

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E
ANÁLISE EXISTENCIAL

LÍVIA MARIA MAIA MENDONÇA

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES:
CONTRIBUIÇÕES DA DASEINSANALYSE**

BELO HORIZONTE
2021

LÍVIA MARIA MAIA MENDONÇA

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES:
CONTRIBUIÇÕES DA DASEINSANALYSE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista

BELO HORIZONTE
2021

150
M539s
2021

Mendonça, Livia Maria Maia.
Saúde mental e atenção psicossocial de crianças e adolescentes [recurso eletrônico] : contribuições da daseinsanalyse / Livia Maria Maia Mendonça. - 2021.
1 recurso online (45 f.) : pdf
Orientador: Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1.Saúde mental. 2. Psicologia social. 3.Psicologia existencial. I. Evangelista, Paulo Eduardo Rodrigues Alves . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

Folha de Aprovação
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONTRIBUIÇÕES DA
DASEINANALYSE
LÍVIA MARIA MAIA MENDONÇA

monografia defendida e aprovada, no dia **treze de agosto de 2021**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista - Orientador
FAFICH/UFMG

Thamyris Corrêa Araújo
Externo

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2021.

Profª. Drª. Claudia Lins Cardoso
Coordenadora do Curso



Documento assinado eletronicamente por **Valteir Gonçalves Ribeiro, Chefe de seção**, em 15/10/2021, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Lins Cardoso, Professora do Magistério Superior**, em 15/10/2021, às 17:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1022780** e o código CRC **1E52AF67**.

Referência: Processo nº 23072.230660/2021-16

SEI nº 1022780

Aos bons encontros

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Hermê e Gil, pela vida!

À Lara, minha irmã, pelas conversas e pelas trocas de conhecimento e de materiais sobre a filosofia de Martin Heidegger. Obrigada pela oportunidade de descobrir novos elos.

Ao Lucas e à Marilda, por serem minha casa fora de casa.

Aos colegas de trabalho, que costuram o cuidado no CAPSi de Itabirito diariamente e que, com alegria, ousam sonhar com uma sociedade mais justa e mais humana.

À Ana Marta Lobosque, supervisora clínico-institucional do CAPSi, pela inspiração e pela disposição para pensar junto o cuidado em saúde mental antimanicomial.

Às colegas e amigas Lívia Vale, Camila Gontijo, Camila Matias e Débora pela leitura atenta dos capítulos desta monografia.

Às crianças, aos adolescentes e suas famílias, pela confiança.

Aos professores da pós-graduação em Psicologia Clínica pelas aulas, pelas trocas e pelas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Dr. Paulo Evangelista pelas orientações durante a escrita da monografia.

Aos meus colegas da pós-graduação que de maneiras diferentes, se fizeram presentes durante o último ano.

Por falar em presença, agradeço à criança que fui, por estar comigo todos os dias. Com Milton Nascimento, canto: *“Há um menino, há um moleque, morando sempre em meu coração. Toda vez que o adulto balança ele vem pra me dar a mão. Há um passado no meu presente, um Sol bem quente lá no meu quintal...”*

A todos vocês que me constituem, muito obrigada.

RESUMO

Historicamente, pode-se contemplar dois modelos de atenção à saúde mental: o modelo hospitalocêntrico, também chamado de asilar ou manicomial, e o modelo de atenção psicossocial. O primeiro tem como figura principal o saber médico psiquiátrico, enquanto o segundo visa uma mudança paradigmática, substituindo a centralidade do conceito de doença por uma compreensão do chamado adoecimento mental em relação aos aspectos históricos, sociais e culturais. A atenção psicossocial objetiva substituir o modelo manicomial através de serviços abertos, que realizam o cuidado à saúde mental nos territórios onde os indivíduos vivem, se relacionam e circulam. Os centros de atenção psicossocial (CAPS) constituem-se como serviços estratégicos e de porta de entrada para o cuidado em saúde mental. A partir dessas noções, este trabalho procura refletir sobre o projeto terapêutico singular (PTS), ferramenta central no trabalho em saúde mental, através de um relato de experiência de uma psicóloga referência técnica em saúde mental infanto-juvenil. A compreensão da condição humana ofertada pela *daseinsanalyse* oferece subsídios para refletir sobre uma concepção processual do PTS, em oposição a uma prática que o circunscreve a apenas um procedimento. Além disso, a *daseinsanalyse* embasa a importância da inclusão da criança e do adolescente e sua família em seu projeto de cuidado, à medida que apresenta a tarefa humana como cuidado com a própria existência. Assim, o trabalho descreve os modelos de atenção à saúde mental, ressaltando as idiosincrasias em relação à atenção à saúde mental das crianças e adolescentes. Posteriormente, apresenta o cotidiano de um CAPSi e as práticas possíveis de cuidado que se constroem diariamente. A compreensão da criança e do adolescente em sua condição humana, *Dasein*, aberto e dirigido às possibilidades existenciais se contrapõe às noções desenvolvimentistas, que comumente explicam as condutas infantojuvenis em termos gerais. Deste modo, conclui-se que o PTS é um processo que se inicia a partir do primeiro encontro entre profissional e criança/adolescente e que deve ser construído em conjunto com as crianças, adolescentes e suas famílias a partir de uma relação de confiança, de forma a potencializar caminhos existenciais.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. Psicologia Existencial. Cuidado.

ABSTRACT

Historically, two models of mental health care can be contemplated: the hospital-centered model, also called asylum, and the psychosocial care model. The first has psychiatric medical knowledge as its main figure, while the second aims at a paradigm shift, replacing the centrality of the concept of illness with an understanding of the so-called mental illness in relation to historical, social and cultural aspects. Psychosocial care aims to replace the asylum model through open services that provide mental health care in territories where individuals live, interact and circulate. Psychosocial care centers are strategic services and gateways to mental health care. Based on these notions, this work seeks to reflect on the singular therapeutic project (STP), a central tool in mental health care, through an experience report of a psychologist who is a technical reference in children and youth mental health. The understanding of the human condition offered by *daseinsanalyse* offers subsidies to reflect on a procedural conception of the STP, as opposed to a practice that circumscribes it to just one procedure. Furthermore, *daseinsanalyse* supports the importance of including children and adolescents and their families in their care project, as it presents the human task as care for their own existence. Thus, this paper describes models of mental health care, highlighting the idiosyncrasies in relation to mental health care for children and adolescents. Afterwards, it presents the daily life of a CAPSi and the possible care practices that are built daily. The understanding of children and adolescents in their human condition, *Dasein*, open and directed to existential possibilities is opposed to developmental notions, which commonly explain the behavior of children and adolescents in general terms. Thus, it is concluded that the STP is a process that starts from the first meeting between the professional and the child/adolescent and that it must be built together with the children, adolescents and their families based on a trusting relationship in order to enhance existential ways.

Keywords: Child and Juvenile Psychosocial Care. Existential Psychology. Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infante juvenil

CMAEE – Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

ONU – Organização das Nações Unidas

PD – Permanência Dia

PNH - Política Nacional de Humanização

PTI – Projeto Terapêutico Individual

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 MODELOS DE CUIDADO.....	12
2 O QUE É O CAPSI E ONDE ELE SE INSERE	18
2.2 Tudo começa no encontro.....	22
3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE E SEUS MUNDOS.....	25
3.1 Uma proposta compreensiva na Psicologia.....	26
3.2 Tempo e Desenvolvimento Humano	26
4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	34
4.1 O PTS e o desvelar de possibilidades: relato de experiência	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43

INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte integrante do curso de especialização em psicologia clínica: gestalt-terapia e análise existencial e significa para mim o reconhecimento da fenomenologia-existencial como chave de leitura e trabalho na Psicologia para a compreensão das experiências humanas. Desde a graduação, interessei-me pela clínica em psicologia, principalmente aquela realizada fora dos espaços clínicos tradicionais. Foi, talvez, o que me aproximou do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), primeiro no Hospital das Clínicas na cidade de Belo Horizonte, por meio de um programa de residência multiprofissional e então, através do trabalho que desenvolvo na saúde mental infanto juvenil.

Trabalho em um centro de atenção psicossocial infanto juvenil (CAPSi) na cidade de Itabirito desde setembro de 2017, lugar onde aprendo todos os dias com as pessoas com as quais convivo: meus colegas de trabalho, as crianças, os adolescentes e suas famílias. Longe de trabalhar apenas com sintomas, transtornos mentais ou mesmo com o sofrimento dos pequenos, sempre que entro no CAPSi, eu me deparo continuamente com vidas muito singulares. Vidas que choram, gritam, sorriem e que me convidam a fazer parte, às vezes brincando, desenhando ou testemunhando seus mundos através dos seus relatos.

Gostaria que este trabalho respondesse a uma pergunta que surgiu à medida que o curso de pós-graduação transcorreu: como seria o trabalho de cuidado à saúde mental infanto juvenil sob a ótica da *dasein*analyse? Ou, colocado de outra forma: como o olhar sobre a existência ilumina minhas práticas de cuidado à saúde mental das crianças e adolescentes? É claro que, colocada desta forma, a pergunta excederia o espaço de uma monografia e de tempo que eu teria disponível para respondê-la. Foi necessário, então, que eu me concentrasse em refletir acerca de um dispositivo de cuidado, muito discutido nas políticas de saúde e também cotidianamente revisado durante as discussões de casos no CAPSi: o projeto terapêutico singular (PTS).

Ora, à medida que o PTS se configura como eixo do cuidado construído com o usuário, dentro e também para além do CAPSi, este pode ser compreendido como uma ferramenta central de trabalho em saúde mental. Procuro, neste trabalho, ressaltar seu caráter processual, portanto, aberto e em permanente construção, em oposição a uma prática que o compreende e utiliza como um mero procedimento. Essa concepção de PTS como um processo está relacionada à compreensão do ser humano como *Dasein*, abertura às possibilidades existenciais.

Para alcançar este objetivo, este trabalho traça um caminho: no primeiro capítulo, “Modelos de cuidado”, são apresentados os modelos de atenção e cuidado à saúde mental

predominantes na história brasileira: o modelo hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial. Embora esta divisão seja didática e esclarecedora em relação às diferentes formas de se conceber a loucura e suas relações com a sociedade, o cuidado em saúde mental das crianças e adolescentes possui várias idiosincrasias. Sabemos que internações psiquiátricas de crianças e adolescentes existiram: as crianças participavam da rotina institucional, muitas vezes misturadas aos adultos. Entretanto, para a infância e adolescência, a reforma psiquiátrica não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico e sim a superação da desassistência e da ausência de projetos de cuidado que fossem amparados em uma concepção de infância cidadã e possuidora de direitos. Para que o olhar do Estado se voltasse à saúde mental infanto juvenil, foram necessárias transformações no aparato social e jurídico relativas às concepções de infância e, posteriormente, a integração das questões referentes à juventude à reforma psiquiátrica brasileira. Finalizo o capítulo apontando avanços e retrocessos nas políticas públicas de saúde mental e ressaltando que o processo de cuidado se encontra em permanente construção.

