

PUCRS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA

**INFÂNCIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**INFÂNCIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA**

Tese de Doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Social.

**Porto Alegre**

**2019**  
PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**INFÂNCIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA**

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DRA. KÁTIA BONES ROCHA  
COORIENTADOR: PROF. DR. ADOLFO PIZZINATO

Tese de Doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Social.

Porto Alegre  
2019

## Ficha Catalográfica

G919i Guazina, Félix Miguel Nascimento Guazina

Infância e Reforma Psiquiátrica no Contexto da Saúde Mental no  
Estado do Rio Grande do Sul / Félix Miguel Nascimento Guazina  
Guazina . – 2019.

170.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia,  
PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

Co-orientador: Prof. Dr. Adolfo Pizzinato.

1. Infância. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4.  
Psicologia. I. Rocha, Kátia Bones. II. Pizzinato, Adolfo. III.  
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Kátia Bones Rocha (PUCRS) – Orientadora

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato (UFRGS) – Coorientador

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche (UFRGS)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (UFRJ)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Simone Mainieri Paulon (UFRGS)

Porto Alegre

## **Epígrafe**

*Há um menino, há um moleque, morando sempre no meu coração.*

*Toda vez que o adulto balança ele vem e me dá a mão.*

*[...] e me fala de coisas bonitas que eu acredito que não deixarão de existir.*

*Amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor.*

*Pois não posso, não quero e não devo viver como toda essa gente insiste em viver.*

*E não posso aceitar sossegado qualquer sacanagem ser coisa normal*

*(Fernando Brandt; Milton Nascimento)*

*Menino que guardava água na peneira*

*(Manoel de Barros)*

*Tenho um livro sobre águas e meninos.*

*Gostei mais de um menino que carregava água na peneira.*

*A mãe disse que carregar água na peneira era o mesmo que roubar um vento  
e sair correndo com ele para mostrar aos irmãos.*

*A mãe disse que era o mesmo que catar espinhos na água*

*O mesmo que criar peixes no bolso.*

*O menino era ligado em despropósitos.*

*Quis montar alicerces de uma casa sobre orvalhos.*

*A mãe reparou que o menino gostava mais do vazio do que do cheio.*

*Falava que os vazios são maiores e até infinitos.*

*Com o tempo aquele menino que era cismado e esquisito*

*porque gostava de carregar água na peneira*

*Com o tempo descobriu que escrever seria o mesmo*

*que carregar água na peneira.*

*No escrever o menino viu que era capaz de ser*

*noviça, monge ou mendigo ao mesmo tempo.*

*O menino aprendeu a usar as palavras.*

*Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.*

*E começou a fazer peraltagens.*

*Foi capaz de interromper o voo de um pássaro botando ponto final na frase.*

*Foi capaz de modificar a tarde botando uma chuva nela.*

*O menino fazia prodígios.*

*Até fez uma pedra dar flor!*

*A mãe reparava o menino com ternura.*

*A mãe falou: meu filho vai ser poeta.*

*Você vai carregar água na peneira a vida toda.*

*Você vai encher os vazios com suas peraltagens  
e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao meu pai, Pedro Adair Guazina (in memoriam), por ter me ofertado como herança seu gosto pela leitura e por me ensinar que na prosa da vida pode caber muita poesia.*

*À minha mãe, Adayr Nascimento Guazina, por ter estado comigo em todos os momentos, por sua alegria nas lidas da vida e por me amar incondicionalmente. Teus afagos foram fundamentais para que eu continuasse lutando por tudo em que acredito.*

*Aos meus irmãos, Moacir, Luiz, Andiará e Tânia, por serem, cada qual a sua maneira, o porto onde me abrigo.*

*À Graziela Miolo Cezne e à Vânia Fortes de Oliveira, amigas-irmãs, pela amizade, pela cumplicidade, pelos momentos de intimidade e por cuidarem sempre de mim. O amor de vocês fez e faz total diferença. Sou profundo admirador da Psicologia na qual vocês acreditam e militam.*

*Ao Jackson Peres, por ter estado comigo incansavelmente na reta final da construção da tese e por me mostrar, no cotidiano das nossas vidas, que o amor é a nossa melhor aposta. Teu cuidado comigo tornou os dias de cansaço mais suaves e cheios de poesia.*

*Ao Adolfo Pizzinato, por ter me aceitado e orientado enquanto estive na PUCRS, acolhendo minha temática de estudo e abrindo caminhos de pensamento e reflexão. Tua leveza frente à aridez que a academia apresenta me inspira e tornou o meu processo do doutorado mais leve.*

*À Kátia Bones Rocha, por ter orientado o trabalho na etapa final, por sua leitura sempre atenta, pelos shows compartilhados e por apostar no meu trabalho quando o cansaço batia mais forte. Teu carinho e a leitura sempre respeitosa dos meus escritos fizeram com que a escrita final se tornasse possível.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro recebido na Universidade, sem o qual esse trabalho não poderia ser realizado.*

*Aos colegas e aos amigos do curso de Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), em Santa Maria, pela amizade e pela troca de experiência. Em especial a Marcos Pippi, Felipe Schroeder de Oliveira, Lígia Trevisan, Marcele Zucolloto, Graziela Cezne e Vânia Fortes de Oliveira, por sermos mais do que colegas; por sermos companheiros de luta em tempos de fascismo.*

*Às colegas e amigas tutoras da Residência Multiprofissional de Saúde Mental da UFN, por apostarem comigo que o cuidado em liberdade é nossa maior bandeira de luta.*

*Aos bolsistas do grupo de pesquisa “Psicologia, Saúde, Comunidades” da PUCRS, pela transcrição do material.*

*À Larissa Moraes Moro e à Pâmela de Freitas Machado, pela amizade, pelas boas risadas e por pegarem na minha mão nos momentos de desassossegos. Meu muito obrigado.*

*Ao Bernard Martins Paz e à Vitória Cougo, pela leitura e revisão dos textos.*

*Aos Capsi's, por terem aberto seus espaços para a realização da pesquisa e pelos momentos de aprendizagem coletiva.*

*Às crianças e aos adolescentes dos diferentes serviços que compuseram a minha trajetória profissional.*

## RESUMO

Esta pesquisa buscou compreender as relações que a infância produz no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O reconhecimento da escassez de publicações nessa área juntamente com o cenário de desassistência à população infantojuvenil nas políticas públicas de saúde confirmam, assim, uma lacuna histórica de descaso e negligência enquanto pauta nas agendas da política. Dessa forma, o trabalho justifica-se pela defasagem entre as problemáticas de saúde mental de crianças e adolescentes e serviços articulados de diferentes políticas públicas capazes de produzir intervenções de prevenção e promoção de saúde mental para essa população. A questão norteadora da tese foi entender as noções de infância pautadas pelos profissionais de Psicologia que atuam em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (Capsi) no Rio Grande do Sul. Entende-se que os Capsi's são dispositivos estratégicos de atenção em saúde mental e articuladores de ações de cuidado em processos intra e extrasetoriais. Assim, o objetivo geral do estudo centrou-se em entender e analisar as concepções de infância e cuidado pautadas nas práticas de trabalho dos Capsi's. Compreende-se que a noção de infância como um objeto de conhecimento da ciência é recente e apresenta diferentes vértices de analisabilidade. Os objetivos específicos direcionaram-se para investigar historicamente as noções de infância e cuidado em saúde mental e suas relações com o saber psiquiátrico no âmbito manicomial; entender como a infância vai se constituindo como um saber específico no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul, na interface com o saber psicológico; mapear como se configuram as redes de cuidado em saúde mental infantojuvenil em diferentes municípios do Estado e conhecer as práticas de cuidado de profissionais da Psicologia nos Capsi's. Para construir respostas a esses objetivos, foi conduzida uma pesquisa qualitativo-exploratória, de inserção etnográfica, com nove psicólogas que trabalham em Capsi's de cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas observações participantes e entrevistas semiestruturadas nos serviços com o intuito de compreender as especificidades dos locais e do trabalho das profissionais. A análise dos dados foi sistematizada a partir da Análise Temática proposta por Minayo, uma vez que permite analisar diferentes contextos a partir de significantes, estruturas sociológicas dos enunciados articulados aos processos psicossociais e ao contexto social e cultural. Os resultados apontam que há uma ambivalência na noção de infância nas profissionais frente às demandas do serviço que ora se sustenta a partir de uma perspectiva romantizada e idealizada de infância, ora em um olhar mais contextual e social. Embora haja avanços na política de saúde mental infantojuvenil, observam-se as precariedades da rede e os inúmeros obstáculos na construção de intervenções intersetoriais. Desse modo, este trabalho faz uma reflexão crítica sobre esse cenário e aponta alguns caminhos para o enfrentamento desses desafios.

**Palavras-Chave:** Infância; Saúde mental; Psicologia; Práticas de cuidado.

## ABSTRACT

This research aimed to understand the relationships that childhood produces in the field of Brazilian Psychiatric Reform. The recognition of the scarcity of publications in this area and the scenario of lack of assistance to children and adolescents in public health policies confirm a historical gap of neglect and negligence as a guideline in policy agendas. Thus, this study is justified by the gap between the problems of children and adolescents mental health and articulated services from different public policies capable of producing interventions to prevent and promote mental health for this population. The guiding question of the thesis was to understand the notions of childhood guided by professionals of Psychology that work in Child and Adolescent Psychosocial Attention Centers (Capsi) in Rio Grande do Sul (RS). We understand Capsi as strategic devices of attention in mental health and articulators of care actions in intra and extra-sectoral processes. Thus, the general objective of this study focused on understanding and analyzing the conceptions of childhood and care based on the work practices of Capsi. We understand that the notion of childhood as an object of knowledge of science is recent and presents different vertices of analysability. The specific objectives aimed to historically investigate the notions of childhood and mental health care and their relationship with psychiatric knowledge in the asylum's scope; to understand how childhood is becoming a specific knowledge in the field of mental health in RS in interface with psychological knowledge; to map how mental health care networks for children and adolescents are configured in different cities of RS and to know care practices of Psychology professionals in the Capsi. In order to have answers to these objectives, a qualitative exploratory ethnographic research was carried out with nine female psychologists working at Capsi of five cities in RS. We carried out participant observations and semi-structured interviews in the services to understand the specificities of the places and the work of these professionals. The analysis of the data was systematized from Thematic Analysis, proposed by Minayo, since it allows analyzing different contexts from signifiers, sociological structures of statements articulated to psychosocial processes and to the social and cultural context. The results indicate that there is an ambivalence in the notion of childhood in the professionals concerning the demands of the service, what sometimes is perceived in a romanticized and idealized perspective of childhood, and sometimes in a more contextual and social view. Although there are advances in children and adolescents mental health policies, the precariousness of the network and the numerous obstacles in the construction of inter-sectoral interventions are observed. Thus, this research makes a critical reflection on this scenario and points out some ways to face these challenges.

**Keywords:** Childhood; Mental health; Psychology; Care practices.

## SUMÁRIO

<b>1 PRELÚDIO DE UMA INSCRIÇÃO DE UMA DE TESE.....</b>	<b>13</b>
1.1 Justificativa .....	19
1.2 Em busca de uma metodologia andarilha .....	21
<b>2 ENTRE HISTÓRIAS, DISCURSOS E TRAVESSIAS DA INFÂNCIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>288</b>
2.1 Fragmentos da História da Saúde Mental Infantojuvenil e a Reforma Psiquiátrica.....	288
2.2 A manicomialização de crianças nos hospícios brasileiros.....	31
2.3 Infância e Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	355
2.4 A Psicologia no campo de práticas da saúde mental.....	41
2.5 A infância como uma produção social .....	46
<b>3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
3.1 ESTUDO I: Institucionalização da infância: judicialização e psiquiatrização da infância pobre.....	57
3.2 ESTUDO II : Infância e práticas do cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil..	82
3.3 ESTUDO III: Redes e intersetorialidade na atenção psicossocial para crianças e adolescentes.....	117
3.4 ESTUDO IV: O Devir-Criança como uma aposta às práticas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil.....	141
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE: A ESPERANÇA EQUILIBRISTA.....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>165</b>

## 1 PRELÚDIO DE UMA INSCRIÇÃO DE UMA DE TESE

*A esperança deve estar em nós como expressão das nossas contradições, porque o outro, o doente, é o outro de nós.*

*(Franco Basaglia)*

Esta tese de doutorado se inscreve a partir de leituras, discussões e imbricações do grupo de pesquisa “Identidades, Narrativas e Comunidades de Prática”, da PUCRS, coordenado pelo professor Dr. Adolfo Pizzinato, que infelizmente encerrou suas atividades no meio do processo final do doutorado, em função de outras andanças profissionais, assumidas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na PUCRS, tal grupo desenvolvia pesquisas na área social dentro de uma perspectiva dialógica e construcionista buscando compreender os processos de construção de identidades, narrativas e comunidades de prática a partir de certos marcadores sociais e culturais em análises contextualizadas no campo da saúde pública, comunidades, escolas e famílias. Dentre esses contextos, alguns estudos foram desenvolvidos acerca de transtornos mentais e qualidade de vida (Rocha; Carlotto; Pizzinato, 2013), memórias e narrativas em saúde mental (Scarparo; Pizzinato; Accorsì, 2011); processos de Integralidade em Saúde (Pizzinato *et al.*, 2012) e de apoio social em sujeitos que são acompanhados por programas da assistência social (Pizzinato *et al.*, 2016).

Posteriormente, fui acolhido pela professora Dra. Kátia Bones Rocha, coordenadora do grupo de pesquisa “Psicologia, Saúde e Comunidades”, que, ao assumir como orientadora na reta final, tornou-se importante interlocutora deste trabalho desde a banca de qualificação e aceitou o desafio da orientação neste ano turbulento de mudanças.

Esta tese emerge de certos “lugares” existenciais, de territórios do vivido e de experimentações do acaso que fizeram meu encontro com a temática da infância no atravessamento da minha formação profissional. Acaso como um processo que se situa na imbricação de um devir-psicólogo-pesquisador-clínico. Meu primeiro encontro com a infância e as crianças na condição de profissional psi deu-se ainda na graduação, quando, em um dos estágios de Psicologia Clínica, aceitei o desafio de atender uma criança, embora muito contrariado.

No auge de minha *ignorantia docta*, supunha que eu não seria capaz de atender e acompanhar uma criança. Meu “medo” de “clínico” principiante era de “só brincar” nas intervenções e que esses encontros não tivessem nenhuma potencialidade inventiva e produtora de saúde, como se o “só brincar” não se constituísse, em grande parte, uma intervenção importante e tão intensa de subjetivações. Lembro-me de inúmeras crianças que atendi durante minha experiência de trabalho, as quais nunca tinham visto um “brinquedo de verdade”, desses que a televisão propaga o tempo todo como brinquedos de criança rica-branca-burguesa, mas que me narravam outros modos de viver o mundo infantil, marcados por vulnerabilidades e sofrimento. Devo muito nessa caminhada à minha supervisora na graduação, que me “empurrou” ao desafio de clinicar com crianças naqueles espaços de formação e por não ter me dado como opção não me constituir como um terapeuta de crianças também, apesar da minha rabugice daquela época.

Meu primeiro trabalho como psicólogo foi em um ambulatório de saúde, vinculado a um hospital privado no interior do estado, em que eu era o único psicólogo para atender toda a demanda do ambulatório. Lá desenvolvi diversas atividades tanto clínicas, quanto psicossociais. E mais uma vez o encontro com crianças se constituiu um desafio. Ao lado desse espaço, havia uma escola de ensino fundamental, cuja diretora me entregou uma lista de 120 crianças para “avaliação psicológica”, logo no primeiro dia de trabalho. Surpreso, tateando as primeiras possibilidades de exercício profissional, compreendia que meu primeiro desafio era de não ser capturado pelos discursos escolares-psiquiátricos-psicologizantes, que insistem em dar um nome à “doença” como um engodo ao olhar para a complexidade das questões do universo infantil. Aos poucos, fui compreendendo que muitas crianças que chegavam até a mim, já inscritas em uma “suspeita diagnóstica” que justificasse certos comportamentos escolares, vinham marcadas por diversas situações de violências e vulnerabilidades tanto sociais quanto psíquicas e me contavam de muitas maneiras que buscavam insistentemente outros modos de viver a vida, apesar de suas histórias marcadas por tantas misérias, abusos e padecimentos.

Algum tempo depois, já exercendo a atividade docente no curso de Psicologia e como professor e tutor da Residência Multiprofissional de Saúde Mental, da Universidade Franciscana, na cidade de Santa Maria, RS, vi-me imbuído de articular estágios curriculares em um Capsi e também em uma unidade pediátrica. Essas funções fizeram-me angariar determinados discursos do mandato social os quais produziram

muitos desassossegos em mim e fizeram com que o desejo de começar o doutorado pedisse passagem com uma certa urgência, para que eu pudesse lidar com certas angústias e desassossegos.

Dessassossego por ouvir, de diferentes instituições, nesses últimos anos de trabalho, as queixas rançosas sobre os modos de viver infantis. Pais angustiados que, por diferentes motivos, não sabem como lidar com seus filhos “errantes” e “indóceis e alguns até “infames”<sup>1</sup>. Filhos que andam e bagunçam os quatro cantos da casa, que cirandeam pela escola, mas que, ao mesmo tempo, fogem dos rótulos neurológicos, psiquiátricos, psicologizantes, que indicam caminhos de cuidado. Crianças que insistem em produzir linhas de fugas, traçam outras rotas, outros mapas para além das doses de haldol, ritalinas, rispironas, ou seja, que se constituem para além de “*gotinhas e comprimidos de crianças sem histórias*”<sup>2</sup>. Angústia diante de discursos feito “discos riscados” da instituição-escola que, fragilizada na sua tarefa de educação e desinvestida pelo Estado e pelas políticas públicas, não vislumbra alternativas possíveis senão capturar as potências da infância em nome da ordem, dos bons comportamentos, dos bons costumes e da norma, obviamente com raras exceções.

Docilização de corpos infantis. Medicalização da vida infantil que se manifesta na apatia e no silenciamento das polifônicas narrativas da infância e toma esse silêncio como efeito de sua maior e melhor eficácia. Nisso a Psiquiatria não fracassou. Criou tecnologias invisíveis de manicomialização dos corpos infantis. Insistência em medicar para conformar.

Tristeza pelas nossas dificuldades e dos pais ou responsáveis de inventar outro “criançar”. Lástima de ver profissionais de todos os cenários deixarem no campo do esquecimento “devires-crianceiros”. Esses devires talvez nos auxiliassem a lançarmos sobre o processo de educar como prática de liberdade e facilitariam outros parires de vida. Graças aos movimentos inventivos de vida, as crianças do consultório e dos serviços públicos com que trabalhei insistiam e insistem em debochar e deslocar as normas caducas que aprisionam modos de viver robotizados.

São essas crianças, que têm nos contado através das suas pirraças, das suas frases lançadas ao vento, que precisamos forjar outros modos de estar juntos. Horror, por esta tese ter sido construída no apogeu de um golpe político que vem declarando dia

---

<sup>1</sup> Em referência ao texto de Foucault (2006a) *A vida dos homens infames*.

<sup>2</sup> Referente ao título do capítulo do livro *Gotinhas, comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância*, de Alfredo Jerusalinsky (2011).

após dia o enfraquecimento e a destituição de muitos direitos conquistados arduamente pela população brasileira. No caso da saúde mental, o desmonte e a precarização do investimento nos serviços de saúde mental anunciam novamente os fantasmas dos manicômios e das instituições de carceragem e de sequestro, como diria Foucault (1987), como alternativas sorrateiras do cuidado em saúde mental.

São desses lugares, ora de surpresa, ora de angústia e desassossegos, que são paridas as ideias disparadoras desta tese. A metáfora de parir não é à toa. Já anunciava o escritor-poeta que “*a dor do parto é também para quem nasce, todo parto decreta um pesaroso abandono. Nascer [...] é condenar-se à liberdade*” (Queirós, 2011, p.7). Escrever e finalizar uma tese também. Não há escrita sem sofrimento, na medida em que o que se pode colocar na tese são restos da experiência vivida. Não é a experiência em si. Essa talvez só poderá fazer sentido depois de algum tempo. Assim, a construção de uma tese não é a representação da trajetória de quatro anos, pelo contrário, é um certo decalque, um rastro, um pequeno registro das ideias abertas ao campo da experimentação e das multiplicidades. A escritura só consegue ser um rastro de um movimento, uma marca, uma cicatriz (Rickes, 2002).

Ou como diria Foucault,

*[...] escreve-se porque a vida que se tem ao redor, ao lado, fora, longe da folha de papel, essa vida [...] não é divertida, mas tediosa e cheia de problemas. [...] Escrever, no fundo, é tentar fazer fluir [...] toda a substância, não apenas da existência, mas do corpo, nesses traços minúsculos que depositamos sobre o papel. Não ser mais, em matéria de vida, que essa garatuja ao mesmo tempo morta e tagarela que depositamos sobre a folha branca, é como isso que se sonha quando se escreve. Mas a essa reabsorção da vida buliçosa do buliço das letras nunca chegamos. A vida sempre retoma fora do papel, sempre prolifera, continua (Foucault, 2016, p.66).*

Essa é a crise em que todo o pesquisador implicado com seu tema e seu campo de análise se vê imerso. Como transformar em escrita as nuances de produções em um espaço-tempo, produzidas no encontro de diferentes atores que marcam o exercício de uma possibilidade de resposta perante uma determinada situação-problema. No caso desta tese, a questão norteadora foi entender que infância está pautada no olhar e nas práticas da Psicologia nos Caps Infantis (Capsi) que atendem crianças e adolescentes e como as práticas de saúde são conformadas no cotidiano dos serviços? Por prática de saúde compreendemos a relação que os sujeitos estabelecem consigo e com o mundo a partir de diferentes códigos, regras e normas, produzidas socialmente (Medeiros; Bernardes; Guareschi, 2005). Assim sendo, Foucault (2006b, p.164) nos anunciava “*que*

*cada sociedade tem a loucura que merece*”, já que a sociedade vai produzindo diferentes tipos de sofrimentos e loucuras frente a diversas configurações e demandas do social. E a partir disso, como costurar essas questões sem cair em discursos totalizantes e precarizados que não fiquem amarrados em si mesmos, encarcerados em saberes e discursos totalitários.

Diante disso, a escrita da tese se constrói a partir desses vestígios, de rastros que a experiência e o exercício de pesquisar convocam a quem se atreve a caminhar pelo campo das incertezas e de exposição aos seus objetos de investigação (Ribeiro, 1999). Não há ciência neutra, senão interessada (Pasche; Passos, 2008). Portanto, *“escrever para mim é na maioria das vezes conduzido e exigido pelas marcas: dá para dizer que são as marcas que escrevem [...]; nesta aventura encarna-se um sujeito, sempre outro: escrever é traçar um devir”* (Rolnik, 1993, p. 243).

Assim, nas últimas caminhadas profissionais, a temática da infância foi se constituindo como um campo de problematização importante a partir de um encontro aleatório com a aula de Michel Foucault de 12 de dezembro de 1973 intitulada “A constituição da criança como alvo de intervenção psiquiátrica”, na qual se discute em que momento histórico se dá o encontro da Psiquiatria com o campo da infância e quais as estratégias de intervenção do poder psiquiátrico (Foucault, 2006c). Desde esse encontro, a questão do lugar da infância na Reforma Psiquiátrica Brasileira tornou-se parte constituinte dos encontros de supervisão, orientações e formulações de propostas de pós-graduação e residência na Universidade de que faço parte. A história de internação de crianças em manicômios no mundo e no Brasil, história essa tão mal contada e subnotificada no campo inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresentou uma realidade que eu não conhecia: de que as crianças sofreram situações muito semelhantes aos adultos nos hospitais psiquiátricos do mundo inteiro, com práticas de negligência, violência e privação de liberdade. Liberdade esta tão importante à Psiquiatria Democrática Italiana. A famosa frase enunciada de que a liberdade é terapêutica trouxe a possibilidade de pensar como têm se dado as práticas de cuidado a partir dos Centros de Atenção Psicossociais voltados às Crianças e aos Adolescentes. Se a questão da liberdade provocou certo alento aos processos de institucionalização da loucura e possibilitou a construção de práticas emancipatórias no campo da saúde mental, a liberdade dos ditos loucos suscitou uma impiedosa questão: como construir um processo de intervenção em que a loucura, ou os diferentes modos de ser e habitar o

mundo e de (re)habitar o cenário da pólis, sem fazer desse processo uma homogeneização da diferença retirando da loucura seus processos desterritorializantes e desarrazoados (Pelbart, 1990). Essa questão torna-se mais perigosa quando se trata de crianças depositadas nos diferentes manicômios do Brasil e do mundo e colocadas em suspensão de liberdade.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada na construção italiana, constituiu-se como um amplo processo de luta e transformação do modelo asilar de tratamento e cuidado dos antigos parques manicomiais espalhados pelo mundo. Franco Basaglia e suas experiências em Gorizia e Trieste na Itália serviu de inspiração à transformação da cena manicomial, desconstruindo o paradigma asilar e criando uma rede de cuidados em saúde mental através de serviços substitutivos de base territorial, libertária, inclusiva e solidária (Andreoli; Vieira, 2014). No Brasil esse processo ocorre a partir dos anos 1970 em um momento de luta pela redemocratização do país, depois de longos períodos de uma ditadura militar austera, que se manteve mediante práticas repressoras como forte intervenção político-militaresca na vida tanto privada quanto coletiva.

A insurgência de uma Constituição Cidadã em 1988, ao tomar a saúde como direito de todos os brasileiros e centrar no Estado a garantia desse direito, serviu de mote esperançoso de que outra forma de cuidar era possível, consubstanciada em princípios e diretrizes que garantissem um cuidado integral, com equidade e universalidade, oficializando, assim, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Alinhada com a proposta do SUS, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) emerge como uma tentativa de radicalização da transformação nos modos de operar em saúde mental visando à superação do manicômio na condição de instituição prioritária no cuidado da saúde mental e criando e fortalecendo serviços e dispositivos em uma rede articulada entre diversas políticas.

Em 2018 celebrou-se dezessete anos da lei de Reforma Psiquiátrica no nosso país. De lá para cá aconteceram muitos avanços e alguns desafios. Quanto aos avanços, pode-se observar a ampliação da rede de cuidados nos territórios do vivido, a luta diária de muitos trabalhadores-militantes que, em seu cotidiano de prática, tentam superar as barreiras de concreto dos antigos manicômios, mas, muito mais que isso, tentam desconstruir os paradigmas psiquiatrizantes e os manicômios mentais dos serviços,

mesmo coexistindo nos serviços discursos e práticas totalitárias impeditivos de produção de saúde, a partir de uma ideologia moral.

Desse modo, tanto na experiência italiana quanto na brasileira, o foco se deu sobre a saúde mental de adultos psicóticos e posteriormente de usuários de álcool e outras drogas. A Política de Saúde Mental Infantojuvenil (PSMIJ), que se inaugura no Brasil, é um esforço de superar a lacuna histórica, na medida em que o Estado delegava à filantropia e às associações de pais e familiares o cuidado de crianças com deficiências e transtornos mentais. Essa política busca também superar práticas institucionalizantes, ancoradas em uma lógica higienista e em uma bancada de proteção, que reforçavam o abandono e a exclusão de milhares de crianças que foram reclusas em abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos (Amstalden; Hoffman; Monteiro, 2016).

### 1.1 Justificativa

No Brasil e em diversos países do mundo, é evidente a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e uma rede de serviços capaz de produzir prevenção, promoção e reabilitação em saúde mental (Salmon, 2004; Couto; Duarte; Delgado, 2008; Paula *et al.*, 2014). Especificamente no nosso país, é muito recente o reconhecimento pelas instâncias governamentais de que a saúde mental destinada a crianças e adolescentes se configura como um problema de saúde pública. Até pouco tempo, as políticas sociais existentes estavam pautadas ou no campo da educação ou no da assistência social com frágeis inserções no território da saúde.

Um dos fatores que dificulta essa discussão refere-se ao sistema de cuidado em saúde mental. Quando se trata de proteção e cuidado integral à criança, é necessária uma rede complexa, composta de diversos setores, tais como a atenção básica, educação, assistência social e justiça, que na maior parte das vezes operam de forma isolada, o que reflete nas ações sobre crianças e adolescentes com problemas mentais (Couto; Duarte; Delgado, 2008). De certa maneira, o que ocorre é um cenário de desassistência e descuido com crianças e adolescentes com problemas psíquicos (Couto, 2004). Nesse sentido, a autora afirma que, em nome da tutela e da proteção, muitos descaminhos são construídos, submetendo as crianças e os adolescentes ao silenciamento de suas palavras, à violência institucional ou à intervenção normativa dos especialistas. Nesse aspecto, a infância fica à mercê dos discursos de especialistas, sejam eles médicos ou juízes.

