

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Especialização em Teoria Psicanalítica

Raquel Braga Franco

**PROGRAMA ARTE DA SAÚDE E O FENÔMENO TRANSICIONAL:  
construções em rede.**

Belo Horizonte  
2014

Raquel Braga Franco

**O PROGRAMA ARTE DA SAÚDE E O FENOMENO TRANSICIONAL:  
construções em rede.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Psicanálise

Orientador: Fábio Belo

Belo Horizonte  
2014

Raquel Braga Franco

**O PROGRAMA ARTE DA SAÚDE FENÔMENO TRANSICIONAL:  
construções em rede.**

Monografia apresentada à Especialização em Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Psicanálise.

---

Dr. Fábio Belo (Orientador) - UFMG

---

Alberto Timo

---

Dr. Eduardo Gontijo

Belo Horizonte, 26 de maio de 2014

À Madalena por me mostrar o que é amor  
Aos amigos que me ensinam como preservar o amor

*Ao Ti*

## **Agradecimentos**

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, fica expresso aqui a minha gratidão, especialmente: Cristina Coelho, que foi quem apostou em mim para a realização do trabalho no Arte da Saúde, ao Professor Fábio Belo, pelo apoio, incentivo e cuidadosa leitura do trabalho. Ao Professor Marcelo Ricardo Pereira e a Bárbara Oliveira Paulino com quem iniciei meu percurso na Psicanálise. Aos amigos Flávia Klausling, Breno Faria, Bárbara Busch, Barbára Paulino, Aline Martins, Flora Cândido, Mateus Romualdo, Marina Duarte, Alice Braga, Marcela Braga, Nathalia Valentini, Michel Menezes, Emerson Carvalho, Virgilius Lustosa, João Guerra, Rita Ohassi, Lu, Vladimir Guerra, Clarisse Viana e Naiara Lages por fazerem parte da minha vida. Aos amigos que tocam Raul: Ana Paula, Ana Mota, Paloma, Metal, Giselle, e toda a trupe. À Paula Paim, com quem dividi as alegrias, dúvidas e angústias desta especialização e tantas outras. À minha irmã Isabela Braga Franco por ser fonte de inspiração para fazer sempre o melhor. Ao Jair, meu pai. À vó Beré que me faz rir muito. Aos educadores sociais do Arte da Saúde com quem venho dividindo experiências de trocas cada vez melhores: Tatiani Ventura, Diogo de Paula, Evaldo Negreiros, Juliana Soares e Tarcio Martins. Ao Marco Aurélio Baggio por me incentivar a estudar cada vez mais e por ter me apresentado o Winnicott e tantos outros autores. A todas as crianças da Acolhida do Dom Orione, onde entendi um pouco mais sobre amor, gratidão, generosidade e, principalmente, sobre o brincar. À Juliana Prochnow por trocas sensíveis sobre o mundo da criança, da brincadeira e do aprender. À Equipe da Gerasa que me acolheu nesta empreitada com o Arte da Saúde. Aos muitos trabalhadores da saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, que se importam em fazer um trabalho competente, engajado e pautado por um ideal de mundo melhor. Aos coordenadores do Arte das outras regionais: Ercília, Celina, Cida, Inês, Priscila, Arnor, Adilcéia e Vanilza. Ao Márcio, à Riva e ao Paulo. À Equipe Complementar da Centro-Sul com quem troco experiências sobre o brincar todas as sextas-feiras. Ao amor do Tiago que me escuta e busca o melhor em mim.

### *Cordel Arte da Saúde*

*“Venho apresentar, nesse grande carrossel,  
O Arte da Saúde, em literatura de cordel!  
Em minhas vestimentas, sentimentos, esperanças,  
Representados pelas falas de estimadas crianças!  
Aprendemos ensinando, ensinamos aprendendo  
E com os resultados alcançados, vamos nos surpreendendo!  
Ensinar nem sempre é fácil, exige criatividade e persistência,  
Tentaremos demonstrar um pouco dessa experiência:  
Joãozinho que era triste e vivia em seu canto,  
Na oficina mãos que criam encontrou um novo canto!  
A solitária Maria que se sentia aprisionada,  
Na oficina de teatro começou a dar risadas!  
O José que sem motivos já queria dar porrada,  
Na oficina de percussão caiu na batucada!  
E a Ana que queria e não sabia se expressar,  
Entrou para a oficina e não para de dançar!  
E conduzindo as oficinas, estão esses monitores,  
Que alegam seus corações com cada um desses fatores!  
A alegria da criança tanto na oficina quanto em seu lar  
É uma recompensa especial que dinheiro nenhum pode pagar!  
E por trás dos monitores trabalhando e dando suporte,  
Estão apoiadores e entidades para tornar o Arte forte!  
Mas nem tudo é um mar de rosas, a para poder trabalhar,  
É preciso que a rede não pare de funcionar!  
Todos juntos em pró desta ação  
Ajudando cada um a constituir-se cidadão!  
E apostando todas as fichas nessa multiplicação,  
Vislumbramos, que alegria, bom futuro para nação!!!*

*Diogo Jeferson de Paula, educador da oficina de percussão, Regional Centro Sul*

### **Arte na Saúde**

*O Projeto Arte na Saúde,  
É muito importante,  
Por algum momento,  
Me faz ficar distante,*

*Tem muita diversão  
Como brincadeira,  
Tintas e papel na mão.*

*É uma coisa diferente,  
Que ajuda a gente e distrai  
a nossa mente,  
Ocupando nosso tempo e o nosso pensamento.*

*Tem muita criação,  
através da pintura  
Que contribui para a nossa cultura.*

*Letícia Sandymlle – 10 anos*

## RESUMO

O objetivo desta monografia é apresentar o Programa Arte da Saúde, que desde 2007 faz parte da Rede de Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil do município de Belo Horizonte. Trata da articulação entre os modos de funcionamento do Programa, e as teorizações de Winnicott sobre objeto transicional e fenômeno transicional. A monografia se baseia nas experiências que a regional centro-sul possui em relação ao Arte da Saúde, que acolhe crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de adaptação ou alguma suspeita mais importante na ordem da psicopatologia. Parte das experiências dos arte-educadores, das crianças e adolescentes que dele participam, da coordenação, bem como da rede de saúde mental do qual faz parte. Tomaremos como ponto de partida, o modo como a ideia de “criança-problema” norteia os encaminhamentos de crianças e adolescentes para a rede de saúde mental. Em seguida, discutiremos como a rede de saúde mental funciona no acolhimento deste público e quais saídas propõem dentro uma lógica articulada a Reforma Psiquiátrica promulgada com a Lei 10.216. Em terceiro, trataremos as especificidades do Programa em questão discutindo o que a arte apresenta enquanto saída para este público encaminhado que está em vias de se tornar usuário da saúde mental. Logo, de modo conclusivo, discutiremos de que modo a via da arte pode servir de lugar não só de tratamento, mas de prevenção da saúde mental, por buscar fornecer condições adequadas onde a criatividade, o protagonismo e a amizade possam aparecer.

**Palavras-chave:** Objeto Transicional. Fenômeno Transicional. Arte. Saúde Mental



## ABSTRACT

The main issue of this project is introducing the program “Art of Health”. It has integrated of “Network of Care for Childhood and Youth Mental Health” since 2007. This project contemplates an analysis between the function modes and the Winnicott’s theories, which are about transitional objects and transitional phenomena. The monograph was based, in part, on the experiences that the “Central-South Regional” has about the program “Art of Health”, which takes care about children who have difficulties on adaptation and any relevant psychopathology suspicion. This project was also based on other participant’s experiences as art-educators, children and youths. People who are member of the project coordination and the Mental Health Network also have collaborated with their experiences. The start-point of this monograph discuss about the emerged idea of “problem-child”, which is the most relevant cause of indications for the Mental Health Network’s Project. The second discussion is about how the Mental Health Network works on taking care about those children and youths. An analysis of the Psychiatric Reform idea, which has promulgated in the law 10.216, was also considered when discussing its solutions as an articulated logic to solve this problem. The third discussion is about specificities of this Program, which discuss the importance of the art as a solution for these children and youths, preventing them to become regular users of the Mental Health Network Program. The monograph conclusion presents an important analysis about how the art can be used, not only as a treatment for mental health diseases, but also as a prevention, which stimulates most creativity, sense of citizenship and friendship.

**Keywords:** Transitional Object. Transitional phenomena. Art. Mental Health.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>1 A criança, o adolescente e o campo da saúde mental.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 A “criança-problema” ou os anormais.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 A clínica e a política na rede de saúde mental de Belo Horizonte.....</b>	<b>20</b>
<b>2 Arte, saúde e psicanálise.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Arte da Saúde: lugar de construção.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Winnicott, o fenômeno transicional e a arte.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Primeiramente, nada mais importante do que um registro introdutório acerca do objetivo deste trabalho, que foi divulgar e teorizar sobre as experiências da regional centro-sul do município de Belo Horizonte, com o Programa Arte da Saúde. Criado para responder à crescente demanda de encaminhamentos das escolas aos serviços de saúde, a arte foi escolhida como aposta possível de trabalho com essas crianças e adolescentes que supostamente apresentavam algum diagnóstico, ainda que fosse o de “criança-problema”. A maioria delas despertava em seus pais e em seus professores algum tipo de incômodo, que poderia vir tanto do não aprender, quanto por não parar em casa ou não respeitar ninguém.

A psicóloga Rosalina Teixeira, idealizadora do Programa propôs com o Arte da Saúde, “outros tratamentos” que levasse em conta que por trás desses “sintomas” havia algo a ser desenvolvido. A negligência, o abandono, a violência, não teria algo haver com essa aparente desmotivação e desinteresse? Será que fornecer um ambiente acolhedor, onde elas pudessem pintar, cantar, se relacionar, não traria de volta a autoestima que elas precisavam para seguir em frente?

Winnicott (1975) desenvolve o conceito de objeto e fenômeno transicional como sendo uma área intermediária de experiências que não estaria nem dentro e nem fora, mas entre. Ao experimentar o entre, o bebê começaria a se separar da mãe sem uma grande ruptura, mas aos poucos. Quando estivesse “pronto”, o objeto transicional seria deixado de lado. Importa destacar, que o objeto transicional, para a criança pequena, não está totalmente fora dela e nem dentro dela, mas fazendo a mediação entre a criança e a mãe. A hipótese que desenvolvemos neste trabalho é se a arte e o ambiente da oficina estariam funcionando como objeto/fenômeno transicional, auxiliando seus participantes no processo de elaboração – ainda que tardia – de lutos e traumatismos. Se sim, quais são as características que o Programa Arte da Saúde possui que estimula em seus participantes a construções de ficções mais úteis?

Entendemos que o trabalho com a arte e com os arte-educadores, pode ser um lugar de acolhimento das diferenças fazendo trabalhar aspectos não integrados da personalidade dos envolvidos. A via da arte, com suas mais amplas expressões (música, dança, artesanato, desenhos dentre tantas outras) ao oferecer seus materiais e seus mediadores resgata a capacidade que todos possuem de brincar e

de se comunicar em um espaço privilegiado de interação onde “nada pode ser questionado”, mas experimentado. Winnicott desenvolve essa questão que será posteriormente desenvolvida.

A minha experiência como coordenadora do Programa na regional centro-sul, bem como o cotidiano dos arte-educadores que ministram as oficinas, é utilizada como material para a análise clínica institucional aqui proposta. A metodologia escolhida foram os relatos dos arte-educadores, a fala das crianças e adolescentes por eles trazidas nas reuniões semanais que temos, bem como a minhas anotações pessoais de quando estava presente nas oficinas. O uso deste material teve por objetivo trazer o leitor mais para perto do cotidiano das oficinas, a fim de que este pudesse ganhar alguma materialidade auxiliando nas questões aqui levantadas.

Ainda que o atendimento individual com psicólogo trabalhe especificidades importantes, sendo de grande valia para colocar alguns processos em circulação, entendemos que a oferta de um espaço onde outros tipos de expressão podem ser desenvolvidas, tem se mostrado eficaz no que concerne à ampliação do espectro de respostas que as crianças e os adolescentes dão diante de experiências de difícil integração – bullying na escola, abandono, gravidez na adolescência, uso de drogas, baixa autoestima, dificuldades de aprendizagem – por tornar o encontro com o outro menos devastador fazendo trabalhar a diferença em sua máxima potencialidade.