No segundo capítulo, “O que é o CAPSi e onde ele se insere”, descrevo o cotidiano de um serviço de saúde mental infanto juvenil concebido dentro da perspectiva da atenção psicossocial. Nesta parte, procuro descrever o CAPSi em suas diferentes arquiteturas: seus espaços físicos propiciadores de encontros e o que chamei de arquitetura do cuidado, que são os gestos, atitudes e acontecimentos que se desvelam no dia a dia e que ultrapassam as paredes e muros do próprio serviço. O CAPSi recebe as crianças e adolescentes de “porta aberta”, ou seja, sem a necessidade de encaminhamentos prévios, de forma a facilitar o acesso da população. Ao primeiro contato entre aquele que nos procura e os profissionais do CAPSi chamamos “acolhimento”. Essa relação intersubjetiva que se estabelece, aqui chamada de acolhimento ou encontro, é o ponto de partida para a construção do cuidado em saúde mental que ofertamos às crianças e aos adolescentes. Por isso, o subcapítulo “Tudo começa no encontro” descreve como se dá a chegada das pessoas até o CAPSi e como as crianças e os adolescentes são concebidos a partir de uma perspectiva interrelacional.

O terceiro capítulo, “A criança e o adolescente e seus mundos” apresenta a proposta de uma psicologia compreensiva da criança e do adolescente a partir da fenomenologia e da *daseinsanalyse*, contando principalmente com as contribuições teóricas de Maria Beatriz Cytrynowicz e Carlos Eduardo Carvalho Freire. Contrastando com as perspectivas psicológicas tradicionais, a *daseinsanalyse* propõe compreender primeiramente a condição humana para que a partir daí os modos possíveis de ser criança e ser adolescente possam ser conhecidos, sempre de forma singular. A criança existe e como modo de ser presença encontra-se lançada no mundo

e aberta às possibilidades de seu vir a ser. Ela é, desde o começo, no mundo e junto a. A criança e o adolescente são mortais e vivenciam experiências desalojadoras, capazes de lhes retirar a familiaridade do mundo cotidiano, seja em estados despertos ou em estados oníricos. A criança e o adolescentes respondem de modo próprio e podem agir de forma madura, ao revelarem uma compreensão de si mesmos e do mundo. Compreender o crescimento e o desenvolvimento humano dessa forma abarca o entendimento de que eles nunca estão *a priori* assegurados, mas se formam na relação entre ser e mundo.

A partir da compreensão da existência humana e ao reconhecer que a pergunta sobre o sentido do ser nunca se refere somente ao outro, mas também ao próprio ser que a realiza, tematizo no capítulo 4 algumas das formas de cuidado das quais participo no cotidiano do CAPSi. Para isso, conceituo uma das ferramentas-chave de trabalho na saúde mental com base no modelo de atenção psicossocial: o projeto terapêutico singular (PTS). Procuro refletir sobre como o cuidado à saúde mental é realizado em nosso serviço, sublinhando a importância do caráter processual do PTS, principalmente ao se tratar da atenção à infância e adolescência, fases da vida marcadas pela intensificação de transformações e crescimento. Exemplifico o início da construção de um PTS a partir dos modos que encontro para ser psicóloga e referência técnica em saúde mental de crianças e adolescentes.

Todos os capítulos desta monografia iniciam com uma epígrafe: poema ou música, que visam sensibilizar o leitor e aproximá-lo de forma mais íntima dos temas que serão trabalhados.

1 MODELOS DE CUIDADO

*Caminante, son tu huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar*

Antonio Machado

As práticas relacionadas à loucura no Brasil remontam ao século XIX, no qual encontramos os hospitais psiquiátricos, mais conhecidas como hospícios, como centralizadores dos tratamentos oferecidos ao “doente mental”. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro data de 1852 - o Hospício D. Pedro II – e após sua criação, várias outras instituições psiquiátricas foram construídas ao longo de todo território nacional (CCMS, s/d).

Ao modelo de atenção centrado no manicômio chamamos modelo hospitalocêntrico, médico-centrado ou asilar. O protagonista desta cena é o médico psiquiatra, que é o detentor do saber sobre a “doença mental”. Aos olhos do alienista, isolada em um hospital especializado, a “doença mental” poderia ser melhor visualizada e após destrinchadas suas etapas de evolução, buscava-se a cura. O que se observou dentro desta perspectiva, entretanto, foram longas internações, processos de exclusão social, o silenciamento de subjetividades e sofrimentos adicionais, ocasionados pela institucionalização e pela perda dos laços sociais (YASUI, 2010).

O modelo asilar começa a ser questionado no fim da década de 1970, quando trabalhadores do setor da saúde, pessoas ligadas ao movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas começam a se organizar coletivamente em torno do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), denunciando as mazelas e formas indignas de “tratamento” envolvidas nas longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2005; LOBOSQUE, 2020). Este processo ocorre juntamente com um rebuliço cultural e social e uma organização política de vários setores da sociedade que, enfrentando a ditadura militar, propiciou o processo de redemocratização do país na década seguinte (LOBOSQUE, 2020).

A reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial brasileiros foram fortemente influenciados pela reforma psiquiátrica italiana, que tem no psiquiatra Franco Basaglia, um de seus mais expressivos líderes. Enquanto a psiquiatria italiana encontrava no paradigma médico as respostas para lidar com a doença mental, Basaglia se ocupava em compreender as relações entre o adoecimento e a sociedade, dando ênfase às perspectivas filosóficas, antropológicas, sociológicas e históricas. A partir disso, participou de grupos de estudos com outros jovens psiquiatras que se uniram às tentativas de desinstitucionalização presentes na Itália (PEROTTI et al., 2020).

Dentre as ideias que influenciaram o pensamento basagliano está presente a fenomenologia de Husserl, de onde o psiquiatra concebe ‘a doença entre parênteses’, ponto relevante para a estruturação de um novo paradigma epistemológico (ARAÚJO; EVANGELISTA, 2021). Além da suspensão dos *a priori* psiquiátricos sobre o “doente mental”, Basaglia propôs novas categorias para se chegar à compreensão do sofrimento mental, como o conceito de “duplo” da doença mental, caracterizado como as manifestações do sofrimento decorrente do processo de institucionalização e que, na visão da psiquiatria tradicional, compunha o conjunto de sintomas decorrentes da patologia mental em si. Dessa forma, o psiquiatra pode propor a ‘desinstitucionalização’, caracterizada não apenas como o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, mas a superação do poder psiquiátrico que estabelecia relações objetificantes e violentas com os pacientes a partir de categorizações abstratas de doença mental (ARAÚJO; EVANGELISTA, 2021).

Através das ideias de Basaglia, como alternativa ao manicômio, é proposto um outro modelo de cuidado: a atenção psicossocial, que representa uma ruptura com o paradigma psiquiátrico ao procurar desmontar o conceito de doença e retomar o contato com a existência e o sofrimento do sujeito. “O objetivo não é mais a cura, mas a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência” (YASUI, 2010, p. 20).

No Brasil, o primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico data de 1987 na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Outras experiências surgiram na mesma época, como a criação dos núcleos de atenção psicossocial (NAPS) na cidade de Santos, os centros de convivência na cidade de São Paulo e muitas outras ações que traziam em seu bojo a insatisfação com o destino oferecido até então às pessoas em sofrimento mental, além do objetivo de repensar as relações estabelecidas entre a sociedade e a loucura (YASUI, 2010). Nesse ínterim, o projeto de lei da reforma psiquiátrica tramitou no Congresso Nacional 12 anos, sendo aprovado apenas em 2001 através da Lei Federal 10.216, a

qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004, p. 17).

Políticas públicas específicas para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes entraram tardiamente na agenda política brasileira, apenas no século XXI (COUTO; DELGADO, 2015). As razões para isto podem ser encontradas em um contexto mais amplo, que envolve a história do pensamento da psiquiatria em torno da infância e em pormenores relacionados às questões da infância no Brasil.

Cirino (2015) apontou três períodos epistemológicos distintos relacionados à história da psiquiatria infantil com base nos estudos realizados por Paul Bercherie (2001). O primeiro período compreende os primeiros 75 anos do século XIX, nos quais acreditava-se que a criança não possuía um “eu” estável, estando, dessa forma, imune às alterações persistentes. Além disso, prevalecia a ideia de que as doenças apenas causariam às crianças distúrbios de desenvolvimento, afetando sua inteligência. Daí os estudos relacionados ao retardamento mental e as correlatas classificações de debilidade, imbecilidade e idiotia (CIRINO, 2015).

O segundo período vai de 1880 até 1930 e “se caracteriza pelas tentativas dos psiquiatras de encontrar, na criança, as síndromes mentais descritas nos adultos” (CIRINO, 2015, p. 22). Um exemplo desta época são os estudos referentes à “demência precocíssima” (BECHERIE, 2001, apud CIRINO, 2015, p. 22). O que caracteriza esses dois primeiros períodos é a ideia de que debruçar-se sobre a compreensão da criança não tem um fim em si mesmo, sendo que a criança é entendida unicamente como um adulto em potencial, ou seja, o adulto é verdadeiro objeto de preocupação e o sentido último de todo desenvolvimento da criança (CIRINO, 2015).

O terceiro período compreende a década de 1930 e se estende até os dias atuais. Compreende a criança como detentora de uma existência e racionalidade próprias. Além disso, observa-se a inversão da lógica de pensamento anterior: agora a criança é a chave para a compreensão do adulto, principalmente ao se considerar a influência de ideias psicanalíticas sobre a clínica psicopatológica infantil (CIRINO, 2015).

No contexto brasileiro, dentre os fatores que contribuíram para que as questões relativas à saúde mental das crianças e adolescentes ficassem esquecidas ou relegadas a um segundo plano, estão a grande quantidade de dificuldades referentes ao adulto, a não diferenciação do tratamento ofertado ao público adulto e infantil, principalmente por se considerar a clínica psiquiátrica da criança como uma reprodução da clínica do adulto, o entendimento de que as clínicas e escolas para os “retardados” responderia a todos os problemas mentais da infância e a escassez na difusão de saberes sobre as especificidades da clínica com crianças e adolescentes (CAMPOS, 1992 apud BRITO, 2004). Ademais, as práticas educativas e psicológicas

baseavam-se em um caráter ortopédico em torno do comportamento da criança. Soma-se a isso a fragmentação do atendimento em clínicas filantrópicas e conveniadas, o que dificultava a construção de uma rede de serviços voltada para o cuidado da infância e adolescência (BRITO, 2004).

As crianças no Brasil império e nos primeiros anos da República participavam do cotidiano das instituições psiquiátricas, notadamente precário, muitas vezes misturadas aos adultos e sujeitas a situações de “promiscuidade”. Em 1903, buscando extinguir essa situação, foi criado o Pavilhão-Escola Bourneville para Crianças Anormais, em uma ala específica para as crianças no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro (DIAS; PASSOS, 2017). O nome do pavilhão fazia referência a um médico francês cujo método de tratamento era a educação, que orientou as práticas executadas naquele espaço. Após a lotação e a ampliação do pavilhão Bourneville, houve a construção de pavilhões similares para crianças e adolescentes em outras partes do território nacional, todos obedecendo à íntima relação estabelecida entre a psiquiatria e a educação, objetivando a normalização dos corpos e comportamentos (DIAS; PASSOS, 2017).