Outro agravante que justifica esta pesquisa é a medicalização da infância. Segundo Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013), o Brasil é o segundo maior consumidor de Ritalina no mundo, sendo os EUA o primeiro nesse ranking. Ainda não há, no contexto de pesquisa e assistência, uma efetiva discussão sobre os rumos do cuidado medicamentoso na infância. Considerando o exposto, na contextualização do objeto de pesquisa, emergem alguns problemas. O primeiro diz respeito à conceituação da infância no campo da pesquisa em saúde mental e na Psicologia e o segundo refere-se à ausência de estudos consistentes que discutam a saúde mental infantil no contexto das políticas públicas no país. Portanto, este trabalho apresenta na primeira parte um breve percurso acerca da concepção de infância e na segunda parte o modo como a criança vai se construindo como um campo de investigação para a Psiquiatria e a ciência psicológica.

Diante do exposto, a proposta de tese circunscrevia-se na seguinte formulação: **as noções de infância<sup>3</sup> na prática de trabalho dos profissionais dos Capsi's produzem e conformam modos de cuidar a infância que apresenta questões de saúde mental.** Dessa maneira, o *objetivo principal* da tese foi analisar as concepções de infância e o cuidado no cenário das práticas de saúde mental infantil na rede pública do Rio Grande do Sul. Os *objetivos específicos* direcionaram-se para investigar historicamente as noções de infância e o cuidado em saúde mental e suas relações com o saber psiquiátrico no âmbito institucional manicomial; entender como a infância vai se constituindo como um saber específico no campo da saúde mental institucionalizada no Rio Grande do Sul na sua interface com o saber psicológico; mapear como se configura atualmente a rede pública de cuidados de saúde mental infantil no estado do Rio Grande do Sul e, por último, conhecer as práticas de cuidado dos profissionais da Psicologia na atenção de crianças nos serviços públicos de saúde mental do Rio Grande do Sul.

---

<sup>3</sup> Optou-se neste trabalho por discutir as questões voltadas à infância nos Capsi's. No entanto, entende-se que as questões relativas à adolescência são fundamentais no campo da saúde mental e no trabalho dos Capsi's. Reconhece-se também a invisibilidade que os adolescentes apresentam nas discussões de saúde mental. Por compreender que o campo da adolescência tem suas especificidades e merecia outro estudo bem articulado e devidamente contextualizado que se decidiu restringir essa discussão à temática da infância (Oliveira, 2018).

## 1.2 Em busca de uma metodologia andarilha

Trata-se de uma pesquisa qualitativo-exploratória, de inserção etnográfica, cujo objetivo norteador foi compreender como a infância estava pautada nas práticas de cuidado nos diferentes Capsi's e como as práticas da Psicologia vão se constituindo a partir das relações estabelecidas nos serviços de saúde. A escolha dos Capsi's se deu por conveniência e por alguns critérios de inclusão. Dos dezesseis<sup>4</sup> serviços cadastrados na SES/RS, foram selecionados cinco. A etnografia é um modo de pesquisar com base na observação participante em grupos comunitários, convocando o pesquisador a estar comprometido com a realidade pesquisada em uma relação horizontalizada entre pesquisador-sujeitos da pesquisa (Angrosino, 2009; Creswell, 2014).

A entrevista semiestruturada (Apêndice A) e o diário de campo tornaram-se instrumentos importantes na produção de conhecimento. O desafio foi grande: contatar primeiramente cinco municípios distintos, cada um com protocolo e burocracia específicos para a apreciação crítica do projeto, a fim de conseguir uma carta de autorização<sup>5</sup> para o devido encaminhamento ao comitê de ética via Plataforma Brasil. Em alguns casos, foi realizado contato diretamente com a prefeitura ou com a coordenação do Capsi; em outras cidades, o projeto passou pelos trâmites junto ao NEPeS (Núcleo de Educação Permanente da Saúde).

Dessa forma, cinco cidades foram se desenhando como possibilidades de itinerâncias e interlocuções sobre a infância e o cuidado em saúde mental. Memórias afetivas foram compondo os cenários de pesquisa misturados ao olhar virgem de territórios desconhecidos e embrenhados em encontros inusitados com a pólis. Portanto, o caminhar se tornou, nesse campo de trabalho, um importante dispositivo de pesquisa, como uma resistência a uma desumanização do presente (Le Breton, 2017). Para o autor, o caminhar pela cidade, o vagar sem uma meta concreta, o caminhar como silêncio são formas de resistência política. Percorrer e experimentar lugares torna-se uma ferramenta de pesquisa, já que permite que nos perguntemos quais lugares habitamos nos coletivos e possibilita o olhar para outras aragens e territórios de existência (Diehl; Maraschin; Tittoni, 2006). Nesse sentido,

---

<sup>4</sup> Dados do ano de 2016, ano de submissão do projeto de tese ao comitê de ética. Atualmente o estado conta com 21 Capsi's habilitados (Oliveira, 2018).

<sup>5</sup> Em anexo no final do trabalho.

*a marcha lhe permite advertir como é bonita a Catedral, como é brincalhão o gato que se esconde por ali, as cores do pôr do sol, sem qualquer finalidade, porque toda sua finalidade é esta: a contemplação do mundo. Frente a um utilitarismo que concebe o mundo como um meio para a produção, o caminhante assimila o mundo que as cidades contêm como um fim em si mesmo. E isso, claro, é contrário à lógica imperante. Daí a vinculação com a loucura (Le Breton, 2017, s/p).*

Diante do exposto, para além das entrevistas, o diário constituiu-se como técnica de registro de trabalho em campo como uma “escrita do presente”, que se dá na imbricação do nível individual ou coletivo, uma escrita transversal, de fragmentos, pois o vivido é praticamente impossível de ser redigido, em virtude de sua complexidade. Ele incita um movimento de reflexão sobre a própria prática, visto que, ao pôr em cena o exercício da escrita, este se constitui um momento de reflexão sobre e com o vivido (Pezzato; L’Abbate, 2011). Para Hess (1988), a escrita do diário é uma maneira de analisar a imbricação de diferentes dimensões, sejam elas individuais, organizacionais ou institucionais, a partir de um lugar específico e privilegiado que é tornar-se sujeito do processo de escrever a análise da relação sujeito-objeto baseada em elementos tanto do nível simbólico quanto real.

Participaram do estudo nove psicólogas, através de uma entrevista semi-dirigida (Apêndice A) e da construção de diários de campos, no período de março a outubro de 2018. Os diários foram sendo tecidos em meio às itinerâncias entre as viagens, visitas, participação em reunião de equipe, atividades oferecidas pelos serviços e vivências de intervenção do pesquisador nos cenários de prática que serviram de base para a construção dos artigos apresentados que compõem o arsenal das redes de conversação que compuseram a tese.

Todas as psicólogas foram convidadas a fazer parte do estudo, após a participação em reunião de equipe nos Capsi, exceto um dos municípios, em que o convite se deu via e-mail, por dificuldades de inserção do pesquisador em campo. As entrevistas tiveram duração média de uma hora e foram realizadas nos Capsi’s. Elas tiveram como objetivo principal compreender como se conformam as redes de cuidado à infância e à adolescência em seus municípios e as ações de intersetorialidade, que abordam aspectos sobre o cotidiano de práticas nos serviços.

O material da entrevista foi gravado, transcrito e posteriormente apagado. Após a transcrição, o material foi submetido à Análise Temática de Minayo (2010), uma vez que ela permite analisar diferentes contextos a partir de significantes, estruturas sociológicas dos enunciados articulados aos processos psicossociais e ao contexto social e cultural. Após a leitura dos materiais, o primeiro passo da análise foi a realização de uma pré-análise, com o objetivo de formular unidades de registro e de contexto. O segundo passo consistiu na codificação dos registros a partir dos conceitos teóricos e epistemológicos que sustentam a temática de pesquisa. Depois dessa fase, mediante a leitura flutuante, consideraram-se os critérios de representatividade, pertinência e exaustividade. Com base nas transcrições, construíram-se eixos de analisabilidade para embasar a argumentação das ideias. No entanto, esses eixos são meramente didáticos e emergem das vivências do pesquisador no campo de estudo e das leituras das transcrições e cotidianidades dentro dos serviços.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número 72820517.7.0000.5336. Para garantia do sigilo na composição dos artigos, cada Capsi foi representado pela letra M seguido de uma numeração; e os participantes, com a letra P com identificação numérica.

*Tabela 1- Tabela sobre a caracterização dos participantes*

<i>Participantes</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempos de Formação</i>	<i>Tempo no Serviço</i>	<i>Especialização</i>
<i>Participante 01 M1</i>	<i>47 anos</i>	<i>24 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento</i>
<i>Participante 02 M1</i>	<i>42 anos</i>	<i>15 anos</i>	<i>10 anos</i>	<i>Especialização em Educação Infantil</i>
<i>Participante 03 M1</i>	<i>26 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Especialista em Saúde Mental</i>
<i>Participante 04</i>	<i>38 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>Especialista em Terapia Cognitivo-</i>

<b>M2</b>				<i>Comportamental</i>
<b>Participante 05</b>	<i>29 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>11 anos</i>	<i>Especialista em Libras e Psicopatologia e Psicodiagnóstico infantil</i>
<b>M2</b>				
<b>Participante 06</b>	<i>30 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>6 anos</i>	<i>Psicologia Clínica da Infância e da Adolescência</i>
<b>M2</b>				
<b>Participante 07</b>	<i>23 anos</i>	<i>3 anos</i>	<i>1 ano</i>	<i>Psicologia do Trabalho</i>
<b>M3</b>				
<b>Participante 08</b>	<i>33 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>5 anos</i>	<i>Especialista em Psicologia Clínica</i>
<b>M4</b>				
<b>Participante 09</b>	<i>50 anos</i>	<i>24 anos</i>	<i>12 anos</i>	<i>Especialização em Práticas Pedagógicas e Mestrado em Psicologia Social</i>
<b>M5</b>				

*Tabela 2 – Tabela sobre a caracterização dos serviços*

<b>Serviços</b>	<b>Portaria</b>	<b>Tempo de funcionamento</b>
<i>Capsi M 01</i>	<i>PT 294, de 27 de abril de 2006</i>	<i>12 anos</i>
<i>Capsi M 02</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>
<i>Capsi M 03</i>	<i>PT 385-SAS</i>	<i>03 anos</i>
<i>Capsi M 04</i>	<i>PT 541, de 05 de outubro de 2007</i>	<i>11 anos</i>
<i>Capsi M 05</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>

Para percorrer por tais objetivos, a tese foi composta por um capítulo de marcadores teóricos e epistemológicos que sustentam o trabalho e três artigos intitulados “*Institucionalização da infância: judicialização e medicalização da criança pobre*”; “*Infância e práticas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil*”; “*Redes e intersectorialidade na atenção psicossocial para crianças e adolescentes*” e por último uma proposta de capítulo de livro intitulada “*O devir-criança como aposta às práticas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil*”.

O primeiro artigo discute os processos de institucionalização da infância, a partir de dois eixos de análise: a judicialização e a medicalização da criança pobre. Um dos pontos de intersecção desses eixos é discutido pela emergência dos discursos que caracterizam a criança pobre como uma questão social, através de discursos disciplinares, educacionais e de cuidado. O segundo artigo, de natureza empíria, apresenta as noções de infância pautada nas práticas de trabalho de psicólogas nos Capsi, discutindo as potências e obstáculos de trabalho voltado à saúde mental da criança e do adolescente (SMCA). O terceiro estudo, aborda as redes de cuidado de crianças e adolescentes a partir da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e o campo da intersectorialidade, destacando os (des)caminhos de suas constituições nos cotidianos de prática dos serviços. E o último trabalho, apresenta-se como proposta de capítulo de livro, apoiado no conceito de devir-criança como uma aposta ética-político na construção de práticas de cuidado emancipatórias alinhada com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## Referências

- Amstalden, A. L. F.; Hoffmann, M. C. C. L.; Monteiro, T. P. M. (2016). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanak, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 33-45.
- Andreoli, C.; Viera, V. (2014). A assistência prestada ao portador de transtorno mental em um município do estado do Paraná. *Diálogos & Saberes*, 10 (1), Mandaguari, p. 35-46.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Creswell, J. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3ª ed. Porto Alegre: Penso.

- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a prática e a clínica*. Belo Horizonte: Autêntica, 61-74.
- Couto, M. C.; Duarte, C.; Delgado, P. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30(4), 390-398.
- Decotelli, K. M.; Bohrer, L. C.; Bicalho, P. P. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância, e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia ciência e profissão*, 33(2), 446-459.
- Diehl, R.; Maraschin, C.; Tittoni, J. (2006). Ferramentas para uma psicologia social. *Psicologia e Estudo*, 11(2), 407-415.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. 33ª ed. Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_. (2006a). A vida dos homens infames. In: \_\_\_\_\_. *Ditos e escritos IV: Estratégia-Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 203-222.
- \_\_\_\_\_. (2006b). A loucura só existe em uma sociedade. In: \_\_\_\_\_. *Ditos e escritos I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 161-164.
- \_\_\_\_\_. (2006c). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1974/1984)*. São Paulo: Martins.
- \_\_\_\_\_. (2016). *O belo perigo: conversa com Claude Bonnfoy*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Hess, R. (1988). Uma técnica de formação e de intervenção. In: Hess, R.; Savoye, A. (orgs). *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle*. Paris: Méridiens Klincksieck, 119-138.
- Jerusalinsky, A. (2011). Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: Jerusalinsky, A.; Fendrik, S. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Via Lettera, 231-242.
- Le Breton, D. (2017). Entrevista: Ficar em silêncio e caminhar são hoje duas formas de resistência política. *Revista IUH Unisinos*. São Leopoldo: Unisinos, s/p. Recuperado de: <<http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/572949-ficar-em-silencio-e-caminhar-sao-hoje-em-dia-duas-formas-de-resistencia-politica>>.
- Medeiros, P. F.; Bernardes, A. G.; Guareschi, N. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. In: *Psicologia teoria e pesquisa*, 21(3), p 263-269.
- Minayo, M. (2010). Técnicas de análise do material qualitativo. In: \_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 303-360.
- Oliveira, C. (2018). A desinstitucionalização da infância e adolescência: o estatuto da criança e do adolescente e a reforma psiquiátrica (se) movem. In: Paulon, S.; Oliveira, C.; Fagundes, S. *25 anos da lei de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do RS, p. 284-309.
- Pasche, D.; Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *Revista de saúde pública*, 1(1), Florianópolis, 92-100.

- Paula, C. *et al.* (2014). The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions, *PlosOne*, 9(2), p. e88241
- Pelbart, P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, A. (org). *SaúdeLoucura*2. São Paulo: Hucitec, 131-138.
- Pezzato, L.; L'Abbate, S. (2011). O uso do diário como ferramenta de intervenção. *Physis, Revista de saúde coletiva*, 21(4), Rio de Janeiro, 1297-1314.
- Pizzinato, A. *et al.* (2012). Integralidade à saúde da mulher e psicologia: análise da produção científica brasileira. *Psicologia Argumento*, 30, p. 719-729.
- \_\_\_\_\_. (2016). Apoio social e familiar nos indivíduos acompanhados pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) em Porto Alegre. *Cadernos de Estudos – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação*, 27, 189-192.
- Queirós, B. C. (2011). *Vermelho amargo*. São Paulo: Cosac Naify.
- Ribeiro, R. (1999). Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. *Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, 11(1), 189-195.
- Rocha, K.; Carlotto, M.; Pizzinato, A. (2013). Transtornos mentales comunes y calidad de vida: un estudio de trabajadores del sector público. *Apuntes de Psicología*, 31, p. 283-290.
- Rolnik, S. (1993). Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, 2(1), p. 241-251.
- Rickes, S. M. (2002). A escritura como cicatriz. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 27(1), p. 51-71.
- Salmon, G. (2004). Multi-agency collaboration: the challenges for CAMHS. *Child and Adolescent Mental Health*, 4(9), p. 156-161.
- Scarparo, H.; Pizzinato, A.; Accorssi, A. (2011). Contextos, processos e memórias: narrativas sobre saúde mental nas décadas de sessenta e oitenta no Brasil. In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(1), Rio de Janeiro, p. 333-352.

## 2 ENTRE HISTÓRIAS, DISCURSOS E TRAVESSIAS DA INFÂNCIA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

### 2.1 Fragmentos da História da Saúde Mental Infantojuvenil e a Reforma Psiquiátrica

*Onde é que vocês pensam que vão? [...] Tem que ser selado, registrado, carimbado, avaliado, rotulado, se quiser voar. Pra lua, a taxa é alta, pro sol: identidade. Mas já pro seu foguete viajar pelo universo é preciso do meu carimbo dando o sim.<sup>6</sup>*

A história da saúde mental da infância e da adolescência apresenta um passado muito recente. Ao realizar uma revisão de literatura acerca dessa temática, observa-se que a sociedade em distintos períodos construiu diferentes dispositivos e instituições de exclusão da diferença em nome daquilo que se compreendia, em cada formação histórica, como normal ou anormal. Nesse sentido, a instituição psiquiátrica no começo do século XIX se torna a entidade privilegiada de inclusão da loucura em diferentes instituições, e o nascimento da Psiquiatria como uma área de conhecimento e prática da Medicina emerge, na medida em que o médico faz um encontro com a experiência da loucura, mais especificamente, um encontro com a doença. Dessa maneira, houve uma maciça internação de pessoas ditas anormais em todos os cantos do mundo, através da pulverização das instituições manicomiais, destinadas a todos aqueles considerados infames pela história, ou seja, os pobres, os vagabundos, os cabeças alienadas, as prostitutas, etc. (Foucault, 2007; Foucault, 2010). A marca histórica desses acontecimentos centrava-se, em grande parte, na população adulta.

No entanto, a partir do século XIX, observa-se a inscrição da internação de crianças e adolescentes no interior dos hospícios no mundo. Desiré Magloire Bourneville foi um médico alienista francês que se dedicou aos estudos das doenças mentais e nervosas infantis e foi chefe do serviço de médico infantil do Hospital Bicetrê em Paris. Ele propôs, a partir de sua inserção nesse contexto, um método médico-pedagógico que atingisse hábitos cotidianos das crianças com o objetivo de produzir uma certa independência (Silva, 2009; Müller, 2000). Müller (2000), ao analisar um texto publicado por Bourneville no começo dos anos de 1900, afirma que esse processo

---

<sup>6</sup> Carimbador maluco. Música composta por Raul Seixas.

educativo começaria desde a educação do andar, das faculdades sensoriais, da higiene pessoal, para depois passar para a educação formal escolar, sendo uma proposta de controle e repressão de comportamentos.

Na aula do dia 12 de dezembro de 1973, no Collège de France, intitulada “A constituição da criança como alvo de intervenção psiquiátrica”, Michel Foucault interroga em que momento a infância se torna objeto de investigação da Medicina e mais especificamente da Psiquiatria. Foucault (2006) defende que as casas de saúde para crianças aparecem no final do século XIX, com o intuito de serem um dispositivo de vigilância sobre os critérios de normalidade, como exposto no excerto abaixo:

*A vigilância da criança tornou-se uma vigilância em forma de decisão sobre o normal e o anormal; começou-se a vigiar seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade; é então que vemos emergir justamente toda essa patologização da criança no interior da própria família (Foucault, 2006, p.154).*

Essa vigilância começa a acontecer a partir do que Foucault define por

*[..] controle da postura, dos gestos, da maneira de se comportar, o controle da sexualidade, os instrumentos que impedem a masturbação, etc., tudo isso penetra na família por uma disciplinarização que se desenrola no começo do século XIX e que terá por efeito que a sexualidade da criança tornar-se-á finalmente objeto de saber, no interior da própria família, por essa disciplinarização. E com isso a criança vai se tornar alvo central da intervenção psiquiátrica (Foucault, 2006, p.155).*

A infância para Foucault vai se tornando o centro da intervenção psiquiátrica de uma forma indireta, já que o adulto “louco” começa a ser interrogado precisamente sobre a sua infância (Foucault, 2006). De algum modo, a psiquiatrização da infância não estava determinada à criança “louca”, mas, em um primeiro momento, destinada à criança “imbecil”, à criança “idiota”. Assim, no asilo manicomial, as crianças começam a conviver com o adulto “louco”, sem distinção de tratamento e sem uma linha de cuidado específica. Eram nas problemáticas do normal/anormal que se balizavam as conceituações patológicas sobre a infância, em uma relação opositiva de saúde/doença, ordem/desvio, normal/patológico, baseada na história de vida e na relação do indivíduo com o meio (Canguilhem, 2010). Para o autor, não se trata de um saber sobre o homem normal, mas sobre o homem normativo. Por conseguinte, o saber médico vai tecendo relações de analisibilidade da infância como sendo uma categoria da Medicina, na sua relação com a cultura, legitimando diversos saberes sobre as crianças (Rustoyburu, 2013).

No que tange ao próprio nascimento da Pediatria e da Psiquiatria como especialidades da Medicina surgem não como ciências voltadas para uma idade da vida, compreendendo o corpo infantil como inconclusivo, com o intuito de atender crianças doentes. Um dos critérios estabelecidos na época era pensar a infância entre a concepção de criança normal e anormal, com fortes correlações sociais (Pereira, 2006). A criança pobre, mais do que crianças com outros recortes de classe, foi alvo dessa investigação baseada em critérios fenotípicos e tentativas de relacionar fatores de risco a determinadas características comportamentais, de recorte de gênero e raça (Lobo, 2015a).

Desta forma, a infância enquanto centro da intervenção psiquiátrica vai ser alicerçada em duas grandes categorias: a do imbecil e do idiota (Foucault, 2006). Essas categorias emergem a partir de duas grandes perspectivas: a monstruosidade física, pautada nas explicações de atraso de desenvolvimento cognitivo; e a monstruosidade moral, calcada na ausência de intelecto e na desordem dos instintos. Ou seja, a loucura não era considerada um desvio da norma da idade infantil. A relação da Psiquiatria com o infantil não aparece como um discurso primeiro do *enfant* louco, mas de uma figura tão importante ao alienismo vigente: o “idiota”, como exemplar fidedigno das teorias do desenvolvimento e da embriologia (Lobo, 2015b). Nesse sentido, as teses do psiquiatra Bénédict Morel, baseadas no modelo de degenerescência moral, consubstanciadas a partir de certos traços hereditários, sustentavam as morbidades psiquiátricas na espécie humana, subsidiadas nas afirmativas da degradação da natureza que se dava em diferentes níveis de complexidade (Serpa Jr., 2010). Consequentemente entende-se que não foi exatamente a criança “louca” que emergiu como uma problemática clara à Psiquiatria, mas a criança “idiota” atribuída por sua monstruosidade física e moral (Lobo, 2015a; Lobo, 2015b).

Nesse sentido, Foucault afirma que foi a partir da infância que a psiquiatrização do poder psiquiátrico pôde-se realizar, como se percebe no trecho abaixo.

*[...] Em todo o século XIX foi principalmente a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; foi muito mais a criança do que o adulto; [...] é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária-instituição pedagógica, modelo de saúde-sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico (Foucault, 2006, p. 256).*

Ademais, o autor afirma que essa psiquiatrização da infância é sustentada por uma dupla constatação: a descoberta da criança “louca” e a consideração dessa infância

como lugar da origem da doença mental. Isso se dá a partir de uma investigação sobre um arcabouço de anamneses, de interrogatórios dos doentes e de suas famílias e de relatos de história de vida.

Desse modo, o campo de intervenção médico-psiquiátrico foi se constituindo como um dispositivo regulador do normal e do patológico sobre a criança (Kamers, 2013). Para além do manicômio, muitas crianças foram submetidas a um funcionamento de um conjunto de instituições disciplinares, tais como a família, a escola, a igreja, o hospital, o asilo, sendo tomadas como primitivas, selvagens, dependentes, carentes e frágeis (Hillesheim; Guareschi, 2007). No asilo manicomial, as crianças convivem com o adulto “louco”, sem distinção de tratamento e sem uma linha de cuidado específica. O processo de institucionalização manicomial foi o destino de muitas crianças no mundo todo.

## 2.2 A manicomialização de crianças nos hospícios brasileiros

*Procurando bem todo mundo tem pereba,  
marca de bexiga ou vacina e tem piriri tem  
lombriga, temameba, só a bailarina que não tem.*<sup>7</sup>

No que diz respeito ao cenário nacional, Ribeiro (2006) afirma que a saúde mental infantil, considerada como campo de estudos e intervenção, não teve sistematização até o século XIX, quando emergem as primeiras teses da Psicologia e da Psiquiatria, com a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospital Dom Pedro II, em 1852 na cidade do Rio de Janeiro. O pavilhão-escola Bourneville, concebido dentro do Hospício Nacional dos Alienados, na cidade do Rio de Janeiro, foi a primeira instituição destinada ao tratamento de crianças anormais. Foi criado em 1904, quase meio século depois da fundação do hospício, com base em diversas denúncias sobre os modos de assistência às crianças no hospital em época anteriores, marcados por diferentes maus-tratos, negligências e abusos (Silva, 2009). De acordo com Müller (2000), foi criada uma sindicância em 1902 para averiguar a situação das crianças na instituição. A pauta principal eram as constatações do estado de promiscuidade a que estavam expostas as crianças do hospício.

---

<sup>7</sup> Ciranda da bailarina, música composta por Chico Buarque e Edu Lobo.

A partir disso, foi sugerida a separação de crianças de adultos dentro do manicômio. Dentre os diagnósticos mais recorrentes daquela época, estavam os de idiotia, paralisia, epilepsia e quadros de degeneração (Silva, 2009). Em 1908, havia 58 crianças internadas, 32 meninos e 26 meninas (Müller, 2000). As formas de tratamento no campo psiquiátrico tiveram preponderantemente aspectos similares em muitas partes do mundo, como nos famosos hospitais parisienses de Bicêtre e Salpêtrière (Silva, 2009). Uma das características do hospital psiquiátrico é configurar-se como uma instituição total. Esse tipo de instituição caracteriza-se como um local onde um grande número de sujeitos em uma situação semelhante é separado da sociedade passando a viver uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1999).

Amarante (2000) traz um registro histórico de uma visita de Olavo Bilac à instituição na época referida.

*[...] Antigamente as creanças idiotas asyladas no Hospicio viviam n'uma sala apenas aumentada, de rojo no chão, gritando e gargalhando, sem ensino, como animaes malfazejos ou repulsivos. Eram asyladas e alimentadas – e cifrava-se n'isso toda a assistência que lhes dava o Estado. Aquillo era para ellas o limbo sem esperança. Uma vez entradas alli, como creaturas incuraveis, alli ficavam crescendo ao acaso, condemnadas ao idiotismo perpetuo, ou votadas em futuro proximo ou remoto à loucura furiosa, à demencia, à paralyisia geral, e à morte. Inuteis a si mesmas e inuteis a sociedade, os pequeninos idiotas assim ficavam como rebotalho maldito da vida, flores gangrenadas, logo ao nascer, sem promessa de melhor sorte (Amarante, 2000, p 310).*

Em pesquisas realizadas no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), na cidade de Porto Alegre, RS, observa-se que, na mesma época em que o Pavilhão Bourneville foi inaugurado no Rio de Janeiro, crianças começam a ser internadas na capital gaúcha.

*Uma menina de oito anos é internada no Hospício São Pedro em 1904. Ela vem de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul e chega ao hospital por encaminhamento da Chefatura de Polícia, uma espécie, na época, de delegacia (parte da força policial do Estado). O motivo da baixa que consta em seu prontuário é “idiotismo”, enquanto que em seu diagnóstico aparece “oligofrenia”, “idiotia/infelicidade” e “degeneração”. Junto ao diagnóstico, está presente a caracterização “linfática fraca”, e ainda constam as informações de que é solteira, de cor branca e pertencente à 4ª classe – categoria interna à nomenclatura do hospital que indica a situação de pobreza ou de indigência (Silva; Hartmann; Scisleski; Pires et al., 2008, p.451).*

Chamam a atenção os diagnósticos na época que justificavam a internação: idiotismo, infelicidade, oligofrenia e degeneração. No entanto grande parte dessas

crianças eram internadas por questões de pobreza e de vulnerabilidade social, como se observa a seguir.

*O pai de Júlia, por exemplo, no ano de 1903, quando ela estava com doze anos e apareciam os primeiros sinais de sua ‘mania aguda’, além do atestado de insanidade assinado por um médico, solicitou à subintendência de Porto Alegre um atestado de pobreza para comprovar a sua condição financeira e garantir a internação da filha (Trevizani; Silva, 2014, p. 148).*

Em 1920 foi criado o instituto médico-pedagógico a partir de uma medida higiênica com o propósito de separar os alienados de idade infantil dos que estavam nas seções dos adultos “loucos”. Uma das primeiras atividades do instituto foi a construção de oficinas para ensinar algum tipo de profissão às crianças e aos adolescentes. No entanto, há pouquíssimo material sobre o instituto e não se encontram grandes referências sobre as transformações ocorridas na atenção à infância e à adolescência até metade do século XX em Porto Alegre (Brito, 2012).