O Programa encontra inúmeras dificuldades em sua execução, como, por exemplo, o financiamento que está sempre em vias de ser perdido. Apesar de seus mais de vinte anos de idealização e execução, o Arte ainda não se configura como uma política pública, precisando seu contrato ser renovado a cada seis meses, o que coloca todos os envolvidos dependentes da boa vontade política de quem está governando.

Além disso, é necessário destacar que existem inúmeros programas sociais que tem como foco a arte, a cultura, a educação. Importa destacar, que o Programa Arte da Saúde possui uma especificidade importante e que deve ser levada em conta por quem se proponha a ler esta monografia. Ele faz parte de um programa da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte, ou seja, não é um programa da assistência ou da educação. Apesar de estarmos em constante diálogo com tais campos, nosso foco é na saúde, o que significa que os pressupostos que nos amparam são os mesmos da Reforma Psiquiátrica promulgado com a Lei 10.216.

## 1 A CRIANÇA, O ADOLESCENTE E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O presente capítulo pretende discorrer sobre a medicalização e a patologização da infância. Como ponto de partida a sociedade, as escolas e famílias que muitas vezes encaram a singularidade de suas crianças e adolescentes como problema, indisciplina que deve ser tratada e curada pela saúde. De que forma os ideais da sociedade, dos pais e das escolas contribuem para que a diferença seja vista como doença que deve ser tratada, medicada e psicologizada?

Discutiremos ainda como Clínica e política se articulam nos serviços de saúde com destaque para aqueles que operam sob o viés da psicanálise que hoje serve de referencial teórico para praticamente toda a rede da Saúde Mental de Belo Horizonte. Por último apresentaremos o programa Arte da Saúde, suas especificidades e o que apresenta como saída para crianças e adolescentes em rota de exclusão social.

### 1.1 A “criança-problema” ou os anormais

É comum no âmbito escolar que a indisciplina e a agitação sejam as maiores vilãs dos educadores e o mais frequente entre os alunos. Ao esgotarem as possibilidades pedagógicas os pais comumente são chamados para que busquem solução ao comportamento tido como ‘desviante’ ou mesmo ‘anormal’ de seus filhos. Preocupados com o rendimento dos rebentos e com o fantasma da repetência de ano, muitos pais acabam por procurar ajuda na saúde, buscando diagnóstico e tratamento que, muitas vezes, vem através de remédios sendo o mais comum deles o metilfenidato, conhecido como *Ritalina*, *Concerta*, dentre outros.

A *Ritalina* é utilizada mais frequentemente no tratamento do chamado TDAH – Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade. É a chamada doença do “não aprender”, do “desatento”, dos “hiperativos” e “desobedientes” sendo a mais comum entre as crianças em idade escolar (Santos LF, Vasconcelos LA, 2010). Estatísticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destaca que entre os anos de 2009 e 2011, houve um aumento considerável no consumo de metilfenidato na região

sudeste e em outras regiões. São Paulo obteve a maior estimativa de aumento percentual (111,89%), seguido de Minas Gerais (43,52%). Importante destacar, que no período de férias, houve queda no consumo<sup>1</sup>.

No Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria – o DSM – que está em sua quinta edição (2014), as definições sobre os critérios diagnósticos do TDAH não mudaram muito em relação à quarta edição (1994-2000). Permaneceu a lista com dezoito sintomas, sendo nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade. Para que se tenha um diagnóstico, é necessário apresentar seis ou mais sintomas de desatenção e/ou seis de hiperatividade-impulsividade.<sup>2</sup>

Além disso, usa-se o critério de tempo, ou seja, os sintomas devem apresentar uma duração de seis meses ou mais devendo haver também uma comparação entre comportamento esperado para a idade e comportamento exibido pelo indivíduo. Outro fator que permaneceu entre as duas edições é a necessidade de comprometimento em dois ambientes diferentes, como a casa e a escola. Em relação às alterações, a idade foi um critério modificado. Se anteriormente o diagnóstico teria que ser feito antes dos sete anos, com o DSM-V, passou para os doze anos.

O DSM-V trouxe mais um adendo em relação ao TDAH que é a afirmação de que tal transtorno pode perdurar durante toda a vida, o que parece indicar que as dificuldades adaptativas do sujeito são ancoradas na biologia e que caberia à ciência interferir a fim de possibilitar melhores prognósticos. Tal é a característica deste manual que vem se modificando ao longo dos anos, tornando a lacuna existente entre a psiquiatria e as outras áreas do conhecimento como a filosofia, a psicanálise e a ontologia ainda mais distantes.

O que se pretende aqui, não é fazer a defesa da não utilização do medicamento, mas discutir saídas que levem em conta tais evidências, qual seja o aumento da fabricação e utilização do medicamento, sem ficar restrito a elas. No ano 2000, o consumo nacional foi de 23 kg (Lima, 2005). Em 2006 houve um aumento considerável e o Brasil passou a fabricar 226 kg de metilfenidato e importar outros 91 kg (ONU, 2008)<sup>3</sup>. Quais seriam as consequências da crescente medicalização da infância? Como esta prática passou a vigorar na atualidade e quais os reflexos – e

---

<sup>1</sup> Dados disponíveis em [http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf)

<sup>2</sup> Associação Brasileira do Déficit de Atenção - <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em 12 mar.2014

<sup>3</sup> Dados retirados do artigo de ORTERGA, F. et AL. Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v 14, n.34, p.499-510, jul/set 2010.

as resistências – na prática dos educadores e dos psicanalistas? Se o TDAH é uma doença fictícia como declarou seu descobridor Leon Eisenberg, será que existem ficções mais úteis<sup>4</sup>?

Dunker (2013) propõe fazer uma crítica psicanalítica sobre os DSMs e o casamento psicopatológico entre a psicanálise e a psiquiatria. Ele apresenta uma série de argumentos que visam relacionar o início do fim da crise de nascimento da psiquiatria na década de 50, quando se começa a pensar os sintomas psíquicos como uma *reação*, e a etiologia orgânica como *ação*. Ou seja, a pessoa que apresentava algum distúrbio de comportamento ou alguma queixa psicossomática estava adoecida por alguma causa orgânica, localizada se não no corpo, no cérebro e em seus complexos mecanismos sinápticos e suas conexões correlatas de neurotransmissores. Assim, os transtornos mentais teriam uma causa, que é orgânica, e suas alterações psíquicas seriam apenas reações. O DSM – I surge assim, para solucionar a confusão de línguas entre o que os organicistas diziam e o que os psicodinâmicos afirmavam.

De lá pra cá, tivemos a publicação de mais cinco manuais de estatísticas e diagnósticos de transtornos mentais, todos eles amparados em pesquisas científicas supostamente confiáveis. A psicanálise com seus mais de cem anos de existência, sempre buscou responder aos transtornos mentais com suas formulações no campo da psicopatologia para além do biologicismo, principalmente com os autores pós freudianos. Por seu turno a psiquiatria, se durante algum tempo, sustentou que os transtornos mentais tinham causas que estavam além do orgânico, atualmente, se distancia do diálogo com outros campos de conhecimento, buscando uma posição hegemônica amparada nos rigores do cientificismo de laboratório.

O aprofundamento das questões envolvidas nas formulações dos DSMs não é o objetivo aqui proposto, porém, importa destacar que se antes psiquiatria e psicanálise dialogavam, o início da crise do relacionamento de ambas se dá quando ocorre a decisão de desaparecer com a neurose enquanto categoria nosográfica. Em 1968 tal categoria ainda se mantinha tendo somente o termo *reação* desaparecido. Foi com o DSM – III (1973-1974) que ocorreu a mais profunda mudança na psiquiatria, passando esta “a ter disponível um sistema diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico experimental”, época em que os contextos e variações sociais são reduzidos a “síndromes culturais específicas” (Dunker, 2011).

---

<sup>4</sup> As declarações de Eisenberg foram feitas para o jornal alemão Der Spiegel em Dez/12.

Uma das consequências desta mudança é que com a categoria de neurose, “ao menos em tese, ela poderia explicar tanto a formação do sintoma quanto a economia narcísica, ou as transformações e identificações da personalidade, que lhes é correlata.”<sup>5</sup> Excluir a relação entre sintoma e funcionamento psíquico – isto é, que existem algumas manifestações somáticas que estão relacionados a um funcionamento mental e não somente orgânico – trouxe o efeito dramático de fazer com que alguns profissionais deixem de escutar a história de vida das pessoas para se restringir a anamnese do relato sobre o sintoma. E mais, ao romper com a psicanálise e com a crítica filosófica, a psiquiatria acaba por descartar a importante “concorrência de paradigmas”. (Dunker, 2011)

Sobre este ponto, Dunker (2013) ainda pontua que a hipótese que unifica história de vida, sintomas e personalidade, é reencontrada na medicação. O transtorno passa a ser um déficit de substância neuronal. A medicação faria assim, o que o corpo, supostamente, não consegue fazer sozinho. É o exemplo do metilfenidato. A medicação conseguiria criar um “antes” e um “depois” estabelecendo uma nova unidade no eu, mas essa unidade não é pressuposta por ela e sim criada.

Como a prática pedagógica ao longo de seu desenvolvimento contribuiu para se pensar na criança ideal e a necessidade de produzi-la, ainda que via medicação? A busca por identificar e tratar os chamados ‘anormais’ tem início em meados do século XIX. Michel Foucault dedicou alguns anos de suas pesquisas buscando historicizar as práticas discursivas do século XX, tais como as práticas pedagógicas, a relação com a loucura e com os presos.

Birman (2007) ao ler Foucault dedica um Ensaio sobre como a biopolítica é engendrada na passagem da “salvação”, prática que vem do Cristianismo, para a “cura”, que tem na medicina e na ciência seus principais representantes. Recorremos a este ponto, uma vez que, o que parece ser buscado na saúde pelos representantes da escola e pelos pais é a “cura dos afetos” ou a busca por extirpar algum tipo de ‘mal’ que acomete os jovens ou ainda a busca por uma adaptação que leva em conta tanto um comportamento esperado para determinada faixa etária, quanto resultados satisfatórios em termos de desempenho.

O autor nos lembra que o cristianismo fez desaparecer um dos principais pilares do período helenístico, qual seja, o ponto de relação com a ‘finitude’. Se naquela época a morte era tida como certa, sendo as práticas de ‘cuidado de si’

---

<sup>5</sup> Artigo Revista Cult. Disponível em <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/12/o-sequestro-da-neurose/>. Acesso em 24 mar. 2014



centradas no incremento da economia dos prazeres, com o cristianismo a história é outra. Culpa e responsabilidade ficou no primeiro plano e a promessa da vida eterna ganhou status passando a vigorar na relação que as pessoas tinham entre elas e consigo mesmas. Na modernidade, por sua vez, a promessa de cura preconizada pela ciência é quem ganha força.

Assim, há que se destacar que os registros da 'vida' e da 'saúde' preconizados pelo período helenístico são substituídos pelo foco da 'vida só após a morte' e pela 'enfermidade', propostas características da modernidade com seu discurso científico e político (Birman, 2007). Entender este contexto histórico-social é importante quando se tem como proposta a discussão sobre a medicalização da infância engendrada pelo discurso científico.

Pensar sobre a medicalização da infância traz a ideia do disciplinamento dela. Afinal, qual família, qual professor, não gostaria de ter em sala ou em casa, crianças que fossem às aulas para aprender, fazer novas amizades, tirar notas boas e ter um sentimento de gratidão ao mestre? Bons alunos serão possíveis bons trabalhadores, o que enriquece a ideia de nação. Melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes aumenta o potencial de serem bons cidadãos no futuro, no entanto, parafraseando Freud, educar está dentro das tarefas impossíveis, assim como governar e psicanalisar (Freud, 1937). E as crianças resistem, nós resistimos.

Mas como a chamada má e boa conduta aparece? Luengo (2010) analisa a vigilância punitiva e a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. Para a autora, inspirada em Foucault, a exigência com a alfabetização e o tempo que ela deve ocorrer e de que forma, tem trazido a ideia disciplinar junto, como se para aprender não fosse tão importante brincar, se divertir, comunicar, mas vigiar e punir corpos, o que parece deixar os educadores confusos sobre o que seria o *normal* e o *patológico*. Afinal, os primeiros sinais para se encaminhar uma criança a um profissional da saúde passam por ela conseguir ou não aprender a ler e a escrever.