Segundo Dias e Passos (2017), o enclausuramento e a “manicomialização” das crianças e adolescentes ocorreram em instituições diversas, não se restringindo às internações em hospitais psiquiátricos. Casas de correção, escolas de reforma, educandários e presídios eram os destinos das crianças e adolescentes considerados menores abandonados e desvalidos¹ e representaram a institucionalização da infância e adolescência no Brasil em sua maior parte. Essas instituições podem ser consideradas como integrantes da lógica manicomial, à medida que o manicômio pode ser pensado como “toda referência conceitual e ideológica produzida pela psiquiatria” (DIAS; PASSOS, 2017, p.65) ou “como toda e qualquer lógica que se impõe sobre a vida do outro, desconsiderando qualquer rastro de subjetividade” (DIAS; PASSOS, 2017, p. 65).

Aun (2005), ao relatar sua experiência e de seus estagiários em uma fundação estadual para o bem-estar do menor (FEBEM) por meio de diários de bordo, descreve uma das instituições com as quais teve contato:

Esta unidade sempre pareceu estranha. Quando fui visitá-la pela primeira vez, percebi que nela, mais do que em qualquer outra, a singularidade e a privacidade de cada um de seus atores sofriam violência ainda maior. Eram cerca de 100 adolescentes, divididos em dois quartos... Sim!!!... em apenas dois quartos!!! Eram fileiras de beliches, colchões no chão... como que um grande orfanato superlotado! Em nenhuma

¹ Uma dessas instituições está bem ilustrada no filme biográfico *O Contador de Histórias* (2009), que retrata as vivências de Roberto Carlos em uma Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM).

outra unidade, os funcionários me apresentaram o quarto, o banheiro, algo tão íntimo e privativo, com tanta naturalidade. Lembro-me que um deles contou que, durante a noite, dificilmente poderiam intervir se alguma agressão estivesse acontecendo na extremidade do quarto mais distante da porta... para lá chegar seria necessário passar por cima de vários colchões espalhados pelo chão (AUN, 2005, p. 48).

O direcionamento tutelar, disciplinar e amparado na institucionalização perdurou durante as oito primeiras décadas da República. Atualmente, existe outro, muito diferente, o qual considera a criança e adolescente como sujeitos de direitos, amparado pelo princípio da proteção à infância e adolescência, tendo como norteador o cuidado em liberdade (COUTO; DELGADO, 2015). A transformação na concepção da infância ocorreu graças a alguns marcos importantes: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, da qual o Brasil foi signatário; e a promulgação, no Brasil, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, que alterou sua condição jurídica de “menor” para sujeito de direitos e substituiu a doutrina da situação irregular² pela da proteção integral (COUTO; DELGADO, 2015).

No âmbito da saúde mental, a lei 10.216/2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foram marcos importantes no que diz respeito à institucionalização da saúde mental pautada em bases territoriais e ao início das discussões em torno da saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015). A III Conferência, que ocorreu em dezembro 2001, diferentemente das duas anteriores, priorizou discussões acerca da saúde mental infanto juvenil e convocou o Estado brasileiro a dar respostas sobre as questões relacionadas às crianças e adolescentes com sofrimento mental, considerando-os como “sujeitos psíquicos e de direitos” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 22).

Em 2002, surgiram os primeiros centros de atenção psicossocial infanto juvenis, que compõem o conjunto de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. São dispositivos de bases territoriais e comunitárias, que constroem o cuidado em liberdade e organizam a atenção psicossocial de crianças e adolescentes onde estão inseridos, de modo a construir um cuidado intersetorial (conjuntamente com a educação, assistência social, cultura e esferas jurídicas) característica importante do cuidado na saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015).

Considerar as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos fez com que fossem reconhecidos aspectos fundamentais do cuidado à sua saúde de forma integral. As crianças e adolescentes

² A doutrina da situação irregular era amparada pelo antigo Código de Menores (Lei 6697/79), o qual postulava que crianças e adolescentes denominados como “menor abandonado”, “delinquente”, “exposto” não seriam enquadrados no convívio da sociedade regular.

(...) guardam em comum com todos que partilham a condição humana o fato de terem histórias de vida e experiências particulares, serem atravessados pelos enigmas da existência, sofrerem, transtornarem-se e poderem expressar de diferentes maneiras seu transtorno, mal-estar ou sofrimento intenso. São sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas também serem atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana (COUTO; DELGADO, 2015, p. 21-22).

Os autores ainda defendem que, como seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, as crianças e os adolescentes têm o direito de serem cuidados sem que as práticas fiquem reduzidas “à correção, normalização ou adaptação de comportamentos” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 22).

Mesmo com uma diversidade de serviços que propõem o cuidado em liberdade, muitos desafios ainda estão colocados para as políticas públicas em saúde mental. Ainda observamos a existência de hospitais psiquiátricos e mudanças nas diretrizes de políticas em saúde mental que vão em direções contrárias às ações propostas pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial. O manicômio, travestido de hospital psiquiátrico com práticas reformadas, tornou-se integrante da rede de atenção psicossocial. Em relação às crianças e adolescentes, internações passam a ser permitidas em comunidades terapêuticas, instituições que os excluem da convivência familiar e comunitária, além de violar inúmeros outros direitos. Com avanços e retrocessos, parece que ainda estamos construindo nosso caminho em relação às políticas públicas de cuidado de saúde mental, com a certeza de que este é um “caminho que se faz, desfaz e refaz caminhando” (YASUI, 2010, p. 21).

2 O QUE É O CAPSI E ONDE ELE SE INSERE

*Qualquer amor já é
Um pouquinho de saúde
Um montão de claridade
Contribuição
Pra cura dos problemas da
cidade*

Lenine

Neste capítulo, apresento um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, dentro da perspectiva da atenção psicossocial, no qual trabalho desde setembro de 2017. Para isso, faz-se necessário apresentar também o lugar em que ele se encontra e os principais setores que contribuem para a efetivação de nosso trabalho. Itabirito é um município localizado na região central de Minas Gerais, a cerca de 55 quilômetros da capital Belo Horizonte. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população foi estimada em 2020 em 52.446 habitantes (IBGE, 2021).

O município possui dois CAPS, o CAPS I e o CAPSi, que juntamente com as 6 unidades básicas de saúde, a unidade de pronto atendimento (UPA) e o hospital São Camilo compõem a rede de atenção psicossocial. Além destes dispositivos, Itabirito conta com dois centros de referência de assistência social (CRAS), um centro de referência especializado em assistência social (CREAS), conselho tutelar, escolas, centro municipal de atendimento educacional especializado (CMAEE), a casa do adolescente e as unidades de acolhimento de crianças e adolescentes, que são os setores que mais frequentemente trabalhamos de forma a construir um cuidado intersetorial à infância e adolescência.

A sigla CAPS significa, conforme já exposto, Centro de Atenção Psicossocial. Os CAPS são serviços estratégicos de saúde de caráter comunitário e aberto, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, formados por equipes multiprofissionais, que realizam um trabalho sob a ótica interdisciplinar. Podem ser do tipo I, II e III, de acordo com o grau de complexidade. Atendem prioritariamente os casos de maior gravidade e os momentos de crise, oferecendo a permanência-dia (modalidade intensiva de tratamento, na qual a pessoa passa o dia no serviço), sendo que os CAPS III oferecem também a hospitalidade noturna. Alguns são CAPS ad, destinados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e há também os CAPSi para crianças e adolescentes.

Conforme dito anteriormente, o município de Itabirito possui um CAPS I e um CAPSi. O CAPS I atende pessoas em sofrimento mental grave e persistente de todas as idades, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em cidades ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

O CAPSi atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento decorrente dos denominados transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em cidades ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Podemos observar que Itabirito possui um CAPSi, mesmo não se adequando ao critério populacional exigido pela portaria ministerial (cidade ou região com pelo menos 70 mil habitantes). A justificativa para este fato deve ser buscada na história do serviço neste município. Até o ano de 2016, existia em Itabirito um ambulatório de saúde mental infanto juvenil, composto por diferentes especialidades, dentre elas a neurologia, a psiquiatria, a psicologia, a psicopedagogia, a fonoaudiologia, que prestavam assistência à saúde das crianças e adolescentes do município por meio de consultas eletivas. Em dezembro do mesmo ano, este ambulatório foi credenciado como um CAPS infanto juvenil, o que exigiu e ainda exige do serviço adequações em seu funcionamento para que de fato funcione como um CAPS e não apenas um ambulatório. O credenciamento deveu-se, dentre outros motivos, pelo tempo de funcionamento do ambulatório em saúde mental infanto juvenil no município e pelo número de atendimentos prestados, justificando, dessa forma, a demanda para um CAPSi.

A partir do credenciamento, o então CAPSi passou a oferecer à comunidade um serviço que acolhe as demandas em saúde mental infanto juvenis funcionando “de porta aberta”, ou seja, caracterizando-se como um serviço aberto e de entrada no SUS, no qual há profissionais em regime de plantão, disponíveis para acolher urgências e emergências em saúde mental. O serviço funciona de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas. Está localizado no bairro Boa Viagem, bem próximo ao centro da cidade, o que além de facilitar o acesso da população, busca dar visibilidade ao serviço e facilitar processos de reinserção psicossocial, diminuindo preconceitos e estigmas, que infelizmente são comuns às pessoas que utilizam os CAPS's.

A equipe de trabalho do CAPSi de Itabirito é composta por profissionais de diferentes formações: 5 psicólogas, 2 psiquiatras, 2 psicopedagogas, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional (que atualmente está como coordenadora do serviço) e 1 fonoaudióloga. Apesar das formações universitárias distintas, procura-se estabelecer uma forma de trabalho na qual todos os profissionais de nível superior atuem como técnicos em saúde mental. Além destes profissionais, trabalham no CAPSi: 3 assistentes administrativos, 1 vigia e 1 auxiliar de serviços gerais.

O CAPSi de Itabirito tem a função de oferecer atendimento às crises relacionadas à saúde mental infanto juvenil e orientar o cuidado na RAPS das crianças e adolescentes do município. Esse é o desenho principal do nosso trabalho. Entretanto, como forma de apresentá-

lo de maneira mais detalhada, farei a opção por descrever o cotidiano de nosso serviço, que transcende as portas do CAPSi e se constrói a cada dia.

2.1 A Arquitetura do cuidado

O CAPSi em nada se parece um hospital. Sua arquitetura é mais próxima à de uma casa, dividida em dois pavimentos. O primeiro possui uma ampla entrada e suas paredes estão coloridas com pinturas confeccionados por adolescentes usuários do serviço em uma oficina de grafite, o que alterou o aspecto local, tornando-o mais convidativo e mais “vivo”. Dentre os grafites presentes nas paredes, o que mais me chama a atenção é o que mostra uma construção que possui uma grande janela, na qual uma criança está debruçada, olhando para seu interior. A imagem que a criança vê ao olhar para dentro não é a do interior de uma construção qualquer, como era de se esperar: móveis, pessoas ou paredes. O que ela vê é um céu azul com nuvens e a sigla “CAPS” saindo da janela em forma de balões flutuantes. Curiosa imagem que entrelaça o interior e o exterior, e estático e o movimento, borrando suas fronteiras e que me remete à ideia de que o CAPSi é uma janela capaz de abrir e reconhecer possibilidades de ser-no-mundo. Outros grafites alegram nossas paredes, como coloridos papagaios e pares de asas, onde as pessoas aproveitam para tirar fotos e se experimentar como seres alados.