Uma das questões que se destaca nessa historicidade é que em 1940 o então diretor do Hospital Psiquiátrico Jacinto Godoy cria um curso de Biopsicologia Infantil sob o pedido do diretor do departamento de saúde pública do estado. O curso destinado às escolas traz alguns elementos cruciais de expansão do saber psiquiátrico e de algum modo dos discursos da área psi, centrado em aspectos da inteligência e no desenvolvimento do caráter. Assim, a Psiquiatria seria responsável por uma “proteção à infância”, sintonizada com as dimensões de profilaxia estabelecidas na época e com a premissa de que o tratamento na infância previne a doença mental do adulto (Silva; Pires; Sleski; Hartmann *et al.*, 2010).

Somente nos anos 1960 foram criados no HPSP a Unidade de Psiquiatria Infantil e o Ambulatório Melanie Klein, serviço de Psiquiatria Infantil, instituindo, assim, a separação de crianças e adultos (Vianna, 2008). Já por volta dos anos de 1970, tem-se o registro da Psiquiatria Infantil a partir de duas frentes de trabalho: o Serviço de Atendimento Integral à Criança (SAIC), que se estruturou para administrar os processos de internação; e o Ambulatório Melanie Klein destinado aos casos mais graves. Nesse contexto, só as crianças foram separadas dos adultos. Os adolescentes continuaram internados com os adultos até a criação do CIAPS (Brito, 2012).

Outro hospital que atendia crianças no Brasil foi o Hospital Psiquiátrico da cidade de Oliveira, no centro-oeste de Minas Gerais. Criada em 1924, a instituição

começa a receber crianças e adolescentes com qualquer tipo de deficiência física ou mental em 1946; em grande parte eram crianças rejeitadas por suas famílias. Em 1976, com o anúncio do fechamento do hospital, essas crianças e adolescentes foram transferidos ao hospital de Barbacena também em Minas Gerais (Arbex, 2013). A autora narra uma dessas passagens.

*Em Barbacena, elas passaram a dividir com os outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, em vez de camas de capim, havia berços onde as crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles (Arbex, 2013, p.89).*

Por conseguinte, as crianças do hospital-colônia não recebiam tratamentos diferenciados dos adultos. Aqueles meninos e aquelas meninas sentiram os mesmos efeitos dos maus-tratos das correntes, das camisas de força, dos eletrochoques, do aprisionamento e da exclusão (*ibidem*). Outro exemplo é o hospital Juqueri em São Paulo que em 1921 implanta um pavilhão exclusivo para crianças com problemas mentais, inaugurado em Franco da Rocha. Na mesma época, uma psicóloga russa chamada Helena Antipoff cria o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, destinado a pesquisas sobre testes de inteligência e desenvolvimento mental. Em Pernambuco, naquela mesma época, o médico psiquiatra Ulysses Pernambucano, pioneiro no atendimento de doentes mentais no estado, realiza inúmeras reformas assistenciais no hospital psiquiátrico incluindo os cuidados à criança. Em 1925 cria o Instituto de Psicologia em Recife, de onde emergiram diversas pesquisas sobre inteligência, sobre o uso do Rorschach e do grafismo como estratégias de conhecer a criança “louca” (Ribeiro, 2006).

Frequentemente o que pautava os critérios de diagnósticos e internação não era um quadro nosológico, mas sim as categorizações morais associadas a qualquer desvio da norma idealizada de infância, como demonstra (Silva *et al.*, 2008) ao se referir às expressões utilizadas nos prontuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro: “*intenção de prática do mal, erros de conduta, surtos extravagantes, indivíduo que tem maus propósitos, masturbação profissional, entre outras*” (Silva *et al.*, 2008, p. 452).

A exemplo disto, em “O Holocausto Brasileiro, a autora descreve uma visita do superintendente do serviço de Psiquiatria de Barbacena, Minas Gerais, que traduz a

concepção de infância e mostra como as crianças eram tratadas nos hospícios brasileiros.

*Logo ao chegar ao hospital do Estado, em 1971, avistou um menino “crucificado”. Apesar do sol inclemente, o garoto, que aparentava idade inferior a 10 anos, estava deitado no chão, com os braços abertos e amarrados e o rosto queimado pela exposição ao calor de quase trinta graus. Voltou para freira responsável pelo setor, esperando alguma explicação. - Por que esse menino está amarrado nesse solão? - Se soltar, ele arranca os olhos de outras crianças. Tem mania, respondeu a mulher com naturalidade. - E quanto olhos ele já arrancou? - Nenhum. Disse a religiosa (Arbex, 2013, p. 71).*

Os legados epistêmicos que legitimaram tais práticas de intervenção centravam-se em entender a anormalidade ora como doença orgânica, ora como indesejável e ora como causa moral (Silva *et al.*, 2008). A operação terapêutica da psiquiatria nessas instituições tratava-se de uma luta da razão contra a não razão. As violências produzidas em seu interior se justificavam pelo poder ameaçador que a loucura anunciava e que deveria ser dominado (Foucault, 2006). Não se tratava, naquela época, de aplicar uma terapêutica, mas sim tratava-se de uma disputa entre a verdade do médico e a do doente, através de uma relação de poder. O poder normalizador da Psiquiatria consistia em manter, sob o domínio do discurso médico e medicamentoso, a verdade sobre a loucura traduzida em doença mental e a verdade do que fazer com as pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 1995).

### 2.3 Infância e Reforma Psiquiátrica Brasileira

Ao revisar a história das políticas públicas de saúde voltadas à infância e à adolescência, Couto e Delgado (2015) afirmam que houve uma tardia inserção da saúde mental infantojuvenil na agenda da saúde pública brasileira no contexto da Reforma Psiquiátrica. Foi a partir de 2001 que se iniciaram as condições concretas de possibilidade da construção de uma saúde mental para criança e para o adolescente como uma política pública visível e eficaz (Couto; Delgado, 2015). A saúde mental de crianças e adolescentes não foi objeto principal da Reforma Psiquiátrica, uma vez em que ela foi pensada e planejada fundamentalmente como uma mudança epistemológica e prática do cuidado frente aos modos excludentes de viver dos adultos nos manicômios (Lykouroupoulos; Péchy, 2016).

O campo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica circunscreve-se à Política Nacional de Saúde Mental e foi fruto de um movimento político e ideológico no campo da saúde pública brasileira. Sua experiência mais radical ocorreu na Itália, inspirada por uma militância e um saber-fazer de um médico psiquiatra chamado Franco Basaglia, no qual o Brasil se inspirou para fazer seu processo de crítica asilar (Amarante, 1994; Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001; Basaglia, 2010; Kinoshita, 2016)).

Consubstanciada na Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, a Reforma Psiquiátrica foi uma conquista e uma aposta da construção de uma rede de cuidados em saúde mental articulada e hierarquizada em diferentes níveis de atenção (Brasil, 2001). Tal lei versa sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtorno mental, promovendo um redirecionamento no modelo de atenção que antes era hospitalocêntrico e passou a se constituir um campo de cuidado em rede, focando em estratégias extramuros de potencialização de autonomia do sujeito adoecido (Brasil, 2005). Cabe destacar, que o Estado do Rio Grande do Sul, foi pioneiro na aprovação de lei de reforma psiquiátrica no ano de 1992, determinando a substituição progressiva dos leitos de hospital psiquiátrico por uma rede de atenção integral em saúde mental (Brasil, 1992).

Diante do exposto, entende-se o processo de reforma psiquiátrica como um amplo processo de desinstitucionalização que, a partir de um trabalho prático de transformação da instituição e das relações entre saber e poder, critica ao manicômio as epistemologias e os saberes tradicionais da Psiquiatria. Ao colocar a doença entre parênteses, Franco pensa a partir de uma experiência de sofrimento e não mais de uma doença mental, construindo estratégias de cuidado para lidar de outro modo com os problemas da “loucura” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001; Basaglia, 2010).

Essas estratégias foram fundamentais para o desmonte do modelo hegemônico de tratamento da loucura, de caráter hospitalocêntrico, tendo no manicômio sua maior referência. No modelo asilar, a ênfase da compreensão da loucura sustenta-se em seus determinantes orgânicos sendo o meio prioritário de tratamento o medicamentoso. Não é o corpo, mas o organismo o destinatário das ações. O sujeito da loucura é o centro do problema; propõe-se, então, seu exílio (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003). Em contrapartida ao modelo da atenção psicossocial, há um reposicionamento da noção de sujeito frente à sua relação de adoecimento e à criação de intervenções no território de vida utilizando diferentes recursos (*idem*).

No cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, duas questões são pungentes: a cidadania, como um valor fundante e organizador desse processo; e o resgate dos direitos dos pacientes internados em hospital psiquiátrico. Dessas acepções emerge a necessidade da construção de um cuidado em saúde mental em rede. A Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A rede apresenta como um de seus objetivos específicos a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis como crianças, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas. A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de emergência e urgência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Dentro da perspectiva da atenção psicossocial estratégica, encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são locais de referência e tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais por meio de intervenções clínicas e reinserção psicossocial, com o objetivo de reestabelecer o exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2004). Dentro desse contexto, o CAPS infantojuvenil tem o intuito de atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. Uma de suas principais características é ser um serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (Brasil, 2001).

Para a sustentabilidade do trabalho em rede, é necessário utilizar os recursos afetivos (baseados nas relações pessoais, familiares, etc.), os recursos sanitários, sociais, econômicos e culturais, tendo o CAPS como principal estratégia de cuidado na rede serviços. Além dos CAPS, outros serviços constituíram-se como cuidados extramuros, tais como os ambulatórios de saúde, as unidades psiquiátricas em hospital geral, os centros comunitários, as unidades básicas de saúde, entre outros, tendo como ponto de articulação as estratégias de saúde da família (Brasil, 2004).

No que se refere à atenção psicossocial de crianças e adolescentes, alguns pressupostos norteadores devem ser considerados. O primeiro pressuposto é compreender a criança como sujeito responsável pela sua demanda e seu sofrimento, o que em nenhum momento significa culpá-la ou vitimizá-la pelo seu adoecimento; pelo

contrário, significa considerá-la sujeito autêntico de fala. O segundo preceito é a importância do acolhimento universal em todos os pontos da rede. Esse é um desafio urgente, uma vez que grande parte dos serviços não se sentem capazes de atender à demanda de saúde mental infantojuvenil. O terceiro refere-se ao encaminhamento responsável e implicado, baseado em corresponsabilização, o que leva à construção permanente da rede a partir de um olhar contextualizado de políticas intersetoriais. Outro ponto importante é o território e o fortalecimento das discussões daquilo que se configura demandas e necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes (Brasil, 2004).

Quanto aos primeiros marcos legislativos da saúde mental infantojuvenil no Brasil, tem-se a Constituição Federal (CF), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2014). A CF de 1988 representa um grande marco na conquista dos direitos das crianças e dos adolescentes, colocando a infância e a adolescência como prioridade do cuidado e das ações do Estado em diferentes esferas como a saúde, educação, segurança, entre outros, como está expresso no seu art. 227:

*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...] (Brasil, 1988, p. 132).*

A Lei 8.069 de 1990, que institui o ECA, dispõe, por sua vez, sobre a proteção integral da criança e do adolescente, mais especificamente no art. 7º, do “direito à vida e à saúde”, no qual garante que tanto a criança quanto o adolescente devem ter direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o desenvolvimento em condições dignas de existência (Brasil, 2018). Baseada nessas indicações, a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inclui o cuidado com crianças e adolescentes com base em serviços substitutivos, entre eles o Capsi, como serviço articulador da rede de saúde mental infantojuvenil, baseado na integralidade do cuidado (Brasil, 2001; Brasil, 2004). Percebe-se, então, que, nas políticas sociais de saúde, a infância e a juventude constituem-se como prioridades, sendo os seus direitos e suas garantias individuais constitucionalmente assegurados, a partir da consideração de sua cidadania.

Nesse sentido, alguns apontamentos legislativos destacam-se. A II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1992 sublinha os efeitos perversos dos processos de institucionalização de crianças e adolescentes no país (Brasil, 2005). A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano da promulgação da lei, ao reconhecer a elevada prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes, sugere a ampliação da cobertura assistencial e a realização de um diagnóstico das condições de atendimento a essa população nacional, apontando a necessidade de se estender mais eficazmente as iniciativas da Reforma Psiquiátrica Brasileira à população infantojuvenil. (Brasil, 2005; Brasil, 2014). A Portaria 1.608 de agosto de 2004, que institui o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, aponta a necessidade da intersetorialidade a partir dos campos dos direitos humanos, da justiça, da educação, da cultura entre outros, como superação do modelo de atendimento anterior centrado na exclusão e na institucionalização de crianças. O Fórum tem se constituído como importante espaço de debate coletivo que tem como um dos seus objetivos responder à grave situação de vulnerabilidade de crianças e adolescente, com ações de inclusão social (Brasil, 2005).

Dessa forma, o Fórum, em sua primeira recomendação, aponta as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional. Dentre elas estão a implementação urgente de ações que visem a tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, por intermédio da criação e ampliação de Caps's, expansão de ambulatórios, assistência a moradias, casas-lares e outros equipamentos compatíveis com o processo de desinstitucionalização (Brasil, 2014). Desse modo, assegura-se o compromisso público de garantir os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, rompendo, assim, a marca histórica e os desmandos políticos no nosso país no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes (*idem*).

Consoante a essa questão, a *Declaração de Brasília*, reunião ocorrida no ano de 2006, destaca o atendimento integral e intersetorial, a partir de uma rede pública ampliada de saúde mental para crianças e adolescentes. A IV CNSM realizada em 2010 endossa essa questão e coloca como prioritária a saúde mental da infância e da adolescência voltadas à atenção integral e à intersetorialidade (Brasil, 2010).

O cuidado aparece, então, como um operador no campo da saúde tendo como insígnia estratégias de atenção integral à criança e ao adolescente,

*[...]o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia, etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes (Brasil, 2004, p.23).*

No entanto, esses marcadores legais não garantiram a proteção, o cuidado e nem evitaram que inúmeras crianças passassem por diferentes instituições manicomialis, já que as questões que envolvem a saúde mental da infância e da adolescência foram marcadas historicamente por um lugar de descaso e negação ao adoecimento psíquico infantil. Isso se deve em parte por certa primazia das necessidades do adulto em relação às outras etapas da vida, conforme sinalizam Couto, Duarte e Delgado (2008). No entanto a necessidade da construção de uma política específica para essa população foi marcada por diversos complicadores. Couto (2004) elege três grandes problemas a esse respeito. O primeiro refere-se aos discursos pedagógicos que reduzem a criança à condição de aprendiz e, portanto, seu destino é a instituição escola; o segundo problema refere-se à compreensão da justiça que responde à questão da saúde mental infantil pela via da judicialização, a partir de estratégias de cuidado de caráter tutelar e protetivo (Almeida; Delgado, 2000). E por último, o entendimento do campo da saúde que, em grande parte, ignora que a loucura pode ser uma experiência possível da infância (Couto, 2004).

Em contrapartida, nos últimos anos, a Política Nacional de Saúde Mental tem dado maior atenção a esse quadro na tentativa de preencher, assim, uma lacuna histórica baseada em ausência ou inadequação no tratamento de crianças e adolescentes (Costa, 2005). De acordo com os pressupostos que norteiam o SUS, a Política de Saúde Mental Infantojuvenil baseia-se em uma ética e uma lógica do cuidado e da integralidade fundamentada na principal ideia de que a criança ou o adolescente a ser cuidado é antes de tudo um sujeito. Considerá-los dessa forma é compreender que esse sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma. Essa noção de responsabilidade implica reconhecer que a criança e o adolescente são sujeitos de direito (Brasil, 2005).

Nesse sentido, o Capsi torna-se dispositivo fundamental como articulador do cuidado na rede de atenção de saúde mental. O Capsi é caracterizado como um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, referência no tratamento a crianças e adolescentes que padecem de algum tipo de sofrimento psíquico, cuja severidade

justifique sua inserção em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e promotor de vida. Estão incluídos nesse cenário crianças e adolescentes portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou construir laços sociais (Brasil, 2004).

Dentre as atividades previstas no Capsi, estão o atendimento individual e em grupo, o atendimento a familiares e cuidadores, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades esportivas e comunitárias com o intuito de garantir que o tratamento e o acompanhamento possam ser realizados no território vivido da criança e do adolescente, evitando, assim, sua institucionalização (Brasil, 2004). Quanto à organização, o Capsi deve ter função de portas abertas e ter função terapêutica na busca pela compreensão da complexidade do sofrimento psíquico considerando diferentes determinantes. Além disso, deve ser responsável pela organização da saúde mental para crianças e adolescentes no território (Lykouropoulos; Péchy, 2016).

A função de organizador da rede de saúde mental para crianças e adolescentes foi sofrendo um (re)direcionamento com o fortalecimento da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família (ESF), como eixos centrais dessa organização (Lykouropoulos; Péchy, 2016). Nesse sentido, a portaria 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), indica que todos os pontos da rede devem ser pontos de atenção em saúde mental, a partir de seus diferentes dispositivos (Brasil, 2011).

#### 2.4 A Psicologia no campo de práticas da saúde mental

O exame da história da Psicologia no campo das políticas públicas de saúde mostra sua inserção tardia. O domínio do modelo psicodinâmico, um saber hegemonicamente centrado na interioridade do indivíduo, e as marcas do modelo biomédico no exercício profissional justificam o atraso dessa inserção (Spink, 2003). Dessa forma, a Psicologia esteve afastada do cotidiano de inúmeros problemas sociais e políticos; como efeito disso, há muitas distorções teóricas e práticas descontextualizadas das realidades dos sujeitos, com uma forte tendência a uma psicologização dos problemas sociais (Dimenstein, 2001).

No que diz respeito à Psicologia no Brasil, a oficialidade da profissão, em seu início, destacava-se na definição de parâmetros de normalidade e anormalidade e em certa autoridade para falar sobre a infância, como um saber legitimado, já que as primeiras inserções de trabalho da Psicologia se dão na aproximação com o campo educacional. A infância, a partir da Psicologia do Desenvolvimento, passa, então, a ser entendida como uma etapa separada das outras fases da vida e comprometida com valores da Modernidade, sob inspiração do Iluminismo, momento em que a razão ocupa um papel fundamental e a ideia de emancipação é preponderante (Hillesheim; Guareschi, 2007). Sabe-se que:

*os primeiros estudos sobre o desenvolvimento infantil no âmbito da Psicologia majoritária no hemisfério norte datam do final do século XIX, a partir do movimento funcionalista, cujo foco era a adaptação do indivíduo ao meio. Assim, Stanley Hall, nos Estados Unidos, em 1882, insistia na importância do estudo psicológico da criança, estabelecendo o conceito de desenvolvimento psicológico e enfatizando a necessidade de aplicação da Psicologia à educação (Hillesheim; Guareschi, 2007, p. 94).*

Estudos realizados acerca das circunstâncias da institucionalização da Psicologia no Rio Grande do Sul mostram que, na época da ditadura militar, a Psicologia, encerrada em seu enfoque clínico e intrapsíquico, centralizado na figura do indivíduo, promovia práticas que produziam o fechamento dos profissionais às questões sociais e políticas (Coimbra, 1995; Scarparo, 2005; Hernandez; Scarparo, 2007). Os efeitos desses acontecimentos refletiram na efetivação de alianças entre estratégias desenvolvimentistas e a repressão política, sendo que a Psicologia imbuía-se de fornecer um diagnóstico sem considerar as demandas socioculturais (*ibidem*). Assim, a Psicologia do Desenvolvimento se constituiu como uma área do saber psicológico que autoriza e legitima a construção de teorias e conceitos sobre os aspectos evolutivos, sejam eles os cognitivos, afetivo-emocionais, psicomotores ou sociais (Jobim e Sousa, 1994)

Com base no seu saber, a Psicologia vai, então, construindo no campo do social vertentes de normalidade e anormalidade a partir da ideia de que a busca por uma verdade interior e anterior ao sujeito dava conta de explicar a complexidade dos fenômenos psicológicos (Coimbra, 1995). Com isso, a dicotomização entre público/privado, indivíduo/sociedade, clínica/política vai produzindo uma psicologia alinhada aos pressupostos de uma política neoliberal dominante (Birman, 2005;

Benevides, 2005). Ademais, Benevides (2005) sinaliza que foi, com base nessas dicotomias apresentadas anteriormente, que a Psicologia se coloca à margem das questões relativas ao Sistema Único de Saúde.

A exemplo disso, a ênfase nas explicações individuais é um dos efeitos de um entendimento fundamentado em um modelo neoliberal, consolidado nos efeitos disciplinares a partir diferentes subjetivações que incidem sobre os corpos, que tem como sua expressão uma biopolítica (Foucault, 2007). Tendo em vista essa questão, a testagem psicológica e o psicodiagnóstico, em muitos contextos, serviram como tecnologia de esquadramento e definições de normalidade. Desde modo, a Psicologia centra suas práticas baseando-as nos modelos médico-normativos (Spink; Matta, 2007).

Alinhada com os ideais do capitalismo e do neoliberalismo, a Psicologia ia servindo de suporte científico às ideologias dominantes, colaborando com as práticas de exclusão (Dimenstein, 2000). Emergiam práticas de enquadramentos, padronização de comportamentos e estereótipos de personalidades (Dimenstein, 2000). Dessa forma, muitas das práticas da Psicologia serviram de instrumento de controle ideológico ao naturalizar e patologizar fenômenos psicossociais criando processos de exclusão (Scarparo, 2009). Assim, a formação clássica construiu uma psicologia que somente lidava com a queixa, com a patologia, com um indivíduo padronizado e com produções de verdades sobre a vida (Braga Campos; Guarido, 2007). Ao focalizar nas patologias e em uma psicologização da vida, a Psicologia se distanciava cada vez mais de relações de cuidado com o sofrimento. Cecília Coimbra (1995), em *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do Milagre*, mostra que, no auge do seu processo de institucionalização brasileira, a Psicologia colabora para produzir categorias sociais, como o anormal, o subversivo, o drogado e o delinquente, consideradas perigosas para a sociedade.

Em contrapartida, as contribuições de vertentes críticas em Psicologia, possibilitaram a discussão de alguns conceitos que subverteram a lógica da normalidade e da patologização. Com isso, foi possível a ampliação de interlocuções e a produção de espaços dialógicos, que, ao relativizarem o discurso biológico, destacavam as dimensões simbólicas, éticas, históricas e políticas da saúde (Nascimento; Manzini; Bocco, 2006). Em consequência disso, a Psicologia vem repensando suas práticas e seus efeitos no campo da saúde mental que têm possibilitado a invenção de modos de andar e de afirmar a vida (Fagundes, 2004). Se a Psicologia, em um primeiro momento, fez um

encontro incipiente com as políticas públicas, as colaborações de psicólogos no SUS contribuíram fortemente com a tese da integralidade, da ampliação do cuidado e da noção de sujeito (Spink; Matta, 2007).

No que tange ao campo da saúde mental, a entrada da Psicologia é marcada com a dificuldade de ampliar a prática, de trabalhar em equipe e de construir uma prática desconectada da clínica individual psicoterapêutica (Lancetti, 2008). No entanto, algumas experiências fizeram um contraponto a essa questão. Um exemplo foi os trabalhos de psicólogos nas áreas de saúde coletiva e de assistência social, nos quais aconteceram importantes experiências de cuidado, direcionadas à complexa tarefa de articular práticas psicológicas e políticas públicas. Muitas dessas experiências de trabalhos começaram de forma quase artesanal, porém hoje se constituem práticas importantes na saúde coletiva (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Quanto ao processo formativo em saúde mental, os cursos de Psicologia muito recentemente incluíram em suas agendas disciplinas voltadas à saúde coletiva e à saúde mental. Barros (2006) afirma que grande parte dos processos formativos dentro da universidade são desvinculados e descontextualizados da realidade, tornando-se, assim, saberes que não sabem. Para Silva (1992), por anos a Psicologia deu ênfase a uma curricularização para o exercício autônomo da profissão, priorizando a psicoterapia individual como padrão para o atendimento de uma determinada classe social, ou ações muito estereotipadas.

Quanto às problemáticas de saúde mental voltadas a crianças e adolescentes, a formação centra suas discussões em um enfoque desenvolvimentista que pouco dialoga com as complexidades sociais. A construção do saber psi no Brasil, a partir do século XIX, estava alicerçada em uma visão de mundo higienista e eugênica e, portanto, contaminada pelo raciocínio patologizante da infância que fugia das expectativas sociomoraes. Nessa contaminação e, por seu nascimento associado à Medicina da época, a tarefa da Psicologia brasileira era construir um projeto unitário, em que a saúde, a educação, a religião e a moral na esfera dos cidadãos comesçassem a ser gerenciadas diretamente pelo aparelho estatal. Para isso era necessário um saber que forjasse uma concepção de homem e de sociedade funcional influenciada pelas ideias da antropologia filosófica mecanicista e do positivismo, como demonstra (Massimi, 2006). Para Gondra (2002) um exemplo disso é o projeto civilizatório que tem na higienização do mundo

social uma de suas faces mais expressivas. Civilizar e higienizar conformam uma gramática fortemente articulada.

Em que pesem essas questões, qualquer aluno de Psicologia no Brasil é apresentado às questões de infância com os *handbooks* que tratam a infância como sendo constituídas por etapas cronológicas bem definidas, geralmente subestimando os aspectos históricos culturais e locais. A exemplo disto podemos citar os livros de Helen Bee (1997), *O ciclo vital*, e de Papalia e Olds (2013), *O desenvolvimento humano*, que tratam as questões da infância pelo enfoque do ciclo desenvolvimental. Isso não é necessariamente algo ruim, mas não contempla os modos de viver infantis da realidade de um país como o Brasil. Nesse mesmo sentido, os livros clássicos de intervenção clínica também estão baseados em uma visão eurocêntrica, burguesa, romantizada e elitista da infância e não dão conta das demandas do campo real. São construções de uma infância abstrata e a-histórica.

No entanto, inúmeros esforços têm sido realizados para diminuir essa lacuna formativa. Nessa mesma linha de raciocínio, Amarante (2008) chama a atenção para o fato de que os cursos formativos no campo da saúde mental têm de estar alinhados a várias dimensões que contemplem questões teóricas e conceituais que discutam as relações de saber-poder voltadas à complexidade da experiência humana. O autor enfatiza também que o processo de reforma psiquiátrica é um processo contra-hegemônico de luta que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos. Além disso, a formação deve incluir o diálogo sobre a construção de práticas de emancipação e a criação de potências, de projetos e intervenções em uma perspectiva crítica (Amarante, 2015).

Como observado anteriormente, embora com inserção tardia, a Psicologia vem construindo e disponibilizando ferramentas importantes para as políticas públicas, colaborando para o enfrentamento dos processos de exclusão social a partir de diferentes estratégias como vínculo, produção de cuidado, escuta a partir de aproximação com os territórios existenciais dos sujeitos do cuidado (Hernandez; Scarparo, 2007). Tais possibilidades se expressam em uma postura de acolhimento, vínculo e em uma escuta comprometida com o desejo dos usuários.

## 2.5 A infância como uma produção social

*Não se conhece a infância: como as falsas ideias que dela temos, quanto mais longe vamos, mais nos extraviamos. [...] Eles procuram sempre o homem na infância, sem pensar no que esta é, antes de ser homem (Rousseau).*

Não há como discutir a infância no campo reformista sem se indagar como esse conceito vai se constituindo um problema na modernidade. O objetivo deste capítulo é problematizar determinada concepção de infância que nos permita pensar o seu lugar nos serviços de saúde mental infantojuvenis. Dentro dessa perspectiva, propõe-se um diálogo entre alguns autores como Ariès, Deleuze, Agambem e Larossa.