O controle sobre as crianças sempre buscou, sobretudo, produzir futuros adultos preparados para o trabalho, civilizados e que contribuiriam para o progresso urbano. Aqueles que escapavam a essas ideias por seus comportamentos eram constantemente fiscalizados e punidos a fim de que pudessem retornar ao rebanho.

A escola tornava-se então, utilizando um termo foucaultiano, "espécie de aparelho de exame ininterrupto", local onde se fazia cada vez mais um trabalho profilático. Nesse sentido, o exame antropopedagógico delegou ao professor a tarefa de supervisionar para, junto com a área médica,

diagnosticar, excluir ou tratar os que desviavam da “normalidade”. (Luengo, 2010, p.43)

Seguindo esta lógica, nos deparamos com o discurso de um sujeito infantil universal, ideal e abstrato que seria aquela que se desenvolve segundo o esperado para a idade, não considerando que o infantil é marcado por uma individualidade irreduzível sendo atravessado historicamente. (Luengo, 2005).

É no século XIX que a criança deixa de ser adulto em miniatura passando a ganhar status de ser que necessita de cuidados específicos. Isto altera uma série de práticas que estavam se desenvolvendo até então. A prática higienista, tão característica do século XIX até os dias atuais invadiu a cena passando a ditar o discurso e as ações. “Os higienistas acreditavam que, se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado, segundo as normas higiênicas, isto é, uma criança bem fiscalizada seria o perfeito adulto higiênico.” (Luengo, 2010, p.30)

Configurava-se um padrão de comportamento ideal, com base higienista e disciplinador. A família necessitava apoiar tais ideias e as crianças passaram a ser alvo para que no futuro elas também contribuíssem para o progresso. Vigilância da saúde, controle de doença e militância moral eram os pilares de sustentação da família burguesa no século XIX. A família perfeita deveria produzir esta cena: filho sadio e respeitador, mãe dedicada e amorosa e pai provedor.

O olhar hierárquico, que estigmatiza e reprime o que não é aceitável, tem como objetivo disciplinar o corpo dócil – termo usado por Foucault –, que está adjacente a uma época clássica em que houve a descoberta do corpo como um alvo de poder. Os higienistas se utilizaram, em suas investidas, de um corpo que pode ser manipulado, modelado, treinado, que obedece e corresponde aos desejos dos detentores do poder que, nesse caso, estão representados pela figura médica. (Luengo, p.34)

Conforme mencionado acima, se antes a prática de ações e disciplinamento eram comandadas pela igreja, com a modernidade, é a ciência que passa a vigorar com seu mecanismo de poder. A “Escola passou a ser vista como o meio e a criança como o fim dos alvos das ações de prevenção e saneamento, e educação e saúde se uniram para normalizá-la, enquanto o educador passou a representar um ‘identificador de anormalidades’”. (idem, p.40)

Convém ressaltar que tais pilares mencionados, se encaixam nas práticas do século XVIII e XIX. Nos dias atuais ainda podemos encontrar tais práticas operando.

Qual a característica peculiar que os tempos atuais trazem em se tratando do disciplinamento, normatização e medicalização da infância e adolescência?

O século XX é marcado pelo desenvolvimento das ciências. Assistimos a um acelerado desenvolvimento industrial com o incremento da sociedade do consumo. A Psicanálise criada por Sigmund Freud aparece também no final do século XIX quando é escrita uma das mais importantes obras de todos os tempos: *A Interpretação dos Sonhos* de 1900. Com o advento da psicanálise o sujeito é trazido para o centro da discussão e ao mesmo tempo é retirado dela. Com a frase celebre “o eu não é senhor da sua própria casa” (Freud, 1917), Freud realiza a virada discursiva que abala todos os campos do saber.

Muito recorrente no discurso de professores que caracterizam as crianças e os adolescentes que apresentam uma conduta desviante do considerado normal, a atribuição que parece hoje vir a calhar para representá-los é a de “criança-problema”. Vejamos como essa ideia passou a vigorar no discurso pedagógico e como a psicanálise contribui para que tais noções sejam questionadas.

A criança que apresentava qualquer problema de aprendizagem sempre foi considerada como “anormal”. A terminologia “criança-problema” vem substituir essa designação e, atualmente, vigora tanto no meio pedagógico quanto na saúde. Já foi bastante comum o encaminhamento de muitas crianças às chamadas ‘escolas especiais’, onde o critério utilizado era a condição que determinada criança teria ou não de acompanhar as ditas crianças ‘normais’. Hoje em dia, essas questões já estão um pouco mais avançadas. A chamada ‘escola inclusiva’ tenta manter na mesma escola, crianças em diferentes condições de aprendizagem, dispensando uma maior atenção as que apresentam maior dificuldade ou algum diagnóstico como psicose infantil, autismo, síndrome de down, dentre outras.

Se antes o aluno fracassado era aquele que apresentava “desinteresse”, “indisciplina” e “falta de educação”, na atualidade é o aluno que apresenta algum tipo de disfunção cerebral de origem genética, capaz de causar deficiências e desordens no comportamento. A ciência médica atravessou o âmbito escolar e hoje a escola é um dispositivo institucionalizado, que foi produzido e produziu relações de saber-poder. (Luengo, p.62)

Uma série de problemas ditos patológicos são as principais razões que levam muitas famílias e profissionais a predizer que aquela criança deve ser medicada, a fim de que se possa corrigir o problema. Porém, algumas vezes, não são considerados os problemas sociais, culturais e até mesmo afetivos, nos quais vivem

as crianças. Poucas são de fato doentes e, na maioria das vezes, o que a criança carece é de uma estrutura social que ampare ela e a singularidade de sua condição.

Artur Ramos (1947) foi um dos primeiros a buscar uma nova interpretação para a criança dita anormal. Ele buscava com seus estudos, problematizar esta definição, buscando considerar o meio em que vivem as crianças em condição de fracasso escolar. Esta questão é crucial no trabalho que aqui estamos desenvolvendo, uma vez que o objetivo é não só rever a história das ideias que culminaram nesta designação que ainda hoje é utilizada pela escola, pelas famílias e, algumas vezes, também pela saúde, para podermos destacar as saídas que estão sendo propostas diante desta celeuma.

Sanar algum tipo de ‘mal’ sempre norteou as práticas profiláticas em relação às crianças. Miranda (2006) destaca que a aplicação da psicanálise à educação apresentava tal viés, qual seja o da higiene mental. As ideias de Freud estavam longe deste propósito, porém, alguns profissionais da área médica acreditavam que a ‘sublimação forçada’ ajudaria as crianças a se tornarem mais socializáveis e ajustadas à sociedade. Artur Ramos, considerado um psicanalista progressista, discordava, pois a imposição da sublimação não faz sentido por ser este um processo inconsciente e, por isso *ineducável*.

Foi o próprio Artur Ramos (1947), que propôs a terminologia ‘criança-problema’ em substituição ao conceito de ‘crianças-anormais’. “Era a favor dos fundamentos que indicavam que a interação do sujeito com o ambiente, era a principal causa de possíveis problemas.” (Miranda, 2006, p.56). Para o autor o meio social, familiar, teria “anormalizado” estas crianças.

Ramos (1947) inspirado pela psicanálise, também foi quem chamou a atenção para possíveis problemas de ordem inconsciente, trazendo a psicanálise para mais perto da educação. A psicanálise, ao teorizar as relações que a criança mantém com o saber, com o próprio corpo, com as relações objetais e com os conflitos resultantes destas relações, lança luz no debate muitas vezes infértil que as perspectivas biologizantes e patologizantes trazem. Como foi destacado acima, ao privilegiar a causação orgânica diante de uma manifestação de ordem psíquica, perde-se a oportunidade que o sujeito tem de realizar um trabalho subjetivo que poderia ampliar seu entendimento sobre o sofrimento e levá-lo a criar saídas mais interessantes que não adoecer.

Se por um lado há toda uma teorização sobre possíveis “déficits”, padrões de normalidade, mais capacitados ou menos capacitados, fracasso, por outro, temos a

história pessoal de cada criança que não deve ser negligenciada. Ramos (1947) pontuou as possíveis interferências que o meio tem no desenvolvimento da criança e sua relação com o fracasso escolar. O pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott assim como Ramos, aposta na influência que o ambiente tem no desenvolvimento trazendo uma série de contribuições tanto para a pedagogia quanto para a psicanálise. Em que medida uma sustentação externa, no ambiente, pode amortecer o desamparo e refletir na relação que a criança mantém não só com o ambiente escolar, mas também com a família e a sociedade?

Considerando que muitas das crianças e adolescentes são levadas aos serviços de saúde por não apresentarem comportamento esperado para a idade e, principalmente, porque vão mal na escola, o que se segue é uma tentativa de explanação sobre como funcionam os serviços da rede de saúde mental de Belo Horizonte que recebem esta demanda. A noção de encaminhamento e acolhimento será discutida levando em conta um viés clínico – que vem da psicanálise – com sua característica do “cada um”, assim como o aspecto político e a ideia do “para todos”.

## **1.2 A Clínica e a Política na Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte**

Há diversos atores sociais responsáveis pela assistência da criança e do adolescente (judiciário, educação, saúde, assistência social, cultura). Nesta monografia, apesar de entendermos a importância da integralidade da atenção ao cuidado, o que implica que todo campo da vida deles sejam contemplados, trataremos mais especificamente do campo da saúde mental. Mas como pensar a saúde sem a assistência, a educação sem a saúde, a vida sem arte?

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o campo infanto-juvenil sempre esteve relegado ao segundo plano. Guerra (2005) chama atenção para o lugar negligenciado que a assistência à saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos graves ficaram em relação à assistência para adultos. Ambas as clínicas, apesar de suas especificidades, apontam para a mesma questão, qual seja “o aplicar do “para todos” da política a partir de uma ética que sustente, com o potencial crítico da clínica, o “cada um” que exigem as particularidades da infância”. (idem, p. 142)

Com a Lei 10.216 que é a Lei da Reforma Psiquiátrica, os serviços de Saúde Mental tiveram que se reestruturar. Atualmente, a Saúde Mental Infanto Juvenil no município de Belo Horizonte é composta pelos seguintes serviços: Centros de Saúde com equipe de saúde mental que apoiam os PSF (Programa Saúde da Família); as Equipes Complementares (composta por um Psiquiatra Infantil, uma Fonoaudióloga e uma Terapeuta Ocupacional), Cersami (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto Juvenil) e o Arte da Saúde. Nesta monografia, o Programa Arte da Saúde será contemplado, destacando-se sua criação, seu modo de funcionamento e seus desafios.

Todos os equipamentos aqui citados fazem parte do SUS. O número de serviços que compõe a saúde mental na cidade de Belo Horizonte, não suporta adequadamente a imensa demanda que recebe, uma vez que as cidades que fazem parte da região metropolitana e que não dispõem de vários dos serviços, contam com a retaguarda de Belo Horizonte.

O Sistema Único de Saúde – mais conhecido como SUS – é amparado por alguns pilares. Dentre eles se destacam três: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção (Ministério da Saúde, 1990). Nesta monografia interessa principalmente a noção de integralidade da atenção, que pode ser definida como

O reconhecimento na prática dos serviços de que: 1) cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; 2) as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; 3) as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.<sup>6</sup>

Assim, a integralidade deve priorizar estratégias e objetivos múltiplos, onde a preocupação central envolve ações não somente no âmbito clínico, mas também com questões familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a cultura, a assistência e também com a melhoria das condições gerais do ambiente onde vivem o público atendido de modo a potencializar uma melhora global do caso.

O trabalho em rede e a articulação com as várias áreas do conhecimento busca como mencionado acima, não compartimentalizar o cuidado e fornecer uma assistência integral. Os riscos que essa prática pode trazer, como bem levantados por Guerra (2005) são que como o tratamento é realizado em equipe, esta pode se desresponsabilizar com o caso criando uma “clínica do encaminhamento” ao invés

---

<sup>6</sup> ABC do SUS Doutrinas e Princípios. (Brasília DF, 1990)

de uma “clínica do acolhimento”. A escuta atenta do caso a caso pode evitar a longa espera a que o usuário é submetido, uma vez que a cada novo encaminhamento, há uma nova orientação e direção. Esta escuta não necessariamente tem que ser feita por um (a) psicólogo mas importa destacar, que muitos profissionais não se sentem preparados para realizá-la.

