uma tarde e suas garças, de um pássaro e sua árvore.  
(Manoel de Barros, 2006)

Retomando, então, para seguir. O percurso sobre as contribuições da psicanálise para a clínica psiquiátrica infantil, realizado nessa tese, teve como ponto de partida o trabalho efetuado pelo GIAI que enoda, novamente, saúde e educação. Ao realizar esse percurso chegamos a algumas particularidades dessa disciplina na compreensão da clínica da criança.

A especificidade da clínica com crianças – não só a psicanalítica, acrescento – e, também, com bebês, está referida, então, à inclusão da fala dos pais, ao diálogo e

---

<sup>54</sup> Tais especificidades são tratadas de maneira distintas pelos autores da psicanálise. Podemos apontar de maneira geral, dois grandes grupos: o kleiniano que desconsidera “a influência dos pais da realidade, já que seu maior interesse vai recair sobre a imago internalizada dos pais e a vida fantasmática da criança” (Zornig, 2008, p. 123), desse modo, o discurso dos pais não têm lugar nessa abordagem e o lacaniano – que acompanhamos um pouco mais de perto pelas contribuições de Mannoni e Dolto – onde o discurso parental tem lugar fundamental, inclusive no entendimento da demanda de tratamento.

trabalho “com outros saberes, clínicas e práticas que envolvem desde o terreno da educação até toda a rede de cuidados que respondem pela atenção à infância (pediatria, fonoaudiologia, pedagogia, psicologia, etc)” (Dias, 2006, p. 138), o que dá a essa clínica um caráter transdisciplinar.

Talvez pudéssemos dizer que a clínica da saúde mental, de maneira geral, tem suas especificidades. E, talvez, também, pudéssemos dizer que quando insistimos na temática das especificidades da clínica, tenhamos como referência a clínica do paciente adulto neurótico tal como concebida por Freud no início da psicanálise. Ele soube escutar o sofrimento psíquico, forjando “conceitos-ferramentas” para ““ouvir” aquilo que pulsava para além do corpo médico-biológico conforme formulado em sua época”. É essa a sua genialidade e seu legado, que deveríamos “reintroduzir em nosso pensar” (Neves et al., 1996, p. 182). Podemos dizer com Passos e Barros (s/d) que “um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica”, “cheio de força para produzir crise, desestabilizar” (p. 16).

No mestrado, confrontados com a clínica de pacientes adultos em sofrimento psíquico (Amarante, 2007) desenvolvida numa instituição pública de saúde mental, o CAPS Prof. Luiz Cerqueira, também, trabalhamos sobre a perspectiva transdisciplinar, que se preocupa com “estratégias particulares, singulares”, com respeito “aos problemas também singulares que a clínica nos propõe” (Rauter, s/d, p. 9). Uma dessas estratégias particulares que resultou na dissertação, como já dissemos, foi a do projeto trabalho.

Para a transdisciplinaridade, é preciso “lidar com diferentes campos do saber, desarticulando as fronteiras tradicionais e construindo novos parâmetros teórico-práticos” (Rauter, s/d, p. 9), exercendo a “transversalidade entre ciência, política, arte, ética, tecnologia, trabalho, subjetividade etc.” (Neves, 1996, p. 179). Na

transdisciplinaridade “não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores<sup>55</sup>, fazer série, agenciar, interferir” (Passos e Barros, s/d, p. 17); essa perspectiva “combina, engendra, agencia e desmistifica” (Garcia, 2009, s/p).

Vicentin (s/d, p. 15), na esteira das contribuições de Bercherie (1992) sobre a constituição da psiquiatria infantil, e apoiada na “especificidade da constituição subjetiva da criança”, afirma, também, a configuração dessa clínica como “transdisciplinar e em rede, uma clínica ampliada”. Para a autora, “rede pode ser definida como um micro-sistema que envolve múltiplos interesses e sentidos e que se dedica à promoção do bem-comum”, “articulando diferentes níveis de complexidade e de recursos” (idem). Para ela, “a lógica da rede é completamente diferente da lógica do encaminhamento”, já que se trata de uma construção comum, onde se privilegia a “dimensão do encontro e do mútuo compromisso de reverter uma dificuldade” (p. 16). Desse modo, quanto “mais diferenciado e heterogêneo os lugares na rede, mais rede” (p. 15).

Ricardo Teixeira (2004)<sup>56</sup>, autor que se dedica ao tema das redes em alguns de seus escritos, ao pensar sobre o trabalho em saúde, aponta para seu caráter intersetorial e em rede, definidos não só em referência “ao trabalho dos profissionais de saúde”, mas envolvendo “múltiplos agentes sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações”; esses múltiplos agentes sociais são “os “nós” da imensa rede tecnoassistencial da saúde”. O autor concebe essas redes “como grandes redes de conversações”, idéia lançada em texto

---

<sup>55</sup> Intercessor é um conceito cunhado por Deleuze (1996b) para exprimir a relação de um domínio com outro, uma disciplina com a outra, que se exprime por ressonância, interferência, intervenção. “O que me interessa são as relações entre as artes, a ciência e a filosofia. Não há nenhum privilégio de uma destas disciplinas em relação à outra. Cada uma delas é criadora” (p. 154).

<sup>56</sup> Texto disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em 20.07.2008.

anterior, onde propõe “que a substância do trabalho em saúde seja a conversa”, “técnicas de conversar”, de “produção da relação” que configuram o “contexto comunicacional” do encontro” (2003)<sup>57</sup>.

Essas características da clínica da saúde mental infantil, quais sejam, a intersectorialidade, a transdisciplinaridade, o cuidar em rede, a clínica ampliada, também estão contempladas na Política Nacional de Saúde Mental para a infância e juventude, em consonância com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Esta, ao propor uma ampla mudança na concepção, gestão e execução da atenção em saúde mental, enfatiza uma mudança no olhar: da doença para o doente, ou nos termos do documento sobre saúde mental infanto-juvenil, da doença para o sujeito<sup>58</sup>. Esse documento é caudatário de um outro, a Portaria 336, de 2002<sup>59</sup>, que dedica, pela primeira vez, através do texto sobre os CAPS infanto-juvenis, um capítulo para temas específicos da infância e da adolescência. Por essa razão podemos afirmar que as questões infanto-juvenis demoraram mais tempo para entrar na agenda das políticas públicas, ocupando um lugar secundário até a publicação da 336.

Tal política propõe não reduzir o trabalho com essa população à pedagogização do tratamento, à medicalização do sofrimento ou à institucionalização do cuidado. Enfatiza que, “toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça” (Brasil, 2005, p. 6).

---

<sup>57</sup> Texto disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em 20.07.2008.

<sup>58</sup> Ana Luisa Aranha e Silva, em sua tese de doutorado, fez um amplo estudo do cuidado em saúde mental no campo psicossocial, especialmente do trabalho da enfermagem de nível médio, e dedica parte de um capítulo da tese para examinar os nexos existentes entre concepção de adoecer e forma de tratar. Fica claro nos desdobramentos do texto, a correspondência entre formas de tratar e de conceber o adoecer. A esse respeito, recomendo o capítulo 3 dessa tese, itens a, b e c (2003, p. 68 a 86).

<sup>59</sup> Portaria 336/02 do Ministério da Saúde – Legislação em Saúde Mental, 2004.

Sabemos que historicamente, as crianças foram submetidas a práticas de exclusão e segregação; práticas de “institucionalização do cuidado” e de “criminalização da infância pobre”. Nesse processo “passaram ‘silenciosas’, mas não isentas de suas conseqüências nefastas”, “crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais incluídos na rubrica de deficientes”, transformando-se numa legião de excluídos e desassistidos (ibidem, p. 8).

Para a efetivação da política, o documento destaca alguns princípios: “a idéia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito”, “acolhimento universal”, “encaminhamento implicado”, “construção permanente da rede”, “território” e “intersectorialidade na ação do cuidado” (ibidem, p. 11 a 14).

Afirmar que “a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito”, nos remete à Constituição de 1988. Nesta, crianças e adolescentes aparecem, pela primeira vez, em texto com força de Lei, na condição de sujeitos de direitos, condição atribuída, anteriormente, apenas aos adultos. Em seguida, em 1990, e na mesma direção, temos a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que referenda a idéia de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Desse modo, podemos compreender que nesse princípio, há uma inflexão um pouco diferente daquela, freqüentemente, aludida no discurso da Reforma que propõe uma mudança de concepção: da doença para o doente ou para o sujeito que sofre. No campo da infância o acento, também, é outro: as crianças são sujeitos de direitos. É preciso, então, dar voz a elas, é preciso reconhecer, como próprios, os sofrimentos por que passam.

O outro princípio da Política que achamos importante comentar, já que não foi contemplado nas considerações feitas anteriormente, é o que versa sobre o “acolhimento universal”. O que isso significa?

Significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida (ibidem, p. 12).

No Butantã, para os problemas de saúde mental de crianças, o “acolhimento universal” só pode ser realizado pelas equipes das UBSs, já que o Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri não funciona de portas abertas e a equipe de saúde mental infantil obedece à mesma lógica. O significado disso para o usuário do sistema de saúde, é que ele não pode solicitar atendimento de um profissional do ambulatório, sem antes ter sido avaliado por algum profissional da UBS de referência de sua moradia que fará o encaminhamento, caso seja necessário. Para a clínica médica essa pode ser uma lógica interessante, já que são as UBSs, unidades consideradas porta de entrada do sistema que, em geral, produzem mais respostas para os agravos de saúde da população. As especialidades são reservadas para algumas necessidades.

Essa é uma contradição importante na região do Butantã, não só pelos rumos que toma a política pública, mas, também e, sobretudo, pela desassistência infligida às crianças com grave sofrimento psíquico dessa região<sup>60</sup>. Muitas vezes, constatamos que o encaminhamento se perde no meio do caminho e a criança não chega para o tratamento. Outras vezes, é a própria noção de gravidade que entra em questão, já que equipes e profissionais diferentes podem ter uma compreensão distinta do caso, o que pode

---

<sup>60</sup> As unidades que acolhem crianças para tratamento em saúde mental nessa região, são as UBSs com equipe de saúde mental e, também, a equipe de saúde mental infantil do Peri-Peri que é a referência para os casos mais graves. Não contamos, ainda, na região com um CAPS infantil (CAPS i), instituição que trabalha de portas abertas e que permite intensificar o tratamento de crianças e jovens com grave sofrimento psíquico.

resultar no que Michel Balint (1984) nomeia como “o conluio do anonimato”: o paciente difícil não é de ninguém, nem do generalista, nem do especialista.

O risco, segundo Gustavo Tenório (2009)<sup>61</sup>, é produzir “um ping-pong do paciente entre os vários serviços de saúde e uma certa indefinição de responsabilidade”, ou, ainda, o que é pior, o paciente nem chegar ao outro serviço, como já apontamos acima, seu encaminhamento se perder pelo caminho. O autor utiliza a imagem da “mensagem da garrafa de naufrago”, para se referir ao encaminhamento por papeizinhos, “é como se o paciente, com sua mensagem de encaminhamento, fosse ao mesmo tempo naufrago e garrafa de mensagem, jogado à própria sorte no oceano”.

Trabalhar na lógica da rede tem sido fundamental para interferir nesse estado de coisas. Operar nessa lógica é mais que reunir um conjunto de serviços, já que uma rede de cuidados não constrói, necessariamente, um ‘cuidado em rede’. A lógica da rede, como já dissemos, opera diferentemente da lógica do encaminhamento. E é na lógica da rede, “rede quente”<sup>62</sup> que trabalha o GIAI, privilegiando o heterogêneo, o encontro, a conversa, a construção comum; ao contrário da “rede fria” que produz efeitos de homogeneização, padronização e equivalência.

## **Retornando ao GIAI**

---

<sup>61</sup> Disponível em <http://www.redehumanizaus.net/node/7508>. Acesso em 10/08/09.

<sup>62</sup> Tomo emprestado essa idéia de Eduardo Passos e Regina Benevides, apresentada em 2000 numa discussão no Clínica Trans (grupo que se reúne mensalmente na cidade de São Paulo em torno de questões que versam sobre a clínica transdisciplinar). Na ocasião, inspirados pelos acontecimentos do I Fórum Social Mundial de Porto Alegre, Edu e Regina nos apresentam o tema das “redes quentes” e das “redes frias” (anotações de aula).

Foi a partir da constatação do enodamento entre saúde e educação na modernidade, quando falávamos do trabalho do GIAI, que enveredamos pelo percurso da constituição da clínica psiquiátrica infantil, das contribuições da psicanálise para a clínica da criança, retornando à atualidade. Nesse contexto sublinhamos o caráter intersetorial, transdisciplinar e em rede da clínica da infância.

Dissemos, ainda, que crianças e jovens não se curvam aos imperativos médico-pedagógicos de disciplinarização e normalização, que elas resistem. A idéia de resistência foi tomada de Michel Foucault, em suas análises sobre o poder, onde o autor é categórico: “a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência”. “Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa” (1993, p.241).

Assim, como clínicos, interessa-nos pensar, investigar, mapear essas condições e essas estratégias. Interessa-nos uma clínica compromissada com a escuta daquilo que estamos em vias de diferir. Uma clínica investida como ocasião de produzir mudanças, produzir resistências aos processos de massacre das subjetividades e incitar diferenças.

Acompanharemos, a seguir, duas iniciativas terapêuticas que envolveram essa ‘psi’ na composição da equipe de saúde mental infantil: uma na parceria com a educação, outra com o Cala-boca. Também abordaremos as intervenções realizadas na composição com a equipe do Ambulatório que cuida de bebês e seus familiares. Tais iniciativas se inscrevem na perspectiva clínica descrita acima.