Nos anos 1960, Philippe Ariès, historiador francês, produziu uma importante obra sobre o significado da infância para a cultura ocidental. No livro *A história social da criança e da família*, o autor explora a forma como a infância vai se constituindo historicamente uma etapa da vida separada da vida adulta. A concepção de infância tal como a concebemos na atualidade não se constituiu de modo linear. Até o século XII, por exemplo, a arte medieval ignorou a representação pictórica da infância. Só posteriormente, no fim da Idade Média, a criança é apresentada em seus aspectos mais graciosos como mostra a análise de algumas obras de arte desse período. Os traços mais frequentes que surgem em diferentes produções artísticas daquela época são:

*a criança procurando o seio da mãe ou preparando-se para beijá-la ou acariciá-la; a criança brincando com os brinquedos tradicionais de infância, com um pássaro amarrado ou uma fruta: a criança comendo seu mingau; a criança sendo enrolada em seus cueiros (Ariès, 1986, p. 54).*

No auge dos séculos XVI e XVII, as crianças eram tratadas com liberdade entrando precocemente no mundo do adulto, inclusive em suas práticas laborais e sexuais, que eram vistas de uma forma natural para o meio social. Um exemplo disso diz respeito aos discursos dirigidos ao rei Luís XIII da França em sua infância sobre o contato físico com o mundo dos adultos. Era comum as amas de leite e os familiares manipularem o corpo da criança enquanto conversavam sobre as experiências do campo da sexualidade, incitando as práticas sexuais de modo precoce. Dessa forma, compreende-se que não havia separação rígida entre o mundo das crianças e o mundo

dos adultos. A criança era vista como um adulto em miniatura e entendida a partir das noções de ingenuidade, gentileza e graça, sendo alvo de paparicação frente aos adultos (Ariès, 1986).

Essa cena, recorrente no cenário histórico francês de Luís XIII, pode parecer-nos estranha na atualidade, uma vez que na contemporaneidade temos certa sensibilidade em relação ao mundo infantil de uma forma romantizada e protegida, compreendendo a infância como uma etapa da vida a ser amparada, mediante políticas sociais, garantidas pelo Estado (Brasil, 2018). Esse sentimento de uma infância romantizada e uma preocupação com uma educação moral pela criança aparece somente em um projeto de modernidade (Ariès, 1986). Isso evidencia a importância, para o autor, de considerar a infância como uma etapa definida da vida, a partir de determinadas fases diferenciadas pela cronologia. As “idades da vida”, para Ariès (1986), ocupam um lugar importante nos tratados pseudocientíficos da Idade Média, dividindo as etapas da vida em infância, puerilidade/juventude/adolescência e velhice/senilidade para localizar no tempo e no espaço um período diferente da vida. Esse tempo marcado pelo *cronos* estabelecia um modo de “contar” os diferentes momentos da vida. Para o homem medieval a vida,

*era a continuidade inevitável, cíclica, às vezes humorística ou melancólica, das idades, uma continuidade inscrita na ordem geral e abstrata das coisas, mais do que a experiência real, pois poucos homens tinham o privilégio de percorrer todas essas idades naquelas épocas de grande mortalidade (Ariès, 1986, p.38).*

No entanto foi a partir da Modernidade que inicia um sentimento de infância, uma etapa da vida que precisa ser estudada e discutida a partir de uma educação moral, pedagógica e das ciências médicas (Ariès, 1986). No auge da Idade Moderna, Descartes concebe outro tipo de pensamento sobre a infância. Para o autor, a infância não contribui significativamente para o desenvolvimento de uma subjetividade e de constituição do homem adulto. Pelo contrário, ela é um estágio puramente histórico, que recalca a razão. Portanto, o sujeito não pode ser pensado a partir de sua dependência em um mundo sensível e, se a infância se liga a esse pensamento, ela deve ser superada, pois seria um entrave para o desenvolvimento da subjetividade (Pereira, 2011).

Já a infância em *Emílio*, uma das obras mais importantes de Rousseau, aparece como um fundo primitivo, e o valor a ela atribuído é a própria confiança na natureza humana (Rousseau, 1995). Se o mal não estava na criança, devendo-se amá-la, qual seria o próximo passo? Conhecê-la (Pereira, 2011). Para Schérer (2009), é isso que

sustenta o pensamento de Rousseau na aposta de uma educação pela infância. Em Rousseau, encontra-se a noção de infância ancorada no interior, em uma certa interioridade. Será na interioridade da criança que poderá ser encontrado o “verdadeiro” sujeito?

A concepção de infância em Rousseau passa por uma ideia de que o homem, na condição de espécie humana, nasce fraco, estúpido e desprovido de juízo, com necessidade de assistência. Ele defende que aquilo que nos tiraria desse desamparo seria a educação: “*tudo o que não temos ao nascer e de que precisamos adultos é nos dado pela educação*” (Rousseau, 1995, p. 10). Rousseau centra na educação uma ética que tem o intuito do bem-viver e da felicidade, apostando na construção de uma nova subjetividade mais harmoniosa (Pereira, 2011). O que chama atenção em *Emílio* é que Rousseau dirige o prefácio às mães, responsabilizando-as como destinatárias da educação moral da criança, já que acredita que a figura materna deveria realizar esse papel primário junto com outras instituições sociais, como a escola (Rousseau, 1995). O filósofo, diferentemente de Descartes, entende que a criança não nasce corrompida, muito menos como uma tábula rasa, ou uma tela em branco que precisa de inscrições primordiais desde o início, como supõe o filósofo inglês John Locke (Pereira, 2011).

Para Rousseau, à medida que vai surgindo um sentimento de infância, começa a irromper uma diferenciação dos sexos e também uma divisão por classes sociais. Com isso ocorre um processo de individuação da infância que ganha uma diferenciação no status social. Dessa maneira, a infância pagará um preço muito alto por habitar essa centralidade com base na sua incapacidade plena social e jurídica, ou por estar sob um olhar protetivo-repressor (Nascimento; Brancher; Oliveira, 2008).

Essas concepções sobre a infância forjaram um conceito de infância maculada, associada à ideia de que a criança é um sujeito da desrazão, porque está em fase de desenvolvimento e ao mesmo tempo que produz um ideal de inocência e quietude. No entanto, essas noções sobre a infância não contribuíram muito para a reflexão sobre o objeto desta tese. Nesse sentido, após percorrer esse breve percurso histórico, alguns autores despontam como intercessores para pensar o campo da infância para além de uma visão idealizada, ou de uma etapa do desenvolvimento humano a ser vencida. Aposta-se, neste trabalho, em um entendimento de infância a partir de Giorgio Agambem, Walter Benjamin e Gilles Deleuze, que abrem espaço para pensar outros

modos de compreender o campo infantil, que podem ser potentes para o trabalho no campo da saúde mental.

Agambem (2005), diferentemente das ideias classicistas de infância, aponta outra possibilidade de pensar a infância. Ele a situa a partir da experiência e da linguagem. Pensada como algo além de uma etapa cronológica estanque, a infância é uma condição da experiência humana, que se coloca como tensão na passagem entre a experiência e linguagem. Apoiado na visão de experiência de Benjamim, Agambem questiona-se se as condições de possibilidade do nascimento de uma experiência poderiam ser somente uma teoria da infância, com uma questão central: existe algo como uma infância do homem? Seria o infante o sujeito da experiência? Pensando desse modo, a concepção de uma infância como uma substância psíquica revela-se um engodo, pois a infância proposta por Agambem não pode ser simplesmente algo que precede o curso cronológico (Agambem, 2005).

Contrários aos pressupostos de teorias clássicas do desenvolvimento humano, Ceccim e Palombini (2009) propõem pensar a infância como um processo de devir que não remete ao seu desenvolvimento sob as expectativas do futuro, mas às *“experimentações em que pode exercer as suas potências, compondo-se com os diferentes meios com os quais convive, incluindo as pessoas, entre elas, principalmente, os pais e irmãos”* (Ceccim; Palombini, 2009, p. 308).

Opondo-se à teorização da infância como uma tábula rasa, ou como fora da realidade e alienada do mundo que habita, a criança realiza experiências com o corpo todo. Ela não se aquieta diante do mundo.

*Ela [...] embarca em paixões, em novidades, em aventuras, em excursões, em programas da televisão, nas conversas dos adultos, nas cores que se estampam em roupas e cadernos, nas luzes que passam pelas frestas e compõem personagens nas paredes... A criança é o que se liga nas chances de trajeto e traça cartografias de expedição. Inventava línguas para o que vê, sente e faz. Não se compõe com “permanências”, arrasta sua expedição para outras terras* (Ceccim; Palombini, 2009, p. 308).

Nesse sentido, para Deleuze (2008), as crianças não param de dizer o que fazem ou tentam fazer, exploram os diferentes meios e traçam mapas correspondentes. Para o autor, a criança é compreendida como um processo de devir ou um devir-criança como produto de potências de afetar e ser afetado, de poder mesclar tanto as questões

imaginárias quanto as reais com o plano de realidade atual (Ceccim; Palombini, 2009). Para os autores, é da ordem da criança produzir a vida, seguir um rumo rizomático próprio. Ao mesmo tempo em que inventa figuras, a criança experimenta personagens com os quais aprende sobre si, seus afetos e o mundo, desfaz-se de amigos imaginários e cria novos e explora o mundo a partir de determinados trajetos cartográficos.

Esses modos de compreender a infância parecem nos indicar um caminho, no que tange ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, e abrem algumas interrogações. No plano de vista filosófico-existencial, seria o infantil a possibilidade de um reencontro da experiência tal como proposta por Agambem, Larrosa e Benjamim? O que essa experiência ou um devir-criança pode nos reatualizar em termos de projetos terapêuticos singulares? Que direcionamentos clínico-políticos isso pode gerar nos diferentes dispositivos de cuidado em saúde mental?

A discussão conceitual sobre a infância é sempre um caminho ora desafiador, ora perigoso, pois se corre o risco de reduzir a experiência da infância ou pela via do desenvolvimento humano, ou por tratá-la como uma etapa privilegiada da vida, a partir de um lugar utópico e romantizado. A infância, tomada como objeto de estudo, vai sendo forjada a partir do projeto de Modernidade, que vai ocupando diferentes espaços sociais, como a mídia, a Medicina, a Pedagogia e a Psicologia (Resende, 2015). Desta maneira, a infância não pode ser vista meramente como uma etapa do desenvolvimento humano de uma forma a-histórica, mas sim problematiza-la, considerando-a uma categoria social, histórica e política (Resende, 2015).

Não há uma infância “por ela mesma”, mas há produção de diversos discursos com base em um conjunto de normas nas relações adulto-criança, ancorada em um sentimento de piedade e ternura, a partir de certa política da verdade, ou seja, ao mesmo tempo em que a cultura começa a demarcar a infância e suas características, ela começa a cancelar o que realmente ainda pode caber nesse campo de existência (Corazza, 2000). Portanto, neste trabalho tomamos a infância problematizando-a como uma invenção, percebendo sua construção histórica e social (Resende, 2015).

Considerar a infância uma invenção e uma construção social significa pressupor o sujeito infantil como constituído nas práticas culturais, entendendo que o conhecimento sobre a infância é produzido por uma determinada construção histórica que, ao mesmo tempo, produz o objeto que se propõe conhecer (Hillesheim; Guareschi,

2007). Isso se contrapõe à falaciosa ideia que tanto aparece nas literaturas científicas, quanto nos discursos coloquiais, de que a infância é concebida e caracterizada por um período de tempo, uma etapa estanque da vida que geralmente demarca o início e um fim da infância de uma pessoa (Qvortrup, 2010). Desde modo, “a infância [...] não é outra coisa senão o objeto de estudo de um conjunto de saberes mais ou menos científicos, a coisa apreendida por um conjunto de ações mais ou menos tecnicamente controladas e eficazes, ou a usuária de um conjunto de instituições mais ou menos adaptadas às suas necessidades, às suas características ou às suas demandas” (Larrosa, 2010, p. 184).

Muitos teóricos sustentaram seus trabalhos no entendimento sobre a infância. Grande parte deles deposita na experiência do infantil uma expectativa muito grande. Uma fase de felicidade plena e imune ao sofrimento. Com isso nega-se que, para tornar-se criança, há um percurso muito importante de constituição psíquica, social e afetiva que ora produz afetos alegres, ora produz padecimentos como qualquer fase da vida humana.

### Referências

Agambem, G. (2005). *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: UFMG.

Almeida, N.; Delgado, P. (2000). *De volta à cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

\_\_\_\_\_. (2000). Registro histórico. No Hospício Nacional (uma visita a secção das creanças) – Olavo Bilac. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 307-314.

\_\_\_\_\_. (2008). Cultura da formação: reflexões para inovação no campo da saúde mental. In: Amarante, P.; Cruz, L. (orgs). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, p. 65-79.

\_\_\_\_\_. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: escritos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.

- Arbex, D. (2013) *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Barros, M. E. B. (2006). Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R. B.; Mattos, R. A. (orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CESPESQ/ABRASCO, p. 131-150.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? In: *Psicologia e sociedade*, 17(2), p. 21-25.
- Birman, J. (2005). A *physis* na saúde coletiva. In: *Revista de saúde coletiva*, 15, p. 11-16.
- Braga Campos, F. C. B.; Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: Spink, M. J. (org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 81-103.
- Brasil. Senado Federal. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. Assembleia Legislativa. (1992). *Lei 9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa. Recuperado em: [http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXT0&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Lei 10.216 de 06 de abril de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Ministério da saúde. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm).
- \_\_\_\_\_. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2011). *Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2014). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: 2005 a 2012*. Brasília. Ministério da Saúde.

Brasil. Senado Federal. (2018). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2ª ed. Brasília: Senado Federal.

Brito, M. (2012). *CIAPS: Um olhar sobre as relações entre a clínica e a escola*. 2012. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Educação Especial e Processos Inclusivos) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientadora: Fabiane Romano de Souza Bridi.

Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Ceccim, R.; Palombini, A. (2009). Imagens da infância, devir-criança, e uma formulação à educação do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 301-312.

Coimbra, C. (1995). *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.

Conselho Federal de Psicologia (2009). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Recuperado de:  
<<http://crepop.pol.org.br/publico/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>.

Costa-Roza, A.; Luzio, C.; Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 13-44.

Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. (org.). *A criança e a saúde mental: enlacs entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, p. 61-72.

Couto, M. C.; Duarte, C. S.; Delgado, P. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (4), p. 384-389.

Couto, M. C. V.; Delgado, P. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda da política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 27 (1), p. 17-40.

Corazza, S. (2000). *História da infância sem fim*. Ijuí: UNIJUÍ.

Costa, H. (2005). Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 5-6.

Deleuze, G. (2008). *Crítica e clínica*. 3ª reimpressão. São Paulo: Editora 34.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), p. 95-122.

\_\_\_\_\_. (2001). O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em estudo*, 6(2), p. 57-63.

Fagundes, S. (2004). Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública. In: Nascimento, C. A. T.; Lazzarotto, G. R.; Hoenisch, J. C. D. (orgs.). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRPRS, p. 7-8.

Foucault, M. (2000). *História da loucura na idade clássica*. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_. (2007). *Vigiar e punir*. 33ª ed. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_. (2010). *História da loucura na Idade Clássica*. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva.

Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Gondra, J. G. (2002). Modificar com brandura e prevenir com cautela. In: Freitas, M. C.; Kuhlmann Jr., M. *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, p. 289-318.

Hernandez, A.; Scarparo, H. (2007). Da força bruta à voz ativa: a conformação da Psicologia no Rio Grande do Sul nas décadas da repressão política. *Mnemosine*, 3(1), p. 156-182.

Hillesheim, B.; Guareschi, N. M. F. (2007). De que infância fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. *Psicologia e Educação*, 25, São Paulo, p. 75-92.

Jobim e Souza, S. (1994). *Infância e linguagem*. Campinas: Papirus.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), São Paulo, p.153-165.

Kinoshita, R. (2016). *Autopoiese e reforma psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec.

Lykouropoulos, C.; Péchy, S. (2016). O que é um Capsi? In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. (orgs.). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, p. 87-99.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Larrosa, J. (2010). *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. 5ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Lobo, L. (2015a). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.

Lobo, L. (2015b). O nascimento da criança anormal e a expansão da Psiquiatria no Brasil. In: Resende, H. de. *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 199-215.

Massimi, M. (2006). O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. In: Vilela-Jacó, A. M.; Ferreira, A. L.; Portugal, F. T. *História da Psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau 2006, p. 159-168.

Müller, T. M. P. (2000). A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville (1903-1920). In: *Revista Brasileira de Educação Especial*, 6 (1), Marília, São Paulo, p. 79-97.

Nascimento, M. L. do; Manzini, J. M.; Bocco, F. (2006). Reinventando as práticas psi. In: *Psicologia e sociedade*, 18(1), p. 15-20.

Nascimento, C.; Brancher, V.; Oliveira, V. (2008). A construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. *Linhas*, 9(1), Florianópolis, p. 4-18.

Papalia, D.; Olds, S. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.

Pereira, V. A. (2011). Descartes e Rousseau: leituras antagônicas de infância e subjetividade. *Poíesis*, 4(7), Tubarão, p. 20-37.

Qvortrup, J. (2010) A infância enquanto categoria estrutural. *Educação e Pesquisa*, 36 (2), São Paulo, p. 631-643.

Resende, H. (2015). *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica.

Ribeiro, P. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, 11(1), Maringá, p. 29-38.

Rustoyburu, C. A. (2015) Pedíatria psicossomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (4), p. 1249-1265.

Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (2001) *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Rousseau, J. J. (1995). *Emílio: ou da educação*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Scarparo, H. (2005). *Psicologia comunitária no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

\_\_\_\_\_. (2009). A psicologia social: pesquisa, formação e intervenção. In: Tatsch, D. T.; Guareschi, N.; Baumkartem, S. T. *Tecendo relações e intervenções em Psicologia Social*. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, p.130-138.

Schérer, R. (2009). *Infantis: Charles Fourier e a infância para além das crianças*. Belo Horizonte: Autêntica.

Serpa Jr., O. (2010). O degenerado. *História e Ciências da Saúde*, Manguinhos, 17(2), Rio de Janeiro, p. 447-473.

Silva, R. C. (1992). A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In: Braga Campos, F. C. (org.). *Psicologia e saúde: pensando práticas*. São Paulo: Hucitec, p. 25-40.

Silva, R. P. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 12(1), p. 195-208.

Silva, R. *et al.* (2008). As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Revista Psico*, 39(4), p. 448-455.

Silva, R. *et al.* (2010). “Anormais escolares”: a psiquiatria para além dos hospitais psiquiátricos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), p. 401-410.

Spink, M. J (2003). *Psicologia social e saúde: saberes, práticas e sentidos*. 3ªed. Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J.; Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M. J. (org.) *A psicologia em diálogo com o SUS*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 25-52.

Trevizani, T. M.; Silva, R. N. (2014). Camisa de força para menores: as patologias das crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884-1929). *Mnemosine*, 10(1), Rio de Janeiro, p. 142-166.

Vianna, T. (2008). *Oficinando enredos de passagem: o encontro do adolescer em sofrimento com a tecnologia*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS.

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 3.1 Estudo I: Institucionalização da infância: judicialização e psiquiatrização da infância pobre<sup>8</sup>

##### RESUMO

Neste estudo discute-se o processo de institucionalização de crianças no Brasil, tomando como ponto de partida a judicialização da infância, a psiquiatrização infantil, e o processo de medicalização. Um dos pontos de intersecção desses eixos se dá pela emergência dos discursos que caracterizam a criança pobre como uma questão social, através de discursos disciplinares, educacionais e de cuidado, que compõem uma rede discursiva articuladora de saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, por meio de tecnologias correccionais e repressoras. Enquanto a institucionalização de crianças em instituições assistenciais foi marcada por uma lógica de desproteção, a manicomialização foi caracterizada por uma lógica de desassistência. Se por um lado tem-se a internação como uma resposta à problemática do menor, por outro lado, tem-se a internação psiquiátrica de crianças como um dos principais recursos para se lidar com a criança “louca”.

**Palavras-Chave:** Infância; Institucionalização; Medicalização.

##### **Institutionalization of childhood: judicialization and psychiatry of poor childhood**

##### ABSTRACT

This study discusses the process of institutionalization of children in Brazil, taking as a starting point the judicialization of childhood, child psychiatry, from the axis of medicalization. One of the points of intersection of these axes is the emergence of the discourses that characterize the poor child as a social issue, through disciplinary,

---

<sup>8</sup> Artigo submetido à revista Psicologia & Sociedade.

educational and care discourses that make up a discursive network articulating medical-hygienic, legal and pedagogical knowledge through of correctional and repressive technologies. While the institutionalization of children in care institutions was marked by a logic of lack of protection, the mental hospitalization was marked by a logic of lack of assistance. If, on the one hand, there is a logic of hospitalization as a response to the problem of the "minor", on the other hand, there is the psychiatric hospitalization of children as one of the main resources to deal with the "crazy" child.

**Keywords:** Childhood; Institutionalization; Medication.

### **Institucionalización de la infancia: judicialización y psiquiatrización de la infancia pobre**

#### **RESUMEN**

En este estudio se discute el proceso de institucionalización de niños en Brasil, tomando como punto de partida la judicialización de la infancia, la psiquiatría infantil, a partir del eje de la medicalización. Uno de los puntos de intersección de estos ejes se da por la emergencia de los discursos que caracterizan al niño pobre como una cuestión social, a través de discursos disciplinarios, educativos y de cuidado, que componen una red discursiva articuladora de saberes médico-higiénicos, jurídicos, pedagógicos, a través de tecnologías correccionales y represoras. Mientras la institucionalización de niños en instituciones asistenciales fue marcada por una lógica de desprotección, la manicomialización fue marcada por una lógica de desasistencia. Si por un lado se tiene una lógica de la internación como una respuesta a la problemática del "menor", por otro lado, se tiene la internación psiquiátrica de niños como uno de los principales recursos para lidiar con el niño "loco".

**Palabras-Clave:** Infancia. Institucionalización. Medicamento.

## **Introdução**

O presente artigo buscou refletir sobre o processo de institucionalização da infância no Brasil a partir de dois eixos: a judicialização e o processo de psiquiatrização de crianças no Brasil. Compreende-se a institucionalização como uma produção histórica “*que, uma vez constituída, produz e reproduz relações de força (dominações, lutas e resistências) que as engendram em determinada época e que se instrumentalizam nos estabelecimentos e nos dispositivos de poder que as mantêm*” (Lobo, 2015, p.202). Dessa maneira, entende-se por judicialização da infância o processo pelo qual o Estado, através de suas normativas, tenta influenciar os modos de como se deve lidar com as crianças e como essas normas tornam-se políticas de assujeitamento de vidas (Marafon, 2014; Silva *et al.*, 2015). Nesse sentido, a medicalização da infância ganha uma inflexão importante. Entende-se o processo pelo qual determinados fatos não médicos tornam-se objetos de investigação e de intervenção da Medicina e precisam ser respondidos por uma determinada tecnologia de cuidado que tem por alvo o controle da população.

Uma das faces do processo de medicalização da vida se dá pelo uso indiscriminado e abusivo de medicação. O Brasil é o segundo país com o maior número de consumo de Ritalina (metilfenidato) no mundo; esse medicamento é utilizado, prioritariamente, em casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) (Decotelli; Teixeira; Bicalho, 2013). Prova disso é que em 2006 sua produção chegou a 34 toneladas (Ortega; Barros; Caliman *et al.*, 2010). Em pesquisa realizada em território nacional, analisando o triênio de 2009 a 2011, observa-se o município de Porto Alegre, RS, como o maior consumidor de Ritalina, nos meses letivos, em relação a outras capitais (Anvisa, 2012). Isso mostra que o aumento do consumo da medicação

vem crescendo exponencialmente no país. Barros (2014) apontou que, entre os anos de 2003 a 2012, houve um significativo crescimento na comercialização da Ritalina, que passou de 94 kg para 823 kg, representando um aumento de 775% nas vendas da medicação.

A medicalização da vida infantil tornou-se, então, um importante problema de saúde pública, visto que é empregada para conformar determinados comportamentos desviantes da criança. O argumento principal deste artigo é mostrar que, embora tenham construído diferentes dispositivos de destino às crianças no Brasil, a forma como se lidou com a infância indócil ou infame e pobre se manteve muito próxima (Foucault, 2003)<sup>9</sup>.

Para lidar com a criança “pobre” e com a criança doente, por exemplo, várias instituições foram construídas no Brasil, como monastérios, orfanatos, abrigos, unidades de acolhimento, que se constituem ora com caráter de proteção à infância vulnerável<sup>10</sup>, ora como tratamento da infância desviante. Tais instituições pautavam-se sob a égide de um determinado tipo de tecnologia de disciplina e de controle que trabalha desde os corpos das crianças até seus aspectos mais morais, como a educação de bons hábitos e de normas de boas condutas e comportamentos. A construção do argumento deste trabalho parte do pressuposto de que a institucionalização da infância no Brasil forjou-se a partir de um processo de judicialização da criança, marcada por um viés higienista, ancorado em um determinado saber médico-higienista. Pretendo mostrar, também, que a

---

<sup>9</sup> Foucault denomina de infames aqueles sujeitos que vivem existências reais, singulares, mas com um apelo de obscuridade e desventura que só ganham visibilidade quando se esbarram no dispositivo do poder disciplinar (Foucault, 2003).

<sup>10</sup> Por vulnerabilidade entende-se um fenômeno complexo e multifacetado que não equivale ao conceito de pobreza, mas sim a uma soma de diferentes exposições a situações inóspitas, como ausência ou precariedade de trabalho e difícil acesso a serviços básicos de saúde e assistência social, remetendo a dimensões objetivas de exclusão social, como proposto por Romagnoli (2015).

infância “indócil<sup>11</sup>”, até o início do século XX, tinha alguns destinos possíveis de exclusão social: as instituições de assistência social, sob um discurso protencionista, ou os manicômios, com o discurso da saúde. Os critérios dos internamentos eram muito similares: seguiam a lógica da segregação e do exílio da criança indócil, particularmente a pobre.

### **A institucionalização de crianças no Brasil sob o discurso protecionista**

Para Rizzini e Gondra (2014), a emergência da criança pobre, como uma problemática do social<sup>12</sup>, veio à tona através de discursos disciplinares, educacionais e de cuidado, que compuseram uma rede discursiva que articulava e legitimava saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, por meio de uma tecnologia correccional. No Brasil colonial, surgiu a primeira institucionalização de crianças, através da Roda dos Expostos, por iniciativa das Santas Casas de Misericórdia. Nesses locais, os bebês eram deixados por mães ou familiares que não se consideravam suficientes para o cuidado dessas crianças (Rizzini; Rizzini, 2004). Obviamente, isso não acontecia somente com as crianças pobres; muitas famílias abastadas também abandonavam seus filhos “frutos do pecado e da vergonha”. Esses locais configuraram-se entre as primeiras instituições oficiais de assistência à criança no Brasil, até os anos de 1950. Fato que se constituiu como problema de ordem social, na medida em que as grandes cidades foram crescendo de forma desordenada e o mercado de trabalho diminuiu, o que fez com que os filhos fossem enjeitados pelos pais e ocupassem o cenário da cidade.

No Brasil, duas instituições se destacaram no Rio de Janeiro: o Asilo de Meninos Desvalidos e a Escola Correccional Quinze de Novembro. A primeira,

---

<sup>11</sup>Para fins deste artigo, infância indócil refere-se a crianças que, de algum modo, são consideradas, a partir de uma homogeneização social, como desviantes da norma, ou a crianças com vulnerabilidades sociais.

<sup>12</sup>A partir de Silva (2004), entende-se neste texto o social não como uma evidência, e sim como um objeto construído e produzido a partir de diferentes práticas humanas, dentre elas, as práticas de saúde e jurídicas.

atendendo uma parcela de meninos com vulnerabilidade social, tinha como um dos seus objetivos uma educação integral, que articulasse três aspectos: a casa, a escola e a oficina. Em outras palavras, abrigar, educar e profissionalizar os “desvalidos” era o escopo institucional (Rizzini; Gondra, 2014). A segunda instituição objetivava, entre outras coisas, transformar os meninos recolhidos na rua em bons trabalhadores. Coerente com a matriz da educação integral, sustentada pelos médicos higienistas, ela tinha como alvo a formação intelectual, física e moral do futuro trabalhador ajustado. No quesito moral, a lógica de prevenção estava calcada nos dispositivos de vigilância e intervenção sobre os desvios. A escola, nesse sentido, tornar-se-ia palco privilegiado para a prevenção das desordens sociais, o que sustentou a crença de que a educação era um possível antídoto contra a criminalidade (Rizzini; Gondra, 2014).

Seguindo a historicidade dessa questão, a Constituição Federal de 1934<sup>13</sup> apresentou forte caráter de eugenia e higienização social no que se refere à infância e à adolescência. A Assembleia Constituinte dessa Carta, marcada fortemente pela presença médica, fundamentava seus diagnósticos sobre a condição social e econômica da criança no país, a partir de uma concepção de pobreza, identificada pela mendicância e pelos “vícios sociais” (Moura, 2009). Uma das respostas para essa questão centrou-se na via da educação e da família, já que uma das explicações dos problemas sociais estava na incapacidade de os pais educarem seus filhos, em um momento em que a infância, para o Estado, ganhava o valor de promessa de ser o futuro da nação (Moura, 2009).