Acolher implica escutar, diagnosticar a situação, ampliar o campo da queixa, buscando a implicação do sujeito, e em tomar responsabilmente a si o encargo da condução do caso. O que não quer dizer atender o que é demandado, mas permitir uma escansão por meio da qual possa ser escutado o que está sendo dito através daquela queixa que se apresenta. Esse modelo rompe com uma prática desimplicada, que caracteriza ainda hoje alguns setores do sistema público de saúde. A Saúde Mental toma a dianteira no setor público de cuidados, e inaugura uma clínica sustentada pela responsabilidade ética e orientada pelas possibilidades singulares de construção de soluções pelo sujeito atendido. (idem, p. 147)

O acolhimento é quase uma palavra mágica para a Saúde Mental seja ela com crianças, adolescentes ou adultos. Aquele que porta um sofrimento mental pode chegar à rede de saúde por várias portas de entrada. Via centro de saúde, via centro de convivência, via UPA, enfim, são várias as opções e melhor as perspectivas se estas portas estiverem abertas.

O profissional que atende a demanda quando ela chega, deve estar sensibilizado para a singularidade da condição de cada um, o que significa que apesar de encaminhar aos serviços mais adequados, esse primeiro atendimento deve também acolher, escutar e se responsabilizar por esse usuário, evitando que o mesmo se ‘perca’ na rede.

Otoni (2010) nos lembra que aquele que chega a um serviço da rede, está indo atrás de uma oferta e esta tem por característica ser vazia. É o sujeito que deve tentar fazer-se caber por ali, do seu jeito, com suas coisas e “constrangido com essa oferta que vem na forma do Outro” (idem, p.59). O que é feito muitas vezes é “abrir a porta” e deixar que aquele que procura, encontre seu tempo – ou não – naquele lugar estranho. Estranho porque muitas vezes, eles são encaminhados para o serviço de saúde mental por uma “doença” invisível e, algumas vezes, o caminho adotado é encaminhá-lo para uma oficina de arte. É no mínimo estranho.

Conforme o quadro se apresenta os caminhos institucionais disponíveis para a população adulta são vários. Ele pode ser atendido por uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), ser encaminhado para os Cersams que são locais de permanência dia para os usuários da saúde mental, sendo que alguns dispõem de

leitos que podem receber o usuário em crise durante o dia todo. Ainda podem frequentar os Centros de Convivência, onde podem – se quiserem – fazer trabalhar seu sintoma através da arte. Isso significa que não é privilegiada apenas a medicalização e/ou internação do usuário. Na Saúde Mental, é o sujeito que pode apontar de que modo específico pode caber com seu sintoma.

Aqueles que buscam o serviço da saúde mental são esquisitos, e como seres esquisitos, acabam não cabendo, com seu jeito, em lugar nenhum (Otoni, 2010). Daí que se tem que operar com o acolhimento e não com o encaminhamento. Mas que tipo de acolhimento? Arriscando uma resposta, talvez seja o acolhimento com paciência, sem exigências rígidas.

A demanda em Saúde Mental é uma demanda por uma forma hospitaleira de receber o hóspede e seu hospedeiro na rede do Outro. Promover a Saúde Mental é promover essa estranha convivência; trata-se da formação de um laço do sujeito com o Outro, considerando a presença clandestina e buliçosa desse hospedeiro singular. Talvez assim o sujeito possa, enfim, encontrar ali um destinatário para suas queixas, um parceiro que está em condições de, ao seu lado, suportar seu sofrimento, procurando elucidar sua causa. (Otoni, 2010, p. 63)

Vemos assim, que apesar da monografia em questão estar lidando com crianças e adolescentes, que como levantado anteriormente, são considerados “problemáticos”, “esquisitos”, agitados, há uma semelhança com adultos que também são taxados de esquisitos, estranhos e também não se encaixam ou se encaixam mal. A proposta da Rede de Saúde Mental passa, necessariamente, pelo acolhimento dessa diferença, disto que faz barulho e quer e deve ser escutado. A aposta dos serviços substitutivos, tais como o Arte da Saúde e os Centros de Convivência é a da confiança, do acolhimento, da hospitalidade.

Uma rede se constrói a partir de um “movimento que procurar suportar o tempo de construção, invenção de uma forma, que procura tecer uma estrutura, ainda que precária, protética, que possa aguentar, na trama de seu tecido, os furos que são vários” (idem, p. 64). Quais são os furos, os buracos, que o campo da saúde mental infanto juvenil nos convida a amarrar com o barbante visando a construção de uma rede de saúde mental infanto juvenil? Inicialmente são estratégias inclusivas que evitem a segregação buscando desfazer a associação entre o que é considerado um transtorno e o que é uma dificuldade de adaptação. Tal parece ser o caminho buscado pelo Programa Arte da Saúde.



Além disso, permanece desafio para toda a rede de saúde mental evitarmos expectativas de reinserção ou de reabilitação psicossocial, se não quisermos correr o risco de fazermos o mesmo que as práticas convencionais pedagógicas buscaram e que a Reforma tanto repudia, assim como a Psicanálise.

## **2 ARTE, SAÚDE E PSICANÁLISE**

No presente capítulo iremos discorrer sobre o Programa Arte da Saúde que desde 2006 é desenvolvido nas nove principais regionais de Belo Horizonte, com destaque à regional centro-sul. Quais os pressupostos que sustentam o programa e como a arte é colocada enquanto aposta para reverter trajetórias de exclusão social através do protagonismo criativo de seus participantes.

Serão também desenvolvidas as ideias do psicanalista e médico inglês Donald Woods Winnicott que atendeu em ambulatórios durante toda sua vida. Como bem destacado por Baggio (1996), Winnicott não dá muita bola para teorias. Mantém o pé direito fincado na clínica. Com o esquerdo, varre em torno, inventa, cria, descobre variações e possibilidades. Consideramos que esse modo peculiar de trabalho irá auxiliar na tentativa que aqui é feita de fazer falar o programa em questão através de seus participantes, incluindo aqui os arte-educadores, as crianças, a coordenação e a rede de atenção à saúde mental do qual faz parte.

### **2.1 Arte da Saúde: lugar de construção.**

Arte da Saúde é um programa criado para oferecer uma alternativa de resposta à crescente demanda de encaminhamento das chamadas “criança-problema” às Unidades Básicas de Saúde da cidade de Belo Horizonte. Dizia-se que eram refratárias ao sistema educacional por apresentarem toda sorte de “sintomas”: déficit de atenção, dificuldades cognitivas, distúrbios de comportamento,

hiperatividade, e em geral uma longa ficha de fracasso escolar. Estas demandas vinham principalmente das escolas e das famílias.

Aliado ao comportamento escolar convém ressaltar que estas crianças e adolescentes viviam em rota de exclusão social, estando a maioria delas imersas, desde as origens, em ambiente de elevada precariedade tanto física, quanto emocional e social. Isso parecia dificultar o tipo de resposta apresentada à exigência crescente do desenvolvimento de habilidades escolares pautadas em uma abordagem tradicional da pedagogia. Além disso, havia uma preocupação das famílias com essas crianças e adolescentes que “ficavam muito na rua”, “brigavam com os irmãos”, “não ajudavam em casa”, enfim, a preocupação era global e relacionada a diversos âmbitos<sup>7</sup>.

Tal contexto despertou em uma psicóloga da regional Leste de Belo Horizonte, vontade de criar um programa onde este público pudesse expressar a singularidade da sua condição de sujeitos. Ela então passa a ofertar uma oficina de xilogravura<sup>8</sup>, em um espaço dentro do Centro de Saúde Alto Vera Cruz, que tinha como principal objetivo “fortalecer e resgatar a capacidade expressiva dessas crianças, de modo a que, ao adquirirem autoestima e segurança, pudessem assenhorar-se de sua condição de sujeitos, de sua capacidade de predicar e de exercer seus pontos de vista”. (Teixeira, 2007, p.13).

Percebe-se que a aposta da profissional tinha como mote o campo emocional dessas crianças e adolescentes, como se ao alterar a forma como eles se sentem em relação a eles mesmos haveria reflexos nos outros âmbitos da vida, como na escola, na família, na comunidade.

Até então o encaminhamento às escolas especiais, aos tratamentos neurológicos e a procura por laudos psicológicos que atestavam alguma incapacidade cognitiva era o mais comum. O que, se levado à risca, estigmatiza a criança para o resto da vida. Tal abordagem parecia privilegiar um mecanismo de exclusão social que aos poucos ia se fortalecendo e se tornando um padrão de resposta das equipes de saúde mental da rede pública que não levava em conta que por trás da aparente desmotivação e desinteresse, havia uma multiplicidade de situações difíceis de serem elaboradas. Por viverem em um ambiente que é, muitas

---

<sup>7</sup> Estas são falas retiradas de um vídeo produzido sobre o programa que consta vários relatos dos participantes e das famílias. (não está disponível na internet)

<sup>8</sup> É uma técnica que utiliza madeira como matriz e possibilita a reprodução da imagem gravada sobre papel ou outro suporte adequado. É um processo parecido com um carimbo. Uma figura ou forma que se pretenda imprimir é entalhada na madeira com a ajuda de algum instrumento cortante. Após este procedimento, embebe-se um rolo de borracha com tinta, tocando só as partes enlevadas do entalhe. O final do processo é a impressão em alto relevo. (fonte: Wikipédia)

vezes, violento, com a presença do tráfico de drogas, constantes brigas familiares, negligência e abandono, a fala de uma das monitoras do Programa é capital no entendimento de algumas questões: “cada dia uma está em crise”<sup>9</sup>.

Vemos assim que tanto na escola quanto nas equipes de saúde mental, aparecia uma intolerância com a diferença ou mesmo uma limitação em relação a ela, que acabava por buscar na medicalização e na psicologização uma saída. Ao criar a oficina de xilogravura enquanto alternativa, a aposta da psicóloga – Rosalina Teixeira – era acolher a diferença e fazê-la trabalhar em um espaço que privilegiasse o exercício de talentos e aptidões e não padrões normativos vigentes de afirmação da doença “onde há desvio, divergência ou simples diferença”. (Teixeira, 2007, p.15)

Em 1991 Rosalina montou a primeira oficina – experiência piloto – obtendo ótimos resultados (cf. Teixeira, 2007). Através de uma parceria com a Secretária Municipal de Assistência Social foi feito um convênio sendo implantadas cinco oficinas em toda a regional leste. Passados um ano ela montou a sexta oficina com uma oferta permanente de 120 vagas. Nestes mais de vinte anos, muitas crianças e adolescentes reverteram suas trajetórias de dificuldades e fracassos, construindo projetos bem-sucedidos de afirmação no mundo.

Uma das formas de constar o sucesso do projeto se deve ao fato de que nestes mais de vinte anos, algumas das crianças e adolescentes do projeto se tornaram arte educadores no próprio projeto a partir do aprendizado nas oficinas. Além disso, muitas continuaram em suas escolas evitando o abandono precoce da escolarização.

Por essa abordagem, o Projeto não tem como se furtar a uma crítica a esses discursos que se apropriam das crianças e adolescentes como objeto de suposta ação científica de especialistas e especialidades. A forma como temos sido convocados a considerar nosso comportamento cotidiano como anormal, que necessita ser tratado e curado, tem suas ressonâncias na forma como lidamos com a infância e a tendência mundial de medicalizá-la e psicologizá-la.

O Programa Arte da Saúde pretende oferecer resistência a esta tendência atual de silenciamento de corpos e desejos indo na contramão de uma sociedade que privilegia cada vez mais respostas rápidas para velhos e complexos dilemas.

---

<sup>9</sup> O Programa Arte da Saúde, atualmente, está em todas as regionais de Belo Horizonte. Cada regional conta com um coordenador, sendo que eu sou responsável pela coordenação da regional centro-sul. Atualmente temos cinco oficinas na regional distribuídas da seguinte forma: uma oficina de Percussão no Novo São Lucas, uma de Desenho no Centro Cultural Vila Marçola, uma de Artesanato no Centro Cultural Vila Fátima (todas fazem parte do Aglomerado da Serra), uma de Artes Plásticas no Conjunto Santa Maria e uma de Sensibilização Artística no CRAS Santa Rita de Cássia (Morro do Papagaio).