**PARTE 2 ou “O SEGUNDO TRIMESTRE”**



## CENA II

Que vai ser quando crescer? Vivem perguntando em redor.  
Que é ser? É ter um corpo, um jeito, um nome? Tenho os  
Três. E sou? Tenho de mudar quando crescer? Usar outro  
nome, corpo e jeito? Ou a gente só principia a ser quando  
cresce? É terrível, ser? Dói? É bom? É triste? Ser: pro-  
nunciado tão depressa, e cabe tantas coisas? Repito: ser, ser,  
ser. Er. R. Que vou ser quando crescer? Sou obrigado a?  
Posso escolher? Não dá para entender. Não vou ser. Não  
quero ser. Vou crescer assim mesmo. Sem ser. Esquecer.  
(Carlos Drummond de Andrade, 1983)

*Manhã de 3ª. feira. Chegamos à porta da escola juntas: eu, Patrícia e a articuladora da educação especial da região. Teríamos uma reunião quente! Essa escola vinha dando muitos problemas para a coordenadoria. Nesse dia, me contaram que algumas escolas são parceiras para a inclusão, outras têm excluído seus educandos do cotidiano escolar. Desse modo algumas escolas, as que são denominadas inclusivas, ficam sobrecarregadas com crianças que necessitam de atenção diferenciada. Depois de um café, anunciamos nossa presença. Conversariamos sobre algumas crianças, principalmente João que estava com muitas dificuldades na escola. Ou será que a escola é quem estava com muitas dificuldades com João? Ele no tratamento ia bem, era um “fofo” – dizíamos. Colaborava com os colegas de grupo, com as terapeutas, fazia charme. De vez em quando se enfezava, coisa que não é só desse garoto. A mãe dizia nesses dias que ele não tinha tomado o remédio. O peso da medicação é grande tanto com adultos – disso eu já tinha bastante experiência – como com crianças. Nessas ocasiões, Júlia pedia para a psiquiatra dar alguma injeção, “ao menos não tenho que pelear com ele cotidianamente para tomar o remédio” - falava a mãe. Esses dias, também, eram quentes no tratamento. Quanto mais a mãe se alterava, mais o filho se agitava. Ao final dos grupos, na hora da discussão da equipe, entendíamos que eles funcionavam no mesmo circuito.*

Tradicionalmente, quem está mal na escola é encaminhado para as instituições de saúde, num pressuposto de que os problemas de aprendizagem são de responsabilidade do indivíduo que não aprende. Isenta-se a escola de interferência no dito problema. Quando, então, o aluno em questão tem algum transtorno grave, o encaminhamento para a saúde está mais do que justificado. A escola precisa de ajuda para entender, subjetivamente, o aluno que não aprende.

Várias críticas têm sido feitas, ao longo dos anos, com relação à idéia do fracasso escolar<sup>63</sup> como produção individual – que patologiza/culpabiliza ora o aluno e sua família, ora o professor –, enfatizando que “as queixas escolares são produzidas coletivamente” (Machado, 2005, p. 73) e, recuperando a dimensão histórica dessa questão, qual seja, que é a Modernidade, como vimos, que funda a infância e a instituição escolar e, também, toda a sorte de excluídos: os síndromicos, os deficientes, os pouco inteligentes, os estranhos, dentre outros.

A partir desses pressupostos e para interferir nessa produção, propõem intervenções que discutam o processo de encaminhamento com todos os envolvidos: escola, criança, pais e serviços de saúde. Ao não naturalizar o que é produzido historicamente, busca uma “reflexão sistemática sobre o fazer pedagógico, nele incluindo todas as esferas de influência – econômicas, políticas, culturais” (Amaral, 1998, p. 23).

Tal perspectiva de trabalho traz contribuições importantes para o que tem sido nomeado de educação inclusiva. O conceito de escola inclusiva surge da Declaração

---

<sup>63</sup> Sobre o tema do fracasso escolar remeto o leitor a Aquino, 1998; Machado, 1994 e 2005; Machado e Souza, 2004; Machado, Fernandes e Rocha, 2006; Patto, 2002.

Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) que é retomada pela Declaração de Salamanca (Brasil, 1994) e recomenda que:

Todas as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras. Devem incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias lingüísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos em desvantagem ou marginalizados...as escolas têm que encontrar a maneira de educar com êxito todas as crianças, inclusive as que têm deficiências graves<sup>64</sup>.

Entretanto, o acesso de todos à escola é condição necessária, mas não suficiente para produzir inclusão, assim o desafio da escola inclusiva está menos em projetos para as crianças com necessidades especiais, ou seja, para algumas – ainda que isso, também, esteja presente – e mais na promoção de uma educação para todos, no sentido de um coletivo capaz de abrigar a coexistência benéfica das diferenças.

Nossa entrada no território escolar deu-se com os trabalhos ligados à inclusão de crianças que apresentam grave sofrimento psíquico na sala regular e temos presenciado, freqüentemente, os efeitos benéficos disso. Ser acolhida numa classe, poder observar os outros, falar, contemplar a atividade de um colega, engajar-se em uma atividade própria é “um convite, ao mesmo tempo à cultura e à sociedade” (Dolto, 1988, p. 261), um convite a circular por onde todas as crianças circulam, porque escola, na modernidade, é lugar de criança.

---

<sup>64</sup> ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos humanos. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/dir\\_huma.html](http://www.unicef.org/brazil/dir_huma.html). Acesso em 10/05/2008.

Nesse sentido é que muitos autores têm nomeado a inclusão escolar como dispositivo terapêutico<sup>65</sup> para crianças com grave sofrimento psíquico, para além de produção de cidadania, de direitos humanos, de convivência com a diferença. Como diz Aquino (1998):

escola é o lugar não só de acolhimento das diferenças humanas e sociais encarnadas na diversidade de sua clientela, mas fundamentalmente o lugar a partir do qual se engendram novas diferenças, se instauram novas demandas, se criam novas apreensões sobre o mundo já conhecido. Em outras palavras, escola é, por excelência, a instituição da alteridade, do estranhamento e da mestiçagem – marcas indeléveis da medida de transformabilidade da condição humana (p. 138).

É certo que “quando a loucura vai à escola” (Cufaro, 2000; Vicentim, 2006a) instaura uma crise na instituição que já vinha enfrentando vários problemas pedagógicos em seu cotidiano. A perspectiva do trabalho em rede e na parceria com a saúde opera aí, propondo discussões para refletir sobre os efeitos da presença dessas crianças no universo escolar, os desafios colocados em termos de aprendizagem, os cuidados a serem tomados com todos: crianças, professores e pais.

A professora de Débora viu-se em desespero com a entrada da garota em sua sala de aula, uma menina grande para a idade de 8 anos, que se deslocava de tal modo que seu corpo se jogava em cima dos colegas. A professora interpretava isso como comportamento agressivo da menina e, solicita um conversa com a equipe da saúde. Como Débora estudava numa escola estadual, a equipe da educação que compõe o GIAI não nos acompanhou, já que faz parte do município. “*As crianças aqui são feitas de açúcar, eu não posso tocá-las... e se essa menina agride algum colega?*” – desabafa a

---

<sup>65</sup> Remeto o leitor aos escritos de Mannoni, 1988b; Kupfer, 2000 e 2001, Freitas, 2005; Rannã, 2005.

professora. Queixa-se de sua solidão, da falta de apoio da coordenação e da direção, do número de alunos em sua sala de aula, do conteúdo que tem que ser ministrado e da impossibilidade em estar mais próxima da garota. Disse-nos, também, que os pais já tinham sido chamados, várias vezes, na escola e sabia que eles estavam tentando a transferência da menina para uma escola municipal, perto de lá. De fato a transferência aconteceu e na nova escola, com uma proposta pedagógica mais aberta, onde os conteúdos pedagógicos formais estão transversalizados nos projetos de interesse das crianças, que valoriza “a relação do aluno em sua singularidade com o professor e os outros alunos” (Serenó, 2006, p. 172) a inclusão de Débora ficou mais facilitada. Lá, ela podia usufruir dos espaços mais abertos, do parque, das brincadeiras com o corpo e conquistou o apelido de menina forte. Bem diferente do rótulo de agressiva que tinha na escola anterior.

Quando o foco da escola é o conteúdo e não a aprendizagem, o lugar para as diferenças fica muito comprometido. O relatório Delors (2001) enfoca o aprender a partir de quatro pilares: aprender a conviver, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a aprender. A inclusão de crianças com dificuldades emocionais na escola pode propiciar a mais básica dessas aprendizagens: o conviver.

Partindo dessas considerações é que o GIAI pauta seu trabalho. As equipes da Saúde e da Educação encontram-se semanalmente, tanto para pensar as solicitações de avaliação e tratamento feitas pelas escolas, como para propor conversas, trocas e intervenções em algumas situações escolares. A construção de uma “rede quente” não pode prescindir desses encontros. Os projetos são construídos a cada caso e as intervenções não seguem um padrão único: às vezes acolhemos a criança e sua família no serviço de saúde; em outras, tem nos parecido mais providencial interferir

primeiramente na escola, para clarear as solicitações, para pensar possibilidades de acolhimento da criança dentro da escola, para entender o encaminhamento, para pensar outras parcerias, para construir rede.

### **Uma ida à escola**

Foi em uma situação como a última, que evitamos a entrada de Pedro no circuito da saúde. A escola solicitara uma avaliação desse garoto. A equipe, num primeiro momento, pensou em marcar uma entrevista com o garoto e a família no Ambulatório. Em geral, procedíamos assim quando o encaminhamento era feito por uma escola que considerávamos inclusiva: se ela encaminhava era porque o menino tinha problema! Mas no último momento mudamos de idéia, fomos até a escola.

Pedro estava na 5<sup>a</sup>. série. Seu encaminhamento tinha sido feito pela Coordenadora Pedagógica (CP) – que não se encontrava mais na escola – quando ele estava na 4<sup>a</sup>. série e a atual coordenadora só tinha enviado o pedido para o GIAI. Ele vinha dando problemas há pelo menos dois anos, nos conta a CP, apesar dela ter ficado no ano anterior em outra escola lembrava-se, ainda que de maneira imprecisa, de várias situações envolvendo esse aluno e sua família. Esta não se responsabilizava pelo garoto e este por sua vez, era alvo de muitas queixas na sala de aula: não aceitava limites e, quando contrariado, se descontrolava tendo que sair da sala para se acalmar. Era, também, muito infantil! *“É isso o que me lembro do ano retrasado, não sei como ele está hoje”* – diz a CP.

Esse fragmento é suficiente para percebermos que por um lado temos o discurso de culpabilização da família que não se interessa, e de patologização do garoto que não

aceita limites, não se acalma, que é infantil. Por outro lado está presente, também, uma imprecisão sobre como está Pedro nesse momento que chega para avaliação psicológica, já que as lembranças sobre ele datam de dois anos atrás. Solicitamos, então, uma conversa com os professores.

Naquele momento, só uma das professoras estava disponível. Optamos em escutá-la e, se fosse necessário, marcaríamos uma outra reunião onde mais professores pudessem estar presentes. A professora ao ouvir o que se falava sobre o garoto assustou-se: *“Acho que vocês estão enganados de aluno. O Pedro da 5ª. série não é assim. Ele cresceu. Já me disse que sabe que garoto grande não faz tanta birra. Quando contrariado, consegue se controlar rapidamente, sem se desorganizar, nem sair da sala”*. A professora mostrava-se sabedora do funcionamento do menino e de como ele estava diferente, agora, na 5ª. série. A Coordenadora espantada se desculpa dizendo que não sabia dessas mudanças. Saímos da escola com a promessa de que pensariam em outra criança para nos encaminhar.

Essa situação oportunizou muitas discussões na equipe do GIAI. Inicialmente, a constatação de que nós, também, com o modo de proceder com relação aos pedidos de tratamentos feitos pelas escolas para seus educandos, naturalizávamos o que é historicamente construído, ao nomear que apenas algumas escolas são inclusivas, culpabilizando, então, as outras de não o serem. Os encaminhamentos das primeiras eram justificados, enquanto o das outras escolas, as que nomeávamos como não inclusivas, eram questionados.

Com relação a Pedro, a constatação de que seu encaminhamento tinha sido feito pela Coordenadora sem uma discussão com o grupo de professores sobre o que pensavam a respeito do garoto, sem uma atualização do que significou para ele estar na

5ª. série, – momento em que as crianças precisam se haver com um maior número de professores, demandando uma postura mais amadurecida dos estudantes –, revelavam um “enfraquecimento do poder do coletivo” (Machado, 2005, p. 74) em prol do fortalecimento das características individuais: do menino que não aprende, dos professores que não conversam, da CP que não divide.

Aqui, os ensinamentos da Análise Institucional são preciosos. Intervir na escola tem que ser pensado como oportunidade de “visualizar o que está oculto” e não simplesmente para que “as coisas “melhorem”. Trata-se de que isto que estava oculto tenha uma potência possível de mudança que, ao ser descoberto” (Saídon, 2008, p. 140), possibilite o enfrentamento das dificuldades.

Já com João, o contato com a escola foi feito por iniciativa da saúde. Queríamos entender e pensar as diversas queixas escolares que apareciam nas falas do garoto e da mãe. Ele é acompanhado no Peri-Peri desde pequeno. Aos cinco meses de vida, teve meningite. Ficou internado por 48 dias. O tratamento na instituição começou quando ele tinha um ano e cinco meses. Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O garoto com hemiparesia esquerda precisou de muita estimulação para recuperar movimentos, aprender a falar. Na saúde mental ele chegou mais velho: aos quatro anos e meio, hoje ele tem nove. Muito inconstante nos atendimentos, fazia seu retorno, via de regra, com a psiquiatra.