Em 1941 houve a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM), a partir do Departamento Nacional da Criança, atribuindo ao Estado o poder de atuar sobre os menores adjetivados como desvalidos e delinquentes, com base em um modelo de repressão que criminalizava a população infantil ao entendê-la como irregular (Perez;

---

<sup>13</sup>As constituições anteriores não trazem nenhum artigo específico sobre a infância, a criança ou o menor.

Passone, 2010). Esse caráter “irregular” centrava-se na noção de privação de condições essenciais de subsistência, saúde e instrução escolar, metas a serem alcançadas pelas famílias “regulares”, isto é, com condições econômicas e psicossociais de manter a hegemonia desse modelo de existência. Nesse sentido, a criminalização recaí especialmente sobre o pobre, e não necessariamente sobre a pobreza. Assim as mazelas da “pobreza”, tais como desentendimentos familiares, as necessidades básicas e médicas, os hábitos e gostos, constituíram os processos jurídicos até os anos 1990 (Scheinvar, 2015). Dessa forma, os idealizadores do SAM apostavam que o modelo repressivo e de contenção reprimiria a criminalidade. Entretanto, os sujeitos autores de atos infracionais eram considerados delinquentes, de má índole e perigosos (Cruz; Hillesheim; Guareschi, 2005).

Nesse sentido, na Era Vargas, teses médicas como a de Leonídio Ribeiro relacionavam crianças pobres à criminalidade, com fortes argumentos sobre a anormalidade do comportamento da criança (Freitas, 2009). Nessa época, forja-se o conceito de “criança problema” por Arthur Ramos, médico contemporâneo a Leonídio, que baseou sua leitura na percepção da criança como fruto dos desajustes domésticos inerentes à condição da pobreza (Freitas, 2009).

No ano de 1935, foi criado, sob a direção de Leonídio Ribeiro, o Laboratório de Biologia Infantil, com base em políticas ambíguas, destinadas a cuidar das crianças abandonadas e delinquentes (Silva, 2011). Observa-se que, durante a existência do laboratório, houve um enfraquecimento do caráter repressor e controlador da instituição, já que havia uma transição do olhar sobre essas crianças. De crianças delinquentes, elas passaram a ser atestadas como crianças doentes (Silva, 2011). Para o autor, o laboratório realizou uma radiografia das crianças brasileiras desamparadas, sob a tutela do Estado

na época da gestão de Getúlio Vargas. Nesse sentido, o Estado, além de criar e manter asilos infantis, internou crianças residentes em espaços hostis.

De certo modo, o Estado condenou as crianças ao exílio com a justificativa de que as famílias não tinham condições suficientes para cuidar delas. No entanto, o Estado acabou fazendo pior: delegou às instituições essa tarefa do cuidado, encarcerando esses sujeitos sem grandes intervenções de cuidado. Os resultados dessa radiografia enunciavam que a questão da criança abandonada centrava-se mais como tema de saúde pública do que de política. Assim, muitos menores foram internados sem nunca terem cometido algum ato criminoso, apenas pelo caráter de herança biológica dos pais, ancorado em uma concepção de periculosidade.

Essa naturalização da relação entre infância pobre e tutela vai se constituir como um campo de possibilidades para a construção de estratégias de institucionalização das crianças. Em pleno golpe militar de 1964, surgiu a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), que buscava aliar estratégias educacionais, articuladas com os objetivos de assistência e controle social (Freitas, 2009). Nessa mesma linha, a Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM), criada para substituir a antiga FENABEM, inscreveu-se na mesma lógica, ou seja, de dar uma resposta social e jurídica à questão da infância e da adolescência. O termo “menor”, explicitado nessa época, demarcou uma concepção de infância, sob responsabilidade penal (Cruz; Guareschi; Hillesheim, 2005).

No entanto, se a promessa da FEBEM era acabar com os métodos repressivos e punitivos nas instituições de menores, ela fracassou na possibilidade de construir alternativas de vida aos menores, pois se revelou como um local de torturas, espancamentos e humilhações (Freitas, 2009). Mais que isso, a promessa do regime militar brasileiro era que, através da FUNABEM, o sujeito teria um lugar diferenciado,

a partir de uma educação sem repressão (Cruz; Guareschi, 2004). Para Veiga-Neto (2015), essa forma de governar a infância serviu como uma maneira de integração social dessa infância excluída, de modo que aqueles que não se inscrevem na cultura, possam de algum modo fazê-lo.

Propondo uma vida formalmente administrada pela instituição e expropriada da vida pública, a FEBEM se constituiu como uma instituição total<sup>14</sup>, ao construir uma série de potenciais de subjetivação que destituem os direitos básicos de cada sujeito, produzindo o que denomina de “mortificações do eu” (Goffman, 1999). A atribuição de números e o uso de uniformes como marcas identitárias produzem profundas marcas subjetivantes de engessamento dos seus processos de vida, baseando-se em relações de docilidade-utilidade, construídas a partir de uma arte de controle do corpo, tornando-o mais útil, quanto mais obediente. É através de uma maquinaria de poder que esse corpo é esquadrihado, composto e recomposto partindo-se de uma anatomia política, ou seja, de uma mecânica do poder (Foucault, 2007).

Quando a infância e a adolescência circunscrevem-se nos quadros de delinquências, por exemplo, um dos intentos da punição é transformar esse corpo em um objeto dócil e útil, para ser reintegrado na sociedade (Silveira, 2015). Essa era a proposta oficial a qual foi reforçada pela mídia da FEBEM. No entanto, o *modus operandis* desses espaços foram propulsores de diversas violências semelhantes ao sistema prisional, com fortes práticas de punição e sanções diante das desobediências às ordens institucionais (Noguchi; de La Taille, 2008). Historicamente, a política voltada à infância e à juventude apresentou uma marca de desproteção. No que diz respeito aos discursos produzidos sobre as infâncias, pode-se pensar que estão alinhados, basicamente, a partir de três eixos:

---

<sup>14</sup>Termo utilizado por Erving Goffman para denominar aqueles locais onde determinado número de indivíduos são separados da sociedade e têm suas vidas fechadas e formalmente administradas pela instituição.

*[...] o da judicialização, da medicalização e da mercantilização. São discursos não homogêneos, mas transitam entre esses três modos de olhar para infância. A depender das circunstâncias, nossa sociedade dirá: ‘crime, bandido, cadeia e morte’ ou ‘doença, criança/adolescente, tratamento’ (Rosa; Veras; Vilhena, 2015, p. 229).*

Esses discursos reafirmam, então, um lugar de exclusão e produção de uma diferença que dificulta que se tenha outro olhar sobre as crianças que passam por processos de institucionalização. Em contrapartida, baseado nos processos de (re)democratização do Brasil e nas discussões sobre os direitos humanos, que culminaram na Constituição de 1988, percebeu-se a necessidade de substituir um modelo correcional-repressivo, orientador das políticas de bem-estar ao menor, por um paradigma de proteção. Para Silveira (2015), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) apresentou como principal fundamento o paradigma de “proteção integral”, ao centralizar a noção de infância e adolescência como sujeito de direitos. Essa proteção deveria ser oferecida pela família e, quando ela falha, pelo Estado.

No que concerne ao campo da saúde, com o ECA garantiu-se a possibilidade de legitimar a saúde como direito e a construção da criança e do adolescente como sujeito de direitos (Brasil, 1990). Para Scheinvar (2015), compreender a infância e a adolescência como sujeitos de direitos teve o intuito de retirar do âmbito da justiça as práticas de proteção social. Essa é uma tentativa de uma desjudicialização da vida. Nesse sentido, o ECA se constitui como um equipamento social do Estado de Direito sob a insígnia de uma noção de proteção integral. Isso implica reconhecer que as crianças e os adolescentes são sujeitos com determinadas responsabilidades sobre seus atos, incluindo responsabilidade por sua demanda, pelo sofrimento e pelo seu sintoma (Brasil, 2005). Desse modo, o ECA buscou superar os antigos modelos dos códigos de

menores de 1927 e 1979, marcados pela judicialização das intervenções e consubstanciados majoritariamente na internação dos menores. No entanto, o paradigma de proteção integral não substituiu a cultura da prioridade da internação, mas possibilitou um novo espaço e uma outra lógica associada ao direito à convivência familiar e comunitária inaugurado pelo ECA (Silveira, 2015). Os códigos de menores de 1927 e 1979 centralizavam a medida de internação como principal recurso de enfrentamento dessa problemática. Esse é um recurso que se baseia na proteção, assistência e vigilância. Dessa forma, a “proteção integral” tornou-se uma referência de regulação que produziu certas estratégias de governo pautadas no controle da população-alvo (Scheinvar, 2015).

O que ocorreu no Brasil foi um processo de judicialização intensificado sobre a criança pobre. Acerca da noção de uma universalidade da infância, “a soberba da lei se faz presente como escudo em face do mundo plural e colorido que se descortina ao adentrar-se nos corpos, nos afetos, nas moradias, nos desejos de uma população que se quer ‘universal’” (Scheinvar, 2015, p. 108). Para o autor, a pobreza, como um eixo analítico, surgiu a partir de um confronto com uma determinada subjetivação presente na prática jurídica que legitima a pobreza com a delinquência. Não muito diferente dessas instituições, outro destino possível da criança pobre no Brasil foi a institucionalização manicomial.

### **A constituição da infância como um objeto da Psiquiatria e a manicomialização da criança no Brasil**

A segunda questão deste trabalho refere-se à compreensão de como a infância vai se constituindo como um objeto especialmente relevante para o saber médico. Esse saber não estava centrado na saúde da infância, mas sim em uma noção de anormalidade. Era a não normalidade que balizava as conceituações patológicas sobre a

infância, em uma relação opositiva entre normal e anormal (Canguilhem, 2010). Assim, pensar a questão da infância e a sua relação com o saber médico é tecer relações complexas entre a construção da infância como uma categoria da Medicina, na sua relação com a cultura na construção de discursos sobre a criança (Rustoyburu, 2015).

Diante disso, cabe-nos questionar de que forma a infância passou a ser um objeto de intervenção psiquiátrica. Segundo Foucault (2006), as casas de saúde para crianças apareceram no final do século XIX com o intuito de serem um dispositivo de vigilância sobre os critérios de normalidade, a começar pelo seu comportamento, seu caráter e sua sexualidade. É por aí que insurgirá toda uma patologização da criança no interior da própria família. Para Foucault, a infância vai se tornando o centro da intervenção psiquiátrica de uma forma indireta, na medida em que o adulto “louco” começa a ser questionado justamente acerca de sua infância (Foucault, 2006). De algum modo, a psiquiatrização da infância não estava determinada à criança “louca”, mas, em primeiro momento, destinada à criança “imbecil”, à criança “idiota”. Para Lobo (2015), não foi a criança “louca”, como sinônimo de anormal, que deu origem à psiquiatrização da infância, mas sim a criança “idiota”, atribuída a duas grandes perspectivas: a monstruosidade física, pautada nas explicações de atraso de desenvolvimento cognitivo, e a monstruosidade moral, calcada nas ausências de intelecto e na desordem dos instintos. Ou seja, a loucura não era considerada um desvio da norma na idade infantil.

A emergência de uma Psiquiatria Infantil não aparece do *enfant* louco, mas sim de outra figura tão cara ao alienismo vigente: o idiota, como uma exemplar figura das teorias do desenvolvimento e da embriologia. Nesse sentido, as teses de degenerescência do psiquiatra Bénédict Morel, baseadas no modelo de degenerescência moral, a partir de certos traços hereditários, sustentavam as morbidades psiquiátricas na

espécie humana, baseadas nas afirmativas da degradação da natureza que se apresentavam em diferentes níveis de complexidade (Serpa Jr., 2010).

Para Foucault (2006), foi a partir da infância que a psiquiatrização do poder psiquiátrico pôde-se realizar.

*Em todo o século XIX foi principalmente a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; foi muito mais a criança do que ao adulto, [...] é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária-instituição pedagógica, modelo de saúde-sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico (Foucault, 2006, p. 256).*

Dando prosseguimento a essa questão, o autor afirmou que essa psiquiatrização da infância passa por dois caminhos: por um lado, a descoberta da criança “louca” e, por outro, a emersão da infância como lugar de origem da doença mental. Isso se baseia em uma investigação sobre um arcabouço de anamneses, de interrogatórios dos doentes e de suas famílias e dos relatos de história de vida e sobre os modos de tratar.

As formas de tratamento no campo psiquiátrico tiveram preponderantemente aspectos similares em muitas partes do mundo, como nos famosos hospitais parisienses de Bicêtre e Salpêtrière (Silva, 2009). Uma das características do hospital psiquiátrico é se configurar como uma instituição total. Esse tipo de instituição caracteriza-se como um local onde um grande número de sujeitos em uma situação semelhante são separados da sociedade a partir de uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1999).

A operação terapêutica da Psiquiatria nessas instituições firmava-se na luta da razão contra a não razão. As violências produzidas em seu interior se justificavam pelo poder ameaçador que a loucura anunciava e que deveria ser dominado (Foucault, 2006). Não se tratava naquela época de aplicar uma terapêutica, mas sim de uma disputa entre

a verdade do médico e a do doente, através de uma relação de poder. O poder normalizador da Psiquiatria consistia em manter, sobre o domínio do discurso médico e medicamentoso, a verdade sobre a loucura traduzida em doença mental e a verdade do que fazer com as pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2007).

No que tange à infância, para Kamers (2013), o campo de intervenção médico-psiquiátrico foi se constituindo como um dispositivo regulador do normal e do patológico sobre a criança. Sendo assim, para além do hospício, muitas crianças foram submetidas ao funcionamento de um conjunto de instituições disciplinares, tais como a família, a escola, a igreja, o hospital, o asilo, sendo consideradas como primitivas, selvagens, dependentes, carentes e frágeis (Hillesheim; Guareschi, 2007). No asilo manicomial, as crianças convivem com o adulto “louco”, sem distinção de tratamento e sem uma linha de cuidado específica. O processo de institucionalização manicomial foi o destino de muitas crianças no mundo todo.

Quanto à cena nacional, estudos sobre a história da loucura na infância são precários e insuficientes. Ribeiro (2006) afirmou que a saúde mental infantil no Brasil, na condição de campo de estudos e intervenção, não teve nada sistematizado até o século XIX, quando emergiram as primeiras teses de Psicologia e de Psiquiatria, a partir da criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Dom Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro.

Em contrapartida, escassas reportagens de acervos históricos destacaram uma grande internação de crianças no Brasil entre 1884 e 1937, como demonstrado em estudos de Hartmann *et al.* (2008), no Hospital Psiquiátrico São Pedro, na cidade de Porto Alegre. Chamam a atenção os diagnósticos da época que justificavam a internação: idiotismo, infelicidade, oligofrenia e degeneração. No entanto, grande parte

dessas crianças era internada particularmente por questões de pobreza e de vulnerabilidade social, como mostra o fragmento a seguir.

*O pai de Júlia, por exemplo, no ano de 1903, quando ela estava com doze anos e apareciam os primeiros sinais de sua ‘mania aguda’, além do atestado de insanidade assinado por um médico, solicitou à subintendência de Porto Alegre um atestado de pobreza para comprovar a sua condição financeira e garantir a internação da filha (Trevizani; Silva, 2014, p. 148).*

A jornalista Daniela Arbex, em seu livro *Holocausto brasileiro*, apresentou em um de seus capítulos a realidade das crianças internadas no hospício do município de Barbacena, em Minas Gerais. Essa instituição foi considerada um das maiores do Brasil. No trecho em destaque, a autora narrou a visita do então superintendente do serviço de Psiquiatria da época, Ronaldo Simões Coelho, em um diálogo com uma enfermeira do hospital.

*Logo ao chegar ao hospital do estado, em 1971, avistou um menino “crucificado”. Apesar do sol inclemente, o garoto, que aparentava idade inferior a 10 anos, estava deitado no chão, com os braços abertos e amarrados e o rosto queimado pela exposição ao calor de quase trinta graus. Voltou-se para freira responsável pelo setor, esperando alguma explicação.*

*- Por que esse menino está amarrado nesse solão?*

*- Se soltar, ele arranca os olhos de outras crianças. Tem mania, respondeu a mulher com naturalidade.*

*- E quanto olhos ele já arrancou?*

*- Nenhum. Disse a religiosa (Arbex, 2013).*

Ou seja, não havia um critério claro de diagnóstico para legitimar a intervenção. Percebe-se que a intervenção apresenta um caráter muito mais punitivo do que curativo. No que tange aos critérios de diagnóstico e internação, o que os pautava frequentemente não era um quadro nosológico, mas sim as categorizações morais e sociais. Silva *et al.* (2008) demonstraram essa situação ao se referirem às expressões utilizadas nos prontuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro: “intenção de prática do mal, erros de conduta, surtos extravagantes, indivíduo que tem maus propósitos, masturbação profissional, entre outras” (Silva *et al.*, 2008, p. 452).

Até o século XVII, a loucura estava relacionada principalmente à questão da pobreza e da ordem moral, ao mesmo tempo em que atestava a maldição divina. A loucura foi percebida, então, como a própria miséria e a incapacidade ao trabalho, atestando, dessa maneira, a internação no hospital geral (Foucault, 2000; Frayse, 2008).

O hospital, considerado como uma instituição de cura, emerge no final do século XVIII e vai se constituindo a partir de duas práticas: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais através de inquéritos (Foucault, 2007). Para o autor, o “hospital deixa de ser uma figura arquitetônica e passa a fazer parte de um fato médico que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças, etc.” (Foucault, 2007, p.100). Surgiu, então, um novo olhar sobre o hospital, visto como máquina de curar, sendo que, se a instituição produz efeitos patológicos, eles devem ser corrigidos. A partir disso, o hospital pôde ser medicalizado, e a medicina tornar-se uma prática hospitalar. Dentro da perspectiva foucaultiana, a medicalização aparece como um dispositivo central no nascimento da biopolítica, a partir de diferentes possibilidades, como a pedagogização do sexo das crianças e a histerização das mulheres, por exemplo (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Jr, 2014).

A noção da doença, para a Psiquiatria clássica, estava calcada na determinação orgânica, sendo o medicamento o principal meio de tratamento. Quem trabalhava para a cura era a medicação, portanto o exílio asilar era a principal intervenção (Costa-Rosa; Luzio; Yassi, 2003). Nessa perspectiva, não há nenhuma preocupação com o sujeito, nem com o seu processo de autonomia na sua relação com o uso do medicamento. O medicamento produz um discurso de cura, no qual o sujeito, muitas vezes, fica na posição de assujeitamento. Por assujeitamento, entendem-se os processos de subjetivação que são constituídos por atravessamentos institucionais que perpassam a conceituação de norma, através de relações de poder.

Diante disso, observa-se, nos serviços de saúde mental infantojuvenil, um crescente uso de medicações como forma de lidar com a doença mental infantil. Um exemplo disso se refere ao tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA). O Brasil é o segundo país de maior uso de Ritalina no mundo (Decotelli; Teixeira; Bicalho, 2013). O uso da medicação como forma de tratamento não se constituiu em si mesmo um problema, mas o uso indiscriminado e irresponsivo auxilia na construção de um processo que se entende como uma medicalização da vida.

O termo medicalização foi usado pela primeira vez por Ivan Illich, no final dos anos 1960, para denominar “uma crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina” (Gaudenzi; Ortega, 2012, p. 22). Conrad (2007) afirmou que esse processo de apropriação do saber médico se deu com base em comportamentos, estados psíquicos e condições corporais, problemas de vida que são transformados em fatos médicos, constituídos como espaços de jurisdição da vida cotidiana. A medicalização pode ser entendida, então, como a relação de saber-poder, estabelecida pela Medicina, tanto nas questões individuais quanto nas questões sociais. Um exemplo disso refere-se à medicalização do álcool e outras drogas, que se inicia não por um caráter estritamente

médico, mas pelos discursos dos Alcoólicos Anônimos, a partir da lógica do desvio, sendo que a Medicina só entra nesse jogo mais tarde. Muitos são os eventos da vida que se tornaram medicalizados, como os distúrbios alimentares, as práticas sexuais, o parto, a morte e os comportamentos infantis (Conrad, 2007).

Uma das formas dessa apropriação da saúde se dá através do uso indiscriminado do medicamento. Para Illich (1975), a medicalização de um medicamento é o fato mais perigoso. Um dos efeitos desse processo é o que o autor denominou de iatrogênese social, praticada pela medicalização das categorias sociais.

Um exemplo dessa iatrogênese aparece na medicalização da infância em nome de uma docilização dos corpos infantis. Muitas vezes, o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos. A medicalização por meio do medicamento adentra esse corpo infantil como uma tecnologia de controle e adestramento que produz outra relação com o mundo, com a família e com os serviços de saúde.

Conseqüentemente, grande parte “dos problemas cotidianos passam a ser definidos como assuntos de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo, uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora” (Baroni; Vargas; Caponi, 2010, p. 72). Para Rosa, Veras e Vilhena (2015), a medicalização demarca como patológicas questões sociais que não necessariamente constituem fatos médicos. Dito de outro modo, problemas não médicos passam a ser definidos pela jurisdição médica (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Jr., 2014). No que tange às questões infantis, as autoras assinalaram que a construção dos diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) e de Transtorno Opositor Desafiador (TOD) emergem como interesses marcados por convenções sociais em vez de marcadores biológicos legitimados. Grande parte das

vezes, esses transtornos “não apresentam em definitivo a comprovação de sua localização exata no organismo, embora a enorme tentativa da Neurobiologia e de parte da Psiquiatria em mapear tal precisão, tal local, em endereçar ao cérebro ou aos hormônios essa função reguladora” (Baroni; Vargas; Caponi, 2010, p. 72).

O que acontece, muitas vezes, na prática, é que a massificação do diagnóstico faz uma equivalência à constituição do sujeito, isto é, o sujeito se transforma pela produção discursiva dos especialistas em uma doença (Baroni; Vargas; Caponi, 2010, p. 72). Desse modo, determinadas práticas sociais vão consolidando discursos sobre uma infância doente que acabam despotencializando os processos de saúde infantis, produtores de vida. Por exemplo, quando se afirma que uma criança tem TDHA, ou quando se sentencia que uma criança é autista, há uma dada produção subjetiva, sobre uma infância doente, forjando e construindo uma determinada infância. A escola, desesperada por manter a ordem e o bem-estar institucional, vê-se desamparada em lidar com as crianças que fogem aos comportamentos esperados pelos professores. Nesse ímpeto, além de tentar diagnosticá-las, a escola convoca os especialistas da saúde mental para normatizar essa infância, sem colocar em questão sua conceituação e sem problematizar que esses discursos de patologização da vida infantil, essas narrativas da vida escolar, produzem efeitos patológicos nos modos de ser e estar infantis.

Nesse sentido, a prática psiquiátrica, mediante o uso massivo de medicação, apresenta uma resposta certa. Através da ação medicamentosa, consegue-se manipular a parte bioquímica do sofrimento mental. Chama a atenção o nome comercial de alguns medicamentos usados para o tratamento de TDHA e de Transtornos Ansiosos. O medilfenidato, substância bem comum no tratamento de TDHA, é chamado pelo laboratório Janssen® de Concerta, e a sertralina do laboratório Eurofarma®, de Assert. Parece que os laboratórios compreenderam muito bem o apelo que a sociedade faz a

crianças que, de alguma forma, estabelecem relações com o mundo a partir de determinados traços sintomáticos. Não é isso que a escola demanda aos serviços de saúde mental? Que os especialistas consertem e ajustem essas crianças aos seus territórios de existência? Para Rosa, Veras e Vilhena (2015), os pais, ao menor sinal de infelicidade dos filhos, buscam lidar com a experiência de sofrimento a partir de um arsenal farmacêutico de psicotrópicos, como forma de restauração do *status* “normal” da infância e, também, como substituto de um processo educacional que deveria ser construído pelos responsáveis das crianças.

É importante que se faça uma ressalva quanto ao uso de medicação psiquiátrica. Sem sombra de dúvidas, seu uso, em situações de extremo sofrimento psíquico, como nos casos das psicoses, das depressões paralisantes, não é só necessária como se constitui, muitas vezes, um dos únicos instrumentos de intervenção (Cruz, 2010). O que se coloca como questão é no que diz respeito à criança institucionalizada. Muitas vezes só lhe cabe aguardar as palavras dos saberes especialistas e, nessa espera, tende a se institucionalizar tanto pelo tempo de enclausuramento, como pela forma de viver na instituição (Rosa; Veras; Vilhena, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho pretendeu-se discutir o processo de institucionalização da infância no Brasil a partir de dois eixos: a judicialização da infância e o processo de medicalização infantil. Um dos pontos de intersecção desses eixos pode ser ilustrado pela emergência dos discursos que caracterizam a criança pobre como uma questão social, por intermédio de discursos disciplinares, educacionais e de cuidado, que compuseram uma rede discursiva que articulava e legitimava saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, através de uma tecnologia correcional e repressora.

Baseados em um discurso médico-higienista, ancorado em uma perspectiva de formação moral, foram criados diferentes dispositivos de intervenção, desde asilos e casas correccionais no Brasil até a FEBEM e a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE). Nesse ínterim, muitos processos se modificaram como alternativa a uma lógica de cuidado e de proteção. No entanto, o que os estudos mostraram é que o caráter corretivo-repressor coexiste como uma tecnologia mais leve e tecnificada de cuidado/proteção. Mesmo travestidos de cientificidade, esses discursos ainda se centram na culpabilização da família e na incapacidade dos pais de cuidarem de seus filhos de acordo com os discursos médico-jurídicos sobre a infância que predominam no contexto atual.

Assim, historicamente, a política voltada à infância e à juventude apresentou uma marca de desproteção. Em nome de um controle social e da docilização dos corpos, a infância foi marcada por um sistema de violação de direitos, de enfraquecimento das potencialidades, de uma produção de subjetivação, baseado em um modelo punitivo e segregador.

A constituição do saber médico sobre a criança no Brasil foi se constituindo com base em um eixo dicotômico entre normal x anormal, entendendo a infância como uma estanca etapa da vida. Essa binarização deu suporte à psiquiatrização da infância, a partir da fabricação de entidades nosográficas voltadas à criança imbecil e idiota. A medicalização da infância pelo uso indiscriminado do medicamento ganhou força nos serviços de saúde mental infantojuvenil, observada no alto uso de medicamentos para tratar comportamentos infantis. Cabe ressaltar que o uso da medicação como uma forma de tratamento não se constitui em si mesmo um problema, mas auxilia na construção de um processo que se entende como uma medicalização da existência.

Se no campo da assistência, a lógica prestada à criança foi marcada por um signo de (des)proteção, observa-se que, no campo da saúde mental no Brasil, a infância foi marcada por uma lógica de (des)assistência. Como plano de transversalidade, observou-se que houve um destino semelhante. Se por um lado tem-se uma lógica da internação como uma resposta à questão do social da infância, por outro lado tem-se a internação de crianças “loucas” como um dos recursos para se lidar com a criança “indócil” e as intercessões que ela produz no *corpus* social.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Anvisa. Agência de Vigilância Sanitária. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2). Acesso em: 25/10/2016. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf)>.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Baroni, D. P. M.; Vargas, R. F. S.; Caponi, S. N. (2010). Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia e sociedade*, 22(1), 70-77.
- Barros, D. (2014). *O uso e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção*. Tese de doutorado não publicada. Rio de Janeiro: UERJ.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Cultura e Educação. (1990). *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Cultura e Educação.
- Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Costa-Rosa, A; Luzio, C; Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (org.). *Archivos de saúde mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 13-44.
- Cruz, L.; Guareschi, N. (2004). Sobre a psicologia no contexto da infância: da psicopatologização à inserção política. *Aletheia*, 20, Canoas, 77-90.
- Cruz, L.; Hillesheim, B.; Guareschi, N. (2005). Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicologia e sociedade*, 17(3), Porto Alegre, p. 42-49.
- Cruz, M. A. S. (2010). Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 17-25.
- Decotelli, K. M.; Teixeira, L. C. B.; Bicalho, P. P. G. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância, e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia ciência e profissão*, 33(2), p. 446-459.
- Foucault, M. (2000). *História da loucura na idade clássica*. 9ªed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2003). A vida dos homens infames. In: Foucault, M. (2003). *Estratégia, poder-saber*. Ditos e Escritos IV, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 203-222.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *Vigiar e punir*. 33ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Frayse, J.P. (2008). *O que é loucura*. 10ªed. São Paulo: Brasiliense.
- Gaudenzi, P.; Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 16(40), 21-34.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), São Paulo, 153-165.
- Silva, R. N., Hartmann, S., Scisleski, A. C. C., & Pires, M. L. (2008). As patologias nos modos de ser criança e adolescente análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Revista psico*, 39(4), 448-455.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: a nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Lobo, L. F. (2015). O nascimento da criança anormal e a expansão da Psiquiatria no Brasil. In: Resende, H. *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 199-215.
- Marafon, G. (2014). Judicialização da infância: da menoridade à prevenção do bullying. *Entreideias*, 3(1), Salvador, 79-93.
- Noguchi, N. F. C; de La Taille, Y. (2008). Universo moral dos jovens infratores. *Cadernos de pesquisa*, 38(133), 11-40.
- Ortega, F. *et al.* (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface (Botucatu)*, 449-510.
- Perez, J. R. R.; Passone, E. F. (2010). Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 10(140), 649-673.
- Rizzini, I; Rizzini, I. (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafio do presente*. São Paulo: Loyola.
- Rizzini, I.; Gondra, J. G. (2014). Higiene, topologia da infância e institucionalização da criança pobre. *Revista Brasileira de Educação*, 19(58), 561-584.
- Romagnoli, R. (2015). Problematizando as noções de vulnerabilidade e risco social no cotidiano do SUS. *Psicologia em Estudo*, 20(3), Maringá, 449-459.
- Rosa, C. M.; Veras, L.; Vilhena, J. (2015). Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização. *Estilos Clínicos*, 20(2), São Paulo, 226-245.
- Rustoyburu, C. A. (2015). Pedíatria psicossomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (4), 1249-1265.
- Scheinvar, E. (2015). A aplicação do ECA tem se desviado da sua proposta original: Estado de Direito e formação discursiva no campo da criança e do adolescente. In: Resende, Haroldo de. *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 103-125.
- Serpa Jr., O. D. (2010) O degenerado. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 17(2), Rio de Janeiro, 447-473.
- Silva, R. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 12(1), 195-208.
- Silva, R. (2011). O laboratório de biologia infantil, 1935-1941: da medicina legal à assistência social. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, 18(4), 1111-1130.