Utilizando a arte como ferramenta o objetivo ultrapassa o tratamento, o cuidado e a prevenção. Aqui, o trabalho é feito visando a integralidade da vida de cada participante numa aposta de protagonismo.

Mizrahi (2010) é pontual na questão sobre o atual privilégio dado aos remédios, sem que se leve em conta que há uma história de vida, um sujeito, por trás de sua doença. Considera que há “crença de que as novas drogas psicotrópicas possam vir a controlar os afetos humanos de modo a tornar os sujeitos eficientes e produtivos independentemente de seu contexto de vida e de suas dores existenciais”. (idem, p.49)

Nesta perspectiva, as contribuições dos autores Winnicott e Foucault, vêm nos auxiliar a teorizar sobre as possibilidades que programas como estes trazem quando se pensa em políticas públicas que tratam sobre os direitos da infância e da adolescência. Estas ideias serão posteriormente desenvolvidas. O livro de Beatriz Gang Mizrahi, citada acima, permeia as discussões que aqui se seguem.

Como foi ressaltado no início, as escolas e as famílias diante da dificuldade na vida diária com os jovens, procuraram auxílio na saúde. A ideia era que ao encaminhar para os dispositivos da saúde – médicos e psicólogos – algo pudesse ser feito no sentido de possibilitar algum disciplinamento, uma vez que parecia ser disso que se tratava, ou seja, uma dificuldade de colocar em movimento processos de subjetivação que, por sua vez, ameaçava o bem estar coletivo, qual seja, o da sala de aula e do próprio professor.

Muitas das escolas municipais de Belo Horizonte, apresentam um cuidado maior em relação a estes encaminhamentos, pois como destacado por uma diretora, a eles importa que o professor não desista do aluno, ou seja, não querem esperar por uma resposta da saúde para poder prosseguir com o processo pedagógico. Cada aluno é avaliado em sua singularidade e qualquer tipo de intervenção é feita com esmero<sup>10</sup>. Apesar do cuidado que muitas escolas possuem, elas trabalham com uma pedagogia tradicional, que valoriza o desempenho e, muitas vezes, acabam por não valorizar outras capacidades expressivas.

O bem-estar de alguns docentes parece estar acompanhado do modo como a sala de aula é controlada. Muitos dos jovens atendidos no programa são justamente aqueles que desafiam esta pretensa ordem convocando não apenas o professor,

---

<sup>10</sup> Faz parte do trabalho como coordenadora do Arte da Saúde, o contato com as escolas. É marcado com as escolas municipais vizinhas ao local onde as oficinas são desenvolvidas, um encontro no qual a proposta é apresentada e discutida com a direção das escolas e com os professores. Discutimos qual criança poderia melhor aproveitar o Arte da Saúde.

mas toda a sala a emitir algum tipo de resposta. Muitos professores parecem ver no especialista uma solução mágica. Neste sentido, cabe a pergunta se é imprescindível que haja o controle – sobre corpos e subjetividades – para que seja possível a vida em conjunto, ou se o acolhimento interessado à vitalidade criativa dos diversos participantes sociais é outra saída possível. Se sim, de que modo ela teria que acontecer? Por que a via da arte foi escolhida diante desses desafios?

Outro questionamento que vamos nos ater é que, ao que tudo indica, o programa Arte da Saúde parece apostar na via da prevenção. O que significa trabalhar com prevenção na Saúde Mental? Adiantando uma reflexão, apostamos que o campo da arte e suas diversas expressões contribuem na ampliação do campo simbólico do sujeito, o que acaba por refletir no repertório de respostas que ele possui. Além disso, o contato com a arte permite aos participantes experimentar outro contato consigo mesmo, que é conseguido com o uso da tinta, da linha, da argila, da música. Eles não apenas aprendem a manipulação desses materiais, como se sentem à vontade para se expressar através deles, o que eles muitas vezes não conseguem em outros ambientes.

Vemos muitas crianças e adolescentes reagir a todo tipo de demanda que enfrentam, talvez por estas serem muito maiores do que a capacidade que eles têm de processá-las. Ao entrarem em contato com as artes plásticas, a música, o bordado, o artesanato, eles podem experimentar outras formas de expressão, mais delicadas, mais maleáveis e menos disruptivas. Como bem disse um dos arte-educadores do programa, “eu tento falar que eles são capazes, se acham que está errado, convido a fazer de novo, ou a deixar como está, pois na arte, o erro também é acerto. A arte é uma desculpa, acho que nossa presença é essencial, o processo é longo e a criança está em formação.”<sup>11</sup>.

Se exaltamos um modelo de criança cheia de virtudes – aquela criança que não dá trabalho, que vai bem na escola, respeita seus pais, seus irmãos, seus professores – no Arte da Saúde, essas crianças já chegam estigmatizadas e bem distantes deste ideal cultuado pela cultura. Aqui, elas não aprendem, agredem outras crianças e o professor, não ajudam em casa ou até mesmo praticaram algum delito, apresentam problemas com a sexualidade, são choronas, não seguem regras, foram abusadas e violentadas. São tímidas, abandonadas ou simplesmente “não querem nada”.

---

<sup>11</sup> As falas entre aspas que aqui estiverem presentes, foram recolhidas por livre escuta. Como temos reuniões semanais com os arte-educadores e com os coordenadores das outras regionais, sempre que algo me chama atenção anoto em caderno pessoal. Infelizmente não precisei a data em que ocorreram.

O desafio dos arte-educadores já começa aí, ou seja, recebemos crianças estigmatizadas, nervosas, agressivas, descontroladas, em sofrimento mental, que sofre violência, excluídas, tímidas, passivas, vítimas de maus tratos. Mas também artistas, amigas, engraçadas, inteligentes, irônicas, animadas, apaixonadas. Ao invés de encaminharmos para algum ensino especial, o projeto visa dar atenção especial a elas. O arte-educador busca todas elas e parte da ideia que todas são capazes de se expressar, portam uma potência criadora que precisa ser despertada e acolhida de modo que sejam capazes de criar seu próprio elenco de significados. O contato com um adulto experimentado, sensível às necessidades das crianças e dos adolescentes, é central para ajudá-las a tornar suas experiências emocionais significativas. O arte-educador seria assim, alguém capaz de oferecer um ambiente favorável para que os processos de maturação ocorram. E isto é feito através da arte.

Os arte-educadores do Programa são escolhidos por supostamente serem capazes de fazer a função de alguém que é ‘experimentado’ A ideia de alguém ‘experimentado’, que irá acolher a criança na complexidade de sua condição é desenvolvida por Winnicott. Para este autor, a criança necessita de alguém experimentado, ou uma “mãe suficientemente boa” que interceda por ela. Isso significa que este alguém – não necessariamente a mãe – irá, gradativamente, se adaptar às necessidades do bebê aquilatando o fracasso que inevitavelmente irá surgir desta relação, de modo que o bebê possa tolerar a frustração e integrar suas vivências (Winnicott, 1971).

Esta frustração em relação às experiências seja com o mundo externo ou com quem dele faz parte, afetam de modo intenso muitos dos participantes do Arte da Saúde, de modo que temos necessidade de que o arte-educador busque trabalhar em si mesmo estas características e, quanto mais ele se mostre habilidoso em relação a isso, melhor resposta ele encontra e constrói junto dos meninos. É uma forma de ofertar um ambiente e condições de facilitação para que os sujeitos se sintam seguros e aptos a expressar seus sentimentos e sua potência criativa, sentindo-se valorizados e felizes por ser quem são.

Os encaminhamentos feitos pelas escolas, pelos conselhos tutelares, juizados da infância e adolescência e especialidades médicas aos psicólogos, aos psiquiatras e outros atores da saúde, parte da mesma ideia, qual seja, que estes irão remover os aspectos difíceis de suportar. O trabalho da Saúde Mental ainda que também contribua para remover esses aspectos insuportáveis, também aposta ou permite

que o barulho pulsional, que faz com que sujeito sofra, encontre certo sossego. A diferença parece ser que enquanto um parece querer se ver livre do que incomoda no outro, a saúde mental quer ajudar o outro a ficar sossegado com o barulho que ele carrega dentro de si.

Jurandir Freire Costa (1984) teoriza sobre a questão da educação psicológica e a prevenção em saúde mental. O autor destaca que causa de sofrimento é uma coisa e doença mental é outra, não sendo possível dizer que uma é sinônima da outra.

*A privatização do real, socialmente definido, levado a cabo pelo “educador”, faz com que o indivíduo não consiga inscrever suas experiências emocionais no conjunto de representações socializadas, posta à sua disposição pela cultura. O sofrimento mental psicopatológico tem origem nesta “ausência de sentido” do vivido (...). O distúrbio mental existe quando as representações de que o indivíduo dispõe para sentir e pensar sua identidade ou as causalidades e finalidades de seus projetos e emoções não se articulam em nenhuma rede de significados presentes em sua consciência socializada.” (p.77)*

Costa (1984) supõe que não há uma educação psicológica capaz de prevenir ou abolir o surgimento de doenças mentais e que a educação psicológica tão somente reproduz a ordem social. Para o autor, a apropriação do vocabulário e dos métodos diagnósticos da psicopatologia clínica só aumentou a capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos sem melhorar a saúde das pessoas. A única coisa que aumentou foi a clientela psiquiátrico psicoterápica.

O fato dos arte-educadores do Programa Arte da Saúde não pertencerem a nenhuma área da saúde, ou seja, eles não são terapeutas ocupacionais, nem psicólogos, nem fisioterapeutas e, portanto, não portam conhecimentos psicológicos normativos, traz à atuação deles um diferencial. Eles, os arte-educadores, falam com as crianças, em vez de falarem sobre elas. A maioria deles são moradores da própria comunidade em que atuam. Muitos aprenderam seus ofícios tendo participado das oficinas quando crianças ou quando adolescentes o que faz com que tenham uma proximidade muito peculiar. E podemos ouvir de uma arte-educadora que mora na Vila Fátima, região que faz parte do Aglomerado da Serra: “tô na comunidade, eu vivo o mundo deles, tô por dentro do que acontece aqui e no entorno.” Pensamos que conhecer o território em que atuam, faz com que tenham uma melhor compreensão das necessidades dos envolvidos, de modo que podem com isso, programarem as atividades levando em conta estas particularidades.

Ainda que os arte-educadores não sejam da área da saúde, a supervisão do trabalho é feita por um profissional de nível superior, em sua maioria, assistentes

sociais e psicólogos que também participam das supervisões da saúde mental em outros níveis de atenção, e que é realizada por uma psicanalista.

A relação que os arte-educadores tentam construir com o público atendido apresenta uma característica em comum. Independente do lugar onde a oficina é desenvolvida ou da regional que o programa se encontra, o objetivo é ajudá-los a se expressar. Várias conversas são ensaiadas enquanto ‘fazem arte’. Escola, amigos, filmes, desenhos, drogas, religião e tudo o que surgir no momento é material e faz parte da criação. Assim diz um dos arte-educadores “aquele é o nosso território, nada é levado aos pais ou responsáveis que não seja estritamente necessário”.

Na regional centro-sul da qual faço parte como coordenadora, são desenvolvidas cinco oficinas. Elas estão distribuídas em áreas consideradas de maior vulnerabilidade. Cada oficina pode atender até doze participantes por turno. As oficinas funcionam duas vezes na semana com um encontro semanal com os arte-educadores de todas as oficinas, junto com as referências do Programa que estão em cada centro de saúde. As referências são profissionais que se encarregam dos encaminhamentos e das discussões com toda equipe do centro de saúde, sobre um destino adequado à necessidade de cada criança ou adolescente que lá chega.

Uma das funções da coordenação é auxiliar os arte-educadores com o público atendido de modo que possa haver soma no fazer de cada um. Sempre que um novo encaminhamento chega, é interessante ter a presença da coordenação. A ideia é que um vínculo possa ser estabelecido, que se possa falar com a criança antes de se falar sobre elas na reunião ou em outros espaços.

Em uma dessas ‘recepções’, chegou uma adolescente que fez durante algum tempo, acompanhamento com a Equipe Complementar, que trabalha com autismo, neuroses graves e outras psicopatologias. Estava sendo realizado um trabalho manual – construindo uma coruja de feltro com pedras dentro para ajudar a porta a não bater com o vento – e ela diz que “queria voltar a ser criança” e como ela não gostava nada da ideia de crescer. Nesse dia, também tinha chegado uma menina de 11 anos para a oficina e sua reação foi sorrir e dizer: “é bom mesmo ser criança”.