Adentrando o CAPSi há a recepção para onde há passagem para salas de atendimento, banheiro e cozinha. Alguns artesanatos ficam expostos para venda e há gibis para as crianças manusearem ou ler. A recepção é o local onde as pessoas aguardam para serem atendidas. No entanto, observamos que ela extrapola a função de um mero aguardar pelo atendimento. Ali, encontros e relações são estabelecidos entre os usuários, que muitas vezes se reúnem para colorir ou brincar e entre os usuários e os técnicos administrativos. No andar de baixo, há também uma recepção, salas de atendimento, uma sala ampla usada para reuniões e mais recentemente para sala de estar dos usuários, onde é possível utilizar computadores, assistir a filmes e documentários, relaxar e até tirar um cochilo no sofá entre uma atividade e outra. Existe a sala de permanência-dia, também ampla, com uma mesa no centro, muito utilizada para a realização de artesanato e oficinas em grupo. Na sala da permanência-dia, carinhosamente chamada de “PD” por nós profissionais, há a entrada para a horta do CAPSi, espaço ao ar livre, onde realizamos atendimentos, atividades, oficinas, plantamos e colhemos nossos chás e hortaliças.

Todos os espaços mencionados são de livre acesso aos usuários, ficando apenas a sala de enfermagem mais restrita, pois é o local onde ficam armazenados medicamentos e alguns

instrumentos, já que a farmácia do serviço está localizada no CAPS I, que está situado a alguns metros do CAPSi. A circulação de pessoas dentro de um CAPS, como bem apontou Lobosque (2003) nunca se dá pela busca em vigiar, mas sim por uma atribuição importante do nosso trabalho: fazer companhia. Dessa forma, muitos atendimentos não necessitam de um *setting* clínico tradicional para acontecer. Eles ocorrem no espaço informal da cozinha, acompanhado por um café com queijo ou enquanto realizamos a atividade de cuidar da horta, por exemplo.

Em alguns momentos, o CAPSi tem uma atmosfera agitada e de intensa circulação de pessoas. Não são raras as vezes em que já fui interrompida por João³, que chegou logo cedo já querendo mostrar as alianças que comprou para a sua namorada ou chamar para realizar um passeio no centro, a fim de comprar ingredientes para fazer um bolo ou outra receita em uma oficina de culinária. Ou ainda Júlia, que entra na sala para mostrar que chegou ao serviço e quer logo ser atendida, pois já se passaram alguns minutos de seu horário de atendimento. Às vezes, precisamos mudar de salas, pois George não consegue ser atendido em nenhuma das salas de baixo e gentilmente algum colega nos cede algum outro espaço. As interrupções fazem parte do trabalho e responder à demanda ou justificar não poder realizá-la naquele momento são construções que realizamos dia a dia.

Existem alguns usuários que frequentam o CAPSi continuamente e são conhecidos por todos no serviço. Alguns ficam em permanência-dia, ou seja, passam o dia todo no CAPSi, em decorrência de algum sofrimento ou vulnerabilidade maior em determinado período. Outros vêm e voltam para suas casas, participando de atendimentos ou de oficinas pontualmente. Alguns têm maior dificuldade de comparecer ao serviço, seja pela distância ou mesmo pelo estigma de que “CAPS é pra doido” que acaba afastando muitas pessoas, principalmente os adolescentes que não querem estar associados às categorizações como “doença” ou “transtorno mental”. Nesses casos, realizamos visitas que visam propiciar o cuidado de outras formas, não necessariamente necessitando da presença do usuário nas dependências do CAPSi.

Percebendo esta dificuldade, sempre que possível, fazemos atividades extra-muros, como forma de quebrar preconceitos e aproximar a população do nosso serviço. Excursões, passeios, caminhadas, manifestações como o desfile em comemoração ao dia da luta antimanicomial, feira de saúde mental e o cortejo do carnaval são algumas das atividades que já realizamos com e na comunidade. Além dessas, realizamos em uma escola estadual uma atividade com turmas dos primeiros anos do Ensino Médio, dinâmicas que visaram combater o preconceito com aqueles que passam por algum sofrimento denominado de psíquico.

³ Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

Os nossos usuários são crianças, adolescentes, suas famílias e seus laços próximos, como já dito anteriormente. São adolescentes como Maria que após abusos ocasionados por uma pessoa próxima, tem frequentes pensamentos de suicídio e já efetuou algumas tentativas de se matar. Ou como Guilherme, que após várias mortes em sua família (pai, mãe, irmã...) teve que assumir muitas responsabilidades, mesmo aos 13 anos de idade. Ou João, que está às voltas com o que irá lhe acontecer quando fizer 18 anos e tiver que sair do abrigo para adolescentes onde se encontra atualmente, devido à perda dos vínculos familiares após a morte de seu pai. Ou Joaquim, atualmente com 13 anos e usuário de substâncias desde os 6 anos de idade, com vivências de muitas violações durante sua vida. Estarão conosco aquelas crianças cujo choro fica incontrolável e que não conseguem comunicar o que está acontecendo, adolescentes que estão com dificuldades para dormir, aqueles que não conseguem se alimentar ou tomar banho, ou aqueles que não param de falar um minuto sequer, por exemplo.

Esta população não reúne apenas uma vasta gama de sintomas que poderão ou não desencadear quadros clínicos graves; reúne também e principalmente, crianças e adolescentes diferentes entre si (como sempre são crianças e adolescentes), com seus modos de ser, suas histórias, seus vínculos, seus estilos, seus medos, desafios e possibilidades. Alguns são mais tímidos, outros mais extrovertidos, alguns gostam de desenhar, pintar ou brincar com argila, outros conversam sobre *Minecraft*, *Free Fire* ou os *youtubers* do momento. “Trata-se de promover um convívio entre estas pessoas e as que cuidam delas, sem violência, negligência ou abandono” (LOBOSQUE, 2003, p. 27). Eu acrescentaria, com ajuda de Binswanger: trata-se de estar junto de nossos parceiros de existência, compartilhando projetos de mundo e co-construindo possibilidades junto a eles e suas famílias.

2.2 Tudo começa no encontro

O CAPSi se configura como um serviço de “porta aberta”. Essa expressão tem diversos significados. Em primeiro lugar, “porta aberta” se contrapõe ao modelo de segregação e controle, comuns às instituições asilares, nas quais eram frequentes o isolamento e a presença de grades e muros. Outro significado importante e ligado ao primeiro refere-se à facilidade de acesso do usuário ao serviço. Atualmente, a equipe do CAPSi dispõe de profissionais para realizar atendimento às pessoas no momento em que elas nos procuram, sem a necessidade de encaminhamentos ou agendamentos prévios. O primeiro contato do usuário com o serviço ocorre através do chamado “acolhimento”, que, de forma simples, consiste em um plantão em

que um profissional fica disponível para escutar as pessoas que estão chegando ao serviço pela primeira vez e responder às suas necessidades.

Segundo o dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, a palavra acolhimento possui os seguintes significados: “ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. No dicionário Houaiss, formato online, os sinônimos para acolhimento são: “1: ato ou efeito de acolher; acolhida, acolho 1.1: maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração 1.2: abrigo gratuito; hospitalidade 1.3: local seguro; refúgio, abrigo.” Observando os significados da palavra acolhimento podemos compreender que o ato de acolher contém em si uma postura ética daquele que acolhe. Essa postura é a de receber, dar atenção e ouvidos a quem nos procura.

O acolhimento acontece em um momento muito singular: as crianças e os adolescentes geralmente estão passando por situações delicadas, permeadas por sofrimentos diversos. Na maioria das vezes, não foram eles que escolheram estar ali, foram levados ao CAPSi por familiares, encaminhados pelo conselho tutelar, CRAS, CREAS ou escolas. A pessoa que acolhe tem, portanto, uma dupla tarefa: escutar aquele ponto que foi responsável pelo acesso da criança ou adolescente ao serviço e realizar a escuta da criança ou do adolescente. Nem sempre os significados, sentidos e problemáticas apresentados seguem a mesma direção. Muitas vezes existem conflitos, o adolescente não quer estar naquele espaço por medo de ser considerado doido ou as crianças não sabem os motivos de estarem ali, demonstrando uma não preparação prévia e reforçando a ideia de que à criança falta uma capacidade para dar conta de si e do que lhe acontece. O trabalho consiste neste primeiro momento em construir um vínculo com a criança ou adolescente e suas famílias.

Como se vincular a alguém que não escolheu estar ali? Como desmistificar a ideia de loucura ou anormalidade presente no pensamento de que “CAPS é lugar pra doido”? Como não sucumbir aos pedidos dos pais ou da escola de normalização e controle daquilo que se mostra diferente? Como se portar diante da oferta excessiva de diagnósticos, que muitas vezes, chegam já nas falas das famílias, escolas e até das próprias crianças e adolescentes: “é porque eu sou autista”, “meu filho é bipolar” ou “eu queria abrir o cérebro dele e descobrir o que tem de errado”? Essas perguntas, colocadas em formas gerais tornam-se mais difíceis de responder. A resposta é sempre singular e deve ser encontrada em cada caso que se apresenta no cotidiano do serviço.

Se o profissional tem diante de si a dupla tarefa de escutar, à criança e ao adolescente cabe a tarefa de transformar a demanda que vem de fora (família, escola) em algo próprio. Essa tarefa só pode ser concretizada de fato, se eles encontram aquela postura de recepção, de dar

atenção e levar em consideração o que eles têm a dizer (ou mostrar no caso de crianças que não falam). É a partir do encontro que o vínculo entre o profissional que acolhe e a criança e o adolescente pode se constituir.

Os fundamentos teóricos desse encontro entre o profissional e a criança ou adolescente não se originam em uma ontologia cartesiana, na qual estão estabelecidos os dualismos sujeito-objeto e saúde-doença, mas em uma abordagem existencial, a partir da *daseinsanalyse*, a qual concebe o ser humano como ser-no-mundo e ser-com-os-outros, indeterminado e por isso, um ser de possibilidades. Dessa forma, o profissional que acolhe a pessoa assim que ela chega ao CAPSi deve receber a criança ou o adolescente de forma a não objetificá-los e sim recebê-los como um “parceiro-ser-aí”, ou parceiro da existência, com o qual propiciará o compartilhamento de seu mundo.

A partir deste encontro intersubjetivo que acontece no acolhimento será construído o modo como o acompanhamento irá se estabelecer. O CAPSi dispõe de diferentes formas de atenção e cuidado e novas formas estão sempre sendo buscadas e até mesmo inventadas para construir um cuidado que responda a cada criança ou adolescente singularmente. Temos o acompanhamento de forma intensiva, semi-intensiva e ambulatorial, proporcionamos oficinas e atividades em grupo para crianças, adolescentes e suas famílias com o objetivo de construir e fortalecer laços, propiciar a construção de novos sentidos, pertencimentos e ampliação de possibilidades de vida.