Silva, C. *et al.* (2015). Reflexões a respeito dos processos de judicialização e criminalização no controle da contemporaneidade. *Barbarói*, 43, Santa Cruz do Sul, 223-241.

Silveira, D. S. (2015). Governamentalidades, saberes e políticas públicas na área de Direitos Humanos da criança e do adolescente. In: Resende, H. *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 57-83.

Trevizani, T. M.; Silva, R. N. (2014). Camisa de força para menores: as patologias das crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884-1929). *Mnemosine*, 10(1), Rio de Janeiro, 142-166.

Veiga-Neto, A. (2015). Por que governar a infância? In: Resende, H. *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 49-56.

Zorzanelli, R. T.; Ortega, F.; Bezerra Jr., B. B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), Rio de Janeiro, 1859-1868.

## 3.2 ESTUDO II: Infância e práticas do cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil

### Resumo

Este artigo é um recorte de pesquisa de doutorado que buscou investigar como as noções de infância estão pautadas nas práticas de cuidado de psicólogas que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (Capsi) no estado do Rio Grande do Sul. É resultado de um trabalho qualitativo-exploratório de investigação com nove profissionais de cinco serviços diferentes. Como resultado, observou-se a noção de uma infância romantizada que perpassa a construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil, embora a infância da população atendida seja uma fase de muitas vulnerabilidades e sofrimentos. No que se refere à construção da demanda dos serviços, observou-se que grande parte das crianças que chega aos serviços apresenta muitos atravessamentos sociais. Há uma dificuldade em discriminar o que é demanda de Capsi e o que não é. Esse processo tem levado a uma medicalização da infância e, conseqüentemente, à ênfase nos psicofármacos como uso hegemônico no campo do cuidado, em detrimento de atividades preferencialmente psicossociais.

**Palavras-Chave:** Infância. Capsi. Saúde Mental.

O presente artigo discute os resultados de uma pesquisa de doutorado em Psicologia Social intitulada *Infância e Reforma Psiquiátrica no contexto da saúde mental do estado do Rio Grande do Sul*, que teve como principal objetivo identificar as noções de infância pautadas nas práticas da psicologia nos dispositivos de atendimento em saúde mental voltados a crianças e adolescentes, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (Capsi). No que concerne às questões que abarcam a infância e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, há uma escassez de publicações frente aos desafios que a questão da infância interroga nos dispositivos de cuidado. Dentre as publicações recentes, alguns estudos abordam as práticas e reflexões sobre o trabalho da saúde mental direcionado à infância e à adolescência no Brasil, discutindo práticas de trabalho e modos de gestão em rede (Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2016; Lauridsen-Ribeiro; Lykouropoulos 2016; Couto; Duarte; Delgado, 2008). No que tange às pesquisas realizadas no Rio Grande do Sul, alguns estudos buscaram compreender a historicidade da internação de crianças e adolescentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre (Silva; Hartmann; Scisleski, 2008; Silva *et al.*,

2010) e outros abordaram a micropolítica do trabalho nos Capsi's (Cervo; Silva, 2014; Araújo; Guazina, 2017).

No entanto, poucos trabalhos discutem a amplitude da temática a partir da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e exploram os desafios e obstáculos das práticas da psicologia nos serviços, bem como as problemáticas postas para a saúde mental no estado do Rio Grande do Sul. Portanto este estudo tem o objetivo de colaborar para superar essa lacuna histórica de desassistência e desatenção em relação às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico (Couto, 2004), uma vez que a história da militância da Reforma Psiquiátrica Brasileira pautou-se hegemonicamente na temática do adulto e nas questões de álcool e outras drogas. Somente em 2001, com a aprovação da lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira, tencionou-se a importância de um sistema de proteção e cuidado integral à criança a partir de uma rede de saúde complexa, composta de diversos setores, tais como a atenção básica, a educação, a assistência social e a justiça (Couto; Duarte; Delgado, 2008), como uma alternativa ao cenário de desassistência.

Dessa forma, muitos desafios são postos para a consolidação e avanço no sentido de uma política de saúde mental voltada à infância e à adolescência. Neste artigo trataremos mais especificamente sobre as questões voltadas à infância. No que diz respeito à essa fase da vida, compreende-se que algumas questões são fundamentais. A primeira delas é o fato de que a própria noção de infância se colocou como um ponto central no decorrer da tese, a partir de alguns questionamentos. Que noções de infância estão pautadas nas práticas de cuidado dos serviços de saúde mental? Que implicações e desdobramentos essas noções produzem no cotidiano de trabalho dos Capsi's?

O Capsi se constitui como um serviço comunitário de atenção diária para crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, tais como autismo, psicoses, neuroses graves e aquelas situações nas quais a fragilização dos laços sociais torna-se importante constituinte da situação do usuário (Brasil, 2004). A portaria 336, de 2002, do Ministério da Saúde (MS), indica o serviço com responsabilidade de ser o regulador da porta de entrada no âmbito do seu território e o organizador da rede de cuidados voltados à infância e à adolescência (Brasil, 2002). Essas diretrizes vêm como uma forma de contrapor um modelo de cuidado asilar historicamente constituído e datado no nosso país, que tem no cárcere e no exílio no manicômio sua intervenção maior (Costa-Rosa, 2003). Nesse cenário, há um indicativo da importância da

diversidade de práticas que possam ampliar o cuidado extramuros. Nessa perspectiva, as atividades previstas no Capsi são: “*atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atendimentos de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas*” (Brasil, 2004, p. 23), dentre outras que criar e fazer laços importantes no território da população.

Quanto às problemáticas emergentes nesse campo, tem-se observado o alto índice de encaminhamentos realizados pela escola e profissionais de saúde de diferentes setores como demandantes de cuidado infantil no que tange às questões de saúde mental. Muitas vezes, esses discursos são poliqueixosos e centram-se como forma de dar um lugar de normatização para situações que esses profissionais compreendem como desadaptadoras ou transgressoras. Para Kamers (2013, p. 154), “*a escola tem se tornado o principal dispositivo regulador da inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico-psiquiátrico*”.

Somado a isso, uma das respostas mais utilizadas pela Medicina tradicional frente ao número expressivo de crianças em sofrimento psíquico é o uso da medicação, o que dá margem a um amplo processo de medicalização da vida infantil como tentativa de restabelecimento da ordem vigente. Isso produz uma psiquiatrização da vida cotidiana (Freitas; Amarante, 2017) que se manifesta muitas vezes na criação de diferentes diagnósticos, como uma tentativa de responder às questões da infância no plano social.

Dessa forma, o amplo uso medicamentoso leva a um relativo apagamento da infância e a uma confusão das condutas dos adultos em relação às demandas do infantil. Frente a isso, questiona-se qual o lugar da infância no campo do cuidado em saúde mental? Como pensar em uma infância que possa dar conta de uma experiência de sofrimento sem precisar entrar pela via da medicalização. Kamers (2013) afirma que, se antigamente a criança era depositária de toda uma expectativa dos ideais sociais do mundo do adulto, hoje pode-se pensar que o que ocorre é justamente uma inversão: um apagamento da infância e uma tentativa de transformar um certo real infantil em um modo ideal da existência dos adultos. Conforme a autora,

*[...]observa-se que a práxis médico-psiquiátrica na infância prescinde completamente da escuta das narrativas dos pais sobre os filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma*

*falha no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização (Kamers, 2013, p.55).*

Dessa forma, notam-se algumas situações-problema no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA), como questionamentos desafiadores para o avanço da política de saúde mental dessa área. Um deles refere-se ao conceito de infância, que é o eixo de investigação norteador da tese. Para além da noção de infância, o processo de medicalização da vida infantil e seus desdobramentos no campo do discurso social bem como as dificuldades de construção de uma rede intersetorial constituíram-se importantes caminhos investigativos da pesquisa. A pista inicial era de que haveria certa romantização da infância, considerando-a uma fase do desenvolvimento livre de sofrimento e de dor que estaria imbricada nas práticas de cuidado dos serviços. Nesse sentido (Couto, 2004), endossa essa pista, afirmando que uma das dificuldades para um avanço na política integral de saúde mental infantojuvenil está em ignorar que a loucura ou o adoecimento psíquico podem ser uma experiência da infância.

Entende-se neste trabalho que não há uma infância “por ela mesma”, mas há produção de diversos discursos a partir de um conjunto de normas nas relações adultos-crianças, ancorado em um sentimento de piedade e ternura, a partir de certa política da verdade, ou seja, ao mesmo tempo em que a cultura começa a demarcar a infância e suas características, ela principia o chancelamento do que realmente ainda pode caber nesse campo de existência (Corazza, 2000).

Assim, entender a infância como invenção e como construção social significa considerar o sujeito infantil como constituído nas práticas culturais, e o conhecimento sobre a infância como sendo produzido por uma determinada construção histórica e que, ao mesmo tempo, produz o objeto que se propõe conhecer (Hillesheim; Guareschi, 2007). Isso contrapõe a falaciosa ideia que tanto aparece nas literaturas científicas, quanto nos discursos do senso comum, de que a infância é concebida e caracterizada por um período de tempo, que é uma etapa estanque da vida, que geralmente demarca o início e um fim da infância de uma pessoa (Qvortrup, 2010).

Diante dessas considerações, o objetivo geral deste artigo é compreender como a noção de infância vai se constituindo nos discursos dos profissionais e que discursos se pulverizam sobre as crianças nos serviços de saúde mental. Outros objetivos subjacentes centraram-se em conhecer as práticas de cuidado que vão sendo desenhadas pelos

profissionais da Psicologia e quais os desafios e potências vão se conformando no cotidiano das práticas.

### **Percurso metodológico**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, que se caracteriza pela ênfase nos processos subjetivos dos grupos sociais e das imbricações de sentidos e afetos produzidos em um determinado cenário de pesquisa (Rocha, 2006; Minayo, 2010). Participaram do estudo nove psicólogas, componentes das equipes que atuam em cinco Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (Capsi) do estado do Rio Grande do Sul, caracterizados na tabela abaixo (Tabela 1) e selecionados a partir de uma amostra de dezesseis Capsi's do estado<sup>15</sup>. A escolha dos serviços (Tabela 2) foi por conveniência. A eleição das cidades se deu mediante a investigação das portarias que regulamentam os serviços e que estão estabelecidas no quadro de caracterização dos serviços.

Foi realizada uma entrevista semi-dirigida com duração média de uma hora que investigou temáticas, como as práticas da psicologia nos Capsi's, bem como a ideia de infância das profissionais. Além da entrevista, foi utilizado diário de campo. Esse diário serviu para a produção de memórias, para colocar sob o registro as “sobras das ideias”, aquilo que “desvia” da experiência da pesquisa. Utiliza-se neste texto a experiência a partir da tradição de Benjamim (1987), em contraponto com a experiência de acontecimento. Tomar o diário de campo como ato de registro de algo que se relaciona à experiência é fazer dessa ferramenta uma possibilidade de implicação. A construção do diário de campo

*[...] requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, olhar mais devagar, para sentir [...] demorar-lhe nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, [...] cultivar a arte do encontro, [...] e dar-se tempo (Larrosa, 2002, p. 24).*

As produções desses encontros foram analisadas a partir da perspectiva da análise temática proposta por Minayo (2010), uma vez que ela permite analisar diferentes contextos a partir de significantes, estruturas sociológicas dos enunciados articulados aos processos psicossociais e ao contexto social e cultural. O primeiro passo da análise centrou-se na leitura dos materiais e na realização de uma pré-análise, com o

---

<sup>15</sup> Dados retirados da SES/RS no ano de 2016, quando o projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos. Atualmente há 21 Capsi's habilitados no estado (Oliveira, 2018).

objetivo de formular unidades de registro e de contexto. O segundo passo consistiu na codificação dos registros a partir dos conceitos teóricos e epistemológicos que sustentam a temática de pesquisa. Após essa fase, mediante a leitura flutuante, consideraram-se os critérios de representatividade, pertinência e exaustividade. A partir das transcrições construíram-se eixos de analisibilidade para sustentar a argumentação das ideias. No entanto, esses eixos são meramente didáticos e emergem a partir das vivências do pesquisador no campo de estudo e das leituras das transcrições e cotidianidades dentro dos serviços. No entanto, essa divisão é meramente didática e não é o efeito da análise de uma “verdade” por trás dos enunciados das falas das participantes e da produção dos diários. Após a aprovação nessas instâncias da tese, esta pesquisa foi aprovada, sob o número do CAEE: 72820517.7.0000.5336.

Os eixos que conduzem a análise foram construídos na dialogia entre as observações participantes, as entrevistas e os diários produzidos no cenário da pesquisa. Para facilitar a discussão, foram construídos eixos de analisibilidade.

*Tabela 1 - Referências sobre as participantes.*

<i>Participantes</i>	<i>Idade</i>	<i>Tempos de Formação</i>	<i>de Tempo Serviço</i>	<i>no Especialização</i>
<i>Participante 01 M1</i>	<i>47 anos</i>	<i>24 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento</i>
<i>Participante 02 M1</i>	<i>42 anos</i>	<i>15 anos</i>	<i>10 anos</i>	<i>Especialização em Educação Infantil</i>
<i>Participante 03 M1</i>	<i>26 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Especialista em Saúde Mental</i>
<i>Participante 04 M2</i>	<i>38 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental</i>
<i>Participante 05 M2</i>	<i>29 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>11 anos</i>	<i>Especialista em Libras e Psicopatologia e Psicodiagnóstico infantil</i>

<b>Participante 06</b> <b>M2</b>	30 anos	8 anos	6 anos	Psicologia Clínica da Infância e da Adolescência
<b>Participante 07</b> <b>M3</b>	23 anos	3 anos	1 ano	Psicologia do Trabalho
<b>Participante 08</b> <b>M4</b>	33 anos	8 anos	5 anos	Especialista em Psicologia Clínica
<b>Participante 09</b> <b>M5</b>	50 anos	24 anos	12 anos	Especialização em Práticas Pedagógicas e Mestrado em Psicologia Social

*Tabela 2 - Caracterização dos serviços*

<b>Serviços</b>	<b>Portaria</b>	<b>Tempo de funcionamento</b>
<i>Capsi M 01</i>	<i>PT 294, de 27 de abril de 2006</i>	<i>12 anos</i>
<i>Capsi M 02</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>
<i>Capsi M 03</i>	<i>PT 385-SAS</i>	<i>03 anos</i>
<i>Capsi M 04</i>	<i>PT 541, de 05 de outubro de 2007</i>	<i>11 anos</i>
<i>Capsi M 05</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>

### **As noções de infância nas práticas de cuidado nos Capsi's**

As perguntas no campo de investigação versaram sobre as especificidades das práticas da psicologia nos Capsi's, sobre o funcionamento do serviço e sobre os obstáculos e as potências do trabalho. Em um momento da entrevista, questionou-se o que é infância. Em todas as entrevistas, essa pergunta era tomada por surpresas e

questionamentos. Foram momentos de ruptura, de descontinuidade na entrevista, de se colocar nesse lugar de “pensar sobre”. Uma das marcas que se mantém é uma certa idealização da infância, como esboçado nos excertos abaixo, que é costurada em diferentes momentos das entrevistas.

*Eu sempre falo pro pessoal do estágio isso da questão da infância que a gente tem uma ideia de infância como o período melhor da vida, né, mais feliz, a gente tem saudade quando a gente era criança e tal (Participante 02).*

*Infância é um momento sagrado. Ao meu ver, é um momento em que a criança tem que ser cuidada, tem que ser amada, tem que ser protegida. É o iniciozinho da vida. Tudo que acontece na infância reflete na vida adulta. A infância pra mim é uma idade sagrada (Participante 04).*

As duas falas apontam para certa ingenuidade, pueril, afeita ao próprio conceito e que está alicerçada em uma ideia de infância que começa a se desenvolver no século XIII, mas que assume seu auge no século XIX, que é a representação da criança “engraçadinha”. Essa sensibilidade de compreender a infância faz começar a aparecer, na relação das crianças com suas amas, uma linguagem, um vocabulário e um jargão utilitário os quais introduzem, na relação das crianças com os adultos, também um vocabulário e um jargão utilitário específico, que nos dão um sinal de que há ali uma determinada conexão com o campo do infantil. Nos dias contemporâneos, isso está demarcado nesse modo de falar com os bebês que se traduz, muitas vezes, “*com uma entonação que se caracteriza pela grande incidência dos picos prosódicos, pela sintaxe simplificada, pelo uso de diminutivos, pela evitação de encontros consonantais – frequentemente suavizados por substituição de fonemas – pela repetição silábica e pelo uso do registro da voz mais alto que o habitual*” (Jerusalinky, 2004, s/p).

Na mesma perspectiva, outra participante vê a infância como uma fase do desenvolvimento constante e uma fase de alegria.

*[...] mudança constante e alegria, vejo a infância como alegria! Também, desde a gente se manter sempre colorido, porque a gente, nosso serviço era todo... Tinham salas com cores, mas não era assim, não tinha cor assim, nas outras coisas, era só porque tinha uma cor da sala. A gente chegou, a gente quis revolucionar: “vamos pintar as portas coloridas”, então acho que desde o colorido, até, a gente inventar coisas novas pra eles, né, inventar passeio, agora eu quis inventar, vamos fazer um filme, fazer festinha (Participante 06).*

De acordo com Schérer (2009), a criança, em sua cotidianidade, aos poucos desperta no homem uma virtude travestida de inocência que vai produzindo e mantendo

um determinado tipo de contato com a infância. A partir dessa visão, corre-se o risco de pensar a infância apenas constituída de sensibilidades boas, e de que não há nela, como em qualquer fase do desenvolvimento, modos de sofrer, modos de adoecer, modos de se patologizar como respostas às demandas. No entanto, quando falamos em infância somos arremessados automaticamente a *“um tempo áureo, idílico, muitas vezes romântico, tempo de nossa vida em que não tínhamos mais nada a fazer do que brincar e sonhar e crescer, em habitar outro mundo, o mundo dos adultos”* (Redin; Redin, 2008, p. 11-12).

Em consonância com essa questão, outra participante coloca a questão da infância mais atrelada ao campo de desenvolvimento humano alinhado às concepções classicistas do desenvolvimento humano, tomando-a como uma das etapas mais importantes do sujeito, conforme sugere esta fala: *“infância pra mim é a fase principal que embasa todo desenvolvimento, né, tudo que aquela pessoa vai ser, né. Então é uma fase muito importante que deve ser protegida, deve se ter uma visão priorizada, né”* (Participante 05).

Essas falas retomam, portanto, as críticas que os pesquisadores sociais têm proferido sobre a romantização da infância. No campo do infantil, há uma certa sensibilidade para pensar a infância como algo relacionado ao sagrado e que vai permeando todas as políticas sociais. É uma priorização da infância como uma etapa do desenvolvimento privilegiada e asséptica, marcada por um certo determinismo factual da infância. Isso encontra esteio na própria herança no nascimento da profissão da Psicologia no país, que se destacava na definição de parâmetros de normalidade e anormalidade e tinha certa autoridade para falar sobre a infância. A infância para o campo psicológico passa a ser entendida, então, como uma etapa separada das outras fases do desenvolvimento (Hillesheim; Guareschi, 2007). Considerá-la dessa maneira é não supor que nessa fase da vida, como em qualquer outra, há uma dimensão importante de sofrimento. Há infâncias que não deixam saudade, pelo contrário trazem as marcas das violências, dos abusos, de alienações parentais. Isso não quer dizer que na infância e com as crianças não encontramos certa experimentação libertária de pensamento e ação.

Quanto a essa questão, um estudo sobre a percepção da depressão em crianças realizada a partir do olhar dos médicos psiquiatras e familiares aponta que as famílias têm uma dificuldade maior em perceber que a depressão é também uma doença de crianças tanto quanto de de adultos. Em compensação a quase totalidade de médicos

desse estudo vê a depressão como uma doença pelo marcador biológico e privilegiam os psicofármacos como forma privilegiada de tratamento, minimizando a importância de outras terapêuticas (Nakamura; Santos, 2007). Isso corrobora para uma pulverização dos discursos psiquiátricos nas famílias e reforça que o universo infantil estaria imune aos adoecimentos psíquicos. Nessa mesma pesquisa, observou-se que os familiares fazem o diagnóstico a partir dos desconfortos que observam no cotidiano da criança, os quais não são necessariamente sinais de um estado depressivo maior. No entanto, entende-se que para os familiares essa não é uma questão simples. Há uma tendência de culpabilizar os pais pelo sofrimento dos filhos. No entanto essa visão restrita pouco avança para um olhar mais amplo que possa entender a dimensão dos pais e construir com eles uma possibilidade de cuidado. Ou, como no dizer de Amarante (2015, p. 106), *“é preciso saber lidar com as famílias, mas não apenas como ‘parentes’, como ‘cuidadores’, mas como agentes sociais, como sujeitos políticos”*.

Retomando a discussão, essa romantização da infância é um dos entraves para o avanço de uma política de saúde mental voltada à infância e à adolescência. Entreve que recai sobre a ideia de que *“conceber uma criança, unicamente como um ‘ser em desenvolvimento’, parece engendrar essa tão corriqueira noção de ‘deficiência’ (fartamente utilizada como categoria diagnóstica) sempre que ela se descola do seu curso ideal, ‘desadaptando-se’ ou (...) a desconsideração de que a criança possa portar o enigma da loucura. Criança deficiente e desadaptada sim, louca não”* (Couto, 2004, p. 4). Entender que a criança está sempre em desenvolvimento traz certa apreensão na medida em que não se olha para a criança no lugar em que ela está, mas sim sempre para o futuro. É um “vir a ser” não como um devir, mas um “vir a ser” com um lugar seguro a habitar, ou corre-se o risco de olhar para a criança e ter a tarefa principal de prepará-la para ser um adulto (Barbosa, 2015). E não um adulto qualquer, mas um adulto normalizado e produtivo. Dessa maneira, a infância também vai sendo produzida no território das ideias neoliberais, como forma de manutenção desse sistema, a partir do controle e da regulação da população infantil (Gadelha, 2010).

Portanto, indo de encontro a essa questão, *“tributar a uma criança a enigmática condição de uma existência particular, louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social (...) essa criança “louca” macula ideais, subverte o imaginário cultural,*

*mas nos convoca, a todos, o desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir” (Couto 2004, p. 6).*

No decorrer das observações, das entrevistas e das reuniões de equipe, observa-se o contrário. A infância que emerge na condição de um discurso é uma infância de muita vulnerabilidade, de muitas questões sociais e de sofrimentos. Chama a atenção esse paradoxo enunciativo nos trechos abaixo.

*(...) Ah, o que a gente vê por aqui nos serviços é uma infância muito triste, muito diferente daquilo que a gente imagina né. Eu me preocupo muito com as crianças de 9 e 10 anos que se cortam e tentam se matar, diz a técnica de enfermagem na reunião de equipe do Capsi (Diário de campo, julho de 2018).*

*As crianças que chegam aqui, em grande parte, têm problemas graves, alcoolismo, problemas de abandono, de negligência, de violência, tentativa de suicídio (Participante 01).*

*Hoje o que mais recebe no serviço são crianças com tentativas de suicídio, tu imagina, né, isso não tinha antes, crianças se cortando, com depressão. No meu tempo não era assim, tá tudo meio louco hoje em dia, tu não achas? – (Diário de campo, junho de 2018).*

*Tentativa de suicídio, automutilação, antes a gente atendia mais falta de limites (Participante 04).*

Em um primeiro momento, essas acepções causam estranheza, visto que o mandato social do Capsi é prestar serviços para crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de diferentes ordens, sejam neurológicas, psíquicas, cognitivas, mas fundamentalmente para crianças com dificuldades de fazerem inscrição no laço social. Essas ideias sobre a infância corroboram com o estudo de Couto (2004), que afirma que uma das inviabilizações dos avanços do cuidado no campo da infância nas políticas de saúde está em parte na idealização da infância e na dificuldade da enxergar na nessa etapa o encontro com o sofrimento ou com a loucura. Um dos desafios dos serviços é ter que lidar no cotidiano e nas micropolíticas de trabalho com essa infância ideal e com a infância real. Assim, essas ideias abrem campo para se compreender quais demandas chegam aos serviços de saúde e como elas vão sendo conformadas nas práticas de trabalho, que são compostas também a partir dessas visões dicotômicas e fragmentadas sobre a infância.

Apenas duas entrevistas trazem outro recorte sobre a infância. Ambas reconhecem que a infância é uma fase importante do desenvolvimento, que tem suas

potencialidades e suas dificuldades como qualquer outra etapa de constituição do sujeito e, portanto, apresenta também suas vicissitudes.

*Eu não consigo tirar essa questão social, da construção social da infância. Antes de trabalhar aqui eu pensava a infância dissociada de sofrimento (...), hoje o meu olhar sobre a infância é mais turvo, de pensar sobre esses sofrimentos todos que a infância atravessa. Me incomoda esse lugar de não infância hoje, de não poder brincar, de não poder errar, de fantasiar, de sonhar. Me parece que ou tudo é sintoma, ou não é nada. Para mim é da infância que a gente constrói sujeito (Participante 08).*

*É uma fase da vida, é um momento. Eu vejo mais potência na infância, porque ela tem menos marcas. Tu não vê tantas situações que se cronificam. É um momento que ainda é possível fazer algo. São histórias de muito sofrimento, violência doméstica, abusos (Participante 09).*

As duas participantes exploram essa questão da infância observando alguns eixos de entendimento. Um deles é a patologização da infância, ou seja, a transformação de tudo que é da ordem do infantil em problema de saúde mental. Frente a isso, elas destacam que a dificuldade dos pais e responsáveis em sustentar uma posição de cuidado e orientação. Em que pese essa questão, uma das observações que as profissionais trazem é a dificuldade de os pais ou cuidadores desempenharem seu lugar de educadores e responsáveis pela criança.