No ano de 2006, a mãe engaja-se no atendimento, seu e do filho. Paralelamente ao grupo de crianças, é realizado o grupo de pais. Ela estourava a cada encontro. Explosões com o filho, com o companheiro, com a escola...Muitas queixas de João em casa. Parece estar falando pela primeira vez do que significou a doença do filho. Lembra-se do temor de que ele morresse, abrandado nos últimos tempos. Queixa-se da

solidão que viveu durante tantos anos, sem poder dividir seus medos com ninguém. Diz que sempre fez tudo sozinha para o filho. Muitos médicos para o filho ao longo da semana – referia-se aos tratamentos realizados no Ambulatório quando João era pequeno – *“e nenhuma pergunta ao meu respeito”* – desabafa, irritada. Fala da dificuldade de educar o filho, sozinha. *“O padrasto judia dele, tenho pena! Ele não conheceu o pai. É resultado de um “namorico” que ficou lá na Bahia”* – diz a mãe.

A mãe relata dificuldades na relação com o filho. Até hoje *“peleja”* para tirar a mamadeira. *“Ele não quer mamar, mas eu acho tão bonitinho”*. O peito há um ano e meio conseguiu abandonar, *“sei que demorei, percebi agora que ele já tem oito anos”*. Dorme com o filho para esquentar o seu pé, num misto de infantilização e erotização. *“Queria que João tivesse cinco meses”* – diz, em tom quase confessional. Outra integrante do grupo observa: *“Você quer voltar pra antes da meningite. Eu sei como é, é muito difícil pra gente mesmo. Também queria poder voltar no tempo”*.

Na escola muitas queixas. *“Querem que eu tire ele da escola antes do recreio. Dizem que ele fica muito agitado, e briga com os colegas. Eu não posso, tenho que trabalhar. Sei que meu filho não é santo, mas tudo sobra para ele e para mim. Os colegas ficam tirando sarro dele: lá vem o João defeituoso. Ele fica nervoso e dá porrada. Eu entendo”* – diz a mãe.

Num primeiro contato com a escola, muitas queixas de João. Era difícil positivarem qualquer coisa que vinha dele. Achavam que a mãe não tinha interesse. O discurso de responsabilização, ora de João, ora de Júlia era constante. *“Ele agita a sala. Sai do seu lugar para tomar os lápis dos colegas e quebrar, faz de propósito”*, dizia a professora. *“Também com a mãe que tem”* – emendava a coordenadora. Nenhuma abertura. A Coordenadora Pedagógica queixava-se de que ele queria sair da sala pra

desenhar na diretoria: *“Costume que colocaram nele e que eu tenho que tirar; ele tem que saber ficar na sala. Agora ele já está na 2ª. série, quando apronta não adianta tirar da sala e levar pra desenhar na sala da diretoria. Às vezes, acho até que ele apronta pra ir pra lá”* – esbraveja ela.

Num segundo encontro entre a escola e o GIAI, algumas aberturas. Sugerimos uma conversa com a professora e o garoto, nós do tratamento intermediaríamos. Professora e CP se olham. Esta tenta abortar a iniciativa dizendo: *“Não tem quem fique na sala no lugar da professora”*. Como uma das tarefas da equipe do CEFAI – grupo da coordenação da educação responsável pela inclusão escolar – é auxiliar o professor em sala de aula, tínhamos a solução. A escola estranha, mas aceita depois de questionar o que seria feito e falado com os alunos.

Foi no terceiro encontro que mudanças aconteceram. Não pela conversa com a professora, aluno e terapeutas. O importante aconteceu na sala de aula. Magali (do CEFAI) teve dificuldade com os alunos. Não pela atividade proposta, falar de uma qualidade de João. Isso, todos gostaram! Quando encontra a professora, Magali exclama: *“Nossa! Você tem uma sala difícil. Têm cinco ou seis que não param no lugar, não escuta”*. A professora aliviada conta que a sala é terrível e ela como professora substituta pegou a sala já montada, não pode escolher.

A montagem das salas de aula que privilegia o funcionamento homogêneo, agrupando os alunos considerados melhores com melhores, médios com médios e piores com piores e a falta de possibilidade de escolha da sala por quem é professor substituto, funcionaram como analisadores daquela situação, permitindo intervir sobre ela. Então, o que não funciona serve como analisador, “como um sintoma que permite ver o modo de

funcionamento da instituição”; que permite “analisar as relações entre instituído e instituinte” (idem, 147).

Nossa última ida nessa escola foi na primeira semana de julho. Desde o terceiro encontro que outros assuntos foram conversados. João não era o único foco. Na volta das férias, no grupo de pais, nenhuma queixa da mãe com relação ao filho. Agora ela estava às voltas com a separação do companheiro.

### CENA III

As idéias, todos sabemos, não nascem na cabeça das pessoas. Começam num qualquer lado, são fumos soltos, tresvairados, rodando a procura de uma devida mente.  
(Mia Couto, 2007)

*Manhã de sexta-feira. Hoje seria o nosso primeiro dia no Cala-boca, estávamos ansiosos. Logo que cheguei ao Peri, liguei para a Coordenadoria de Saúde confirmando a necessidade do carro. As crianças iriam conosco. Após o almoço começam a chegar à instituição. Elas também estavam ansiosas. Uma diz: “Hoje nem dormi, de tanto que queria conhecer o Cala-boca”. As mães também estavam alvoroçadas. Maria diz sem pestanejar: “Finalmente levo Murilo para algum lugar que não seja de tratamento”. Nesse primeiro dia elas, também, conheceriam o projeto. Na perua muita alegria. No trajeto vão reconhecendo caminhos familiares: a casa de uma tia, a escola da irmã, o trabalho do pai. Acenavam para as mães que estavam no carro de trás. Aliviada Paula diz: “Ainda bem que minha mãe não está aqui, ela não me deixa fazer nada”. Essa fala surpreende as terapeutas que acompanhavam o grupo, já que no tratamento levou bastante tempo pra ela conseguir desgrudar-se da mãe e entrar nos atendimentos. Primeiro contato nosso, também, com essas crianças fora do espaço da instituição de saúde. Lembrei-me muito das minhas saídas no Acompanhamento Terapêutico. Edson sempre vibrava nessas horas. Podia abrir a janela do carro, quando o pai e a mãe não estavam juntos. Fazia isso comigo, mas também com o motorista. Hoje ele mora longe, num outro país, mas, freqüentemente, quando preciso ir ao Mac Donalds, lembro-me dele. Sem notar já estávamos à porta do Cala-boca.*

## **Cala-boca Já Morreu – porque nós também temos o que dizer!**

Outra vertente no trabalho com as crianças é a da ampliação dos espaços de circulação/inserção social. Pensamos na importância da saída do circuito dos tratamentos, para acederem a outros lugares. Pensamos, também, que para além da escola outros espaços da cidade precisam ser habitados: espaços de cultura, de sociabilidade, lugares onde a vida se desenrola numa “gama de registros expressivos e práticos, diretamente conectados à vida social e ao mundo externo” (Guattari, 1998, p. 127).

Quando cheguei ao ambulatório em meados de 2004, já trazia essa preocupação. Um tanto pela minha experiência no CAPS, outro tanto pelo meu percurso como Acompanhante Terapêutica. Assim que cheguei ao Butantã, lembrei-me da proposta de trabalho com crianças e jovens da ONG “CALA-BOCA JÁ MORREU (CBJM) – porque nós também temos o que dizer!” sediada no bairro vizinho, no Jaguaré, projeto que investe em práticas educativas pelos meios de comunicação.

Essa ONG foi oficializada em 2004, mas o projeto Cala-boca foi criado em 1995 pelo GENS – Serviços Educacionais, sob direção de Donizete Soares e coordenação de Grácia Lopes Lima<sup>66</sup>. Dirigido inicialmente a crianças, tinha por objetivo realizar programas de rádio apresentados “ao vivo” na Rádio Cidadã, uma emissora comunitária da cidade de São Paulo. Em seguida passaram, também, à produção de jornal impresso. A respeito das rádios livres, Guattari diz: “o importante nisso tudo, (...) não era a

---

<sup>66</sup> O GENS – Serviços Educacionais é uma empresa de consultoria em Educação e Educomunicação, fundada em 1986. Em 1995 iniciam o Projeto “Cala-boca já morreu – porque nós também temos o que dizer!” Disponível em <http://www.portalgens.com.br/> e <http://www.cala-bocajamorreu.org/> (acesso em 26 de setembro de 2006).

invenção de um novo meio de comunicação, mas a invenção de um novo tipo de relação com a coisa comunicada” (Guattari e Rolnik, 1986, p. 259).

Com o tempo o Cala-boca estendeu-se para “adolescentes e jovens, oferecendo aos participantes oficinas de rádio, jornal impresso, vídeo e internet, tendo por objetivo ensinar-lhes novas linguagens e tecnologias e, com elas, a produção de informação”<sup>67</sup>.

O nome “CALA-BOCA!” advém de uma expressão antiga utilizada para impedir que alguém opine, intervenha ou decida sobre determinados assuntos. Traduz uma posição autoritária, usada muitas vezes por adulto na intenção de impedir que crianças emitam opinião ou participem de decisões importantes. “Quem pensa e age assim separa as pessoas, tenta se valer do grito para que apenas alguns decidam os rumos da vida da maioria” (Projeto Cala-boca já morreu, s/d, p.3).

“CALA-BOCA JÁ MORREU”, é uma outra expressão utilizada para se ter garantido o direito de participar. Quando utilizada pela criança, “traz consigo a denúncia do autoritarismo adulto e, ao mesmo tempo, uma reivindicação: a de querer ser incluída no espaço de discussão e definição dos rumos da vida das pessoas e da coletividade” (Soares, 2002, p.69). “Até porque, na hora em que as coisas ruins acontecem, os mais jovens não são separados dos adultos... as crianças [também] vivenciam e sofrem as tristes conseqüências” (Projeto Cala-boca já morreu, s/d, p.3).

O subtítulo do projeto – porque nós também temos o que dizer!,

busca traduzir que toda criança, independente de sua origem ou condição social, sente e pensa como todo ser humano e que, portanto, faz reflexões e tem pareceres sobre todas as esferas do conhecimento relacionadas à vida, ao homem e ao mundo em que está inserida (Soares, 2002, p.69).

---

<sup>67</sup> Idem.

Para os idealizadores do projeto, “A fala infantil deve ser ouvida e registrada, se realmente desejamos um mundo diferente, habitado por pessoas ativas, criadoras de novas idéias e comportamentos que propiciem uma vida mais humana, justa e prazerosa” (Soares, 2002, p.69).

Conheci a proposta desse projeto em 1996, quando Grácia desenvolveu com Edson Fragoaz um programa de rádio com alguns usuários do CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira”, onde eu trabalhava à época. A rádio fazia parte das oficinas culturais desenvolvidas pela Instituição em parceria com a Associação “Franco Basaglia”<sup>68</sup>. Reuniam-se semanalmente no CAPS para a produção dos programas de rádio e, “periodicamente, o mesmo grupo apresentava o Programa Ondas Paranóicas com uma hora de duração, ao vivo, na Rádio Cidadã” (Lima, 2009a, p. 68).

Desde 2000, o *Ondas Paranóicas* desenvolve suas atividades na casa do Cala-boca já morreu, a mesma casa onde acontecem as oficinas com crianças e jovens integrantes do projeto. A partir desse mesmo ano o Gens, também, é contratado por Secretarias de Educação de algumas cidades do Estado de São Paulo e pelo Município de São Paulo para implantar projetos de Educomunicação para o Ensino Fundamental. Muitas dessas atividades contam em sua realização com os hoje jovens que iniciaram a primeira oficina de rádio no Cala-boca. Jovens que contaminados pela proposta do projeto, são hoje multiplicadores dessas idéias.

---

<sup>68</sup> Fundada em abril de 1989, por profissionais, usuários e familiares do CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira”, essa organização não-governamental, sem fins lucrativos, reúne ainda outros interessados nas questões da saúde mental. Desenvolve diversos projetos de caráter científico, cultural e de sociabilidade e, durante alguns anos, boa parte deles foram realizados em parceria com o CAPS, através do Núcleo de Projetos Especiais. Ainda sobre essa parceria e sobre a Associação ver Lopérgolo (2001), páginas 23 a 27.

Essas iniciativas inauguraram um novo momento na história dos recursos tecnológicos aplicados à educação, para além do uso do computador. O ensino formal passa a interessar-se por tecnologias de comunicação como potenciais instrumentos que, tanto quanto o lápis e a caneta, já reconhecidos e incorporados nas práticas pedagógicas, podem também documentar processos de criação (Lima, 2009a, p. 71).

A parceria do Cala-boca com o Peri-Peri para a realização de oficinas de rádio e vídeo com crianças de 5 a 12 anos foi estabelecida em novembro de 2004, tendo como norteador que todo mundo tem o direito de dizer do seu jeito, tudo que sente e pensa sobre qualquer assunto<sup>69</sup>. Pressuposto que tem a potência de incluir as crianças – sujeitos de direitos –, em suas diferenças, valorizando os diversos modos de produzir comunicação: pela fala, pelo olhar, pelos gestos, no manuseio da filmadora, no se deixar filmar, etc.

Para a realização das oficinas, seguimos os movimentos da metodologia adotada pelo Cala-boca. Ela consiste em trabalho grupal, onde cada integrante assume como protagonista um papel no levantamento e definição da pauta, na produção, pré-edição, apresentação e nas considerações sobre o processo e o produto. Esses movimentos são compreendidos como as ações necessárias no processo de criação e produção coletiva de comunicação, não podendo ser tomados de forma enrijecida em cada etapa, já que nem todos os grupos realizam suas produções da mesma maneira.

Às vezes, o início da atividade é com a explicitação de algum componente do grupo com relação ao papel que quer desempenhar no programa. A depender de qual é a

---

<sup>69</sup>Esse norteador do projeto está presente, também, no artigo 13º da Convenção sobre os direitos da criança que afirma: “A criança tem direito à liberdade de expressão. Este direito compreende a liberdade de procurar, receber e expandir informações e idéias de toda a espécie, sem considerações de fronteiras, sob forma oral, escrita, impressa ou artística ou por qualquer outro meio à escolha da criança” (apud Lima, 2009 a, p. 81).

fala, isso define se faremos rádio ou vídeo. Algumas vezes retomam o que foi feito na vez anterior, ou seja, o produto, e propõe uma continuação do programa. Outras vezes, é a temática escolar que toma corpo nas conversas iniciais do grupo, a ponto de quererem transformá-la em notícia. Assim, com a pauta definida, passamos a pensar de que jeito podemos veicular esse tema.