O conceito-ferramenta (YASUI, 2010) que utilizamos para efetivar esse cuidado consiste no projeto terapêutico singular, objeto que será abordado no quarto capítulo deste trabalho. Antes de abordar este tema, gostaria de apresentar a experiência de ser criança e ser adolescente a partir da *daseinsanalyse*, de modo a presentificar um pouco dos seus modos de ser-no-mundo para o leitor.

3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE E SEUS MUNDOS

*Saiba: todo mundo teve infância
Maomé já foi criança
Arquimedes, Buda, Galileu
E também você e eu*

Arnaldo Antunes

A infância é concebida tradicionalmente a partir do olhar do adulto (OLIVEIRA et al., 2017), através de teorias desenvolvimentistas, que descrevem habilidades, comportamentos e aquisições esperadas ao longo do crescimento. A infância assim descrita é apreendida por sua condição de transitoriedade, significando uma passagem para a vida adulta ideal, esta sim definida como a etapa final e completa do desenvolvimento humano. De acordo com Cytrynowicz (2018), nas teorias de desenvolvimento “as crianças são consideradas como um estado inicial psicológico, físico ou mental que deverá ser superado na perspectiva de um bom crescimento” (p. 29). Desta forma, a criança é reconhecida, comumente, a partir do que ela ainda não é ou do que ela tem que deixar de ser, não se constituindo uma totalidade.

Da mesma forma, a maioria das teorizações acerca da adolescência está relacionada a determinações ora biológicas, ora sociais (FREIRE, 2007). A adolescência é conhecida como uma fase de desenvolvimento localizada entre a infância e a idade adulta, na qual ocorrem intensas transformações corporais, psíquicas e relacionais. Reconhecida também, a partir do século XX, como fase de tensões e tempestades, a adolescência foi caracterizada como tempo de instabilidades emocionais e desequilíbrios, ocasionados por transformações endócrinas. Por conseguinte, os adolescentes tiveram e ainda têm seus questionamentos e a busca por novos valores desqualificados, sendo interpretados como secundários ou consequentes à sua instabilidade interna (FREIRE, 2007).

As perspectivas tradicionais da psicologia construíram conhecimentos sobre a infância e a adolescência, delimitaram etapas para a aquisição de habilidades, descreveram processos cognitivos e teorias explicativas acerca dos comportamentos e condutas infanto-juvenis, fornecendo critérios de avaliação para classificar essas condutas como típicas ou atípicas. Entretanto, perguntas fundamentais, que se referem às experiências infantis compreendidas a partir das próprias crianças e adolescentes - Quem são? Como vivem? O que podem e o que não podem ser? - ainda carecem de respostas. Estas perguntas não podem ser respondidas apenas por teorias formuladas por conhecimentos gerais acerca do humano (CYTRYNOWICZ, 2018).

3.1 Uma proposta compreensiva na Psicologia

A fenomenologia, corrente de pensamento proposta no século XIX pelo filósofo Edmund Husserl e apropriada pela Psicologia como método clínico, propõe uma maneira de abordar a realidade diferente das ciências naturais. O objetivo não é a explicação de comportamentos com base em relações lógicas ou de causa e efeito, mas a compreensão de determinado fenômeno à luz da intenção que o anuncia (CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA, 2021).

A fenomenologia encontra terreno fértil nas filosofias existenciais europeias do século XX e influencia muitos pensadores. Dentre eles, está Martin Heidegger, discípulo de Husserl, que na obra *Ser e Tempo* (1927/2006) realizou uma crítica a toda a filosofia ocidental, demonstrando que ela se ocupou, desde sua origem, com uma teorização acerca dos entes, esquecendo-se da questão primordial, que para ele residia no sentido do ser. Ao tematizar a existência, Heidegger utilizou o termo Dasein, que é comumente traduzido como ser-aí, ser-no-mundo ou presença, sendo este último termo considerado por Shuback (2006) adequado por abarcar a dimensão temporal do acontecer humano. De acordo com Shuback, tradutora da obra *Ser e Tempo* para o português, “Dasein é um verbo substantivado, o verbo que conjuga ‘o si mesmo’ como ‘outro’, que conjuga ‘o em-si’ como ‘ser em-si e para além de si’” (p. 19).

A analítica existencial de Martin Heidegger, por sua vez, teve grande aceitação entre psiquiatras, que alimentavam críticas às correntes de pensamento acerca do ser humano que vigoravam à época: a psicanálise de Sigmund Freud e as teorias comportamentais. Destacam-se Ludwig Binswanger (1881/1966), psiquiatra suíço, estudioso da fenomenologia e influenciado pela obra *Ser e Tempo*, que se ocupou em compreender as experiências psicopatológicas, sendo o primeiro a chamar sua proposta em psicopatologia de Daseinsanalyse, e Medard Boss (1903/1990), psiquiatra e psicoterapeuta suíço, que construiu uma relação mais próxima com Heidegger, com quem desenvolveu uma Daseinsanalyse psicoterapêutica (EVANGELISTA, 2016).

3.2 Tempo e Desenvolvimento Humano

O poema “Tempo” de Manoel de Barros, publicado no livro *Memórias Inventadas* (2018) torna possível uma aproximação de sua infância através da memória. “Quando”,

advérbio de tempo, pode ser substituído, na poesia, sem prejuízo semântico pela palavra “como”, que aponta para a circunstância, modo ou maneira de ser ou estar:

Tempo

Eu não amava que botassem data na minha existência.
A gente usava mais era encher o tempo. Nossa data maior era o *quando*. O *quando* mandava em nós.
A gente era o que quisesse ser só usando esse advérbio.
Assim, por exemplo: tem hora que eu sou *quando* uma árvore e podia apreciar melhor os passarinhos. Ou: tem hora que eu sou *quando* uma pedra. E sendo uma pedra eu posso conviver com os lagartos e os musgos.
Assim: tem hora eu sou *quando* um rio. E as garças me beijam e me abençoam. Essa era uma teoria que a gente inventava nas tardes. Hoje eu estou *quando* infante. Agora, nossos irmãos, nosso pai, nossa mãe e todos moramos no rancho de palha perto de uma aguada. O rancho não tinha frente nem fundo. O mato chegava perto, quase roçava nas palhas. A mãe cozinhava, lavava e costurava para nós. O pai passava o seu dia passando arame nos postes de cerca. A gente brincava no terreiro de cangar sapo, capar gafanhoto e fazer morrinhos de areia. Às vezes aparecia na beira do mato com a sua língua fininha um lagarto. E ali ficava nos cubando. Por barulho de nossa fala o lagarto sumia no mato, folhava. A mãe jogava lenha nos quatis e nos bugios que queriam roubar nossa comida. Nesse tempo a gente era *quando* crianças. Quem é *quando* criança a natureza nos mistura com as suas árvores, com as suas águas, com o olho azul do céu. Por tudo isso que eu não gostasse de botar data na existência. Porque o tempo não anda pra trás. Ele só andasse pra trás botando a palavra *quando* de suporte.

Além de expressar o caráter temporal e, portanto, finito da existência, “o tempo não anda pra trás”, o poema aponta para a relação entre temporalidade e possibilidades de ser. Para o poeta, a existência é anterior e ultrapassa determinações datáveis. Dessa forma, a partir da poesia, obtemos indícios de que para compreender os modos possíveis de ser criança ou de ser adolescente, é necessário, em primeiro lugar, compreender o existir humano, ou, em outras palavras, a condição humana. De acordo com Cytrynowicz (2018), “ser criança não constitui uma ‘essência’ diferente do existir humano. (...) A existência na infância deve ser compreendida a partir dos mesmos fundamentos do existir na adolescência, maturidade ou envelhecimento” (p.101).

A existência humana possui um caráter indeterminado, isto é, o Dasein está aberto e dirigido às possibilidades que lhe são apresentadas. Sob esta ótica, o ser humano não está acabado, está sempre se formando à medida em que se relaciona com o mundo e com os outros. Dirigido para o futuro, o Dasein já é também suas possibilidades. Desta forma, “a criança é sempre inteira, vive o seu tempo em sua totalidade e já se mostra na completude de sua existência” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 101). Ao mesmo tempo em que a criança é uma totalidade, ela traz consigo o anúncio de um horizonte de possibilidades. Não é necessário esperar que ela cresça para compreender suas aspirações, seus medos e os seus sentidos próprios. “O advir de seu futuro e a formação de seu passado começam a ser constituídos imediatamente juntos” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 102).

A criança já é mortal, mesmo que seja difícil para nós compreender ou aceitar este fato. De acordo com Heidegger (1927) *apud* Cytrynowicz (2018), “a morte é um modo de ser que constitui o homem logo que ele existe” (p. 102). A morte, a partir de uma compreensão heideggeriana, é um fenômeno da vida. Ser mortal, nesta perspectiva, significa “ser relativamente ao fim” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 102). Para todo ser-aí, é correlato um “ainda não”, que é justamente “o que falta” constantemente para realizar o projeto de ser-no-mundo. A criança é essencialmente poder-ser, mostrando-se também já limitada, já que sendo de um modo, não pode ser de outro (CYTRYNOWICZ, 2018).

A criança é algo novo em um mundo que lhe é anterior e que, por isto, irá recebê-la ao nascer. A criança como ser-no-mundo é, desta forma, desde o início, junto a. O bebê compartilha uma época, um lugar e uma família. Quanto menor a criança, mais encobertos encontram-se tanto o seu mundo quanto o seu dizer. Dessa forma, para compreendê-la é necessário compreender seu mundo e suas relações mais próximas: o que a satisfaz, o que a faz chorar, como ela é tocada pelos acontecimentos (CYTRYNOWICZ, 2018).

A criança vive inteiramente com os outros, ocupando-se com as coisas, brincando, descobrindo os objetos e a si mesma. Ela fantasia, sente medos e desejos. E apenas ela mesma pode vivê-los. Isso significa dizer que a criança é sempre responsável, à medida que ser responsável significa “responder e corresponder de seu modo próprio ao seu mundo” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 105). Entretanto, a criança ainda não experimentou em uma amplitude maior as suas possibilidades existenciais para tomar certas decisões, desta forma, ela requer o cuidado de um adulto, que por ter mais possibilidades desveladas e um entendimento mais amplo do mundo, pode antever e antecipar possibilidades que ainda não estão desveladas para a criança.

De acordo com Cytrynowicz (2018), mesmo a criança não possuindo uma essência diferente do adolescente ou do adulto, somos confrontados a todo momento com expressões do tipo “quando eu era criança” ou “não sou mais criança”, que apontam para possibilidades anteriores não mais vividas. Essas expressões evidenciam diferenças presentes nos modos mais característicos da tarefa de ser.

Quando um recém-nascido chega ao mundo, já estão presentes expectativas e receios despertados antes mesmo de sua chegada. O adulto que o recebe logo se antecipa e procura reconhecer algo familiar naquele novo ser. Com quem ele se parece, o que ele vai ser quando crescer, para qual time irá torcer. Já nos primeiros dias, o bebê começa a surpreender todos a sua volta. Seja porque chora de menos, ou demais, seja porque amamenta menos ou mais do que deveria... Ao bebê cabe a tarefa primeira de mostrar-se, tal como é. Para que isto ocorra, não é necessário que ele tenha consciência do que está fazendo, “a ele cabe apenas e, sobretudo, realizar a tarefa de ser” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 108).