*Muitos chegam no serviço dizendo que a criança bagunça demais, que não se aquieta na escola e o que mais me questiono e reflito é poder dizer para os pais: Mas isso é coisa de criança. Tu que é o adulto. Tu que tem que tirar ele da cama. Tu que tem que dizer que tem que escovar os dentes depois de toda refeição. Para mim isso é que é infância. É poder esquecer que tem que escovar os dentes. Ou quando a criança chora a gente precisa abrir esse diálogo mostrar para ela que, sim, que a gente sofre, que chora, mas que vai passar, que tem alternativa para isso (Participante 08).*

*No encontro desta manhã muito fria de inverno na serra, conversando com a equipe sobre os processos de patologização da infância, a equipe levanta a questão de qual o papel que os pais e os responsáveis tomam frente às suas tarefas na educação de uma criança, dizem que parece que se perde uma linha muito básica que é se perguntar quem é o adulto da relação? Parece que essa fronteira não está muito clara na maior parte das famílias que nós atendemos aqui (Diário de campo, julho de 2018).*

*(...) a gente precisa entender que os pais, os cuidadores também têm suas histórias de sofrimento, de abandono, têm muitas marcas. E os pais cuidam do jeito que eles conseguem. Muitos deles também não foram cuidados de uma maneira que era para ser cuidado, que a gente imagina cuidar. Então a gente precisa ajudar essa família a se cuidar e a poder cuidar dessas crianças e isso é fundamental no meu trabalho, é por isso que eu continuo aqui (Participante 09).*

Esse olhar contextual chama a atenção já que as famílias que lidam com crianças as quais apresentam algum tipo de demanda de saúde mental enfrentam muitas dificuldades, entre elas, sobrecarga de trabalho e cansaço; além disso, elas também devem lidar com os inúmeros sentimentos e sofrimentos que essa situação suscita (Vicente; Hiragashi; Furtado, 2015; Borba; Schwartz; Kantorski, 2008). Isso posto é necessário ampliar as intervenções com a família, desculpabilizando-as com o intuito de estabelecer estratégias de corresponsabilização. Essas questões abrem margem para pensarmos as construções das demandas nos Capsi's.

### **As construções de demandas nos Capsi's**

*Cada sociedade tem a loucura que merece  
(Foucault, 2006).*

A segunda questão que se constituiu como uma via de discussão a partir da percepção das participantes foram as principais demandas dos Capsi's e como elas se estabelecem no discurso social. Por um lado, há as prerrogativas preconizadas na política e nas portarias que estruturam os serviços de saúde mental, como a portaria 336/2002, que caracteriza o público-alvo do Capsi, por outro lado, existem as demandas que vão sendo forjadas pelo campo social.

De acordo com Ministério da Saúde, o Capsi é um serviço aberto, de caráter comunitário e territorial (Brasil, 2004). Para Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal (2016), o caráter aberto indica que o serviço deve receber e acolher todos os usuários, sem burocratização do acesso, e que deve ser destinado a crianças e adolescentes com importante sofrimento psíquico. Nesse sentido, abarcam-se “*quadro de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais*” (Brasil, 2004, p. 23). No entanto, observa-se que, muitas vezes, o que é denominado de “neurose grave” torna-se um conceito-solução para englobar tudo aquilo que “não cabe” em outros serviços de atendimento de saúde nos municípios. Isso aparece de forma mais grotesca nos acolhimentos nos serviços, dando margem a algumas questões importantes. O que fica e o que não fica no serviço? Quais redes de cuidados os municípios comportam? Como

são as práticas de chegada e de acolhimento nos serviços? Como cada município, a partir do seu entendimento e de suas capacidades, organiza um fluxo de demanda<sup>16</sup>?

No que tange à construção das demandas nos Capsi's, um dos eixos mais apontados refere-se às demandas sociais, por exemplo.

*(...) grande parte da procura aqui são crianças que sofrem, que envolvem... que as dificuldades delas são decorrentes digamos de questões sociais, muito complicadas, por exemplo violências, abuso sexual...há dificuldades, assim, por exemplo, na família, às vezes não tem familiares, às vezes por exemplo tem transtornos, problemas graves, alcoolismo, sei lá o que, que estavam gerando muita dificuldade na criança, assim que tem a ver com sei lá, com abandono, com negligência, com violência, e às vezes essa é uma demanda que a gente acaba tendo que atender (Participante 01).*

Nesse sentido, outra participante afirma que antigamente o que chegava mais como demanda de atendimento eram os pacientes mais neuróticos, como se observa no depoimento abaixo.

*(...) tinha muito paciente bem neurótico. Não eram pacientes tão graves (...). A gente não tinha autista. Olha, a gente contava nos dedos quantos tinha (...). A gente não tinha, quase, internação psiquiátrica de criança, que hoje tem bastante da criança tá muito desorganizada. É uma coisa a se estudar, assim, do que aconteceu nesses dez anos, mas mudou muito ou nós também (Participante 02).*

Em muitos momentos, as participantes comparam os diferentes tipos de demandas que se constroem no serviço. Com muita frequência, elas se referem a demandas de Capsi e a demandas que não são de Capsi, como citado em: “*chega muito para nós crianças que têm muitas dificuldades escolares, enurese, dificuldade de relacionamento, depressão e várias outras coisas que não são de Capsi*”(Participante 01).

Essa fala chama a atenção e nos direciona a alguns questionamentos : o que são crianças de Capsi? O que demarca, no campo do discurso, uma indicação para a entrada no Capsi? Como se dá, no cotidiano dos serviços, essas decisões do que fica e do que não fica? Parece que há um limite e uma confusão nos serviços entre o que é a da ordem do psicopatológico, entendido como uma vivência de sofrimento da criança, e aquilo que é uma construção demandante da escola e da sociedade, visto como uma problemática de saúde mental, do que eles entendem como criança-problema. Com isso,

---

<sup>16</sup> As questões relativas às constituições de redes de cuidado para crianças e adolescente no SUS serão exploradas no estudo III da tese.

aparecem duas concepções importantes: a primeira de que a criança não sofre, de que não deseja e a segunda é que esse é o melhor período da vida. Observa-se que essa falta de clareza dificulta os fluxos de atendimento e atrapalha os processos de trabalho nos serviços quanto à linha de cuidado ofertada ao usuário.

*(...) antes toda a demanda que chegava a gente atendia, e a gente não entendia que não tinha que atender. A gente demorou muito tempo para compreender que as demandas de Capsi eram casos mais graves (Participante 04).*

*(...) os casos que são realmente para Capsi, né... autismo, risco de suicídio, transtorno de aprendizagem, de comportamento (Participante 05).*

Diferentes pesquisas questionam os problemas do diagnóstico quando se trata de crianças e adolescentes (Kamers, 2015; Mariotto, 2015; Guarido, 2015). Um dos aspectos de criticidade centra-se no processo de medicalização e psiquiatrização da vida baseado nos efeitos que os grandes códigos da Psiquiatria tradicional produzem sobre as pessoas. A ideia de classificação dos transtornos mentais, pautada principalmente no DMS (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), da *American Psychological Association (APA)* e na *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*, é resultado de um processo de construção social, com categorias nosológicas heterogêneas e limites pouco claros (Izaguirre, 2011). Além disso, os autores críticos da psicopatologização da vida afirmam que essas classificações são de alguma forma arbitrárias, conjecturais e interesseiras (Bekerman, 2011). Desse modo, os fenômenos psicopatológicos não existem sem os constructos psiquiátricos. Podem-se citar vários exemplos desses fenômenos, dentre eles o déficit de atenção, a homossexualidade, os transtornos ansiosos, etc. (Freitas; Amarante, 2015). Dessa maneira há um *reconhecimento importante*

*(...) ao se reconstruir a história de cada uma dessas categorias de diagnóstico, verifica-se que os critérios de classificação mudam historicamente, bem como as condições morais, políticas e institucionais que permitem que essa ou aquela categoria seja incluída ou excluída dos manuais de diagnóstico (ibidem, p.47).*

Diante disso muitos profissionais acabam questionando os motivos de encaminhamento e os modos de intervenção, como se observa a seguir:

*(...) a gente recebe muitos casos de autismo, por exemplo, o tempo todo, e a gente enquanto equipe se questiona se é autismo mesmo, porque a gente vai avaliar a criança e não vemos nada do que a gente estuda de autismo ali. A gente vê a criança em sofrimento, com muitos problemas sociais, de pais que se encontram em tratamento psiquiátrico, outros que estão presos (Participante 06).*

*(...) chegam no serviço muito casos de autismo que não é autismo. Daí a gente fala com o médico, a gente fala com a escola e eles dizem que é autismo e pronto. E isso dá um trabalho muito grande para nós. Desconstruir esse diagnóstico, até com a equipe às vezes. As crianças já vêm diagnosticadas pela escola e até com indicação de remédio (Participante 08).*

Essa pulverização dos diagnósticos pelo campo social, como observado nas falas das participantes, traz alguns problemas importantes, como a fabricação de patologias infantis por um discurso de psiquiatrização dos modos de viver (Kamers, 2013).

*Na reunião de equipe, muitos profissionais questionam que há uma grande dificuldade em avaliar as crianças nos serviços. Neste dia, a assistente social, diz que não se tem muito critério para avaliar dentro dos serviços o que são casos leves, agudos ou moderados. A gente trabalha no olho do furacão. Fica difícil até saber como se dá alta para essas crianças. Tem crianças que chegam aqui com 4 ou 5 anos e já estão nos serviços completando a maioridade. A gente não consegue discutir essas questões com os diferentes setores da sociedade, principalmente a escola (Diário de campo, agosto de 2018).*

Percebe-se que a lógica dos encaminhamentos funciona, muitas vezes, como um círculo repetitivo no qual a escola, confrontada com os problemas de aprendizagem ou de indisciplina da criança, solicita à família uma resposta, como observa a participante 01: “qualquer criança que não copiava na sala de aula a escola ou os pais mandavam pro Capsi”. Diante da dificuldade dos pais ou dos cuidadores de lidarem com essas experiências, a escola encaminha, muitas vezes, a criança ao neuropediatra ou ao psiquiatra infantil, ou aciona diretamente o conselho tutelar, alegando negligência familiar. Conseqüentemente, a escola tem se tornado um dispositivo regulador da inclusão ou exclusão da criança no domínio de um saber médico-psiquiátrico, tendo o uso medicamentoso como forma privilegiada de responder às demandas sociais realizadas, fundamentalmente, pelas instituições de assistência à infância (Kamers, 2013). Essas construções de demanda são alicerçadas, comumente, em um modo de compreensão da subjetividade infantil, baseado na relação de normalidade e anormalidade, e inviabilizam construções de cuidado que atentem para as especificidades de cada criança. Diante do exposto, alguns desafios e algumas potências são colocados como problemas ao avanço de uma política de saúde mental infantojuvenil.

## **Desafios e potências da Psicologia no cenário do Capsi**

Quanto aos desafios e potências da prática da Psicologia no Capsi, destacaram-se duas grandes questões: uma crítica sobre a formação da Psicologia no que se refere ao trabalho nas políticas de saúde mental infantojuvenis; e outra que versa sobre a preocupação com o uso indiscriminado de drogas psiquiátricas na infância como principal estratégia de cuidado e com as potências de trabalho da Psicologia nos Capsi's.

*a) A (form)ação como possibilidades e entraves: desafios para o campo da intervenção.*

*(...) não podemos responder à doença se não respondermos às necessidades da pessoa que está diante de nós. E jamais poderia fazer isso sozinho (Rotelli, 2008).*

Em sua quase totalidade, as participantes referiram que a formação quanto à SMCA, embora tenha avançado em questões importantes, mantém-se hegemonicamente presa a um discurso individual e a um modelo de intervenção voltada à clínica individual. Nesse sentido, muitos estudos mostram a entrada tardia na história da Psicologia de uma relação com o campo das políticas públicas de saúde (Spink, 2003; Benevides, 2005; Dimenstein, 2001). Um ponto em comum das críticas desses trabalhos é que o modelo psicodinâmico, calcado em uma explicação individualista dos fenômenos psicológicos, deu à Psicologia uma identidade no campo da intervenção da Psicologia Clínica individual. No entanto, o avanço da inserção da Psicologia nas políticas de saúde foi conformando outras práticas de cuidado centradas em uma noção de clínica ampliada, na atenção psicossocial, ou em uma reflexão mais crítica da clínica (Saidon, 2008; Lancetti, 2008) que ampliam e legitimam outros dispositivos clínicos para além dos tradicionais, como exemplifica a participante 03:

*(...) o primeiro desafio é a nossa formação (...) de que ela é bem voltada pra clínica ainda e é um trabalho muito isolado que a gente pelo menos aprende a fazer né. Então quando tu vai pro Capsi tu se depara com uma outra realidade, de que tu tem que trocar constantemente com o colega (...). Tu se vê com muitos questionamentos, assim, primeiro que vem da tua formação, né. Por exemplo, preencher um prontuário “ai, mas eu tenho que manter o sigilo, o que que eu coloco aqui, o que que eu não coloco” né... eu preciso contar pro meu colega algumas coisas que aconteceram porque ele também atende o caso, porque ele tem outro olhar. O que eu posso contar e o que eu não posso? (Participante 03).*

Barros (2006) afirma que grande parte dos processos formativos dentro da universidade são desvinculados e descontextualizados da realidade, tornando-se, assim, saberes que não sabem, ou seja, desarticulados da realidade produzida. Para Silva (1992), por anos a Psicologia deu ênfase a uma curricularização para o exercício autônomo da profissão, priorizando a psicoterapia individual, como padrão para o atendimento de uma determinada classe social, ou ações muito estereotipadas, como é mencionado por outra participante:

*A visão, às vezes, que a escola tem do psicólogo e que me incomoda muito é que psicólogo é formado pra dar palestra, né, acha um psicólogo e diz: “ah, vem cá, vem dar uma palestra sobre sexualidade, vem dar uma palestra de não sei o que...” e isso me irrita (risos), não gosto disso, sabe, então é aquela visão assim, psicólogo pra dar palestra, psicólogo pra atender individual... Ah, pra grupo já não serve. Então é aquela visão muito fechada né, do psicólogo clínico e palestrante, acho que isso ainda tem, e a gente tá sempre martelando e tentando quebrar (Participante 06).*

Ou como diz a participante 07:

*Eu acho que... aqui né, de modo específico, eu acho que é sair da clínica individual e (...) de ter profissionais da própria área que não legitimam o trabalho em grupo, o trabalho no social, as coisas que podem ser feitas e, nossa, assim, eu tive essa experiência de trabalhar tanto individualmente aqui quanto em grupo, e em grupo, ao meu ver, a coisa flui muito mais; sabe, parece que o que tu conseguia em um mês tu consegue em uma semana, parece, sabe, são coisas que a gente consegue desenvolver muito mais fácil, então, eu acho ainda que a gente tá com uma dificuldade ainda muito grande dessa questão de sair dessa clínica, dessa herança que a gente tem de fundação do Capsi aqui do município de sair dessa clínica infantil individual e passar a atender nos grupos e pensar esses grupos de forma terapêutica (Participante 07).*

Outro ponto que se destaca é que a ênfase dos processos de trabalho nos Capsi's centrada nos atendimentos individuais é muito recorrente e prioritária, contrariando as diretrizes da portaria quanto às práticas nos serviços pela lógica da atenção psicossocial. Pelos relatos há uma dificuldade de se pensar ações para além do núcleo de conhecimento, o que restringe outras práticas vinculadas ao Capsi. No que tange às questões sobre infância e adolescência, essa temática torna-se um problema maior, visto que grande parte dos currículos da Psicologia centram suas discussões em um viés desenvolvimentista ainda, que pouco ajuda a pensar o trabalho da Psicologia infantojuvenil em contextos mais marginais.

As participantes, ao serem questionadas sobre as práticas que desenvolvem nos Capsi's, enfatizam que o atendimento individual é ainda a prática mais citada, conforme demonstrado a seguir.

*Então eu comecei atendendo mais pacientes individuais. Então, por exemplo, assim das dezoito horas que eu estou aqui, quatro são da reunião que é terça de manhã, mas daí segunda e quinta eu fico o dia inteiro de manhã e de tarde e daí segunda de manhã e de tarde eu faço atendimento individual; quinta de manhã eu também faço atendimento individual e quinta de tarde que eu faço grupo (...). Então é isso basicamente o que eu faço, né... atendimento individual, esse atendimento em grupo quinta de tarde (Participante 01).*

*Segunda feira de manhã, eu atendo individualmente. Aí, tem uma brecha na minha agenda da metade pro final da manhã que a gente afinou em equipe que cada psicólogo teria um tempo pra urgências, porque chega muita urgência e também eu coordeno grupo (Participante 04).*

Infelizmente essas falas indicam que os Capsi's não conseguem ampliar sua lógica de cuidado e atendimento em um paradigma da atenção psicossocial. Entende-se por atenção psicossocial a ampliação da noção saúde-doença como resultante de processos históricos e sociais, o que demanda uma abordagem interdisciplinar e a multiplicidade de intervenções nos dispositivos de atenção no território dos sujeitos (Yasui; Costa-Rosa, 2008). Em pesquisas realizadas acerca da percepção dos usuários e da gestão sobre o papel do Caps e sobre as práticas de trabalho, Emerich, Onocko-Campos e Passos (2014) afirmam que essa centralização dos trabalhos nos atendimentos individualizantes produzem um processo denominado CAPScômio ou capszição dos serviços, ou seja, há um processo de ambulatorização do cuidado, já que os atores que compõem as equipes, em grande parte, não conseguem sair dos serviços para desenvolver outras ações, a partir de uma lógica de clínica ampliada.

Outra questão emergente que diz respeito aos desafios das práticas é que essa herança de um modelo privatista e de explicações individuais colabora para a Psicologia estar centrada em si mesma e apresentar dificuldades de entendimento sobre o trabalho de campo dentro dos serviços. Para Campos (2000), o núcleo profissional demarca a identidade de uma área do saber profissional; e o campo, os espaços de atuação em que os limites das disciplinas e profissões tenham um maior diálogo e apoio para cumprir suas funções nos serviços de saúde. Isto é, *“tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas,*

*compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (Campos, 2000, p. 221).*

Um dos desafios dos trabalhadores dos Capsi’s é esta imbricação de ora produzir práticas de núcleo, ora produzir práticas de campo. Essa delimitação não é estanque, mas vai sendo conformada nos diferentes agenciamentos clínicos e interventivos nos cenários de prática. Da mesma forma que isso se configura um problema para compor o trabalho torna-se uma questão importante, como relatam algumas participantes. Um dos exemplos relatados refere-se à dificuldade de se pensar em uma intervenção e em um olhar em conjunto, como nas questões referentes ao BPC (Benefícios de Prestação Continuada<sup>17</sup>) citadas pelas participantes.

*(...) essa questão do BPC, que é o benefício. Tinham pacientes, por exemplo, que a gente da Psicologia via que ter o benefício era iatrogênico, porque ia deixar aquela criança numa situação de doente na família, sustentando uma família e que ela nunca ia sair disso. Ela ia ser doente pra sempre, mas, por exemplo, o serviço social: “Ah, é direito. É direito ter o benefício”. Então, tinham essas dificuldades que, hoje, a gente já consegue dialogar mais. Bem mais, mas antes era feito tipo: “Eu faço isso, tu faz aquilo. Minha área é assim e a tua área é assim”. Esse trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, acho que é, talvez, o grande desafio. Com a Psiquiatria, também, tem várias questões que a gente pensa diferente, até dos encaminhamentos. A reunião, discutir os casos, não pessoalizar (risos) tanto as questões de equipe quanto às dos pacientes, a gente tem que ter muito cuidado também (Participante 02).*

*Então quando tu vai pro Caps, tu se depara com uma outra realidade, de que tu tem que trocar constantemente com o colega, (...) então... tu se vê com muitos questionamentos que vêm da tua formação né. O nosso trabalho aqui é multi né, todos olham juntos para aquele sujeito, mas também é difícil porque cada um olha... se volta pro seu núcleo, né. Agora eu lembrei assim, por exemplo, o... o pessoal do serviço social né, de que... digamos, eles veem por exemplo as questões dos direitos né, digamos assim, um caso lá, todo o usuário que tem algum diagnóstico, ele tem direito ao BPC, mas muitos usuários têm o direito, mas não precisam... né, então, porque, no fim das contas, esse BPC, por exemplo, ele... impede assim o usuário... ele torna ele incapacitante de muitas coisas né, de que, por exemplo, o pessoal da psicologia já vê que não seria válido pro tratamento dele receber isso né. Então, por mais que tenha isso de que todo mundo tem que olhar junto, quando vai trocar assim, às vezes esbarra muito na diferença de olhar que tem (Participante 03).*

---

<sup>17</sup> O BPC (Benefício de Prestação Continuada) é um benefício voltado a pessoas que sofrem de doença mental e que estão impossibilitadas de trabalhar em função de sua condição de vida. Tal benefício é garantido pela Lei de Assistência Social – LOAS.

Rotelli (2008) chama a atenção para a complexidade dos processos de formação no campo da saúde mental. Esses processos formativos exigem a saída de práticas institucionalizantes para a construção de outros modos de intervir. Nas palavras do autor,

*(...) imaginar que cada um desses sujeitos possa ser protagonista de sua história e que nós possamos acompanhar tal protagonismo; que cada uma dessas pessoas tenha necessidade de associar-se e que possamos ajudá-la nessas associações; saber aprender que as famílias destas pessoas estão carregadas de angústias, mas podem ser um recurso importantíssimo; aprender a ajudar essas famílias a estarem juntas, a compartilharem a própria angústia e a serem elementos de luta para a transformação; aprender que a liberdade é terapêutica (Rotelli, 2008, p. 41).*

Para além do exposto, observa-se uma visão em muitos serviços de uma lógica bem manicomial e moral, como observado no relato abaixo:

*(...) na visita de hoje ao Capsi, na reunião de equipe, a psicóloga narra que recebeu para acolhimento uma menina que veio acompanhada da conselheira tutelar. Na ambiência, em uma conversa informal, a psicóloga pergunta o que a menina gostaria de ser quando crescesse? E ela responde: médica. E daí a conselheira tutelar diz que ela nunca poderia ser médica, porque ela era negra e pobre e eu me perguntei por onde começar a discutir com aquela senhora sobre a mínima noção de sujeito e cuidado – (Diário de campo, abril de 2018).*

*(...) a gente vê ainda no serviço, muita contradição; é complicado trabalhar com uma equipe em que a gente vê discursos muito preconceituosos. Tem muita gente que está aqui que nunca ouviu antes o que era um Capsi (Participante 08).*

Essas narrativas mostram que, nos serviços de saúde, coexistem diferentes lógicas de cuidado e entendimento de intervenção, e cada sujeito atuante na saúde mental traz consigo variadas concepções de saúde mental (Almeida Filho; Coelho; Peres, 1999). Muitos desses entendimentos são moralizantes, estigmatizantes e reforçam processos manicomiais. Alguns autores, no começo dos anos 1990, já anunciavam que o grande desafio dos processos de saúde mental seria a desconstrução dos manicômios mentais, ou dos manicômios que habitam dentro de cada profissional (Pelbart, 1990).

Nessa mesma linha de raciocínio, Amarante (2008) ressalta que os cursos formativos no campo da saúde mental têm de estar alinhados a várias dimensões que contemplem questões teóricas e conceituais as quais discutam as relações de saber-poder voltadas à complexidade da experiência humana. Além disso, o autor destaca que

o processo de reforma psiquiátrica é um processo contra-hegemônico de luta, que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos. Ademais, a formação deve incluir o diálogo sobre a construção de práticas de emancipação, a criação de potências, de projetos e intervenções em uma perspectiva crítica (Amarante, 2015).

Mesmo com diferentes esforços nesse sentido, como os Núcleos de Educação Permanente nos municípios e a articulação com as universidades, a partir de projetos de pesquisa e extensão e estágios, permanecem nos serviços profissionais que reproduzem práticas danosas, centrados na doença (Amarante, 2008).

*b) Patologização e medicalização da vida infantil*

Uma preocupação recorrente das participantes é o uso indiscriminado de psicotrópicos na infância. Nas suas falas, quase todas as crianças atendidas nos serviços fazem uso de, no mínimo, um psicotrópico. Vivemos, na contemporaneidade, uma epidemia de diagnósticos e uma psiquiatrização e psicologização da vida infantil que têm na sua potência e eficácia um uso indiscriminado de medicação. Por medicalização da vida entende-se a captura e a transformação de situações do cotidiano e de modos de existir em fatos médicos. Uma das faces do processo de medicalização é o uso abusivo de medicação como estratégia de controle e de restabelecimento da ordem (Freitas; Amarante, 2015). Nesse sentido, infelizmente, o Brasil é o segundo país que mais consome Ritalina no mundo (Decotelli; Bohrer; Bicalho, 2013). As participantes afirmam que a medicalização é uma das questões emergentes mais preocupantes nos serviços que atendem crianças e adolescentes (Moysés; Collares, 2013; Ortega *et al.*, 2010).

*É uma demanda, eu digo, não é só o médico. Eu entendo o médico também. Tu vai ali e tu vai prescrever porque tu acredita na eficiência daquilo ali, mas é uma demanda social. Nossa! As mães, se tu não dá medicação... A escola já liga dizendo a medicação que tem que tomar (Participante 02).*

*Isso é uma das coisas que mais me questionei lá praticamente. Porque... todas as crianças tomam medicações praticamente assim, 99% das crianças tomam, os adolescentes também. Então, muitas vezes as mesmas medicações, as mesmas doses né (...) que sentido que isso faz? Será que todas têm essa demanda ou será que já é uma coisa padronizada, né, do serviço da psiquiatria assim? (Participante 03).*

*É difícil, assim, porque são medicalizadas com certeza. A agenda do doutor é lotada. Principalmente, hiperatividade, e tem essa cultura. Muitos chegam aqui já com a receita: “Eu quero tal remédio. Meu filho é hiperativo”. Já chegou com um diagnóstico. Talvez, seja mais fácil medicalizar o filho do que vir no grupo dos pais e ver as suas questões. Que nem ontem, uma mãe do grupo falou que o neto dela, que ela cria, é furioso. Ele bate em todo mundo. Bateu na professora, no diretor, nos colegas. Em casa, quem mais é furioso? Aí, fica aquele silêncio constrangedor. “Ah, é. Eu sou braba.” Tá e o que a senhora faz pra acalmar ele? “Ah, às vezes, eu não vou negar, eu já bati nele.” Só que eu sei, por relatos da agente comunitária, que ela caga a pau a criança, mas não vem no grupo. Aí, a criança vai ser medicalizada. Eu acho que tem essa relação. É mais fácil medicar o fulaninho que é hiperativo, que não para, que não tem limite do que eu rever, né (Participante 04).*

A epidemia de drogas psiquiátricas é um dos aspectos fundamentais da medicalização; “é o que melhor expressa a aliança entre a Medicina e a indústria farmacológica” (Freitas; Amarante, 2015, p. 33). No que tange à eficácia das drogas psicotrópicas no tratamento para infância, há poucos estudos para essa população, pois não há medicamento psicotrópico infantil. Na literatura científica, eles são chamados de “órfãos terapêuticos” (Meiners; Bergsten-Mendes, 2001). O que se utiliza são doses baseadas na relação peso-miligrama como uma forma compensatória, mas não há evidências de que os medicamentos melhorem os indivíduos a longo prazo (Freitas; Amarante, 2015). Há poucos trabalhos realizados no Brasil que buscam compreender esse fenômeno. Em estudo realizado por (Maciel; Gondim; Monteiro; Meirelles, 2013), sobre o uso de psicotrópicos nos Capsi’s no Ceará, evidenciou-se que 64% das crianças usavam antipsicóticos sendo 23, 2% utilizando antidepressivos, com seu uso maior na faixa etária de 3 a 8 anos.

Junto a essa questão há uma banalização social frente ao diagnóstico e um lugar de resposta quanto às pressões da sociedade e dos saberes especializados que não dão conta das produções do infantil contemporâneas e que buscam na patologização uma intervenção que produza algum tipo de resposta. Outrossim, há a pressão de um sistema de ensino que busca, muitas vezes, na adaptação da criança no contexto escolar, a partir de psicodiagnósticos e avaliação psicológica, a culpabilização dos problemas na criança (Olivera; Marinho-Araújo, 2009). Desse modo, a medicalização da infância produz uma possibilidade de resposta a essas dificuldades.