Cada encontro dura cerca de 3 horas e a cada vez é planejada a atividade do dia. Além da confecção do programa de rádio ou vídeo propriamente dito, faz parte da nossa programação um intervalo para lancharmos juntos, além de espaços para brincadeiras e empréstimo de livros de uma biblioteca, assim denominada por esse grupo, do CBJM.

As brincadeiras foram introduzidas ao longo dos anos pelas crianças freqüentadoras do Cala-boca. Este grupo aciona esse dispositivo com freqüência. É muito comum as crianças menores levarem para a escola algum brinquedo, ou mesmo produzirem objetos coletivos nas escolas e, em forma de rodízio, levarem para casa. Neste grupo foi assim que os brinquedos e brincadeiras apareceram. Cíntia, em uma sexta-feira, trouxe um bonecão para o Cala-boca. Ele tinha sido feito durante vários meses por sua turma na escola, nas aulas de artes. Ela tinha tido sorte, foi a primeira a ser sorteada para levar Bruno para casa – esse era o nome do boneco. Nesse dia, a partir da nova presença na roda de conversa, o programa tomou corpo: Bruno seria o protagonista na filmagem do programa. Ele também passou de mão em mão na brincadeira que inventaram no meio da tarde. Tornou-se rotina, então, a partir dessa situação, um momento do encontro dedicado à exploração da brincadeira: brincar de boneca, polícia e ladrão, jogos de tabuleiro, entre outros.

O empréstimo de livros, por sua vez, foi iniciativa de um dos integrantes desse grupo que ao final de cada encontro queria levar para casa algum livro da estante do

CBJM. Tal fato chamava a atenção, principalmente dos adultos do grupo que conheciam sua história de exclusão, uma garota impedida de freqüentar a escola pelas dificuldades advindas de seu sofrimento psíquico. Talvez por isso, o seu grande interesse pelo mundo dos livros? Esse movimento contagiou de tal forma que, a todo encontro, antes da saída, tornou-se freqüente o empréstimo de livros. O que era apenas uma estante com alguns livros transformou-se em uma biblioteca; as crianças combinaram em sistema de rodízio a tarefa de registrar em um caderno o empréstimo dos livros. Mariana, a mentora da biblioteca, era sempre lembrada pelas outras crianças como aquela que gostava de ler, que tinha boas idéias, que era criativa e tímida. Desse modo, as esquisitices da garota, suas falas desconexas – às vezes delirantes –, seu movimento de isolar-se dos demais, adquiriram outro estatuto nesse projeto. A menina, também, estava incluída.

A avó da garota, inicialmente ao buscá-la na saída do Cala-boca, falava: “*Mas, Mariana, você vai levar livro? Você nem gosta de ler. Essa menina tem cada uma!*” Com o tempo essa fala foi sendo substituída por elogios para a neta: “*Esse trabalho de repórter fez bem para Mariana, vejo ela quase sempre com alguma coisa nas mãos para ler*”. Pouco mais de cinco meses no grupo de pais freqüentado por essa senhora no Peri-Peri, ela solicita uma nova tentativa de inserção de Mariana na escola. Observava a menina mais concentrada, mais interessada pelas coisas ao redor, “*menos perdidinha em seu mundo*” – expressão que usava quando se referia ao fato da neta isolar-se, rir e falar sozinha.

Além da avó de Mariana, participava do mesmo grupo terapêutico a mãe de Carla. Os grupos de pais e/ou responsáveis acontecem no mesmo horário que o das crianças, e cada um é coordenado por uma dupla de terapeutas. As outras três crianças que, também, participavam da oficina faziam parte de outros grupos da instituição. Com

exceção de Mariana, as demais tinham sido indicadas, pois teriam alta do tratamento em breve. Estar bem, quase de alta, foi então o critério utilizado pela equipe para o encaminhamento das crianças ao Cala-boca.

Quando estabelecemos a parceira do Peri-Peri com o Cala-boca, eu ainda não estava inserida nos grupos terapêuticos daquela instituição e conhecia poucas crianças que se tratavam no Peri-Peri, entretanto, minha experiência na clínica da saúde mental era suficiente para afirmar que, mesmo não estando bem e necessitando de tratamento, as pessoas – tanto crianças, quanto adultos – se beneficiam de estarem em outros espaços: escola, projetos culturais, clube, trabalho, entre outros. Como diz Mannoni (1988b, p. 79 e 80) “o essencial da vida desenrola-se em outra parte – num trabalho ou num projeto no exterior”. Essa afirmação é feita no bojo da discussão sobre a noção de “instituição estourada”, utilizada na École Experimentale de Bonneil-sur-Marne criada pela autora. Tal noção

tem em vista aproveitar e tirar partido de tudo o que de *insólito* surja (esse insólito que, pelo contrário, tem-se o costume de reprimir). Portanto, em vez de oferecer permanência, a estrutura da instituição oferece, sobre uma base de permanência, *aberturas* para o exterior, brechas de todos os gêneros (por exemplo, estadas fora da instituição) (Mannoni, 1988b, p.79).

Mariana foi indicada para o Cala-boca a partir dessa discussão. Seu tratamento encontrava-se estacionado há muito tempo, constatava a equipe. A menina estava isolada tanto em casa quanto na instituição, já que não conseguia interagir e nem se ligar a nenhum outro integrante de seu grupo. Pensava-se, inclusive, na indicação dela para um CAPS i com a intenção de intensificar seu tratamento, coisa que no ambulatório não era possível. Naquele momento, no Peri, era considerada a garota mais grave que tínhamos em atendimento. Na reavaliação de alguns grupos, momento em que fizemos

as indicações para o Cala-boca, argumentei quando falaram de Mariana, que sua inserção nesse projeto poderia provocar algum movimento nas dificuldades vividas por ela, poderia tirá-la desse isolamento; não tínhamos o que perder. Se não desse certo, ela sairia do projeto. “*Deveríamos arriscar*” – falei. Mariana, afirmamos, muito ganhou com isso.

As oficinas, então, não acontecem de forma homogênea. Às vezes começamos pelas brincadeiras – correr, jogar, brincar de boneca, entre outras –, seguido de lanche e da programação de rádio/vídeo; outras vezes, um integrante do grupo que veio de muito longe não teve tempo de comer, aí a opção é começar pelas guloseimas.

Observamos que os primeiros momentos do encontro são por vezes definidores do que versará o programa. Por exemplo, um dia uma das crianças, Murilo, chega muito chateado ao Cala-boca. No momento do tapete – que é como nomeamos a roda de conversa realizada no início de cada encontro – ele conta da briga que tivera com a professora, na escola, por não conseguir ficar sentado. “*Minha mãe foi chamada de novo para conversar, ela está muito brava comigo*” – desabafou o garoto. Todos os integrantes tinham experiências escolares ruins para contar, tanto com os educadores, quanto com outras crianças. Falaram bastante tempo sobre isso. A maioria, não só os que estavam em tratamento, não se sentiam incluídos, em suas diferenças, no ambiente escolar. Nesse dia não foi preciso votação: era unânime a vontade de gravar um programinha de rádio que falasse sobre a escola e os problemas que lá se vivenciam. No encontro seguinte, em contrapartida, ao reverem a produção anterior, a escolha foi falar dos amigos que se faz na escola e do que se aprende por lá.

Num outro dia, ao combinar o lanche, o programa foi definido. Era um dia de calor e muitos levaram frutas para compartilhar. Prepararíamos, então, uma salada. O

clima era de alegria. Lara cortava pela primeira vez uma banana, ela não disse isso, mas a maneira como pegava na faca – como se fosse proibido – denunciava que em sua casa tal tarefa lhe era vetada. A expressão era de muita satisfação. A conversa rolava solta. Disputava-se com intensidade quem faria a filmagem, mesmo tendo cenas para todos. Curioso como nesse grupo de crianças a preferência é por manusear a filmadora, mais que aparecer no filme. O programa final do dia foi uma receita, ilustrada, de salada de frutas. Lara que em geral é muito calada, isolando-se de todos com grande facilidade, nesse programa pediu em alto e bom som para ser filmada. Ria a valer com a faca em uma mão e a banana em outra. Baixinho e sorrindo, dizia: “*ai se minha mãe me vê...*”.

Um programa bastante divertido foi o de animação, que envolveu o aprendizado de uma técnica completamente desconhecida. A idéia surgiu após assistirmos alguns vídeos produzidos por outros grupos do Cala-boca e nos depararmos com uma série de programas de animação feitos com massinha de modelar. A princípio pareceu difícil, já que a filmagem, para produzir o efeito da animação, precisava ser muito rápida. Manusear a filmadora para isso exigia concentração e equilíbrio. O primeiro passo foi escolher qual animação fazer. No entusiasmo cada uma das crianças queria ter a experiência de fazer e filmar sua própria produção, ou seja, faríamos seis programas.

Murilo quis ser o primeiro. O boneco e a bola de massinha ele fez rápido, como quase tudo. Ficou contente, pois tinha gostado do resultado. A animação seria um menino chutando bola, “*o que eu mais gosto de fazer*” – diz o menino. Para filmar ele precisaria de calma e concentração, Grácia lembrou. Cláudia prontificou-se a ajudá-lo. Combinaram, então, que a cada intervalo de filmagem, ela moveria a bola e o boneco de lugar, para que Murilo voltasse a filmar. Isso feito várias vezes, produziria o efeito desejado. Após algumas tentativas para ajustar o tempo de corte na filmagem, a

gravação final é realizada. Assim que terminaram, assistimos o resultado pelo visor da máquina. Aplausos coletivos de alegria! Tudo tinha saído como planejado. O rosto de Murilo estava iluminado: “*Consegui, consegui!*” – dizia. “*E não tremi nenhuma vez*” – emendou. Esse comentário feito com muita alegria, não nos passou despercebido. “*A medicação me deixa mal, fico tremendo e as crianças da escola tiram sarro*” – esbravejava ele, freqüentemente, no tratamento.

O aprender coisas nesse grupo constituído por algumas crianças que não estão na escola, ou que têm muitas dificuldades na absorção dos conteúdos que lá são transmitidos, como dizem os educadores, nos chama a atenção. Como diz Deleuze (2006):

Nunca se sabe como uma pessoa aprende; mas, de qualquer forma que aprenda, é sempre por intermédio de signos, perdendo tempo, e não pela assimilação de conteúdos objetivos. Quem sabe como um estudante devém repentinamente “bom em latim”, que signos (amorosos ou até mesmo inconfessáveis) lhe serviram de aprendizado? Nunca aprendemos alguma coisa nos dicionários que nossos professores e nossos pais nos emprestam. O signo implica em si a heterogeneidade como relação. Nunca se aprende fazendo *como* alguém, mas fazendo *com* alguém (p. 21).

Quando foi a vez do programa de Cláudia, Murilo logo se ofereceu para ajudar. A animação era uma menina comendo um brigadeiro. Doce preferido da garota. Os personagens já tinham sido feitos, essa foi a primeira etapa da oficina. Filmadora em punho assegura-se com Grácia qual o tempo necessário de filmagem a cada vez. É Paula que responde: “*Você conta um na cabeça e dá pausa...na minha vez isso deu certo*”. Pergunta respondida, mãos à obra e mais uma animação finalizada.

Ao final da oficina, depois de assistirmos às produções, todos tinham coisas a dizer sobre o processo de realização das animações e o produto final. Impressionante como no momento de ver o que produziram,

não há grupo algum, inclusive o de meninos e meninas considerados os mais bagunceiros, que nesta hora não se aquiete e, num silêncio profundo não se embeveça do que ouve e vê. Porque se re-conhecem no que é projetado, se concentram e, demonstram alegria. Não à toa, nessas horas, ao término da exibição dizem: Vamos ver de novo? Do encantamento resulta a vontade de continuar a produzir, ou seja, de aperfeiçoar o ofício de artesão da própria criação (Lima, 2009a, p. 89).

Nesse dia, também, a vontade de mostrar para mais pessoas o que filmaram foi grande. Falas como *“foi gostoso criar animações e discutir as idéias com todo mundo”*, *“eu não imaginava que animação era desse jeito”*, *“achei que foi o dia que a gente mais se escutou”*, *“quando minha mãe chegar quero que ela veja”*, eram pronunciadas em clima festivo.

Nesse tempo de oficina temos percebido que algumas crianças preferem o vídeo, precisam ver a imagem. Outras só se tranqüilizam ao ouvir a própria voz numa gravação de rádio. Há quem precise, ainda, apenas observar de longe. Talvez, no momento, a única possibilidade de estar presente na oficina.

A metodologia adotada pelo projeto, como vimos acima, permite que os integrantes engajem-se nas atividades a partir de potencialidades próprias (falar, escrever, manusear a máquina, sorrir, calar, correr, agitar-se...) respeitando, também, o tempo de cada um para participar da oficina. Durante algumas semanas, no momento que íamos para o tapete conversar sobre o que fazer, Mariana refugiava-se na sala que ficava a estante com os livros. Apesar dos chamados nada a fazia sair de lá. Ficava

tirando e colocando os livros nas prateleiras e, na saída, sempre queria levar um com ela. Certo dia, uma menina que se esforçava em ser amiga da garota sugere que o programa fosse sobre o Cala-boca. Depois de algumas conversas o consenso era filmar a casa e contar o que era feito lá. Esclarecer o nome do projeto, também, foi uma necessidade veiculada, assim, entrevistariam Grácia, a melhor pessoa, segundo as crianças, para contar sobre “*esse nome tão engraçado*” – falou Cláudia. Papéis definidos e divididos inicia-se o programa. Na filmagem a garota foi apresentada como aquela que cuidava e arrumava a estante de livros. Na hora de ver o produto da oficina, Mariana aproximou-se, queria ver sua imagem. Foi a partir daí que ela conseguiu engajar-se nos programas. Talvez o dia em que o que fazia pode ser valorizado por seus pares? Talvez o dia em que teve oportunidade de se ver na televisão? Nunca saberemos ao certo. Mas, certamente, foi nesse dia que ela foi intitulada a mentora da biblioteca.