Neste momento, cada um presente na oficina pode falar um pouco como era esse processo, e isso, continuando a construir a coruja. O assunto acabou caindo em namoro, e de como uma das coisas boas de crescer era poder namorar, o que uma das participantes não demorou a contar outra experiência “um dia troquei o nome do menino que queria namorar comigo”. Os presentes na oficina não puderam deixar de rir, e ela também riu. As ressonâncias desse pequeno fragmento só podem



ser verificadas posteriormente, mas era notório o quão cada um sentia-se à vontade, exercendo a capacidade de ter pontos de vistas, dúvidas, angústias. Mas nem sempre, este envolvimento acontece de forma rápida, sendo necessário mais tempo para que os participantes se sintam mais à vontade uns com os outros e com o próprio arte-educador.

Às vezes, o que surge nesses encontros são situações pesadas como a que um menino de 9 anos vem passando. Ele é o responsável por buscar sua mãe nos bares bêbada, praticamente todos os dias. Apesar de assustarmos com o impacto dessa ‘função’ para um menino de tão pouca idade, é importante que ele fale e, se não quiser falar, que pinte e se não quiser pintar, que fique ali, sentado ou não. É esse acolhimento interessado de cada um deles que faz alguma diferença no trabalho. Acreditamos que ao se expressar, a criança consegue integrar melhor o que vive e que isso reflete em seu bem-estar, no cuidado-de-si, na capacidade de se colocar no lugar do outro, no exercício da cidadania, no fazer valer seus direitos e deveres.

A partir do momento que se propõe a oferecer oficinas de arte para crianças como equipamento que pode auxiliar tanto na saúde mental deles quanto no protagonismo, faz-se necessário operar uma espécie de “deslocamento” e também de “esvaziamento”. Deslocamento porque a função dos arte-educadores não está comprometida com uma missão pedagógica. Não há regras rígidas de presença nas oficinas, não há um currículo que é seguido, ou seja, os temas não seguem um cronograma. As crianças não são alunos.

Em relação ao esvaziamento, a hipótese aqui é que o trabalho com a arte carrega algumas expectativas que precisam vez ou outra serem esvaziadas. Ou seja, há que se conseguir não desejar pelo outro, não esperar muito que ele vá se tornar um aluno brilhante ou um arte-educador no futuro ou que não vai se envolver com o crime, nem com o tráfico e vai conseguir “vencer na vida”. O trabalho parece passar por ajudar essas crianças a tornar o laço com o outro suportável, a confiarem em si mesmas, se sentirem valorizadas, respeitadas, inspiradas.

Nesta monografia a arte e suas diversas expressões é entendida como o espaço potencial de mediação entre o “dentro” e o “fora”, entre mundo interno e externo e, neste sentido, não importa que arte seja dança, artesanato, cozinha, pintura, etc. É o envolvimento do arte-educador com as crianças e com os adolescentes, com a confiança capaz de ser construída ente eles em um espaço que invoca a potência criativa que existe em cada um que se mostra eficaz. A tentativa

vem do desejo de que eles consigam construir outra forma de manifestar a insatisfação, o sofrimento, e o descaso. Isso sem mais violência, evitando a punição e permitindo que algo se processe de forma diferenciada na criação de vida por meio de experiências satisfatórias, ressaltando o protagonismo de seus atores.

Como foi colocado, muitas destas crianças e adolescentes têm revertido sua trajetória de fracasso, pois o contato com o projeto possibilita a produção de materiais que dão consistência à vida do sujeito estimulando o protagonismo. Os passeios culturais ofertados pelo programa bem como as exposições montadas com o trabalho produzido por eles parecem fortalecer o que Winnicott teoriza sobre o espaço transicional, tema que será desenvolvido no próximo capítulo. O Programa por esta e outras características, não é 'arte terapia'. A fala de uma das coordenadoras do projeto ajuda a clarear

(...) Encontramos na fabricação de pipas um grande envolvimento dos meninos, o que possibilitou trabalhar questões referentes ao uso do cerol, o respeito à vida e os limites da liberdade individual (...). Eles gostam de jogar futebol e queimada, momento onde trabalhamos noções de inclusão, de respeito e de espírito esportivo. (...). Numa ida ao cinema, fomos surpreendidos pela curiosidade dos jovens em relação ao espaço. Para a maioria deles era a primeira vez que iam a uma sala de exibição. Trocavam de poltrona, queriam ir ao banheiro, tomar água, mais pelo fato de experimentar uma circulação num espaço diferente. Pudemos trabalhar noções referentes à utilização de espaços públicos e respeito ao próximo. No caminho de ida e volta do passeio, íamos falando de marcos importantes da cidade, como a Praça da Estação, a Praça Raul Soares, o Parque Municipal, entre outros. Eles iam se localizando, reconhecendo os números dos coletivos que passavam em seu bairro. Ficou claro que a maioria sai pouco do entorno de suas moradias. (Jornal Sirimim, 2009)

Podemos levantar a hipótese de que o Arte da Saúde funcionaria como uma área intermediária de experimentação? O que isso significa? O contato com trabalhos manuais, musicais, brincadeiras, passeios culturais, estariam auxiliando seus participantes a aglutinar o que internamente os constitui e a realidade externa que os circundam? Seria esta área como levanta Winnicott (1975), um lugar de "repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas?" (idem, p.12). A seguir, discutiremos algumas ideias do autor em questão tentando esclarecer alguns pontos levantados até agora por esta monografia.

## **2.2 Winnicott, o fenômeno transicional e a arte.**

Donald Winnicott, importante psicanalista inglês, exerceu influência sensível na prática e no pensamento psicanalítico. Seu primeiro contato com a psicanálise se deu em 1923, quando iniciou de sua análise com James Strachey. Um fato que chama atenção em sua biografia foi que ele cresceu e conviveu no seio de uma família alegre, espontânea, onde a estabilidade e a vitalidade emanavam por toda a casa (Baggio, 1981). Isto parece relacionar-se de forma importante com as ideias que desenvolveu como médico e como psicanalista.

No início, seus interesses teóricos se concentravam nas influências do psíquico sobre o somático. Em seguida ele passou a descrever as influências do meio-ambiente no processo do desenvolvimento emocional e psicológico da criança, sendo esta uma de suas mais importantes temáticas. (idem, 1981)

No livro *O Brincar e a Realidade* Winnicott (1975) aprimorou uma de suas principais contribuições à psicanálise, qual seja, o conceito de fenômenos transicionais, desenvolvido anteriormente em artigo de 1951 *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*. A área transicional é considerada uma experiência tanto de ligação como de separação do indivíduo em relação ao ambiente, por auxiliar a criança no processo de transição da dependência absoluta em relação à mãe e a conquista de uma relativa independência. Para ele, há uma continuidade transicional entre o indivíduo e os contextos capazes de acolhê-lo. Seu objetivo principal com o livro era o que ele chama de “paradoxo fundamental” ou o uso que o bebê dá aquilo que ele chama objeto transicional. Toda a obra de Winnicott é permeada por paradoxos. E ele adverte: “O Paradoxo é para ser respeitado e não resolvido apressadamente”. (Winnicott, 1975, p.12)

Roudinesco e Plon (1998) em seu *Dicionário de Psicanálise* escrevem que os interesses de Winnicott não estavam tão centrados nos fenômenos de estruturação interna da subjetividade, mas na dependência do sujeito em relação ao ambiente. O objeto transicional funcionando como substituto do seio seria um aspecto encontrado no ambiente, pelo bebê, que o auxiliaria nesta transição de separação da mãe e reconhecimento de uma propriedade ‘não-eu’. Neste sentido, sua função é a de proteger a criança da angústia da separação no processo de diferenciação entre eu e não-eu.

O bebê humano para Winnicott experimenta, de início, uma ligação especialmente forte com a figura que dele cuida, sendo que ambas são uma só e mesma coisa, ou seja, não há distinção entre o que vem de dentro do bebê, de seu

mundo interno, e do que vem de fora, do mundo externo. Constitui tarefa humana manter realidade interna e externa separadas ainda que inter-relacionadas, e o modo como esta separação é feita ou “mal-feita” irá marcar os indivíduos de forma indelével.

Se de início, o bebê apresenta uma inabilidade em reconhecer e aceitar a realidade, à medida que cresce esta habilidade vai se fortificando, de modo que condições favoráveis irão auxiliá-lo a manter as realidades separadas, mas, como colocadas acima, inter-relacionadas. A ilusão que o bebê experimenta deve ser gradativamente, substituída. Os modos como isso pode se dar é que Winnicott desenvolve ao longo do livro.

Se o bebê é uma só e mesma coisa que a mãe, como ele experimentaria a primeira “despossessão”, ou, de que modo que ele percebe que aquilo que vem de dentro dele não é a mesma coisa que aquilo que está fora dele? Ou ainda, que aquilo pode ser “meu, sem ser eu”?

Para Winnicott (1975) isso ocorre através de uma área intermediária, entre o subjetivo e o objetivamente percebido. Quando o bebê arranja um objeto transicional – um paninho, um ursinho, a ponta de um cobertor – ele estaria justamente começando a lidar com esta separação entre o que é dele, do bebê, e o que é a mãe. Este, para o autor, seria o primeiro exemplo de quão criativo podemos ser. Assim a primeira experiência de despossessão, seria a que vivemos junto a um objeto transicional. Ainda que rudimentar, é a primeira tentativa de separação, por criar algo que não está nem fora do bebê e nem mesmo dentro, mas como o nome diz, está entre.

O objeto transicional oferece à criança o poder de decidir a distância entre ela e o objeto, o que não acontece com o seio que não está disponível a todo o momento. Partimos da hipótese de que esta área transicional talvez não tenha sido criada adequadamente para estas crianças e adolescentes encaminhados ao Arte da Saúde, sendo a oficina uma possibilidade de nova diferenciação e assimilação deste eu não-eu, mundo interno, mundo externo. É como se fosse oferecido a elas uma modalidade de vazio, de buraco, de lacuna a ser experimentada e preenchida. Lugar de repouso, onde acontecem o brincar, a ilusão e a desilusão (Baggio, 1981).

Além do conceito ‘fenômenos transicionais’, Winnicott também explora o vínculo cultural com o passado e com o futuro que ele considera como sendo universal, relacionando-o com a brincadeira e com a capacidade que todos temos de sermos criativos ao brincar. O espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio

ambiente é utilizado por ele como de fundamental importância, uma vez que é a partir do que ele chama de confiança que tal espaço é construído. Ou seja, a criança ou o bebê que se sente seguro em relação a quem deles cuida, possui melhor possibilidade de vir a se lançar em experimentações no ambiente, isto por ter podido integrar suficientemente elementos de sua personalidade e sentir-se separado deste ambiente e, ao mesmo tempo, integrado a ele. O destino deste espaço está diretamente relacionado às experiências culturais subsequentes que os indivíduos experimentarão. Esses pontos são importantes no que aqui se segue, uma vez que serão estas experiências determinantes para o exercício de uma vida criativa e menos sujeita à submissão.

Aliado a estas ideias, podemos pensar que ao arranjar um objeto transicional, o bebê já estaria começando seu primeiro luto, qual seja, o luto de sua onipotência de controle sobre o objeto? Winnicott considera que sim. Além disso, o objeto transicional permitiria ao bebê lidar com a ansiedade depressiva diante de suas perdas primitivas, tais como a perda da intimidade do corpo materno. Ou seja, o trabalho do luto pode ser visto à luz dos fenômenos transicionais. (Barone, 2003)

Aliado à possibilidade de auxílio na vivência do luto, existem algumas outras concernentes ao objeto transicional, sendo a que mais se destaca para os nossos objetivos, as que concernem ao seu destino:

Seu destino é permitir que seja gradativamente descatequizado, de maneira que, com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isso quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não 'vai pra dentro'; tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo território intermediário entre a 'realidade psíquica interna' e o 'mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum', isto é, por todo o campo cultural. (Winnicott, 1975, p.16)

O objeto transicional não é o seio, não é a mãe – ainda que seja um representante dele – não é nada no corpo da mãe e nem no corpo do bebê, como por exemplo, o punho, ou os “pezinhos”, ainda que estes sejam importantes na transição que se efetua. “O objeto transicional jamais está sob controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real.” (idem, p.23) Isso é importante justamente por sinalizar uma experimentação, de que o bebê já é capaz de aceitar diferença e similaridade, sendo o objeto transicional, um “confortador”, ou seja, algo que o auxilia na dolorosa separação que se efetua entre o dentro e o fora dele.