Algumas características são atribuídas a modos específicos de ser na infância. Entretanto, um olhar reflexivo pode proporcionar novos caminhos de compreensão tanto em relação às condutas infantis quanto em relação às nossas próprias condutas, como adultos. O brincar, por exemplo, é um modo de relação e de descoberta, experimentado intensamente na infância. Ao contrário do que se costuma pensar, o brincar não é algo próprio da infância, assim como a fala não é algo específico dos adultos.

Brincar e falar são possibilidades originais copertencentes da existência humana. Enquanto a fala é expressão e comunicação que deixa manifesto o próprio existir, o brincar é um modo de relação que descobre um mundo significativo mais original e cria histórias pessoais (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 114).

Dessa forma, o brincar não se mostra como uma possibilidade perdida para o adulto. Esta possibilidade apenas tornou-se mais distante para ele que está cuidando de outras

possibilidades como as preocupações e as responsabilidades com o próprio viver (CYTRYNOWICZ, 2000).

Ainda segundo Cytrynowicz (2018) crescer e se desenvolver são igualmente tarefas humanas e têm como fundamento ser temporal. O tempo cronológico é definido por ser geral, regular e igual para todos; pontual e dividido em partes iguais; sequencial e linear; mensurável. É ele que permite a delimitação de etapas ou fases para aquisições de habilidades específicas na vida das crianças, por exemplo. A criança aprende noções de limites relacionadas ao tempo cronológico, tarefa que pode ser difícil para ela. Inicialmente, a criança precisa associar as sequências cronológicas às experiências mais familiares como as cores do dia ou da noite ou às tarefas cotidianas repetidas sucessivamente.

Algumas experiências e falas infantis são comumente tomadas como a expressão de uma dificuldade para apreender a noção de tempo cronológico. Entretanto, quando uma criança pergunta se “Hoje já é amanhã?” ou se “já chegou o daqui a pouco?” é possível perceber que a criança compreende sequências que se dão no tempo. A criança não está confundindo o agora e o depois, como poderíamos pensar. Falas como estas manifestam uma relação intensa com o momento imediato e indicam que o que está por ser realizado já se faz presente, impondo-se enquanto uma espera significativa. O amanhã contido na pergunta da criança não é o dia seguinte, mas o tempo oportuno em que algo pode se realizar. Em oposição ao tempo cronológico, aquele que se conta, o tempo *kairológico* é o tempo do possível e das possibilidades. É, portanto, o tempo existencial. *Kairós* é o tempo capaz de singularizar e é ele que torna possível “compreender melhor o modo de ser criança, o tempo na infância e o tempo das recordações infantis” (CYTRYNOWICZ, 2018, p.143).

A criança experimenta o tempo imediato de forma intensa. Tão intensa que Cytrynowicz (2018) aponta que talvez o sentido do princípio do prazer oriundo da teoria freudiana corresponda ao princípio do imediato. A criança apreende o mundo e a si mesma por meio das relações que acontecem no momento presente. Além disso, o envolvimento com o imediato corresponde a uma ampliação das possibilidades descobertas e rearticulações com seus significados. Nisto consiste o seu crescimento. A ampliação de possibilidades, a rearticulação dos significados existentes e as novas descobertas podem gerar experiências de desamparo à criança, em que ela teme a perda da familiaridade. “Esses momentos apontam para o precoce deparar-se com a própria finitude humana” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 149).

De acordo com Boss (1981), a experiência de angústia também pode ser experimentada na existência onírica da criança:

(...) por mais amparado que tenha sido o lactante, a criança brevemente terá que experimentar a angústia, ora em menor, ora em maior medida (...) Mesmo uma criança de três ou quatro anos pode acordar sobressaltada noite após noite, em virtude de nos seus sonhos ver repetidamente aproximar-se, a mesma bola gigante e escura. Este acontecimento onírico corresponde à aproximação turbulenta de todo seu futuro humano. No entanto, na sua fragilidade infantil, ela ainda não sente capacidade para aceitá-lo e suportá-lo. Por isso, sonhando, ela teme sua carga como a uma monstruosidade esmagadora. Nos pesadelos infantis com animais ferozes, assaltantes ou incêndios devastadores, que de vez em quando perturbam as noites de praticamente todas as crianças, elas temem a destruição de sua condição humana regular e conhecida, no caos de forças compressivas, dominantes e incontroláveis de sua vitalidade natural (p. 27).

Com o crescimento, há uma expansão de nosso passado e de um projetar-se para o futuro. Comumente na adolescência, o futuro se apresenta como um problema, uma questão a ser resolvida. De acordo com Freire (2020), a criança é capaz de responder, sem dificuldades, às perguntas sobre o que ela será em seu futuro, entretanto, a mesma pergunta gera profundos questionamentos aos adolescentes. Dessa forma, para ele, “o que chamamos de adolescência é a transformação do futuro em assunto da própria conta” (FREIRE, 2020, p. 64).

O futuro deixa de ser algo distante, que um dia chegará, para transformar-se em um problema que estará sempre presente e que exigirá respostas e atitudes (FREIRE, 2020). O futuro que se mostra ao jovem traz consigo uma significativa expansão de possibilidades. Não é coincidência poder vivenciar durante a adolescência as primeiras experiências amorosas, escolhas e relações mais estreitas com amigos ou determinados grupos. O jovem experimenta mais liberdade e responsabilidade, à medida que os pais percebem que ele é capaz de cuidar melhor de si mesmo (FREIRE, 2020).

Para Freire (2020), ao libertar-se da tirania do presente, ganhando futuro e liberdade, o adolescente descobre que a condição humana é finita e assemelha-se a uma tarefa, pela qual ele terá que zelar. O grande problema é que o adolescente “ao ganhar futuro, ganha mais do que gostaria” (FREIRE, 2020, p. 65), descobrindo-se mortal. Dessa forma, é necessário compreender os comportamentos do adolescente a partir de uma tentativa de restabelecer a familiaridade outrora perdida com o alargamento de seu futuro. Ao abordar a chegada do futuro e a apreensão da condição humana de ser mortal na adolescência, não estamos afirmando que a criança desconhece totalmente a morte. “Elas, geralmente, possuem alguma referência acerca da morte, porém, da mesma forma que seu futuro, aparece como algo distante” (FREIRE, 2020, p. 65)⁴.

⁴ Podemos nos interrogar se crianças que experimentaram a morte de algum ente querido, vivenciam também o futuro como uma questão ou problema no qual estão implicadas. Para além desse questionamento, sabemos que as perdas são geralmente experiências que retiram a familiaridade cotidiana, capazes de aproximar o homem, em qualquer idade, da angústia do não-ser.

A chegada do futuro como tarefa, na qual o próprio ser está em jogo, nem sempre é vivida de forma consciente pelos adolescentes. Muitos podem experimentar sentimentos confusos ou a sensação “de algo estranho em sua própria casa” (LEÃO, 1977, p. 41 apud FREIRE, 2020, p. 66). Viver em uma sociedade complexa e ter de dar conta de seu próprio futuro é o que se apresenta ao adolescente contemporâneo. Os adolescentes, portanto, necessitam “tornar a condição humana, recém descoberta, suportável” (FREIRE, 2020, p. 68). Para isso, fantasiam de forma idealizada com o futuro, enviam a ideia da morte para longe, ou, ao contrário, testam seus limites, envolvem-se em grupos de acordo com uma identidade assumida e buscam ídolos na tentativa de terem sua viabilidade confirmada.

Pompeia (2000) entende a maturidade do homem como um modo de ser que compreende e aceita as próprias limitações, bem como as possibilidades de si mesmo e de mundo. Para compreender esta proposição, é necessário conceber o desenvolvimento humano não como uma sucessão de etapas, através das quais se adquirem habilidades e superam-se desafios, representada graficamente por uma linha reta que se alonga. É necessário compreendê-lo como a ampliação de possibilidades, nas quais “as possibilidades mais amplas não competem com as anteriores, mas sugerem uma outra forma de relacionamento com o mundo” (p. 93). Se pudéssemos representar de forma gráfica o desenvolvimento humano a partir dessa perspectiva, poderíamos pensar em um círculo que se expande. Nessa expansão do círculo, o seu centro permanece. “A expansão possibilita que aumentem o âmbito e o número das condutas maduras” (POMPEIA, 2000, p. 93). Desta forma, a maturidade não está relacionada especificamente à idade adulta. Todos, crianças, adolescentes ou adultos podem vivenciar momentos de maturidade.

De forma similar, Cytrynowicz (2018) afirma que o desenvolvimento ou crescimento humano constituem o descortinamento do próprio caminho que abarca tanto a aproximação de peculiaridades como o afastamento e o encobrimento de outras possibilidades. Ainda segundo seu pensamento, o crescimento nunca está assegurado de antemão:

Quando uma criança é privada das condições favoráveis de descobertas ou das boas descobertas, ela experimenta restrição para o seu próprio crescimento. Isso pode ocorrer devido à falta de condições adequadas sociais, ambientais, de relacionamento ou de saúde. Há casos vitais de privação que podem levar até à morte tal o grau de carência do cuidado, solicitações ou estímulos do mundo próximo (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 151).

É a partir desta compreensão do desenvolvimento humano e de que é necessária a garantia de condições que possam favorecê-lo, que agora apresento os modos de cuidar

realizados no cotidiano do CAPSi. Interrogar acerca dos modos de ser das crianças e dos adolescentes que tenho a oportunidade de acompanhar não se restringe apenas a reflexões acerca do outro. É uma reflexão também sobre meus modos possíveis de ser e de me reconhecer enquanto psicóloga atuando em uma política pública voltada para o público infanto juvenil.

4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

*Direito ok, respeito ok
Autoestima ok,
Liberdade tá ok
Brota lá no caps
Pra se empoderar de vez⁵*

A conceituação acerca do projeto terapêutico iniciou-se nos anos 1990, relacionada às práticas em saúde mental e continua sendo construída ao longo da história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA, 2008 apud DEPOLE, 2019). O PTS visa superar o modelo manicomial à medida que sua construção se dá na relação entre usuário, profissional e familiares, de forma a enfatizar o diálogo, a negociação e a contratualidade presente nas relações (OLIVEIRA, 2007 apud DEPOLE, 2019). A potência dessa ferramenta no contexto da saúde mental fez com que esse dispositivo fosse incorporado teórica e praticamente em nível federal pelo Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Humanização (PNH).

De acordo com a cartilha “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” formulada pelo corpo técnico da PNH (2007), “o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (p. 40), sendo geralmente utilizado para situações de maior complexidade. Configura-se como uma variação da “discussão de caso clínico” e é muito valorizado como forma de compreender a pessoa além de um diagnóstico psiquiátrico e do tratamento voltado unicamente para a medicação, enfatizando assim a integralidade do cuidado (BRASIL, 2007).