Como o que se veicula nas produções é sempre algo que brota do interesse dos integrantes que compõe o grupo, percebemos que os participantes aguçaram com uma rapidez impressionante a capacidade de ouvir, ver e se concentrar no que produziam juntos. Também, manifestaram, rapidamente, interesse em aprender a manusear os mais diferentes equipamentos utilizados para produzir comunicação. Não sem antes assustarem-se quando souberam que seriam os responsáveis por gravar, filmar, veicular e editar os programas. “*Mas você vai deixar a gente usar a sua filmadora, Grácia*” – perguntou Murilo, espantado.

Por tudo isso que acreditamos na potência desse projeto inclusivo, em sua intenção maior de, ao investir em práticas educativas pelos meios de comunicação, auxiliar no convívio das diferenças, propiciando saídas para a *uma* vida. E, nas palavras de Deleuze,

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos... É no nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle (Deleuze, 1996b, p.218).

## CENA IV

Eu queria avançar para o começo.  
Chegar ao criancimento das palavras.  
Lá onde elas ainda urinam na perna.  
Antes mesmo que sejam modeladas pelas mãos.  
Quando a criança garatuja o verbo para falar o que  
não tem.  
(Manoel de Barros, 1996)

*O que sabe um bebê quando nasce? Essa pergunta, apesar de estar debruçada em livros sobre bebês, me pegou de surpresa. Talvez João estivesse, também, tomado por meus livros e conversas e dialogava com meu doutorado? Ou seria porque nos últimos tempos falávamos bastante dos bebês da família que estavam para nascer: um casal de primos esperava trigêmeo. Ele estava inquieto com essa situação: como cabiam tantos bebês numa barriga? E como faz três bebês? Essas e outras perguntas sobre gravidez e bebês, povoavam a vida do meu filho. Que tamanho nascerão os bebês? Já pensou se eles forem como eu? Ele sabia que tinha nascido grande. Não mãe, não cabe não! Mostra-me uma foto dele recém-nascido. Inconformado começa a fazer um desenho. Uma mulher grávida e em relevo o útero com os três bebês. Muitos dirão que são inquietações próprias da idade.*

## O trabalho na equipe de bebês

O acompanhamento de “bebês de risco” iniciou, no Peri-Peri, em 2002. Quando cheguei ao Ambulatório, em setembro de 2004, a coordenadora dessa equipe lembrou à gerente da instituição um pedido antigo: precisavam de um profissional ‘psi’ para escutar as mães<sup>70</sup> dos bebês atendidos por eles.

A equipe acompanha bebês oriundos das UTIs neonatais da região do Butantã e, também, bebês que estão sendo acompanhados por pediatras das UBSs de referência de suas residências e que, por razões diversas, apresentam sinais de risco para o desenvolvimento neuro-psico-motor. O trabalho acontece em equipe multidisciplinar: Pediatra, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e, agora, Psicóloga e, como apoio diagnóstico: Cardiologista Infantil, Oftalmologista, Ortopedista, Geneticista, Otorrino, além de exames de imagens.

Mas, o que é considerado, para a equipe, indicador de risco para o desenvolvimento neuro-psico-motor? Prematuros com peso igual ou menor a 1500g; idade gestacional igual ou menor que 36 semanas; asfixia perinatal grave – apgar<sup>71</sup> menor ou igual a seis no 5º. minuto; parada cardio-respiratória ao nascimento, documentada, com necessidade de reanimação e medicação; apnéias repetidas; problemas neurológicos: alterações tônicas, irritabilidade, choro persistente,

---

<sup>70</sup> O pedido de escuta era para as mães já que, na experiência do serviço, são poucos os pais que participam dos atendimentos dos filhos. Tal fato é compreendido, sobretudo, pela necessidade que os pais têm de trabalhar e a dificuldade de se ausentarem do serviço em horário comercial.

<sup>71</sup> O índice de Apgar é utilizado para avaliar as condições do recém-nascido, no 1º., 5º. e 10º. minutos após o nascimento, a partir de cinco sinais: respiração, frequência cardíaca, tônus muscular, reflexos e cor da pele, atribuindo a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2, totalizando 10 pontos. As notas do 1º. e 5º. minutos são anotadas no cartão da criança e fornecem ao pediatra dados sobre asfixia perinatal.

abalos, convulsão, hemorragia intracraniana, meningite neonatal; infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, sífilis, HIV, etc.); malformações congênitas e Síndromes Genéticas.

A demanda por um ‘psi’, adveio da constatação de uma dificuldade das mães cuidarem de seus filhos, mostrando-se ou muito “grudadas”, ou muito distantes deles. Algumas, também, estavam irritadas, deprimidas, chorosas. Alguns integrantes da equipe computavam isso às diversas experiências difíceis porque passaram essas mães quando da internação de seus filhos em UTI neonatal. Algumas, repetidas vezes, passaram por situações de quase perderem o filho e pareciam não querer mais investir nessa ligação. Poderíamos pensar que, “ameaçados de perderem o filho, oscilam entre o apego/investimento e o desinteresse/desinvestimento defendendo-se assim da perda diante da possível não sobrevivência do bebê” (Camarotti e Sampaio, 2006, p. 152). Outras, não levavam o filho para os tratamentos que a equipe julgava necessários, parecendo que negavam as dificuldades da criança ou que não se importavam com elas.

O resultado era, por um lado, bebês que, apesar da equipe avaliar que estavam, aparentemente, bem, do ponto de vista clínico, ou demoravam a ganhar peso, não queriam comer, dormiam muito ou, pareciam mais irritados, choravam muito, dormiam pouco. E, por outro lado, bebês com algum tipo de patologia já instalada que, por faltarem aos tratamentos, não melhoravam.

Começamos a nos reunir, a partir da disponibilidade de alguns membros, para pensar os casos, as situações por quais passávamos, criar objetivos comuns, trocar experiências dos atendimentos realizados por cada componente da equipe, conhecer o que cada um propunha para os pacientes. Esse movimento resultava em uma ampliação de entendimento com relação à população atendida, numa passagem de um trabalho

multidisciplinar, entendido como aquele composto por “diversos especialistas que, sem abrirem mão da sua especialidade, concorrem para a descrição de um mesmo objeto sob variados enfoques” (Garcia, 2009, s/p), para um trabalho interdisciplinar onde os diversos conhecimentos se somam, para ampliar e redefinir o objeto de intervenção, numa perspectiva que “combina, engendra, agencia e desmistifica” (idem)<sup>72</sup>.

As reuniões, também, são o espaço, dentro da própria equipe, para falar de sentimentos de impotência, fracasso e dor. É lá, que podemos compartilhar os medos e dúvidas com relação às situações tão delicadas que enfrentamos, dia-a-dia, no tratamento das crianças e seus familiares. É a partir desses encontros e conversas que avaliamos quais estratégias de atendimento podem ser mais interessantes em cada caso.

O atendimento grupal das mães para tentar entender as dificuldades que elas tinham nos cuidados com os filhos, tal como constatado pela equipe, foi concebido nesse espaço. Demo-nos conta, a partir das reuniões, que essas mulheres, que tinham passado e passam por várias situações difíceis, dentre elas, a ameaça de perder os filhos, a dificuldade para trazê-los aos tratamentos, a dificuldade na relação com marido e os outros filhos, não dispunham de lugar algum onde pudessem falar delas: dos seus medos, anseios, dificuldades, esperanças, solidariedade... Essa constatação só foi possível, nos parece, depois que constituímos um espaço, também, para a equipe falar de questões como essas. Esse entendimento colocava alguns de nós em face dessas mães – que, inicialmente, a suposição era de que não investiam em seus filhos –, de outra maneira.

Sabemos, pela experiência nesse trabalho, que ter um filho prematuro lança os pais a questionamentos infundáveis e sentimentos de responsabilidade. Diante de um

---

<sup>72</sup> Esse tema já foi tratado na tese, às páginas 52 e 53, a propósito do caráter transdisciplinar da clínica da criança.

recém-nascido em reanimação neonatal questões se impõem: “Ele viverá ou morrerá? Se viver será normal ou não? (Ansermet, 2003, p.51). Em UTI neonatal, a depender de como está o bebê, os pais, muitas vezes, não podem segura-los, sequer tocá-los. Isso os deixa desolados e julgando-se culpados pelo estado do filho.

Num serviço de reanimação, as mães que acabam de dar à luz um filho doente ou um prematuro estão, mais do que todas as outras, confrontadas em si mesmas com uma imagem de mãe má. Uma mãe que não pode carregar o filho, que lhe deu uma vida frágil demais (Mathelin, 1999, p.17).

Silmara nos disse isso, muitas vezes. Ela era o testemunho do efeito que um filho prematuro pode provocar em seus pais. O pequeno David precisou ser tirado antes do tempo, pois não se desenvolvia bem no ventre materno. Nasceu com muitas dificuldades e problemas para o desenvolvimento. Quando chega ao Peri, já tem quase um ano de idade. Convulsionava várias vezes ao dia e a medicação não conseguia conter suas crises. A preocupação da equipe era enorme, sabemos que muitos neurônios são arruinados nas convulsões. Para piorar ainda mais o quadro do garoto, ele era muito alérgico – não descobria-se a que –, coçava-se até ficar vermelho e quase tirar sangue. Algumas pessoas da instituição chegaram a pensar que ele sofria maus tratos por parte da mãe.

Num dos primeiros grupos que essa mulher participou, nos conta entre lágrimas que o problema era seu, ela sabia. Diz que descobriu, logo depois que o filho nasceu, que o marido tinha tido outro filho seis meses mais velho que David. Uma menina, que não tinha nenhum problema. “*A culpa só pode ser minha, eu que não sei fazer filho direito*” – dizia ela, contendo o choro.

Matilde, por sua vez, esconde a filha de todos. *“Tenho vergonha da cabeça dela. As pessoas olham e devem pensar: Nossa, que mulher é essa que não sabe fazer filho perfeito”*. Compara sua filha aos filhos das vizinhas e constata: *“Não tem uma mulher que precise sair pra levar o filho a tantos médicos como eu. Leandro não quer mais saber de mim – refere-se ao marido – desde que essa menina nasceu assim. Eu fico me perguntando: Por que Deus me deu uma cruz tão pesada pra carregar?”*

Para a condução do grupo, propomos uma consigna que é mais ou menos a seguinte: *“Vocês vêm aqui para trazer os filhos em vários atendimentos e profissionais. Pensamos que este grupo pode ser um espaço para falarem sobre vocês, como estão, o que pensam...”*. Invariavelmente, surge a pergunta: *“Mas nós não temos que falar deles?”* *“Só se quiserem”* – dizemos. Certamente falam dos filhos, mas suspiram aliviadas por poderem falar de outras coisas, também.

Ao longo dos encontros grupais instaura-se uma possibilidade de conversas compartilhadas entre os membros, onde o interesse pela experiência de cada um, as coisas que viveram quando da internação dos filhos, o que passam agora que eles estão crescendo, as dúvidas sobre o desenvolvimento e, o que fazem em determinadas situações e dá certo, torna-se preponderante. Luiza queixava-se, freqüentemente, que a filha exigia muito a sua atenção. Não ficava com ninguém e ela só conseguia fazer alguma coisa quando a menina estava dormindo. Quando acordada só queria colo! *“Fico pensando que ela deve sentir dor na cabeça, por isso só berra quando acordada e deve melhorar quando tá no colo”* – concluía a mãe. *“Tenho pena dela, mas tá difícil pra mim”*. A garota tinha hidrocefalia e aguardava cirurgia. Rosa diz: *“Acho que não é isso não... minha filha fazia igual e não tem o mesmo problema da sua. Eu não podia fazer nada quando ela tava acordada. Era o tempo todo com ela no colo. Acho que*

*fazem assim porque são prematuros. Um dia deixei ela chorar e resolveu: ela parou com essa manha”. Intervimos, perguntando: “Mas vocês acham que só as crianças prematuras choram porque querem colo”? Carmela diz: “Acho que isso é de criança. Lembro que o Arthur, meu primeiro filho, que não foi prematuro, era assim também: sempre queria colo e, se eu não desse, chorava. Mas, era mais fácil dizer não para ele, que pro Gabriel. Fico pensando: tadinho do Biel, já passou por tanto sofrimento quando nasceu... Acho que nós é que mimamos eles e, por isso, eles fazem isso com a gente”.*

No encontro seguinte, uma outra mãe que tinha dificuldades semelhantes com o filho, mas que não tinha se pronunciado diz: *“Rosa, fiz aquilo que você falou. Deixei o Antonio chorar um pouco. Ele queria colo, mas eu não podia dar, estava fazendo o almoço. Coitado, chorou até que dormiu. Mas, desde esse dia, não tive mais esse problema. Espero que continue assim”* – diz, feliz da vida. Nesse grupo, a maioria das mulheres tinha filhos com mais ou menos um ano de idade. Essas crianças estavam sendo atendidas por diversos profissionais na instituição, que julgavam necessário um espaço de fala para as mães. Esses atendimentos estão relacionados ao que se convencionou chamar de estimulação precoce.

Na clínica com bebês não há consenso sobre esse assunto e, utiliza-se a estimulação precoce em sentidos distintos. Para alguns profissionais, “os prematuros sofrem de uma falta de estímulo; para outros, sofrem por serem demasiadamente estimulados” (Mathelin, 1999, p.23).