O objeto transicional precede o teste de realidade, ou seja, o bebê ainda não tem claro que há algo externo a ele e algo interno, que é do seu corpo. O ponto crucial é que tal objeto ajuda o bebê a passar da relação onipotente (mágico) para o controle envolvendo a manipulação, o que parece enunciar uma manifestação do campo simbólico e a posterior introjeção de seus signos. Estas etapas parecem ser imprescindíveis para que posteriormente, haja integração da personalidade e desenvolvimento de potencialidades.

Para Winnicott (1975) o progresso do princípio de prazer para o princípio de realidade é mais bem vivido e experienciado pelo bebê se este tem o auxílio do objeto transicional. Aliado a este objeto transicional, o autor considera que 'a mãe suficientemente boa', comum, devotada, que se adapta ativamente às necessidades do bebê tem papel de destaque neste progresso. Ela cria com isso condições favoráveis para que o bebê possa aquilatar o fracasso que, inevitavelmente, vivenciará em relação à adaptação. Não responder completamente às necessidades do bebê, mas progressivamente ir deixando de responder completamente a isso.

A adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer, tão odiados quanto amados. (...) de uma vez que a adaptação exata se assemelha à magia, e o objeto que se comporta perfeitamente não se torna melhor que uma alucinação. (p.25)

Se a tarefa da mãe parece ser desiludir seu bebê gradativamente, é necessário apontar que antes, ele deve ter experimentado a ilusão, ou seja, ilusão que ele tem o controle, que o seio existe a seu bel prazer, a hora e o momento que desejar. "A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato" (p.26). Esta é uma técnica de maternagem e, tanto faz, se o que for colocado for uma mamadeira, por exemplo.

Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido e, na solução desse problema, não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe. (...) Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na ideia de uma relação com um objeto que é por outros percebido como externo a esse ser. (p.26)

Dado o exposto acima, convém destacar o fato de o objeto transicional iniciar o ser humano em uma área neutra, ou seja, uma área de experiências que não será

contestada. Em matemática, muitas teorias começam com um axioma: suponha que a partir daí uma série de conclusões e hipóteses são criadas, desenvolvidas, contestadas. Por vezes, teorias que foram criadas assim, sem nenhuma ligação com o mundo físico se mostram surpreendentemente aptas a descrever, modelar, traduzir e apropriar o real. Parece que o bebê faz uso desta habilidade de supor algo que não existe, ou seja, criar uma ilusão e, a partir daí, partir para outras apropriações, sendo a mais importante delas, a despossessão, que como colocado acima, caracteriza-se por uma primeira separação com a mãe. Assim, ele torna-se capaz de “lidar com a perda sem quase perder o que é perdido” (Winnicott, 1988, p.34-5, *apud* Barone, 2003)

Mas qual é a importância desta área não contestada? O autor parece dizer que é necessário que não se espere decisão alguma sobre se o objeto foi criado ou se ele foi apresentado a partir do exterior, mas simplesmente que concordemos que o objeto está ali. “A pergunta não é para ser formulada” (Winnicott, 1975, p.27). Não se trata de uma concordância entre o adulto e o bebê, mas de algo que a criança vai, gradativamente, experimentando.

Assim, o espaço de experimentação da brincadeira, do encontro com as artes, a religião, ou outras formas de expressão, parece oferecer algum tipo de continuidade para a existência permitindo que a perda seja experimentada e metabolizada, sem que a criança experimente uma ruptura muito drástica e desenvolva a única defesa que dispõe: cisão. Naturalmente, “(...) não é o objeto que é transicional, mas o objeto representa a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (p.31).

Winnicott é um autor que destaca a importância que o ambiente tem no que concerne ao desenvolvimento do bebê. Em se tratando do Arte da Saúde, o ambiente onde as atividades são exercidas deve ser capaz de proporcionar aos que dele compartilham uma experiência de acolhimento. Neste sentido, o arte-educador é ele também ambiente. Ao acolher ideias de sequência aparentemente desconexas, sem presumir a existência de um fio significativo, mas estimulando que a criança faça uso do que está ao seu alcance, como linhas, tintas, tambores, papéis, ele está provocando um movimento transformador. Não há erro. Em muitos momentos, as crianças e os adolescentes, estão inseguros quanto a que cor deve usar, que desenho colorir, com medo de bater no tambor de forma errada e produzir ruído. O que o arte-educador oferece é sua escuta e um convite: “vamos tentar?”

Uma vez que o convite tenha lugar, o que se percebe é um tipo de alívio da tensão entre realidade interna e externa proporcionada por essa área intermediária de experiências atravessada pelo brincar e aqui, pelo 'fazer arte'. Além de proporcionar alívio, também possibilita uma espécie de desilusão iniciada pela crença de que aquilo que ele cria é o que existe, independente da cor utilizada no colorido. Ou seja, a experiência possibilita uma criação autônoma, livre e que 'não é contestada', mas estimulada.

Tal é o paradoxo, qual seja, que há de se experimentar a ilusão de criar, já existindo o que se quer criar. Mas é possível experimentar isso em estágios posteriores da vida? Ou somente nas fases iniciais, quando ainda se é bebê? O trabalho desenvolvido no Programa Arte da Saúde é aqui teorizado como criando, incrementando ou mesmo fomentando este espaço incipiente como o objetivo de melhorá-lo, amplificá-lo.

Outro ponto que complementa as discussões que aqui se seguem, diz respeito ao brincar ser afim ao sonhar e ao viver, diferenciado do fantasiar por este reter uma onipotência ou uma dissociação que não são evidentes no brincar e no sonhar. O fantasiar é colocado pelo autor como sendo "sem poesia", ao passo que o sonhar "tem poesia em si, isto é, camada sobre camada de significado, relacionado ao passado, ao presente e ao futuro, ao interior e ao exterior (...)". (Winnicott, 1975, p.61). É como se o fantasiar mantivesse uma fixidez no aqui e no agora. Isso também nos levará ao ponto de questões concernentes ao ser criativo e à relação espaço tempo que é outra importante aquisição para o indivíduo.

Por que algumas crianças e também algumas pessoas, não são capazes de brincar? Tal questão parece se relacionar ao que o autor chama de objeto subjetivo e objeto objetivamente percebido. O brincar é visto por Freud como possuindo um fator econômico, qual seja, tornar uma experiência vivida passivamente em ativa, como fica explícito em sua análise do "fort da" em *Além do Princípio do Prazer*. Por sua vez, Winnicott teoriza o brincar como suplementar ao conceito freudiano de sublimação dos instintos, porém, quando a excitação pulsional é muito evidente, a criança para de brincar. (Barone, 2003)

Desejo afastar a atenção da sequência psicanálise, psicoterapia, material da brincadeira, brincar, e propor tudo isso novamente, ao inverso. Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde. O brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma



altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (p.70)

Se a importância da brincadeira está “no interjogo que ela faz entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais” ela também ajuda na construção e descoberta de um relacionamento que está se tornando digno de confiança. Porém, a precariedade da brincadeira, como diz Winnicott está no fato de que ela está sempre na linha teórica existente entre o subjetivo e o objetivamente percebido. As crianças utilizam elementos oriundos da realidade externa e os usa a serviço de algo derivado da realidade interna ou pessoal. “Sem alucinar, a criança põe pra fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa.” (p.85)

O último ponto que convém destacar é a formulação winnicottiana de que há uma passagem dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado e deste para as experiências culturais. Considerando que o Arte da Saúde funciona como area transicional, é de se esperar que aconteça algum tipo de transformação na criança ou no adolescente que chega até as oficinas.

Se de início, são desenvolvidas atividades artísticas, com o tempo, diria que quase naturalmente, eles começam a querer brincar entre elas, mais do que só desenhar, ou pintar ou costurar. Jogos de tabuleiro, baralho, bola, skate, são algumas das atividades que os arte-educadores fazem com eles. Isso possibilita que experimentem outro tipo de contato entre elas e com o próprio arte-educador, de modo que invariavelmente, algum conflito surgirá dessa relação. É neste momento que o trabalho parece apresentar sua face mais transformadora, pois ao se lançarem ao laço com o outro, elas entram em uma relação, que é onde a maioria parece apresentar maior dificuldade. Este é o momento de lidar com a espontaneidade e com a gama de sentimentos que brotam deste contato e de ser acolhidas por alguém capaz de mediar este encontro.

Poderia Winnicott nos ajudar neste sentido, com sua concepção de cultura como estando potencialmente situada naquela área transicional que não confronta o individuo com regulações, mas lhe oferece, prioritariamente, espaços consistentes de acolhimento? (Mizrahi, 2010, p.31)

Winnicott questiona a centralidade das interferências reguladoras sinalizando para a importância de referências facilitadoras. Como trabalha com a abolição de um dos principais conceitos da psicanálise, que é a pulsão de morte, ele não considera

que é inerente ao ser humano uma sexualidade disruptiva, mortífera, que coloca a sobrevivência coletiva em risco sendo, portanto, preciso discipliná-la e controlá-la. Para ele, há um anseio natural pela vida social precisando esta ser apenas bem recebida pelo ambiente. É isto que os arte-educadores tentam colocar em prática, ou seja, que as crianças e os adolescentes, precisam de alguém para mediar o encontro e não para discipliná-lo ou controlá-lo. Assim, elas mesmas vão criando seus próprios espaços e limites mentais em relação ao que está dentro delas e o que está fora. Isto seria o transicional.

Em relação a estas questões, convém ressaltar que a noção de ambiente na teoria de Winnicott é central, pois será este que fornecerá as condições psicológicas e/ou físicas que serão determinantes para o amadurecimento emocional do ser humano. Estas condições sendo boas ou ruins afetarão o modo que cada um irá se relacionar com o outro e consigo mesmo.

Aliada ao entendimento de Winnicott sobre o objeto e os fenômenos transicionais, sua proposta de pensar em condições de 'facilitação' também é valiosa, pois seriam tais condições que propiciariam o exercício de liberdade por meio da criação de resistências, evitando com isso a responsabilização do indivíduo isolado. Um desafio que se situa na possibilidade de se dosar a liberdade e a contenção, o que vai de encontro a um arranjo do social que não rivaliza, mas, ao contrário, dá consistência às liberdades individuais (cf. Mizrahi, 2010).

Para Winnicott, criar não é lidar com condições pouco sintônicas, aceitando a descontinuidade, a perda, a necessidade de construir estratégias para lidar com a falta e o sacrifício pessoal daí decorrentes. Nesse sentido, não precisamos necessariamente excluir a nós mesmos e aos outros como refugio dos objetivos perseguidos. Criar é antes encontrar o que no mundo já se oferece ao próprio gesto criativo, e não lutar solitária e onipotentemente contra a impossibilidade da criação. (idem, p.70)

Sobre isto, relato aqui um exemplo de como é a proposta de trabalho do Programa. Em uma das oficinas, ocorreu uma briga entre os participantes. Eles possuem a mania de dar tapas uns nos outros, geralmente, na nuca. Um dos meninos, que é visto como líder pelos outros, recebeu um destes tapas e não gostou. Quebrou o papagaio do outro, que por sinal foi roubado em uma lojinha da comunidade. A raiva foi tão grande, segundo relato do arte-educador, que um deles quis arremessar uma mesa no outro e como o arte-educador estava segurando o alvo, pois em alguns casos é isso que ele faz – empresta o seu corpo em um gesto de contenção física – a mesa acabou se quebrando. Como a oficina acontece dentro

do Morro do Papagaio, no CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, lá sempre estão presentes guardas municipais. Quando a mesa quebrou, fez um barulho enorme, e um desses guardas subiu ao local da oficina e disse aos meninos que chamaria a polícia para eles e que eles virariam “mocinhas na cadeia”.

Situações de conflito como essas são frequentes sendo um dos desafios do Projeto a forma como eles serão mediados. Nesta situação relatada acima, a polícia felizmente não foi chamada, o que seria um exagero. Os meninos foram embora da oficina e fizeram as pazes em seguida. A coordenação do CRAS queria que a mesa ficasse quebrada para mostrar aos meninos que “o produto do delito estava ali”. Porém, um dos arte-educadores trouxe a ideia de trabalhar junto com os meninos, no conserto da mesa, oportunidade que seria usada para que pensem sobre o trabalho que dá para consertar e que existem as consequências em relação ao espaço.