A denominação projeto terapêutico singular vem substituir o projeto terapêutico individual (PTI), porque destaca a possibilidade de que o singular seja também um coletivo, como uma família ou outro grupo, por exemplo. O singular nos remete à noção de diferença que é, na verdade, o elemento central sobre o qual as práticas de cuidado devem se constituir (BRASIL, 2007). A cartilha referente à PNH ressalta que os diagnósticos tendem a igualar as pessoas e minimizar as diferenças.

Por este motivo, a noção de PTS está construída em torno de um cuidado que podemos chamar de “usuário-centrado” em oposição a qualquer saber (psiquiátrico, psicológico)

⁵ Trecho da paródia construída por adolescentes e técnicos do CAPSi na oficina roda de música a partir da música “Tudo ok” de Thiaguinho MT *feat* Mila e JS O Mão de Ouro.

estabelecido previamente. Dessa forma, não podemos pensar em “tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva” (BRASIL, 2014, p. 24), valendo a máxima de que “cada caso é um caso”.

É por esse motivo que, quando estou realizando o acolhimento, me disponibilizo para escutar não apenas as queixas das crianças, adolescentes e suas famílias, mas também o que se desvela a partir de seus relatos ou formas de brincar: a história de vida daquele que está diante de mim, seu mundo e suas relações significativas. Procuro deixar que o outro se mostre, como está sendo naquele momento, que diga sobre os motivos que o levaram ao CAPSi e os caminhos percorridos até então. É um estar ali diante do outro para que ele possa me contar sobre si da maneira como ele se encontra. Como salienta Yasui (2010), a construção do cuidado em saúde mental, em especial do PTS, não é uma tarefa simples:

Inicia-se com a sementeira de um vínculo, no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá *a priori*. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, e eles se rompem, se quebram (YASUI, 2010, p. 149).

No CAPSi, a partir do encontro que acontece no acolhimento, da escuta da criança ou adolescente e de quem o acompanha, podemos iniciar o planejamento de seu projeto terapêutico, que consiste em um conjunto de ações que são propostas e pactuadas entre diferentes atores: a criança ou adolescente, sua família e a equipe do CAPSi, podendo também incluir profissionais de outros serviços (UBS, escola, CRAS...). Tudo isso a partir da demanda daquele que procura pelo atendimento.

A PNH propõe que o PTS abarque 4 momentos, sendo 1) o diagnóstico, 2) definição de metas, 3) divisão de responsabilidades e 4) reavaliação (BRASIL, 2007). É interessante notar que a PNH, ao mencionar o diagnóstico como primeira etapa, não o faz de forma reducionista. O diagnóstico é compreendido a partir de uma avaliação biopsicossocial e abrange a forma como a pessoa “se produz” (p. 41) na relação com o adoecimento, com a família, com os desejos, trabalho e cultura. O diagnóstico para a PNH é uma tentativa de compreender “o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele” (p. 41). A definição de metas consiste em propostas construídas a curto, médio e longo prazo, num processo de negociação entre a pessoa e o profissional a que ela possui maior vinculação. A divisão de responsabilidades é a definição da ação ou ações de cada pessoa envolvida no processo de cuidado. Por fim, a reavaliação

corresponde ao momento em que a evolução do acompanhamento será discutida, podendo ocorrer mudanças de estratégias ou planejamentos (BRASIL, 2007).

O PTS é compreendido, então, a partir da noção de processo, diferenciando-se de um mero procedimento com vistas a um fim geral pré-estabelecido. Dessa forma, o PTS pode ser “construído, reconstruído, repensado, redimensionado em relação com os usuários, com os familiares e em equipe” (DEPOLE, 2019, p. 12). Para que esta proposta se efetive e a noção de processo possa ser melhor visualizada e vivida nas práticas do CAPSi (e de qualquer serviço substitutivo de maneira geral) é necessária uma proximidade entre o usuário e o profissional, na qual se estabeleça uma relação de confiança e trocas interpessoais, sendo estas as condições para que o cuidado em saúde mental aconteça.

Binswanger (2019), em uma conferência para médicos psiquiatras intitulada “Sobre psicoterapia” salientou como a psicoterapia daseinsanalítica é capaz de atuar. Para isso, o psiquiatra relata um caso clínico de uma jovem de 26 anos, tomada por soluços e vômitos sempre que se encontrava no período menstrual. O psiquiatra lança mão de um ato terapêutico, que ao suprimir o ar da paciente por alguns instantes, faz com que ela recupere seu fluxo normal de respiração. Entretanto, o psiquiatra ressalta que o ato terapêutico apenas pode produzir um efeito benéfico à paciente graças à uma “relação de comunicação existencial” entre o médico e a paciente (p. 25). Essa relação é constituída pela confiança que “se encontra como o presente de toda comunicação autêntica, para além da intenção, meio e fim, causa e efeito” (p. 25). Segundo o psiquiatra, a ausência dessa relação existencial poderia não ter produzido nenhum efeito terapêutico ou, ao contrário, poderia ter produzido um agravamento dos sintomas, efeitos colaterais ou reservas da paciente em relação ao médico até chegar ao ponto de desistir do tratamento (BINSWANGER, 2019).

Binswanger aborda que o encontro entre o médico e paciente (e nós podemos fazer uma analogia entre o encontro do técnico em saúde mental e a pessoa que chega através do acolhimento) não se dá no âmbito das relações puramente existenciais, como uma relação de amizade ou uma relação amorosa. Entretanto, o psiquiatra se recusa a conceber essa relação sendo composta meramente por um médico e uma “psique” dirigida por uma tarefa terapêutica. Para ele, é necessário considerar o ser humano na sua estrutura de ser-com, na qual médico e paciente encontram-se lado a lado, “no um em relação ao outro ‘dialético’” (BINSWANGER, 2019, p. 21).

Do ponto de vista daseinanalítico, essa relação não é, portanto, apenas um serviço ou realização, mas um contato que comunica algo e uma ação recíproca ininterruptos. A relação entre médico e paciente apresenta um novo comunicativo autônomo, isto é, significa a

possibilidade de se formar um novo vínculo do destino, em oposição à determinação psicanalítica de repetição contida nos conceitos de transferência/contratransferência e resistência/contrarresistência (BINSWANGER, 2019). Dessa forma, a figura do médico ganha contornos de instauração de um novo, uma nova relação que poderá acompanhar o desvelar de novas possibilidades anteriormente impedidas. O que está em questão não é a superação de resistências transferidas projetivamente para o médico, conforme as determinações de um pensamento psicanalítico mais ortodoxo, mas sim se o paciente poderá superar as resistências *junto a* esse novo ser que se apresenta (BINSWANGER, 2019).

A criança e o adolescente, enquanto seres-no-mundo e seres-com-os-outros, configuram-se como uma abertura às possibilidades existenciais. Em alguns momentos, podem experimentar restrições dessas possibilidades ocasionadas por diversos motivos como adoecimentos, violações de direitos ou falta de condições básicas de vida (CYTRYNOWICZ, 2018).

Comumente, quando alguém procura o CAPSi, está passando por algum momento em que a familiaridade com seu mundo se encontra perturbada. Crianças e adolescentes que sofreram perdas de pessoas queridas, que presenciaram ou vivenciaram situações violentas, abusos físicos, psicológicos ou sexuais, que vivenciam restrições em suas relações com a família, a escola ou os amigos, tentativas de suicídio, automutilação são alguns dos motivos que geram pedidos de ajuda ou encaminhamentos ao nosso serviço.

O que está em questão quando alguém nos procura é um ser que se apresenta em sofrimento, com sua singularidade e não uma doença. Assim, é impossível descolar uma experiência chamada de psicótica ou uma experiência depressiva que culmina em uma tentativa de autoextermínio, por exemplo, das condições da vida, das relações pessoais e da história de vida daqueles que passam por tais experiências. Essa concepção está de acordo com Binswanger (2019), para quem não é possível separar angústia de “mundo”. Para ele,

(...) a angústia sempre entra em cena, quando o ‘*mundo*’ passa a vacilar ou ameaça desaparecer. Em verdade, a angústia aparece de maneira tanto mais precoce e tanto mais pesada, quanto mais esvaziado, simplificado e restrito se mostrar o mundo, no qual o ser-aí está *fixado* (p. 76).

A angústia pode se manifestar com o rompimento da familiaridade contida em uma história de vida. Entretanto, é necessário salientar que a fonte da angústia é a própria condição humana, posto que o ser-aí também carrega a possibilidade de não-ser, sendo “determinado pela estrangeiridade e pela nadidade” (BINSWANGER, 2019, p. 77).

É urgente considerar o caráter de abertura característico do ser-aí humano e as formas como seu sofrimento se manifestam para a construção de propostas de cuidado relacionadas à denominada “saúde mental”. A seguir, descrevo um encontro recente que vivi no CAPSi e como o PTS está sendo construído a partir das possibilidades existenciais que se apresentam à abertura que somos.

4.1 O PTS e o desvelar de possibilidades: relato de experiência

É segunda-feira pela manhã. Início minha semana de trabalho no CAPSi de Itabirito. Logo o telefone toca. É um enfermeiro da UPA perguntando sobre a possibilidade de levar uma paciente de 17 anos, que passou o fim de semana internada após uma tentativa de suicídio. Pergunto sobre a utilização de alguma medicação durante o período em que esteve na UPA e sobre o estado geral da paciente, autorizando, em seguida, que a ambulância a leve ao CAPSi. A adolescente não demora a chegar. Está acompanhada pela mãe.

Convido-a para entrar, peço à mãe que aguarde um pouco enquanto converso com sua filha. Estamos nós duas em uma sala do CAPSi utilizada para o acolhimento. Me disponho a escutá-la. De forma simples, me apresento, digo meu nome e minha profissão e acrescento a pergunta sobre como posso ajudá-la. A adolescente me conta então sobre os últimos acontecimentos que a levaram a duas tentativas de suicídio, uma na quinta e outra na sexta-feira, após sair do CAPSi e dirigir-se até a casa do irmão, que até então estava disposto a acolhê-la, após um longo período de conflitos e variadas violações ocasionados no convívio com o pai. Ficamos algum tempo conversando e procuro compreender a partir do que ela traz em seus relatos e suas expressões, como é seu mundo, quem são suas relações próximas, o que a faz sofrer, do que gosta e do que não gosta. Ao me contar sua história, Carolina⁶ aborda sobre momentos significativos de sua vida, dentre os quais a separação entre ela e a mãe, ocorrida precocemente, aos 9 meses de idade. Ao mesmo tempo, tematiza a estranheza com que experimenta a recente aproximação da mãe.

Chamo a mãe para conversar, procuro escutar também o seu relato, a partir do que ela me mostra, enquanto Carolina está em outro ambiente do CAPSi, com uma colega e outros adolescentes que estavam em permanência dia. Após a conversa com a mãe, vamos até Carolina e proponho que ela fique durante o dia no CAPSi e nós três combinamos um horário, à tarde,

⁶ Os dados que possibilitam a identificação foram suprimidos, portanto este é um nome fictício.

para que a mãe possa buscá-la. A própria família, com a participação de Carolina estava se organizando para que alguém pudesse recebê-la em casa durante aquela semana.