Assim, um dos sentidos empregado nessa intervenção associa estimulação a estímulo-resposta. O terapeuta faz uma série de exercícios com a criança na frente do seu responsável, em geral a mãe, que repetirá os exercícios em casa. Espera-se uma

resposta do bebê quando um adulto impõe um estímulo a ele. Se a resposta não aparece como era de se esperar, é porque ou não fizeram o exercício direito, ou a criança, realmente, não está bem.

São sessões semanais, com vários especialistas, para estimular funções assim que a possibilidade de uma deficiência, na criança, possa ser diagnosticada; atendimentos que, “ao invés de facilitar o crescimento de sua natureza infantil, acentua sua condição de doente que necessita de tratamento. E mais: é preciso torná-la submissa aos tratamentos pulverizados pela ótica de toupeira do modelo médico das filigranas da superespecialidade” (Lobo, 2002, p. 121); “uma plethora de seres de saber que fragmentam o encontro, fragmentando os sujeitos e objetos. Sabe-se tanto, que inevitavelmente se sabe pouco” (Aragon, 2005, p. 13).

Num outro sentido<sup>73</sup>, a estimulação precoce é definida como aquilo que a mãe faz “espontânea e naturalmente” com seu filho “nos primeiros meses de vida”, a partir “de um saber inconsciente transmitido ao longo de gerações, constituído e retrabalhado em cada mãe em função da sua história individual no seio da cultura em que vive”, por isso o “espontânea e naturalmente” estar entre aspas (Coriat, 1997, p. 70).

Existe para cada mulher uma forma própria de ser mãe para o seu bebê. Para Winnicott<sup>74</sup>, a gravidez, o período de nove meses, possibilita que ocorra uma transformação importante na mulher, “a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela *comumente* se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê”

---

<sup>73</sup> No Peri-Peri, infelizmente, esses dois sentidos de intervenção em estimulação precoce são utilizados. Ainda que, não haja “qualquer voluntarismo” por parte dos profissionais “mergulhados em um mundo esquizóide, no sentido de partido, em pedaços”, como propõe Aragon (2005, p. 14), corremos o risco, se não refletirmos suficientemente sobre isso, de reproduzir um trabalho “moralizante”, “disciplinar” e “normalizador”. Como diz Lapoujade (2002, p. 82 e 84) “o corpo não agüenta mais”, ele não agüenta mais “aquilo a que o submetemos do exterior, formas que o agem do exterior. Essas formas são, evidentemente, as do adestramento e da disciplina”.

<sup>74</sup> Essas idéias de Winnicott estão espalhadas em vários dos escritos do autor. Baseio-me, especialmente, nos textos de 1980; 1990 a; 1993 e 1996.

(1996, p. 4), na qual é capaz de adivinhar o que seu filho precisa: se ele chora de fome, de dor, de sono, se está molhado, se quer conversar; é a loucura normal das mães, ou o que o autor nomeia de “preocupação materna primária”. O autor concebe, também, o conceito de mãe “suficientemente boa” (1996), para transmitir uma concepção não idealizada da função materna; é a mãe dedicada o suficiente para poder acompanhar o filho em suas necessidades: a mãe devotada comum.

Assim, se ninguém, ou nada atrapalhar, a mãe sabe o que fazer com o seu filho. Entretanto, “existem acidentes nos recém-nascidos que comprometem, na mãe, qualquer entendimento com o bebê” (Mannoni, 1986, p. 16), como é o caso das deficiências ou da prematuridade, que lança a mãe também em uma prematuridade. Ela é prematuramente mãe (Mathelin, 1999), não teve o tempo necessário para entrar no estado de preocupação materna primária; não consegue adivinhar o que precisa seu filho. Este, muitas vezes, também, dá pouco retorno à mãe pela sua própria condição de nascimento ou de vida, ele “não fabrica mãe” (idem).

A intervenção terapêutica, então, incide nessas situações. Nosso trabalho será “permitir aos pais e mais particularmente às mães autorizarem-se a reconhecer elas mesmas os apelos dessa criança e a eles responderem à sua maneira” (Mathelin, 1999, p.55). Ou, como propõe Winnicott (1996) às pessoas que se ocupam das mães (médico, parteira, enfermeira e porque não os ‘psis’ em geral), devemos fortalecer a confiança da mãe em si mesma e em sua capacidade de perceber o seu bebê.

Numa sessão, percebo a dificuldade de uma mãe para segurar o seu filho. Talvez pelo olhar que eu tenha dirigido à dupla, ela me diz: “*Os médicos<sup>75</sup> falam pra eu tomar cuidado, aí eu nem consigo pegar ele direito, me ensinaram muita coisa, mas isso não*”.

---

<sup>75</sup> Muitas vezes os pacientes usam médico para se referir a toda sorte de profissionais porque passa a criança, e não apenas ao profissional médico.

Digo algo como: *“De fato ele parece tão frágil, dá para ver isso no modo como você o segura, mas você é a mãe dele e saberá encontrar um jeito bom de segurá-lo. Um jeito bom para ele e para você”*. Quase instantaneamente essa mulher aninha o filho em seu colo, sem que eu tenha feito qualquer gesto para “ensiná-la”.

Com Silmara e David<sup>76</sup>, o trabalho foi de “interpretar” a criança, emprestando significados aos seus atos, o que nos parecia impedido para a mãe – por diversas razões –, fazê-lo. Numa sessão, quando entramos na sala de fisioterapia para encontrar o garoto e Lucila, presenciamos o menino rolando pelo tablado e produzindo alguns sons. Logo que entramos digo: *“David, eu e sua mãe já chegamos para conversar”*. O garoto logo olha para nós; em meio a seus balbucios, identifico um som como “maman”. Falo algo como: *“Ah! Você tá aí rindo e chamando a mamãe pra mostrar o que aprendeu com a Lucila? Você tá é todo exibido, rindo, heim David...”* A mãe fica com os olhos marejados e diz: *“Me disseram que ele nunca ia falar, aí nunca dou bola pra esses sons que ele faz. Achei como o médico disse que são barulhos sem sentido. Aí deixo ele lá, com alguns brinquedos e nem falo com ele”*.

Muitas vezes, a suposição que o bebê jamais falará, escutará ou andará, faz com que as manifestações da criança, que seus balbucios, como “maman” – como vimos com David – não possam ser interpretados como mamãe, impedindo, assim, dar lugar à produção de uma fala, de uma comunicação. Sem que se perceba, “um diagnóstico pode ter o efeito de atrapalhar tudo no diálogo mãe-criança” (Mannoni, 1989, p. 76) e a intervenção de um outro profissional pode funcionar para reaproximar mãe e criança.

---

<sup>76</sup> Essa mãe participou do primeiro grupo de mães realizado por nós. David precisou de fisioterapia por um longo tempo e, durante algum tempo, paralelamente ao atendimento do garoto eu atendia a mãe. Algumas vezes, ao final da sessão, reuníamos os quatro (eu, Lucila – a fisioterapeuta –, Silmara e David) para conversar.

Carmem é outra mãe que nos fala sobre isso. Sua filha tem uma síndrome muito grave, com um prognóstico terrível. A literatura, segundo ela, diz que essas crianças vivem, em geral, até um ano de idade. Ela e o marido, assim que souberam do diagnóstico da filha, pesquisaram na internet. *“O médico fala, mas a gente não consegue entender. Ele foi sincero, eu prefiro assim. Quando chegamos em casa, fomos para a internet. Foi horrível”* – conta a mãe. *“As crianças, em geral, não ouvem, não enxergam. Morrem nos primeiros meses, poucas chegam a um ano de idade. No Orkut já encontrei pessoas que têm crianças de dezoito anos com essa síndrome”*. Estranhamos e interrogamos: *“Crianças de dezoito anos?”* Ela sorri e um pouco envergonhada, como se tivesse fazendo besteira, prossegue: *“O primeiro teste auditivo que ela fez indicou que ela não ouve, mas eu continuo falando com ela”*. Digo: *“É, a gente não escuta só com o ouvido”*. Paula, a fonoaudióloga, que coordenava o grupo comigo complementa: *“A gente se comunica de várias maneiras, não é só escutando”*.

No grupo seguinte, Carmem fala muito satisfeita, dirigindo-se à Paula o seguinte: *“Aquilo que você falou da outra vez foi muito bom. Conte para o meu marido. É verdade, a gente não escuta só com o ouvido. Foi um alívio para nós. Sabemos que ela entende quando falamos com ela, ela sorri, ela se vira, ela olha”*. Carmem sabia de nossas “especialidades”; se para os terapeutas não deve fazer diferença a autoria da intervenção, para Carmem isso talvez não seja indiferente. Ela foi autorizada por uma profissional de fonoaudiologia a continuar falando com a filha, não precisava envergonhar-se por isso. Diz, também, emocionada: *“Sabe, a nossa preocupação é que ela seja feliz”*. A voz embarga, um pouco mais, e ela continua: *“enquanto viver”*.

Ao longo do tempo, a partir de outras percepções e necessidades, acionamos, nessa equipe, outras modalidades de atendimento além dos grupos de mães:

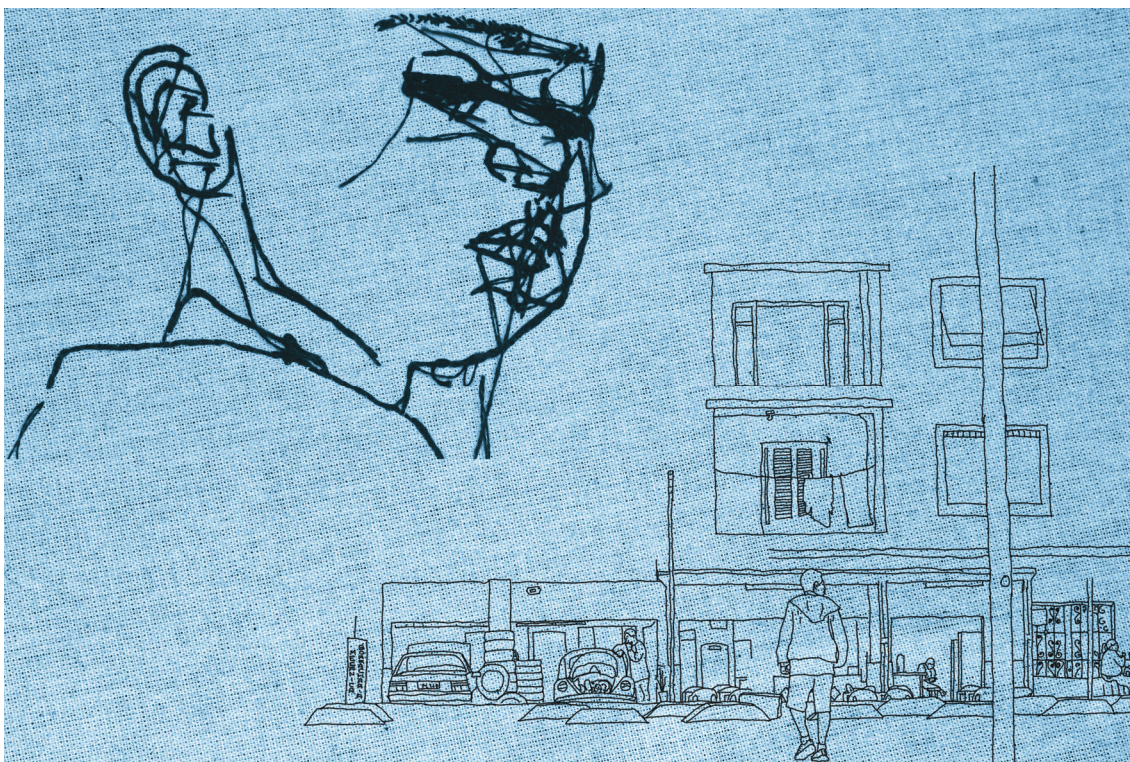
atendimento conjunto mãe-bebê; atendimento individual de algumas mulheres; atendimento do casal de pais; atendimento grupal das crianças que já vieram para o atendimento um pouco maiores. Algumas dessas intervenções foram relatadas nessa tese.

Para construir práticas clínicas potentes que atendam às necessidades das pessoas que nos procuram nos serviços de saúde é necessário um trabalho em equipe que para ser construído exige tempo, cuidado, investimento, encontro. Na perspectiva espinosana<sup>77</sup>, o bom encontro dos indivíduos é aquele em que eles conseguem compor um macro-indivíduo (um terceiro indivíduo, como diz Espinosa) por participação num trabalho em comum capaz de aliciar intensivamente os afetos positivos dos partícipes, levando em conta, também, que o sinal da boa participação é a alegria. Posso afirmar, então, com Espinosa, que, nessa equipe, houve um bom encontro.

---

<sup>77</sup> Esse tema espinosano foi examinado, de forma muito delicada, na dissertação de mestrado de Adriana Barin de Azevedo (2009), a qual remete o leitor. Cheguei a essa idéia com Luis Orlandi, em uma conversa de orientação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS ou “O TERCEIRO TRIMESTRE”



Tom Maior

Está em você  
O que o amor gerou  
Ele vai nascer, e há de ser sem dor  
Ah! Eu hei de ver  
Você ninar e ele dormir  
Hei de vê-lo andar  
Falar, sorrir  
Ah! Eu hei de ver  
Você ninar e ele dormir  
Fazê-lo andar  
Falar, cantar, sorrir  
E então quando ele crescer  
Vai ter que ser homem de bem  
Vou ensiná-lo a viver  
Onde ninguém é de ninguém  
Vai ter que amar a liberdade  
Só vai cantar em tom maior  
Vai ter a felicidade  
De ver um Brasil melhor  
Ah! Eu hei de ver  
Você ninar e ele dormir  
Fazê-lo andar  
Falar, cantar, sorrir  
E então quando ele crescer  
Vai ter que ser homem de bem  
Vou ensiná-lo a viver  
Onde ninguém é de ninguém  
Vai ter que amar a liberdade  
Só vai cantar em tom maior  
Vai ter a felicidade de  
Ver um Brasil melhor.