Utilizando a Arte e seus produtos e principalmente o diálogo, talvez os meninos possam fazer o luto por serem tão negligenciados e violentados, e vivenciarem outra situação que não a violência, mas o diálogo e re-construção fazendo operar a amizade, bons exemplos, paciência, firmeza, características que os arte-educadores buscam trabalhar para além do ofício que desenvolvem. Seria a Arte a desculpa e a razão principal de ser do Projeto a relação e a mediação? Será que podemos arriscar dizer a arte faz operar a função de analista através da figura do arte-educador?

Diante do exposto, consideramos que o Programa Arte da Saúde parece funcionar como um espaço transicional entre a escola, a família e a comunidade que trabalha em uma lógica de encontros possíveis e não com uma lógica onipotente de controle de corpos e medicalização de desejos que resistem e insistem a se fazer ouvir.

O trabalho não é de controle, de disciplinamento, nem de humilhação, como foi falado por uma das pessoas que trabalham no espaço que funciona uma das oficinas: “na hora do problema, o seu pai vem é aqui”. Pactuar desse discurso seria fazer repetir a história de vida que muitos parecem viver, sendo, além de tudo, inócuo. O discurso e a prática da espera, da paciência e do respeito às diferenças e ao conflito, como disse o arte-educador diante da discussão dos participantes: “ficamos esperando eles discutirem, vendo se não sairia ninguém morto lá de dentro” parece portar melhores perspectivas, ainda que seja difícil a adesão. A intervenção ou contenção às vezes é necessária, o conflito inevitável, a mediação um desafio.

Nestes mais de vinte anos do Programa Arte da Saúde, muitas coisas mudaram em relação ao projeto inicial pensado pela Rosalina Teixeira. O programa, como ela mesma ressalta, é feito de detalhes, que se não forem seguidos acabam por descaracterizá-lo deixando-o parecido com outros programas ofertados pela rede de saúde mental de Belo Horizonte. A regional que aqui foi citada é a centro-sul, local de encontro das diferenças e desigualdades mais berrantes. O público atendido aqui é peculiar, assim como de outras regionais, o que convida a trabalhos futuros sobre o tema.

Por fim, para Winnicott (1975) se o contexto não é bom, a vida meramente reage às invasões externas. Assim, só há resistência ativa diante do poder se espaços de facilitação são apresentados para o indivíduo de modo a possibilitar desvio de relações coercitivas. Deste modo, o ato de resistir depende de contingências históricas que promovem ou não encontros satisfatórios. E tal é a perspectiva que o programa aqui apresentado pretende. Além de ser um lugar de acolhimento e trabalho com a potencialização de talentos e aptidões através da arte, ser um lugar de aposta em seus participantes. Que possa haver resistência aos mecanismos coercitivos presentes nas relações de poder, através de um encontro que se pretende satisfatório por contar com a presença acolhedora de pessoas que se interessam e criam com este interesse condições de facilitação para um viver mais criativo, menos violento e coercitivo.

## CONCLUSÃO

No Arte da Saúde temos muitos exemplos de crianças que foram privadas de uma série de coisas. Em Winnicott, essa privação tornaria a criança inquieta e incapaz de brincar. Vemos isso no CRAS Santa Rita, onde o grupo de crianças que o Arte da Saúde atende é liderado por duas delas, maltrapilhas, sujas, esfomeadas. O espaço de desenvolvimento de brincadeiras dessas crianças é muito restrito, de modo que a pergunta é se ainda serão capazes de brincar ou irão para o crime como já parece estar acontecendo apesar do tamanho pequeno e da expressão infantil. Estariam eles brincando de existir, ainda que criminosos? Ou como ler ou lidar com a forma particularmente precária delas brincarem e se relacionar no mundo?

Lembro de um domingo em que eu passava pela savassi e essas duas crianças estavam por lá. A brincadeira que faziam era subir em motos estacionadas e se fazerem de pilotos. As motos eram enormes e eles montavam nelas como se as pilotassem na realidade. Não parecia existir o espaço de faz de conta próprio de uma brincadeira. O que era possível observar era a atuação destrutiva no ambiente e neles próprios: as grandes motos caíam sobre as pequenas crianças, machucando-as.

Num dado momento, um desses 'líderes' chamou: "ei, vamos andar de skate?", interrompendo a cena perigosa. Acredito que minha presença e atenção, o que represento para eles, como uma extensão do Arte, parece tê-los despertado para um outro lugar, mais criativo, livre e lúdico.

Como auxiliar essas crianças a brincar de forma criativa?

Através da arte, espera-se que estes sujeitos tenham novas possibilidades de representar – por seus próprios meios – o irrepresentável de sua condição de sujeito em vias de construção, a fim de que outras marcas como a amizade, o carinho, a admiração, a confiança, possam vir a ocupar o espaço que é também do descaso, abandono, solidão. A partir da assimilação dessas experiências, os sujeitos podem experimentar uma marca que é deles, por ser própria e estar situada entre o que viveram e o que ainda irão viver.

A simbolização decorrente desse processo, ao permitir o conhecimento e a elaboração das experiências emocionais da realidade psíquica (de amor e ódio) por meio do pensamento (da arte, da cultura e até da religião), também desobriga a criança de atuar diretamente as pulsões no ambiente.

Considerando que houve uma precariedade no acolhimento do sujeito no ambiente, por que a arte se coloca como uma via possível? Por que funciona? Nossa interpretação é considerar que oferecer um ambiente acolhedor, que não tem como proposta disciplinar, mas potencializar os talentos de cada um, contribui para que as crianças e adolescentes façam o luto dos objetos e possam vir a prescindir deste programa e operar no mundo de forma mais segura e criativa. O espaço do Arte da Saúde seria transicional neste sentido, ou seja, as crianças e adolescentes se serviriam dele para conquistar uma autonomia relativa, uma boa mediação entre realidade externa e interna e, em seguida, prescindir dele. A proposta não é criar artistas ou ensinar ofício. Caso isso aconteça será uma consequência, mas não é o objetivo principal.

A descrição do objeto e fenômeno transicional feita nesse trabalho tendo em base a teoria winnicotiana, serve de apoio para se pensar nas políticas pública para a infância e adolescência. Os resultados do programa parecem se situar nesse campo do transicional. Ou seja, ao ofertar espaços onde a relação com a produção artística é estimulada, oferece-se também uma área transicional. A aposta é a seguinte: na oficina o sujeito desenvolve novos repertórios que possibilitam a ele melhor mediar mundo externo e interno.

O espaço transicional criado nas oficinas do Arte da Saúde, inclui tanto o indivíduo quanto seu contexto e é fundamental tanto na sua independência em relação à sociedade quanto na importância de sua firme vinculação a essa.

Objetivo maior dessa monografia foi tornar público o que tem se desenvolvido no campo da saúde com crianças e adolescentes. Apesar dos mais de vinte anos de sua concepção e implementação na rede, muito do Programa Arte da Saúde ainda é desconhecido. Ao publicizar essas informações a expectativa é que se gerem mais conhecimentos, perguntas, dúvidas, com o intuito de avançar um pouco mais e, quem sabe, inspirar outros profissionais a levar a arte para a prática em saúde de outros municípios.

Construir um modelo de saúde que se torne capaz de olhar a criança completa, sem iniciá-la em uma carreira de TDAH ambulante, psicologizada e medicada pelo saber *psi*, e enclausurado em amarras que o cronifica, institucionaliza e exclui é tarefa de todos. A arte aparece como possibilidade na medida em que oferece um lugar de constante construção, criação e diversão, onde não existe erro, mas potência de criação e fomento de um lugar “vazio” onde tudo pode se (re)

inventar. Que eles possam ser deslocados de uma prática segregadora e de mestria com a ajuda de um trabalho em rede flexível e que dialoga.

O objetivo desse trabalho foi tratar sobre a utilização, pelo público atendido no Arte da Saúde, deste espaço potencial, em que é permitido criar, simbolizar e agir com espontaneidade. As ressonâncias que este tipo de programa terá a longo prazo, não temos condições de prever, mas certamente, já colhemos no aqui e no agora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDA. **O que é o TDAH?** Tdah. 2014. Disponível em < <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html> > Acesso em: 12 mar. 2014.

AKERMAN, Jacques. (2003) Estratégias de segregação na infância e adolescência: um recorte sobre o campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (orgs). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, p.199-220.

BAGGIO, Marco Aurélio. **O eu (self) segundo Donald Winnicott**. In: JORNADA DE PSICANÁLISE DO CPMG III, 1981, Barbacena.

\_\_\_\_\_. **Donald Woods Winnicott: a clinica psicanalítica feita com gênio**. (texto não publicado). 1996

BARONE, K. C. **O trabalho do luto a luz dos fenômenos transicionais**. Ser e fazer. 2004. Disponível em < <http://serefazer.psc.br/o-trabalho-de-luto-a-luz-dos-phenomenos-transicionais/> > Acesso em 30 Mar 2014.

BENITO, A.M.R.S/Espaço Psicanalítico. **Espaço potencial, criatividade e saúde mental – A propósito do filme Vermelho como o céu**. Espaço Psicanalítico. 2007. Disponível em < [http://www.espacopsicanalitico.net/pdf/esp\\_pot\\_criat\\_saude.pdf](http://www.espacopsicanalitico.net/pdf/esp_pot_criat_saude.pdf) > Acesso em 02 fev. 2014.

BIRMAN, Joel. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. **História, Ciência, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, abri/jun 2007.

\_\_\_\_\_. Criatividade e sublimação em psicanálise. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, 2008.

CAMPOS, Rui. César. Apresentação. In: **Da psiquiatria infantil à clínica da criança - fascículos FHEMIG**. Belo Horizonte: FHEMIG, 1991, v. VII.

CIRINO, Oscar: **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001

COUTO, Maria C. Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. IN: FERREIRA, T. (org). **A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 61-72.

COSTA, Jurandir Freire. **Violência e Psicanálise**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 189

DUNKER, Christian; NETO, K.F. Crítica Psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n.4, Dez 2011.



DUNKER, Christian. O seqüestro da neurose. **Revista Cult**, São Paulo, v 184. Disponível em < <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/12/o-sequestro-da-neurose/> > Acesso em 24 mar. 2014

Garcia, Célio. Psicanálise e clínica do social. Sujeito-Cidadão. In: *Clínica do Social*. Belo Horizonte: Projeto. 2000

GUERRA, Andrea Máris. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psyché**, São Paulo, v.9, n.015, p.139-154, Jan/Jun, 2005.

Jornal Sirimim. Belo Horizonte: Secretária Municipal de Saúde (agosto). 2009

LUENGO, Fabíola Colombani. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MIRANDA, Margarete Pereira. **Sobre a “criança-problema” e o mal-estar do professor**. 2006. 199 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MIZRAHI, Beatriz Gang (2010). **A vida criativa em Winnicott**: Um contraponto ao biopoder e ao desamparo no contexto contemporâneo. Rio de Janeiro: Giramond.

ORTERGA, F. et AL. Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v 14, n.34, p.499-510, jul/set 2010

OTONI, Fernanda. A hospitalidade e a rede de saúde mental. In: **Saúde Mental: os desafios da formação**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

PELEGRINO, Hélio (1983). Pacto edípico e pacto social. (arquivo pessoal)

PINTO, Rosemary Fiães. **CAPSI para crianças e adolescentes autistas e psicóticas: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico**. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ROUDINESCO, A; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SANTOS, Leticia; VASCONCELOS, Laércia. Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.26, n. 4, p.717-724, Out/Dez. 2010.

SIGMUND, Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

\_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias**. Vol. XVI, 1980 (original de 1917).

\_\_\_\_\_. **Análise terminável e interminável**. Vol. XXIII, original de 1937.

Teixeira, Rosalina (2007). *Arte da Saúde: uma experiência exitosa em psicologia e políticas públicas*. In: *Conselho Regional de Psicologia*, 13-24. Recuperado em 10 de outubro, 2013, de <http://www.crpmg.org.br/CRP2/ebook/sources/index-11.html>

\_\_\_\_\_ (2008). **Projeto Arte da Saúde: ateliê de cidadania.** In: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretária Municipal de Saúde.

WINNICOTT, Donald. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975