Em seu tempo no CAPSi, Carolina escolhe realizar artesanato, dizendo que é uma atividade que gosta muito. Faz um desenho de uma mulher com base em uma foto de revista e uma pintura na parte da manhã. À tarde, fazemos juntas uma oficina de pão de queijo e foi um momento que propiciou que Carolina compartilhasse várias experiências, dentre elas o modo como se relaciona com a irmã mais velha. Participa de todas as atividades e mostra-se comunicativa, sempre relatando sua história de trabalho, de abandono dos estudos, de sentir-se abandonada pela família, de não ter um lugar ou alguém que queira ficar consigo. Durante a oficina, surge a pergunta dirigida a mim: “Eu vou voltar pra cá depois?”, ao que respondo com outra pergunta: “Você quer voltar?”. Nesse instante, reconheço a oportunidade e o risco da minha pergunta. O risco que ela respondesse não, mesmo eu considerando que seria importante ela ficar mais tempo naquele lugar que se mostrava seguro, onde poderíamos conhecê-la melhor e organizar com outros pontos da rede, o que poderia ser feito para que as sucessivas violações presentes em sua história fossem interrompidas e Carolina pudesse ter condições mais favoráveis para projetar-se em sua trajetória existencial. Ao mesmo tempo, era uma oportunidade para que Carolina escolhesse o que queria fazer a partir daquele encontro, devolvendo-lhe a possibilidade do cuidado enquanto uma tarefa que poderia realizar para si.

Após a resposta afirmativa, continuamos o diálogo do que poderia acontecer nos próximos dias. Disse a ela que tinha uma proposta a fazer: que ela naquela semana viesse ao CAPSi todos os dias, assim poderíamos acompanhá-la independente do lugar onde ela estivesse morando e teríamos notícias sobre se ela estava bem ou não. Carolina aceitou novamente e disse que imaginava outra coisa do CAPSi, de acordo com as falas que ouvia do pai: que seria um lugar onde iriam lhe trancar e lhe dar remédios.

Ao final da tarde, a mãe chegou com uma irmã, tia de Carolina, a qual iria acolher a adolescente durante aquela semana. Como combinado com Carolina e a mãe, fiz contato com o conselho tutelar da cidade, que já estava a par da situação da família desde a última sexta-feira, quando encaminharam a adolescente ao CAPSi pela primeira vez. Em situações complexas como essa, que envolve inúmeras violações de direitos, o CAPSi não trabalha sozinho. É preciso envolver outros pontos da RAPS no cuidado. Foi pensando nisso que solicitei acompanhamento do posto de saúde para a mãe de Carolina, que também estava em sofrimento. Esse momento também foi o de apresentar à família a proposta de cuidado intensivo naquela semana e ajudar a família a se organizar para que ele pudesse acontecer. Com quem Carolina

iria ficar, quem seria responsável por levá-la ao CAPSi, os horários que ela chegaria e iria embora.

No dia seguinte, Carolina retornou ao CAPSi como havíamos combinado. Estava com a aparência modificada, demonstrando mais cuidado com seu corpo. Trouxe uma caixa que ganhou de uma amiga, que tinha cartas, lanchinho e uma Bíblia. Pediu para realizar artesanato, decorou as cartas recebidas e fez um artesanato copiando um salmo para deixar no CAPSi. Conversamos sobre como tinha sido ficar na casa da tia e sobre a disponibilidade que a mãe demonstrava para se aproximar dela. A família retornou no horário combinado para buscar Carolina no CAPSi.

Essa adolescente está atualmente em permanência dia no CAPSi. Seu projeto terapêutico está sendo construído com ela, com sua família, com os técnicos do CAPSi e com outros pontos da rede, como a atenção básica e o conselho tutelar. Carolina chegou ao CAPSi vivenciando uma realidade experimentada com inúmeras restrições, que podem ser compreendidas à luz do desvelar de sua história de vida e da história de sua família. Juntos, Carolina, sua mãe, tia e a equipe do CAPSi compartilharão o cuidado, que inclui a descoberta de possibilidades com as quais Carolina e suas relações próximas poderão se familiarizar, descobrindo novas formas de se relacionar com o mundo.

A partir desta vinheta clínica, gostaria de refletir sobre a construção do PTS como processo, que inclui, necessariamente, a participação do usuário (criança, adolescente) e suas famílias. Essa participação garante a inscrição daquele que demanda ajuda em seu processo de cuidado consigo próprio, aproximando a ideia de cuidado (*Sörge*) trazida por Heidegger (1927/2006) como cuidado com a própria existência. Nesta concepção, o técnico em saúde mental, em sua condição de modo de ser presença, atua sempre *junto ao* outro, procurando não o substituir em sua tarefa de cuidado ôntico/ontológico. O cuidado não é realizado por alguém, mas com alguém, constituindo-se de forma compartilhada entre diferentes atores.

Carolina chega ao CAPSi diante de um mundo restrito, no qual não consegue ver possibilidades para se projetar de outras formas, senão como tentativas frequentes de suicídio. Ao mesmo tempo que tematiza o abandono, sente com estranheza a aproximação da mãe, vivenciando a perda da familiaridade construída até então. Seu PTS está sendo construído a partir de sua escuta, da escuta da família e dos pontos da rede que entraram em contato com sua história, como o CT, bem como a partir das discussões que realizamos nas reuniões clínicas do CAPSi. Ao entrar em contato com Carolina e a família, presencio suas histórias de vida, que vão se desvelando devagar a partir de nossos encontros, e também as possibilidades que começam a surgir: um quarto construído para ela na casa da mãe, visitar a irmã em São Paulo

ou a irmã mais velha com quem tem uma boa relação e que está mais próxima. Quando Carolina escolhe se cuidar retornando ao CAPSi e aceitando a proposta de um cuidado que chamamos de intensivo naquela semana (no qual viria ao CAPSi todos os dias), foi o momento de retomar o diálogo com a família, enfatizando a importância do cuidado compartilhado naquele momento. Juntos, foi possível verificar as maneiras que tornariam possível sua presença no CAPSi.

Como técnica em saúde mental, cujo olhar está lançado para a abertura de mundo que é cada existência que se apresenta a mim, procurei compreendê-la em seu mundo e no projeto que a sua existência constrói para si. Reconheço em mim a espera que os encontros com os profissionais do CAPSi possam potencializar a sua abertura de mundo e propiciar novas formas de cuidado com a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou responder à pergunta sobre como o olhar sobre a existência pode propiciar o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes a partir do trabalho realizado em um CAPSi. Para isso, buscou refletir, principalmente, sobre a noção de projeto terapêutico singular. As respostas encontradas não correspondem a técnicas previamente formuladas, de acordo com teorias explicativas acerca do humano, menos ainda a respostas relacionadas unicamente à esfera do outro. A partir do caminho percorrido, que levou em consideração o histórico de políticas públicas relacionadas à infância e a apresentação da proposta de atenção psicossocial, foi possível perceber que essa pergunta só pode ser respondida quando eu também me coloco em questão, reconhecendo-me como abertura diante do outro.

Dessa forma, este trabalho respondeu, mesmo que de forma inacabada e parcial, à maneira como eu encontro para estar com as crianças e os adolescentes que chegam até mim. Dentro dessa perspectiva, o PTS é um processo construído junto ao outro, a partir de uma relação de confiança que se inicia logo no primeiro contato que a criança ou adolescente tem com o técnico em saúde mental. Os objetivos do PTS não devem ser pensados considerando a infância e a adolescência como meras passagens para uma vida adulta ideal, nos moldes de uma performance contemporaneamente exigida, mas sim de acordo com os caminhos existenciais que mais se aproximam para aquele ser-aí, de modo a potencializar o cuidado com sua própria existência.

REFERÊNCIAS

ACOLHIMENTO. In: Dicionário Online Houaiss. Disponível em: www.houaiss.uol.com.br. Acesso em: 29/07/2021.

ARAÚJO, T. C.; EVANGELISTA, P. E. R. A; A Psicologia fenomenológico-existencial como elemento da psiquiatria de Franco Basaglia. In: GIOVANETTI, J. P.; CARDOSO, C. L.; EVANGELISTA, P. E. R. A (Orgs.) **Com-textos em Gestalt-terapia e análise existencial**. Estudos produzidos no curso de especialização em psicologia clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

AUN, H. A. **Trágico avesso do mundo**: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores. 2005. 143 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

BARROS, M. **Memórias Inventadas**. Rio de Janeiro, Alfaguara, 2018.

BINSWANGER, L. **Psicoterapia e Análise Existencial**: ensaios, conferências e outros documentos. Rio de Janeiro, Via Verita, 2019.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação**: ensaios de psicanálise existencial. 3ª ed. São Paulo, Duas Cidades, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. - 2ª ed - Brasília, Distrito Federal, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS**. Tecendo redes para garantir direitos. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.

BRITO, M. M. M. Novas formas de pensar o coletivo. In: FERREIRA, T. (Org.) **A Criança e a Saúde Mental**. Enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte, Autêntica, 2004.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CCMS. Hospício de Pedro II - da construção à desconstrução. <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php> Acessado em 28/08/2021.

CIRINO, O. Genealogia da Psiquiatria da Infância. In: KAMERS, M; MARIOTTO, R. M. M; VOLTOLINI, R. (Orgs.) **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo, Editora Escuta, 2015.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL. Início. Belo Horizonte: UFMG, 2021. Disponível em: <https://www.fafich.ufmg.br/cepc/> Acessado em: 28/08/2021.

CYTRYNOWICZ, M. B. **Criança e Infância**. Fundamentos Existenciais Clínica e Orientações. São Paulo, Chiado Editora, 2018.

_____. O Mundo da Criança. **Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse**, n. 9, p. 74-90, 2000.

COUTO, M. C. V; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, Vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>

DEPOLE, B. F. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular: revisão de escopo**. 2019. 184 f. Dissertação. (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

DIAS, F. W. S.; PASSOS, I. C. F. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I. C; PENIDO, C. M. F. P. (Orgs.) **Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes**. Belo Horizonte, Zagodoni Editora, 2017.

EVANGELISTA, P. E. R. A. **Psicologia Fenomenológica Existencial**. A prática psicológica à luz de Heidegger. Curitiba: Juruá Editora, 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FREIRE, C. E. C. Juventude e Atualidade: alguns elementos fenomenológicos para compreendermos a adolescência, **Revista Daseinsanalyse**. Associação Brasileira de Daseinsanalyse, N°- 18, 2020, São Paulo.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2006.

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Itabirito. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itabirito/panorama>. Acesso em 18 de maio de 2021.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em Movimento**. Por um Sociedade sem Manicômios. Rio de Janeiro, Garamond: 2003.

_____. **Intervenções em Saúde Mental**. Um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo, Hucitec Editora, 2020.

OLIVEIRA, E. S. T.; ROSA, A. A.; FREITAS, J. L.; Revisão bibliográfica das publicações acadêmicas sobre a criança na perspectiva fenomenológica. **Revista Abordagem Gestáltica** XXIII (3): 362-371, set-dez, 2017.

PEROTTI, I. S.; HOLANDA, A. F.; MARIOTTI, M. C.; Franco Basaglia e a fenomenologia: um caminho epistemológico por liberdade. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 24, n. 2, p. 2-23, jul/dez. 2020.

SHUBACK, M. S. C. **A perplexidade da presença**. In: HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2006.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.