(Martinho da Vila compôs essa música em 66/67 "dedicada a todas as mães e futuras mães que sonham com um Brasil melhor".)

Estou cansado de ficar vivo. Ficar vivo não é viver,  
Doutor.  
(Mia Couto, 2008)

Se a gente não desperdiça a vida, não tem graça.  
Vamos ficar só deitado, dormindo?  
(João Lopérgolo Urquiza, 2009)<sup>78</sup>

Iniciei essa tese interessada em pensar sobre algumas das iniciativas terapêuticas que experimentei/experimento em meu trajeto profissional. Este é marcado, por um lado, pela minha inserção em algumas instituições públicas de saúde e de saúde mental, e, por outro, pela minha experiência docente.

Tomei emprestado de uma dessas iniciativas, a inspiração para confeccionar os capítulos da tese, dividindo-os, então, pelos trimestres da gravidez. Acrescentei a eles, um primeiro capítulo intitulado “A Pré-História” da Tese, em consonância com a proposição de autores que me apoiaram para pensar a intervenção com os bebês e seus familiares.

É nesse momento que retomo uma inserção profissional que tive e, que foi fundamental para grande parte do que me constitui como terapeuta: O CAPS “Professor Luis da Rocha Cerqueira”. O trabalho que realizamos há anos atrás nessa instituição constitui-se em uma poderosa “marca” que em mim reverbera. Tais marcas dizem respeito tanto a uma memória cronológica, a dos fatos, quanto à do invisível, que se atualiza a partir dos novos encontros que vamos vivendo. Memória, então, porosa, como meio que permite criar outros sentidos para o que estamos vivendo, “que possibilita

---

<sup>78</sup> Essa idéia foi expressa por meu filho, quando ele escutava uma conversa minha com o pai, sobre uma situação difícil que tinha acontecido no Peri-Peri. Uma menininha que ainda se alimentava com sonda nasogástrica, tinha sido levada pela mãe a uma festa na escola da irmã mais velha. Tal fato foi visto com maus olhos por um profissional da equipe, que achava que a mãe estava expondo a criança, o que gerou um bom debate na instituição e resultou, nessa preciosa idéia, à la Canguilhem, falada por João.

fagulhar histórias infames, silenciadas e desqualificadas como subproduto, como reação opositora que apenas denuncia, uma vez que as lutas silenciadas não se esgotam e nem são destruídas de forma absoluta”, que acentua “virtualidades que ainda não se atualizaram (Heckert e Barros, 2006, p. 95).

Desse modo, tanto intervenções que experimentei com aquela equipe, como teorias que busquei para dar conta daquela clínica, atualizaram-se neste trabalho de forma particular: na clínica com crianças e com bebês em instituição pública de saúde.

Aqui, também, falo de Maria, primeira paciente que escuto depois que saí do CAPS e que me propiciou novos aprendizados ao me propor que embarcasse com ela em suas histórias – uma delícia de ouvir, por sinal! – numa outra clínica, diferente daquela do paciente grave, que necessita de uma instituição para ir todos os dias, que eu tinha, até então. Conta sua vida, as coisas do Nordeste, o que vive na cidade grande e o que enfrenta na maternidade em idade tão jovem. Provocou-me a estudar coisas sobre maternidade, sobre crianças pequenas. Nesses estudos reencontro algumas assertivas de Winnicott que já conhecia de outro contexto, àquele do paciente grave. Maria retornará, mesmo sem saber, em algumas das intervenções que realizo no Peri-Peri.

Para dar conta de várias iniciativas terapêuticas desenvolvidas nessa instituição, precisei estudar, pesquisar e enveredar por caminhos não trilhados. Foi assim que cheguei a questões sobre o enodamento saúde e educação quando tratamos de crianças com algum tipo de sofrimento psíquico e à constituição da clínica infantil.

Uma idéia que já me acompanhava, a da clínica como uma instituição, uma disciplina onde incide o poder e, justamente por isso, de onde pode brotar resistências – idéia de Foucault – retorna agora de outras formas: em intervenções escolares, na

parceria saúde e educação, no projeto do Cala-boca já morreu! Este último, como vimos, também fez parte da minha “Pré-história” profissional, anterior a entrada no Peri-Peri.

Tais intervenções, afirmamos, investem na clínica como ocasião de produzir mudanças, produzir resistências aos processos de massacre das subjetividades. De outro modo, agora, a partir dos atendimentos de bebês com tantas dificuldades, interessa afirmar, também, uma clínica que possa abandonar “a gorda saúde dominante incapaz de ver, ouvir e deixar-se atravessar por tanto excesso” (Pelbart, 2000, p. 66)<sup>79</sup>. Excesso de sofrimento, de coisas irrespiráveis, que “uma gorda saúde, uma autosuficiência acabada, madura, fechada, concluída, funcionando bem demais, jamais poderia acolher, abrigar, favorecer” (ibidem, p. 65).

Na clínica de bebês prematuros ou que apresentam grandes dificuldades para o desenvolvimento, somos chamados a cuidar de corpos, ainda, em constituição. Junto com esses “corpinhos”, está, também, os da família, sobretudo o da mãe, imersa em agonias impensáveis, “agonias no limite do pensável, pois relacionadas à própria tensão do que emerge como um eu, um corpo sentido como único e próprio” (Aragon, 2005, p. 15).

Se antes se dizia que o bebê não sentia dor, hoje se sabe que isso não é verdade. Alguns projetos ligados à humanização hospitalar têm investido, também, nas UTIs neonatais para fornecer outra acolhida aos bebês e suas famílias. Se antes era indiferente a mãe ter contato com o bebê internado, já que se acreditava que ele não percebia nada, hoje se sobrecarrega essa mulher julgando-o uma mãe má, se ela não consegue – por conta de vários motivos, dentre eles proteção psíquica – ficar ao lado da incubadora.

---

<sup>79</sup> Nesse artigo, Pelbart remete o leitor a várias passagens do livro *Crítica e Clínica* de Deleuze (1997), dizendo que seus comentários apenas acompanham as “referências de rodapé desse livro intrigante”.

Investe-se, ainda, em pesquisas que indicam as competências dos bebês e a neuroplasticidade cerebral (Parlato-Oliveira, 2006; Ansermet, 2003; Szejer, 2006): não se deixa o bebê em paz!

Assim, essa clínica, mais do que todas as outras, tem me ensinado que, ainda, não sabemos “o que pode o corpo”, mas que é importante, como clínicos, acompanhá-lo com leveza, delicadeza e prudência. Como diz Spinoza (2007),

O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer. Pois, ninguém conseguiu, até agora, conhecer tão precisamente a estrutura do corpo que fosse capaz de explicar todas as suas funções, sem falar que se observam, nos animais, muitas coisas que superam em muito a sagacidade humana, e que os sonâmbulos fazem muitas coisas, nos sonhos, que não ousariam fazer acordados. Isso basta para mostrar que o corpo, por si só, em virtude exclusivamente das leis da natureza, é capaz de muitas coisas que surpreendem a sua própria mente. Além disso, ninguém sabe por qual método, nem por quais meios, a mente move o corpo, nem que quantidade de movimento ela pode imprimir-lhe, nem com que velocidade ela pode movê-lo (p. 167).

## Referências Bibliográficas

- AMARAL, Lígia Assumpção. *Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação*. In: AQUINO, Julio Groppa (org.). *Diferenças e Preconceito na Escola. Alternativas Teóricas e Práticas*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Resgatando o passado: deficiência como figura e vida como fundo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANSERMET, François. *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Tradução: Daisy de Ávila Seidl. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.
- AQUINO, Julio Groppa. *Ética na escola: a diferença que faz diferença*. In: AQUINO, Julio Groppa (org.). *Diferenças e Preconceito na Escola. Alternativas Teóricas e Práticas*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
- ARAGON, Luis Eduardo Ponciano. *Criança: ensaio sobre a subjetivação*. In: Boletim Formação em Psicanálise. Instituto Sedes Sapientae, v. 9, n.2, jul/dez, 2000.
- \_\_\_\_\_. *O impensável na clínica*. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP, São Paulo, 2005.
- ARANHA E SILVA, Ana Luisa. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2003.
- ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.
- ATEM, Lou Muniz (org.). *Cuidados no início da vida. Clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- AZEVEDO, Adriana Barin. *A Construção de um Olhar Clínico Vidente*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP, São Paulo, 2009.
- BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Tradução: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALINT, Michael. *O médico seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1984.
- BARROS, Manoel de. *Livro Sobre Nada*. Rio de Janeiro: Record, 1996.

- \_\_\_\_\_. *Poema*. In: *O Lugar Do Escritor*. Eder Chiodetto. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Memórias Inventadas. A Infância*. São Paulo: Planeta, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Memórias Inventadas. A Segunda Infância*. São Paulo: Planeta, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Memórias Inventadas. A Terceira Infância*. São Paulo: Planeta, 2008.
- BERCHERIE, Paul. *A Clínica Psiquiátrica da Criança*. Tradução: Oscar Cirino. In: *Da psiquiatria infantil à clínica da criança*. Publicado originalmente em Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte, 1992.
- BERGÈS, Jean. *O Corpo na Neurologia e na Psicanálise. Lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Tradução: Maria Folberg. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.
- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer (org.). *Psicanalisar crianças: que desejo é esse?* Salvador: Ágalma, 2004b.
- \_\_\_\_\_. (org.). *O que a Psicanálise Pode Ensinar Sobre a Criança, Sujeito em Constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.
- BIRMAN, Joel. *Além Daquele Beijo!? Sobre o infantil e o originário em psicanálise*. In: *Da análise na infância ao infantil na análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Relançando os Dados: a Psicopatologia na Pós-Modernidade, Novamente*. In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (org.). *O (Im) possível Diálogo Psicanálise e Psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- BRASIL. Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Brasília: 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5.ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

- \_\_\_\_\_. *Ambiência*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed., 3. reimpressão, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BUSNEL, Marie-Claire (dir.). *A Linguagem dos Bebês. Sabemos escutá-los?* Tradução: Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.
- CAMAROTTI, Maria do Carmo e SAMPAIO, Lindacir. *A morte em UTI neonatal: escutando a equipe de saúde*. In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê. Psicanálise – Saúde – Educação*. Coleção dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CAMPANÁRIO, Isabela Santoro e PINTO, Jeferson Machado. *O Atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito*. Estilos clin., vol.11, no.21, p.150-169, dez. 2006.
- COLLI, Fernando Anthero Galvão e KUPFER, Maria Cristina Machado (orgs.). *Travessias. Inclusão Escolar: a experiência do Grupo Ponte Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida – USP*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- CORIAT, Elsa. *A Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas*. Tradução: Julieta Jeruzalinsky. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.
- COUTO, Maria Cristina Ventura. *Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. Betim, 2002.
- COUTO, Mia. *Terra Sonâmbula*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Venenos de Deus, remédios do Diabo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- CRESPIN, Graciela Cullere. *A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano*. Coleção 1ª. Infância dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes. Tradução: Claudia Mascarenhas Fernandes e alts. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CROCHÍK, José Leon. *Apontamentos Sobre a Educação Inclusiva*. In: SANTOS, G.; SILVA, D. (orgs.). *Estudos Sobre Ética*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DELEUZE, Gilles. “*Meu Próximo Livro Vai Chamar-se Grandeza de Marx*”. Depoimento de Gilles Deleuze a Didier Eribon em 1993. In: *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, Dossiê Gilles Deleuze, 1996a.
- \_\_\_\_\_. *Conversações*. Tradução: Peter Pál Pelbart. 1.ed./1.reimpressão. São Paulo, Editora 34, 1996b.

\_\_\_\_\_. *Crítica e Clínica*. Tradução: Peter Pál Pelbart. São Paulo, Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_. *Empirismo e Subjetividade*. Tradução: Luiz B. L. Orlandi. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2001.

\_\_\_\_\_. Imanência: uma vida. In: Revista Educação e Realidade – Dossiê Gilles Deleuze. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva. V.27, N.2 Jul-Dez, UFRGS. Porto Alegre, 2002.

\_\_\_\_\_. *O Aprendizado*. In: *Proust e os signos*. 2.ed./1.reimpressão. Tradução: Antonio Carlos Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 25-36, 2006.

\_\_\_\_\_. *A imagem do pensamento*. In: *Proust e os signos*. 2.ed./1.reimpressão. Tradução: Antonio Carlos Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 88-97, 2006.

DELORS, Jacques (org.). Educação: um tesouro a descobrir. Tradução: José Carlos Eufrazio. 5 a. ed. São Paulo: Cortez/ UNESCO/ MEC, 2001.

DIAS, Mariângela Maximo. *Uma Escuta Psicanalítica em Neonatologia*. In: MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê. Psicanálise – Saúde – Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DOLTO, Françoise. *Psicanálise e Pediatria*. Tradução: Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

\_\_\_\_\_. *Dificuldade de Viver. Psicanálise e prevenção das neuroses*. Tradução: Alceu Edir Fillmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. *Dialogando Sobre Crianças e Adolescentes*. Tradução: Maria Nuryrmar Brandão Benetti. Campinas (SP): Papyrus, 1989.

DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Tradução: M. T. da Costa Albuquerque. 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

DRUMMOND, Carlos. *Nova Reunião. 19 Livros de Poesia*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1983.

ESTILOS da Clínica. Revista sobre a Infância com Problemas. *Dossiê: Clínica de Bebês*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Volume V, número 8. São Paulo: USP-IP, 2000.

FELICE, Eliana Marcello De. *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Vetor, 2000.

FERNANDES, Maria Auxiliadora Mascarenhas Fernandes (org.). *Quando uma criança precisa de análise?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I. Vontade de Saber*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Tradução: Roberto Machado. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FREITAS, Evelyse Stefoni. *Fui bobo em vir? – Testemunha de uma inclusão*. In: COLLI, Fernando Anthero Galvão e KUPFER, Maria Cristina Machado (orgs): *Travessias, inclusão escolar: a experiência do grupo ponte Pré- Escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FREUD, Sigmund. *Projeto para uma psicologia científica (1895)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *Interpretação dos Sonhos (1900)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade infantil (1905)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *Sobre o narcisismo, uma introdução (1914)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *O instinto e suas vicissitudes (1915)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *Mais além do princípio do prazer (1920)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

\_\_\_\_\_. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV (1932-1933)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução sob a direção geral de: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

GALLETTI, Maria Cecília. *Itinerários de um Serviço de Saúde Mental na Cidade de São Paulo: Trajetórias de uma Saúde Poética*. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP, São Paulo, 2007.

- GARCIA, Maurício Lourenção. Interdisciplinaridade e Multidisciplinaridade em Saúde. Conferência pronunciada no I Encontro Preparatório do IV Congresso Paulista de Psicossomática 2011, no dia 11 de junho de 2009. Gentilmente cedida pelo autor.
- GOLSE, Bernard. *Sobre a Psicoterapia Pais-Bebê: narratividade, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- GORAYEB, Raul. Subjetividade ou Objetivação do Sujeito? In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (org.). *O (Im) possível Diálogo Psicanálise e Psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera, 2002.
- GUATTARI, Félix. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Tradução: Suely Rolnik. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- \_\_\_\_\_. *Caosmose. Um novo paradigma estético*. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. 1. ed./2a. reimpressão. São Paulo: Editora 34 Letras, 1998.
- GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. *Micropolítica. Cartografias do Desejo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1986.
- HECKERT, Ana Lúcia Coelho e BARROS, Maria Elizabeth Barros. *Desafios metodológicos para a pesquisa no campo da psicologia: o que pode uma pesquisa?* In: MACHADO, Adriana Marcondes; FERNANDES, Ângela Maria Dias; ROCHA, Marisa Lopes da (orgs.). *Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KISLANOV, Sara Ângela. *Situações delicadas, intervenções precoces*. In: Pulsional revista de psicanálise. Ano XVIII, número 181. São Paulo: Escuta, 2005.
- KUPFER, Maria Cristina Machado. *É possível uma Psicopatologia Fundamental na infância?* In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Volume I no.4. São Paulo, 1988.
- \_\_\_\_\_. (org.). *Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais de desenvolvimento*. Salvador: Ágalma, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Educação para o Futuro. Psicanálise e Educação*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 2001.
- KUPFER, Maria Cristina Machado et alt. *Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil*. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol. VI, no. 2. São Paulo, 2003.

- LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, Jean-Baptiste. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução: Pedro Tamen. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1985.
- LAPLANE, Adriana Lia Frizman e GÓES, Maria Cecília Rafael (orgs.). *Políticas e Práticas de Educação Inclusiva*. São Paulo: Editora Autores Associados, 2004.
- LAPOUJADE, David. *O corpo que não agüenta mais*. In: LINS, Daniel e GADELHA, Sylvio. *Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.
- LE BRUN, Mariana e ZORNIG, Silvia. *Grupo Criar-te: oficina de criatividade no cuidado de mães e bebês prematuros em UTI neonatal*. In: Pulsional revista de psicanálise. Ano XVIII, número 181. São Paulo: Escuta, 2005.
- LÈVY, Pierre. *Árvores de saúde – Uma conversa com Pierre Lèvy*. Entrevista concedida à revista Interface em 1998. Disponível em <http://www.corposem.org/rizoma/arvores.htm> (Acesso em 10/05/2006).
- LIMA, Grácia Lopes. *Educação pelos meios de Comunicação: Produção Coletiva de Comunicação na perspectiva da Educomunicação*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. USP-SP, São Paulo, 2009 a.
- LIMA, ROSSANO CABRAL. *Ainda há crianças normais? Módulo: Efeitos Psicológicos da Crise. A Redescritção da Subjetividade: as Bioidentidades*. Apresentação no Café Filosófico CPFL em 03/06/2009. São Paulo, 2009b. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/post/rossanocabral-lima-explica-bioidentidades-no-cafe-filosofico-cpfl> (Acesso em 10/07/2009).
- LISPECTOR, Clarice. *Um sopro de vida*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.
- \_\_\_\_\_. *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- LOBO, Lília Ferreira. *Deficiência: Prevenção, Diagnóstico e Estigma*. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; LEITÃO, Maria Beatriz Sá e BARROS, Regina Duarte Benevides (orgs.). *Grupos e Instituições em Análise*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2002.
- LOPÉRGOLO, Ana Cristina Delgado. *Cozinhar a Clínica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP, São Paulo, 2001.
- MACHADO, Adriana Marcondes. *Crianças de classe especial. Efeitos do Encontro entre Saúde e Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MACHADO, Adriana Marcondes e SOUZA, Marilene Proença Rebello (orgs.). *Psicologia Escolar: Em Busca de Novos Rumos*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

- MACHADO, Adriana Marcondes et alt. *Psicologia e Direitos Humanos. Educação Inclusiva – Direitos Humanos na Escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MACHADO, Adriana Marcondes; FERNANDES, Ângela Maria Dias; ROCHA, Marisa Lopes da (orgs.). *Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- MATHELIN, Catherine. *O Sorriso da Gioconda. Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Tradução: Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- MANNONI, Maud. *De um impossível a outro*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1986.
- \_\_\_\_\_. *A criança, sua “doença” e os outros*. Tradução: A.C. Villaça. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.
- \_\_\_\_\_. *A criança retardada e a mãe*. Tradução: Maria Raquel Gomes Duarte. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988a.
- \_\_\_\_\_. *Educação Impossível*. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988b.
- \_\_\_\_\_. *A Primeira Entrevista em Psicanálise*. Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. 6.ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988c.
- \_\_\_\_\_. *A psicanálise de crianças*. In: *Um saber que não se sabe. A experiência analítica*. Tradução: Martha Prada e Silva. Campinas: Papyrus, 1989.
- \_\_\_\_\_. *O Nomeável e o Inominável. A última palavra da vida*. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995 c.
- MELGAÇO, Rosely Gazire (org.). *A ética na atenção ao bebê. Psicanálise – Saúde – Educação*. Coleção dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- MINISTÉRIO da Saúde. *Gestação de Alto Risco. Manual Técnico*. 3.ed. Brasília, 2000.
- MONTEIRO, Denise de Souza Feliciano e COMPARATO, Maria Cecília Mazzilli (orgs.). *A Criança na Contemporaneidade e a Psicanálise. Família e Sociedade: Diálogos Interdisciplinares*. Volume I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- NEVES, Claudia Abbês Baeta; RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides; JOSEPHSON, Silvia Carvallho. *Teorias e Práticas Psicológicas em Instituições Públicas: Uma abordagem transdisciplinar da clínica*. In: *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, n.4, São Paulo, 1996.

- ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos humanos (1948). Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/dir\\_huma.html](http://www.unicef.org/brazil/dir_huma.html). Acesso em 10/05/2008.
- ORLANDI, Luiz Benedicto Lacerda. Questionamento como linha de fuga. Conferência pronunciada no encerramento da XIX Jornada Reich no Sedes organizada pelo Departamento Reichiano do Instituto Sedes Sapientiae, no dia 30 de setembro de 2006. No prelo, cedido gentilmente pelo autor.
- PARLATO-OLIVEIRA, Erika Maria. *Os aspectos constitucionais do bebê na constituição do sujeito*. In: Anais do 5º. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, São Paulo, 2006.
- PASSOS, Eduardo e BARROS, Regina Benevides. *Transdisciplinaridade e Clínica*. Rio de Janeiro, s/d (mimeo).
- PATTO, Maria Helena Souza. *A Produção do Fracasso Escolar. Histórias de Submissão e Rebeldia*. 2. ed./1. reimpressão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- PELBART, Peter Pál. *A Gorda Saúde Dominante*. In: *A vertigem por um fio*. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Teoria do Vínculo*. Tradução: Eliane Toscano Zamikhowsky. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- POLETTI, Patrícia Coghi. *Intersetorialidade e a Clínica em Saúde Mental: construindo e ampliando redes para a inclusão*. Monografia de Aprimoramento em Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Campinas, 2008. Disponível em: [http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude\\_mental/aprimoramento\\_tcc.php](http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/aprimoramento_tcc.php). (acesso em 15/12/2008).
- PROJETO Cala-boca já morreu – porque nós também temos o que dizer! São Paulo, s/d. (mimeo)
- RABELLO, Ângela M. *Construção subjetiva e prematuridade*. In: Pulsional revista de psicanálise. Ano XVIII, número 181. São Paulo: Escuta, 2005.
- RANNÃ, Wagner. *Direitos humanos, educação inclusiva e reforma psiquiátrica para a criança e o adolescente*. In: *Educação Inclusiva. Direitos Humanos na Escola*. Conselho Federal de Psicologia. Comissão Nacional dos Direitos Humanos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- RAUTER, Cristina. *Oficinas para que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas*. Rio de Janeiro, s/d (mimeo).
- REIS, Eliana Schueler & ROZA, Eliza Santa. *Da análise na infância ao infantil na análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997.

RELATÓRIO de Avaliação do Trabalho da Equipe de Saúde Mental do Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri, período 2000/2004. São Paulo, 2004.

ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes e BERNARDINO, Leda Maria Fischer (organizadoras). *O Bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (org.). *A Clínica com o Bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ROLNIK, Suely. *Pensamento, Corpo e Devir. Uma Perspectiva Ético/Estético/Política no Trabalho Acadêmico*. In: *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, v. 1, n. 2. São Paulo, 1983.

\_\_\_\_\_. *A diferença no divã. Uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise*. Comunicação no III Fórum Brasileiro de Psicanálise: A diferença faz diferença? Mesa-redonda: Psicanálise e poder. Belo Horizonte, 1994 (mimeo).

\_\_\_\_\_. *Deleuze, Esquizoanalista*. In: *Cadernos de Subjetividade*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, Núm. Esp., São Paulo, 1996.

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROZA, Eliza Santa. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

SAIDÓN, Osvaldo. *Devires da Clínica*. Tradução: Ângela Maria Tijiwa e Mariel Rosauo Zasso (capítulo 4). São Paulo: Hucitec, 2008.

SANTA CRUZ, Maria Ângela. *Desafios da Clínica Contemporânea: Novas Formas de "Manicomialização"*. São Paulo, 2005. (mimeo)

SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan, LEITE, Adriana Moraes, ROSSANEZ, Léa Silvia Sian, FONSECA, Luciana Mara Monti, KOKUDAY, Maria de Lourdes do Patrocínio, RIUL, Maria José Sartori. *Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400018&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400018&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 10/11/2007.

SERENO, Deborah. *Acompanhamento Terapêutico e educação inclusiva*. In: Revista Psychê, ano X, n.18, São Paulo, p. 167-169, 2006.

SILVA, Janaína Sousa Bezerra. *Luto, Melancolia e Ressentimento na Maternidade*. Disponível em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.58.3.3.htm>. (Acesso em 10/11/2007).

- SOARES, Grácia M. Lopes Lima. *Educomunicação, Psicopedagogia e Prática Radiofônica. Estudo de Caso do Programa de Rádio Cala-Boca Já Morreu*. Dissertação de Mestrado. ECA-USP, 2002.
- SOUZA, Beatriz de Paula e MORAIS, Maria de Lima Salum (orgs.). *Saúde e Educação: Muito Prazer! Novos Rumos no Atendimento à Queixa Escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- SPINOZA, Benedictus. *Ética*. Tradução: Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007
- SZEJER, Myriam e STEWART, Richard. *Nove Meses Na Vida da Mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Tradução: Maria Nuryrmar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- SZEJER, Myriam. *A Escuta Psicanalítica de Bebês em Maternidade*. Conferências de MYRIAM SZEJER no IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. ABREP – Associação Brasileira para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- 
- \_\_\_\_\_. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Tradução: Cláudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*, 2003. Disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redefativa.htm>>. Acesso em 20.07.2008.
- 
- \_\_\_\_\_. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*, 2004. Disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redefativa.htm>>. Acesso em 20.07.2008.
- TELLES, Lygia Fagundes. *Poema*. In: *O Lugar Do Escritor*. Eder Chiodetto. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.
- TENÓRIO, Gustavo. *Coordenação Clínica (ampliada) e Rede Assistencial*. Apresentado no 2º. Seminário Nacional de Humanização. Brasília: 2009. Disponível em <http://www.redehumanizaus.net/node/7508>. Acesso em 10/08/09.
- TEPERMAN, Daniela Waldman. *Clínica Psicanalítica com Bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Transversalizando saúde e educação: quando a loucura vai à escola*. In: MACHADO, Adriana Marcondes; FERNANDES, Ângela Maria Dias; ROCHA, Marisa Lopes da (orgs.). *Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006a.

- \_\_\_\_\_. *Contribuições das políticas públicas e das redes sociais*. Comunicação proferida em Comemoração aos dez anos do Espaço Lúdico Terapêutico. São Paulo, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *Infância e Adolescência: Uma Clínica Necessariamente Ampliada*. São Paulo, s/d. (mimeo)
- WAJNTAL, Mira (org.). *Clínica com Crianças: enlaces e desenlaces*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.
- WEINMANN, Amadeu de Oliveira. *Infância: um dos nomes da não razão*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
- WINNICOTT, Donald W. *O Brincar & a Realidade*. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Tradução: Jane Corrêa. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- \_\_\_\_\_. *A criança e o seu mundo*. Tradução: Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.
- \_\_\_\_\_. *O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990a.
- \_\_\_\_\_. *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução: Jane Russo. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Os Bebês e suas Mães*. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 1.ed. 3. tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- ZORNIG, Silvia Abu-Jamra. *A Criança e o Infantil em Psicanálise*. 2. reimpressão. São Paulo: Escuta, 2008.
- ZOURZBICHVILI, François. *O Vocabulário de Deleuze*. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.