Quanto a essa questão, uma das entrevistadas afirma que

*é bem difícil (...), porque a gente vai vendo os efeitos da medicação (...); tem uma menina que eu atendo que tem vinte anos. Quando eu entrei, ela tava com dez anos, então eu vejo ela há dez anos. A pessoa parece que, ao invés de melhorar, ela entra naquele sistema ali: “Ah, eu sou doente. Eu preciso de medicação a vida toda e tal”. Desde questões físicas, assim ó: sempre sonolentos, aumento de peso, assim ó... Nossa! Esses dias, a gente tava olhando fotos deles pequenininhos e tal. A gente sabe que tem a ver com a medicação e é muito difícil a retirada. Depois que inicia é muito difícil e esse é um problema pra nós também. Muitos vêm tomando medicação. Não sei da onde, porque não são daqui, mas tomando medicação e, daí, a gente precisa marcar com psiquiatra pra avaliar e dificilmente o psiquiatra vai dizer que não precisa tomar nada. Já tá tomando. Porque, também, os efeitos colaterais são muito grandes na retirada, então é muito difícil (Participante 02).*

Sobre os efeitos citados, uma das participantes vê neles uma forma de dar respostas simples a problemas complexos. Ela percebe muito mais uma anulação das características do que seria esperado do infantil do que de fato uma melhora consubstancial no quadro de sofrimento da criança, como é mostrado a seguir:

*(...) eu via assim muito como uma anulação dessa infância, dessas... parece que muitas vezes, claro, né... as condições, os transtornos, os casos que a gente via lá eram muito complexos. Então, sim, a maioria realmente precisava de medicação, mas muitos eram super medicados, então... parecia que, além de ser um apagamento dessa infância, era uma forma de apagar esses sintomas que incomodam todo mundo que tá ao redor né, assim, incomoda a família, incomoda a escola, então... muitos assim, às vezes, principalmente atendimentos que eram de manhã, eles iam praticamente dormindo né, porque foram super medicados. Então qual o sentido também né? (Participante 03).*

*Tu pensa num olhar multiprofissional, num cuidado ampliado, mas... o do psiquiatra ainda é... ainda é um olhar maior parece... mesmo sempre sendo questionado, ainda parece que... e a medicação também... se sobrepõe né, então por exemplo, a medicação muitas vezes foi empecilho pros outros atendimentos, apesar de auxiliar bastante também, mas é uma super medicação assim que acontece(...). Tirar umas férias assim... porque não aguenta mais, não sabe o que fazer, precisa que saia de casa um pouco... isso acontece bastante lá até. Isso da medicalização também né, até porque muitas vezes o médico dá uma dose e a família por conta aumenta. Aumenta, diminui, dá em outros horários, né... tá incomodando um pouco mais, então, mesmo não sendo horário vai lá e dá, pra se acalmar, porque não aguenta mais também né... tanto que nisso o importante do Capsi é ter um cuidado também pra essa família né, porque muitas vezes ela é esquecida (Participante 08).*

Um dos desafios da Reforma Psiquiátrica na atualidade é a construção de autonomia dos sujeitos frente aos seus processos de adoecimento e tratamento. No que diz respeito às crianças e aos adolescentes, isso se torna uma questão maior. Como

*construir autonomia, quando a criança é tutelada pela relação com seus pais? Como dar voz e visibilidade ao que a criança diz? Como produzir autonomia e autoria frente a esse sujeito infantil que adoce?* Grande parte das vezes, o tratamento todo é construído sem considerar o que a criança tem a dizer sobre essa questão, e isso tem a ver como uma romantização da infância, como expressa a participante 03.

*E hoje, acho que socialmente, a infância é uma coisa assim que... as pessoas veem como alguém ingênuo, alguém que não consegue desejar, né... alguém que a outra pessoa tem que falar por ti, que também não é isso né. Acho que a infância é um sujeito em construção né, um sujeito assim muito verdadeiro também porque ele fala (risos) o que tem vontade né, não tem ainda o superego ali, e acho que é... é isso assim né, uma coisa que tá se construindo sabe. (...) Mas... tem muitos profissionais lá que ainda acham que a infância é uma... algo terceirizado, digamos assim, sabe, de que outra pessoa pode falar por ela, né, tanto que a questão do Projeto Terapêutico Singular, que muitas vezes ele é construído sem se questionar se aquela criança gostaria daquilo ou não. É feito com o familiar e depois dito pra criança “ó, tu vai vir tal dia”, ou a criança quer participar de algum... de algum dispositivo do serviço e também é desconsiderado quando o familiar não quer, então, né, então acho que muitos não consideram assim como um sujeito desejante no caso. Ainda é visto como um sujeito que alguém pode falar por ele, infelizmente né, porque acho que as crianças têm muito a nos dizer. E muitas vezes nos serviços existe uma anulação do que ela está sendo naquele momento (Participante 03).*

A partir dessas leituras, observa-se que a criança pouco tem vez ou voz dentro do contexto do serviço de saúde, fato reforçado por uma ideia de romantização da infância, de que a criança não é autorizada a dizer nada sobre si e sobre seu sofrimento. Há também um “apelo” social ou dos pais por uma intervenção medicamentosa, porque os pais se veem sem recursos para lidar com as demandas da criança e também se veem pressionados socialmente, principalmente pela escola.

*É uma questão que, é... tá muito, crescendo muito. Os pais já vêm com uma ânsia muitas vezes. Assim como a gente encontra aqueles resistentes né “ah, é pequeno...” ou “vai fazer mal” ou “vai viciar”. Tem os que já vêm querendo a medicação e pedem até que o psicólogo prescreva né: “tu já pode me dar um remédio?”. (...) Claro que tem os casos que realmente precisam, eu mesmo costumo encaminhar pra avaliação do médico casos que precisam. Porque também a agenda a gente tem um psiquiatra, muito bom, muito experiente (...); eu encaminho pra avaliação dele, algumas vezes ele diz assim, diz pro familiar né, “vamos esperar mais um pouco, mais uns dois meses, pra ver como vai estar na escola...” pra não receitar de imediato (Participante 04).*

*Porque eles vêm... é aquela questão né “vou levar lá e tudo vai se resolver”. Então às vezes tá com uma dificuldade de dormir, ou mesmo a agitação, eles querem aquela criança mais calma “porque ela não para nunca”, “porque eu*

*me preocupo”, “porque eu passo o dia inteiro correndo atrás dela”, “a professora reclama. Eu chego lá, tá reclamando, tirou da sala”. Então eles acreditam que aquilo vai resolver, vai ter um resultado mais eficaz e mais rápido pros problemas que acabam sendo deles, de lidar com a criança (Participante 05).*

Obviamente que o uso medicamentoso como uma das estratégias de cuidado é importante, como observa a participante 09: “o medicamento é importante às vezes, a gente não abdica disso. (...) Acho que ajuda naqueles sintomas mais difíceis de tolerar. A gente medica em vários casos, mas o ideal é sempre ir retirando essa medicação conforme essa criança ou adolescente vai lidando melhor com as situações da vida dele” (Participante 09).

Nesse sentido, algumas estratégias de cuidado têm a preocupação de ser desmedicalizantes (Campos, 2003). É importante a medicação obviamente, como uma estratégia de cuidado, no entanto observa-se que, muitas vezes, a medicação é a intervenção primordial. O uso excessivo de medicação colabora para tamponar ou anestesiar os processos infantis em nome da norma e do controle (Whitaker, 2016).

Isso posto, entendem-se também as dificuldades dos pais e cuidadores de lidarem com situações de crise, de agressividade, situações de tensão. Entende-se que, frequentemente, os serviços culpabilizam os pais, fato que não ajuda na construção de uma intervenção com a criança. Em estudo realizado em uma cidade do interior do estado do RS, percebeu-se a culpabilização dos profissionais pelos problemas de saúde dos filhos (Araújo; Guazina, 2017). Esse estudo corrobora com pesquisas realizadas por Borba, Schwartz e Kantorski (2008) sobre a sobrecarga da família em cuidar de pessoas com transtornos mentais, e de Delgado (2014), sobre estratégias de como lidar com familiares de Centros de Atenção Psicossocial. Há um discurso biomédico que tem a tendência de culpabilizar os pais e as mães. Schechtman (2005), ao fazer uma revisão histórica sobre a Liga de Higiene Mental no Rio de Janeiro, compartilha um texto chamado *Exortação às mães*<sup>18</sup> dos anos 1930 com forte apelo a isso. Como

---

<sup>18</sup> “Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz (...). Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa. Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa. Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furtar? Trata-o sem demora, se não quiseres possuir um descendente que te envergonha. Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio. Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de

enfrentamento dessas questões, construir práticas desmedicalizantes que possam incluir, em grupos de pais, a discussão sobre o uso responsável da medicação, a importância do brincar e do uso de recursos territoriais indica caminhos possíveis nesse sentido.

### *Potências de trabalho da Psicologia nos Capsi's*

Quanto às potências do exercício da Psicologia nos Capsi's, observa-se que o trabalho em equipe foi a característica mais apontada pelas participantes, ora como desafio ao trabalho, ora como potência. Na condição de potência, a diversidade de olhares e intervenções dos diferentes núcleos profissionais enriquece a prática, incidindo sobre os modos de cuidar dos usuários e de seus familiares nos diferentes contextos de vida.

*(...) eu acho que foi muito importante a criação dos Capsi e o olhar dos profissionais de diferentes áreas (...). Eu acho que a ideia é promover vida e reinserção (...) que busca promover né... saúde e vida e tentar reproduzir um pouquinho a sociedade digamos né... porque tenta fazer também coisas que fazem parte da vida saudável né... sei lá uma festa do dia da criança, uma festa de Natal, levar as crianças sei lá... tudo isso é um pouco difícil, porque sempre tem as questões dos recursos (Participante 01).*

*(...) na reunião da equipe deste dia, os profissionais citam a dificuldade de lidar com casos de tamanha complexidade que não se sabe, muitas vezes, nem por onde começar. Se não fosse pela equipe, pelo trabalho coletivo que cada profissional se dedica aqui, nós não saberíamos por onde ir. O trabalho em conjunto faz com a que a gente tenha um direcionamento nessa aposta de cuidado, desabafa a psicóloga (Diário de campo, agosto de 2018).*

Com base nesses reconhecimentos, a escuta foi considerada uma importante ferramenta de trabalho como eixo transversal das práticas vinculadas à SMCA. Uma escuta sensível e comprometida com as demandas psicossociais constrói uma possibilidade de cuidado que desconstrua certas visões hegemônicas de que a criança que apresenta algum problema de saúde mental é doente e está circunscrita em uma marca de exclusão. Pelo contrário, essa escuta ajuda a dismantelar um ideal de doença

---

culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás, então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida. Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil” Shechtman (2005, p. 27-28).

em todos os setores da sociedade em que a diferença seja uma possibilidade de existência e em que seja possível a convivência juntos.

*Eu acho que desde a escuta. Isso é engraçado da saúde mental. São pessoas que ninguém escuta, ninguém quer saber. (...) A gente tenta organizar a vida da família. Eu acho que isso é o que a gente consegue de melhor, porque não fica uma coisa de o meu compromisso é com a criança e eu vou atender a criança e pronto. Não. A gente vê os encaminhamentos, conversa com os pais, daqui a pouco um irmão. Se tem um bebezinho, a gente já tá ali de olho. Tem toda essa questão de conseguir ver escola, ver se tem documento, então é toda uma integralidade do sujeito. Eu acho que isso, essa visão integral é o melhor que a gente faz. Tu não é só a questão psíquica (Participante 02).*

A escuta como exercício de autoria possibilita distinguir objetos, situações ou nuances que estavam invisíveis aos modos de vida recorrentes. Uma escuta que acolha as demandas e que tente integrar os motivos do encaminhamento, da queixa, com a vida do sujeito é um dos pressupostos da Humanização do SUS, como política transversal que tem na aposta da vida seu maior valor ético (Brasil, 2010). Dito de outra maneira, “quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde” (Brasil, 2010, p. 60), ampliando as ações de cuidado em diferentes setores da sociedade. Considerada dessa forma, a PNH busca por em prática o princípio do SUS no cotidiano dos serviços, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (Brasil, 2003).

*(...) eu sempre me preocupo de tentar não fixar, não cristalizar o paciente aqui, sabe de tentar sim fazer de tudo para ver as possibilidades dele de outras alternativas pensar no que, por exemplo que teria disponível na cidade, se possível inserir no grupo de música, futebol, de né outras coisas assim. (...) Por exemplo sei lá uma criança que tá com fobia escolar não necessariamente teria que ficar aqui, tomar uma medicação se ela tivesse tido recurso de ter outro tipo de atendimento (Participante 01).*

Outro ponto que se destaca é que o Capsi possibilita a criação de práticas inventivas na tentativa de construir outras possibilidades para a criança e o adolescente. Diante da precariedade e a desarticulação da rede, o que resta são as possibilidades de construir pontes extramuros, como observado abaixo:

*(...) é uma potência muito grande, é como se fosse um ensaio para a vida... tem autistas que aprenderam a ter noção do dinheiro, que estão crescendo e podem ir no mercado comprar um lanche para si; essa questão da autonomia que eu acho muito importante que é uma potência muito grande do nosso trabalho com a infância. De ajudar os pais a cuidarem dos seus filhos, de ajudar eles a olhar*

*para além da doença ou que eles têm alguma coisa errada. A criança não é errada, ela vai vir do jeito que ela vier, a gente vai receber o que vier e a gente vai dentro da especificidade do que for para fazer e dentro da especificidade de cada sujeito, né. Então eu acho que tem muito potencial nisso de ensaiar, ensaiar e desenvolver, aprender a fazer vínculos (Participante 07).*

*A gente vai tentando como pode criar outras alternativas, alternativas de espaço, alternativas, de tratamento, de cuidado. Essa semana um usuário que eu atendo veio me falar que conseguiu pegar ônibus sozinho para vir no Caps. E isso para ele foi muito importante, diante de tudo o que a equipe vinha trabalhando com ele. Eu penso que o nosso trabalho é pensar para além das resistências, tantos dos usuários, da equipe, da política e da sociedade (Participante 08).*

Com isso, ampliam-se as possibilidades de construir outros modos de existir e de viver na infância. Se a tarefa de uma clínica hegemônica da Medicina clássica centrava-se na ideia de um *klinus* como uma inclinação do médico sobre o leito do paciente, a dimensão ética das práticas de saúde mental voltadas à infância e à adolescência produz o contrário - coloca os pacientes em pé (Lancetti, 2008)-, ou seja, constrói outras vias de cuidado mais coletivas e menos individualizantes. Isso posto, a inclusão das necessidades das crianças e a legitimidade de seu lugar de fala podem servir como vias fundamentais de construções no serviço, como observa esta participante: “*As crianças têm muito a nos dizer – elas nos oferecem o tempo todo linhas de cuidado*” (Participante 03). Essas estratégias corroboram para um cuidado ampliado que possibilita a superação de um modelo romântico de saúde. E apontam para a construção de práticas desmedicalizantes.

### **Considerações finais**

Este trabalho pretendeu, através de um estudo exploratório, compreender as noções de infância pautadas nas práticas de cuidado de psicólogas que trabalham em Capsi's. Dessa forma, pretendeu-se dar visibilidade a um panorama dos pontos de maior discussão sobre a percepção das entrevistadas nas temáticas expostas nos depoimentos. Diante disso, o estudo mostrou que a percepção sobre a infância e a relação com a saúde mental era ambivalente. Predominantemente aparece uma romantização e uma idealização da infância descontextualizada do sofrimento mental e das construções sociais, baseada na herança desenvolvimentista e clínica do fazer psicológico, corroborando com uma produção do infantil a-histórica, abstrata e asséptica. Por outro lado, reconhece-se que as crianças atendidas em Capsi's, em sua grande parte,

apresentam diferentes sofrimentos psíquicos e muitas vulnerabilidades a partir da influência social e neoliberal.

No que diz respeito às construções de demanda, evidenciou-se que existem dificuldades e confusões nos serviços entre o que é demanda de Capsi e o que não é. Dentre essas destaca-se a fragilidade de serviços de cuidado para além dos Caps nos municípios, sobrecarregando os serviços existentes. Nesse sentido, as dificuldades de reconhecimento do sofrimento psíquico como uma vivência da criança colaboram para essa confusão. Outro ponto importante diz respeito à psicopatologização da infância pelo discurso escolar e social, e o que vai se conformando no coletivo como problemáticas de saúde mental e como o entendimento dos profissionais sobre a “criança-problema”. Essa pulverização dos diagnósticos pelo campo social traz alguns entraves, como a fabricação de patologias com base em um discurso de psiquiatrização e psicologização dos modos de viver infantis.

Quanto às intervenções realizadas, observa-se ainda a Psicologia desenvolvendo majoritariamente práticas intramuros, o que favorece uma ambulatorização da assistência e a dificuldade de se construir propostas desmedicalizantes e alternativas que não mantenham a criança em um discurso médico-psiquiátrico-psicologizante. Frente a isso, o processo formativo deve superar a visão sobre a infância e saúde mental, baseando-se na perspectiva individualizante e moralizante.

No que tange às potências de trabalho da Psicologia voltadas à SMCA, considera-se o trabalho em equipe com a pluralidade de olhares e intervenções uma possibilidade de ampliação das práticas. Com isso, uma escuta sensível, tendo como ponto de partida práticas de campo, comprometida com as demandas psicossociais constrói uma possibilidade de cuidado que desconstrói certas visões hegemônicas de que a criança que apresenta algum problema de saúde mental é doente e está circunscrita em uma marca de exclusão. A escuta, como exercício de autoria, possibilita distinguir objetos, situações ou nuances que estavam invisíveis aos modos de vida recorrentes, auxiliando na criação de práticas inventivas extramuros na tentativa de elaborar outras possibilidades para a criança e o adolescente.

## REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N.; Coelho, M. T. A.; Peres, M. F. T. (1999). O conceito de saúde mental. *Revista USP*, São Paulo, 43, 100-125.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS.
- \_\_\_\_\_. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Araújo, L. S.; Guazina, F. (2017). A percepção de cuidadoras sobre os cuidados ofertados para crianças e adolescentes em atendimento no Capsi. *Mental*, 11(21), Barbacena, 445-468.
- Barbosa, R. (2015). *Infância, autonomia e pós-estruturalismo*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Barros, M. E. B. (2006). Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R. B.; Mattos, R. A. (orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CESPESQ/ABRASCO, 131-150.
- Bekermam, J. (2011). Não há classificação que não seja arbitrária e conjetural. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Via Lettera, 23-27.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia e sociedade*, 17(2), 21-25.
- Benjamim, W. (1987). *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense.
- Borba, L. O.; Schwartz, E.; Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS. Cadernos de textos: cartilhas da política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

\_\_\_\_\_ (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Cervo, M.; Silva, R. N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir do Capsi. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 14(3), 443-453.

Corazza, S. (2000). *História da infância sem fim*. Ijuí: UNIJUÍ.

Costa-Rosa, A. (2000). O modelo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 141-168.

Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. (org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 61-72.

Couto, M. C. V.; Duarte, C. S.; Delgado, P. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.

Decotelli, K. M.; Bohrer, L. C.; Bicalho, P. P. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância, e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(2), 446-459.

Delgado, P. (2014). Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1103-1126.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em estudo*, 6(2), 57-63.

Emerich, B. F.; Onocko-Campos, R.; Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 18(51), Botucatu, 685-696.

Freitas, F.; Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gadelha, S. (2010). Governamentalidade neoliberal e instituição de uma infância empreendedora. In: Kohan, W. *Devir-criança da Filosofia: infância da educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 123-138.

Guarido, R. (2015). Notas acerca da medicalização. In: Kamers, M.; Mariotto, R.; Voltolini, R. (orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, p. 303-312.

Hillesheim, B.; Guareschi, N. M. F. (2007). De que infância fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. *Psicologia e Educação*, 25, São Paulo, p. 75-92.

Izaguirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. In: Jerusalinsky, A.; Fendrik, S. (orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Via Lettera, p. 13-22.

Jerusalinsky, J. (2004). Prosódia e enunciação na clínica de bebês: quando a entoação diz mais do que queria dizer. In: Vorcaro, A. (org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador: Ágalma, 2004. Recuperado em: <<https://pt.scribd.com/document/137908160/Prosodia-e-enunciacao-na-clinica-com-bebes>>.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), São Paulo, p. 153-165.

\_\_\_\_\_. (2015). Psicopatologização dos transtornos de comportamento. In: Kamers, M.; Mariotto, R.; Voltolini, R. (orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, p. 267-288.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Larrosa, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, 19, p. 20-28.

Lauridsen-Ribeiro, E.; Arrigoni, R.; Leal, B. (2016). A chegada ao centro de atenção psicossocial infanto-juvenil (Capsi). In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. B. (2016). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 69-86.

Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. B. (2016). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec.

Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. (2016). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Maciel, A. P. P. *et al.* (2013). Avaliação de uso de psicofármacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza – Ceará. *Revista Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar*, 4(4), São Paulo, p. 18-22.

Mariotto, R. M. (2015). Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicommedicalização. In: Kamers, M.; Mariotto, R.; Voltolini, R. (orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta, p. 289-302.

Meiners, M.; Bergsten-Mendes, G. (2001). Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade. *Revista Associação Médica Brasileira*, 47(4), p. 332-337.

- Minayo M. (2010). Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 303-60.
- Moysés, M.; Collares, C. (2013). Controle e medicalização da infância. *DESidades*, 1, p. 1-5.
- Nakamura, E.; Santos, J. (2007). Depressão na infância: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), p. 53-60.
- Oliveira, C. (2018). A desinstitucionalização na infância e adolescência: o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Reforma Psiquiátrica (se) movem. In: Paulon, S.; Oliveira, C. S.; Fagundes, S. M. S. (orgs.) *25 anos da lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, p. 284-309.
- Oliveira, C.; Marinho-Araújo, C. (2009). Psicologia escolar: cenários atuais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(3), p. 648-663.
- Ortega, F. et al. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), p. 499-512.
- Pelbart, P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, A. *SaudeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, p. 131-138.
- Qvortrup, J. (2010) A infância enquanto categoria estrutural. *Educação e Pesquisa*, 36(2), São Paulo, p. 631-643.
- Redin, M.; Redin, E. (2008). Porque é de infância (...) que o mundo tem precisão. *Ciências e Letras*, 43, p. 11-23.
- Resende, H. (2015). *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Rocha, M. (2006). Psicologia e práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, 37(2), p. 169-174.
- Rotelli, F. (2008). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante, P. (2008). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: LAPS, p. 37-50.
- Saidon, O. (2008). *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec.
- Schechtman, A. (2005). Exortações às mães: uma breve consideração histórica sobre a saúde mental infantil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 25-29.
- Schérer, R. (2009). *Infantis: Charles Fourier e a infância para além das crianças*. Belo Horizonte: Autêntica.

Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: Braga Campos, F. C. (org.). *Psicologia e saúde: pensando práticas*. São Paulo: Hucitec, p. 25-40.

Silva, R. *et al.* (2008). As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Revista Psico*, 39(4), p. 448-455.

\_\_\_\_\_ (2010). "Anormais escolares": a psiquiatria para além dos hospitais psiquiátricos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), p. 401-410.

Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes.

Vicente, J. B.; Higarashi, I.; Furtado, M. (2015). Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. *Escola Anna Nery*, 19(1), p. 107-114.

Whitaker, R. (2016). Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. In: Caponi, S.; Vásques-Valencia, M. F.; Verdi, M. (orgs.). *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: Liberts, p. 13-29.

Yasui, S.; Costa-Rosa, A. (2008). Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 32, p. 27-37.

### **3.3 ESTUDO III: Redes e intersectorialidade na atenção psicossocial para crianças e adolescentes**

#### ***Introdução***

A política de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA) coloca na cena brasileira inúmeros desafios. Destacam-se a construção e a efetivação de uma rede de cuidados e a intersectorialidade de ações em diferentes serviços e políticas públicas que possam garantir minimamente a integralidade do cuidado, como forma de superar a lacuna história de desassistência, descontinuidade e desarticulação de serviços para essa população (Couto, 2004; Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018; Brasil, 2005).

Uma das diretrizes de enfrentamento dessas desassistências e desarticulação no campo do cuidado é o trabalho em rede que requer a articulação de diferentes serviços com diferentes níveis de complexidade e intervenção (Teixeira; Couto; Delgado, 2017). Nesse sentido Couto e Delgado (2016b) entendem que a ideia de uma rede pública ampliada pode ser uma possibilidade de noção-síntese para ampliação das ações em saúde mental. Considerar a rede dessa maneira é reconhecer e sintetizar os principais fundamentos da ação psicossocial que se conforma nos princípios de *“responsabilidade pública, base comunitária, clínica ampliada, trabalho em equipe multiprofissional, intersectorialidade e reconhecimento do usuário como sujeito psíquico, ativo em sua história e experiência de vida”* (Couto; Delgado, 2016, p. 168), em contraposição ao cenário de desassistência na saúde mental de crianças e adolescentes.

Pensar uma rede aberta é abrir diferentes portas de acesso que não limitem, mas que abram possibilidades de cuidado e possibilitem diferentes portas de entrada com a escola, com os dispositivos dos bairros e com os territórios de circulação dos sujeitos qualificadas para acolhimento e reconhecimento de necessidades de saúde (Cecílio, 1997). A política de saúde mental atual, que tem o Capsi como um importante dispositivo articulador da rede, dá-se a partir da ação efetiva dos diferentes atores no território subjetivo e pulsante da vida desses sujeitos. Segundo Couto e Delgado (2016a), rede é um processo em permanente construção que não se constitui necessariamente por uma materialidade, reduzida ao somatório da composição de diferentes instituições. Ao contrário, rede é aberta e tem nós, que são pontos de ancoragem que legitimam sua materialidade. A rede depende de uma presença viva. Ou seja, ela não se constitui pela composição de diferentes serviços a partir de um

fluxograma e organizações protocolares. Uma presença viva que orientada pelos princípios éticos da política intervenha sobre a artificialidade das normas para que a SMCA coloque em operação o seu mandato. A presença viva é o agente que protagoniza o processo. É a tomada de responsabilidade pelo projeto psicossocial, selando a corresponsabilização, o compartilhamento do conhecimento e a colaboração intersetorial como marcas do processo próprias à operação em rede; em consequência disso, a rede é ampliada (idem).

Isso posto, não há possibilidade de cuidado sem pensar na dimensão intersetorial, uma vez que crianças e adolescentes necessitam de diferentes sistemas de cuidado. Assim, *“a necessidade de consenso e ações em parceria entre os vários setores envolvidos representa uma prioridade e, ao mesmo tempo, uma importante dificuldade para a consolidação desta política”* (Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2016, p. 149). Intersetorialidade e integralidade do cuidado são conceitos operadores fundamentais para pensar as dimensões constitutivas da rede. Conforme Warschauer e Carvalho (2014, p. 193), intersetorialidade é *“(...) a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde”*, ou seja, é se ocupar de outros agenciamentos sociais que atravessem a vida das crianças, tais como a escola, as instituições religiosas, as instituições de lazer e cultura, etc. (Brasil, 2005).

Um trabalho colaborativo envolvendo diferentes instituições e saberes, a partir dos recursos territoriais através de seus mandatos públicos, tem sido apontado tanto na literatura nacional quanto na internacional como forma de ampliação das intervenções mediante a complexidade das demandas da saúde mental infantojuvenil, que pode potencializar as dimensões de cuidado, aumentando a efetividade das ações frente às demandas dos usuários (Miller; Ahmad, 2000; Salmon, 2004; Teixeira; Couto; Delgado, 2017). Partindo das diretrizes da política de saúde mental brasileira, que localiza no Capsi o principal articulador das ações de saúde mental em todos os níveis de complexidade, e considerando a importância da intersetorialidade como princípio fundante da SMCA, entende-se que o fortalecimento da comunicação intra e intesetores pode contribuir positivamente em um cuidado ampliado através da SMCA.

Tomado desse modo, compreende-se que uma das premissas da RAS é trabalhar com relações sem hierarquia, organização poliárquica, isto é, todos os pontos da atenção são importantes e se relacionam horizontalmente, originando ações de atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas e gerando valor para a população (Mendes, 2008). Desse modo, a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e amparado pela portaria GM 1608, de 3 de agosto de 2004, conformam-se a reestruturação da rede de cuidados alinhada com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e o fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares (Brasil, 2005). Assim sendo, os pontos de atenção da RAPS organizam-se a partir de eixos como atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011; Trapé; Onocko-Campos, 2017).

No entanto, tanto no cenário internacional quanto no brasileiro, algumas barreiras são elencadas: diferentes visões sobre doenças e intervenções, comunicação pobre entre os serviços, burocratização da assistência e presença de barreiras históricas ligadas à concepção de saúde mental, loucura e sociedade que são difíceis de superar (Salmon, 2004). Um dos pontos que se destaca é a questão do subfinanciamento na saúde mental. A recomendação é 5%, mas o Brasil dispõe em torno de 2,3% (Trapé; Onocko-Campos, 2017). Somado a isso, tem-se o problema da falta de cobertura. Em grande parte dos municípios brasileiros, falta uma rede intersetorial de cuidado e a ampliação de dispositivos de cuidado que atendam a população em suas necessidades (Delfini & Reis, 2012; Onocko-Campos, *et al*, 2011).

Ações de saúde mental a partir de uma rede ampliada podem reduzir encaminhamentos desnecessários e aumentar a adesão de usuários e familiares ao tratamento. Quando fortemente articuladas aos Capsi's, tais ações tendem a promover fluxos assistenciais menos fragmentados, facilitando a continuidade da atenção, o compartilhamento das estratégias de cuidado e o aumento da efetividade da ação psicossocial. Desse modo, é necessário investir no CAPS, na sua articulação com a atenção básica e com o território, e investir na própria atenção básica como estratégia primordial para o acolhimento e a promoção de ações em saúde mental (Severo; Dimenstein, 2011).

Até que ponto a ideia da RAPS está desenvolvida para a infância e adolescência no cenário da SMCA? O que se espera da Atenção Básica (AB) e das práticas intersetoriais para crianças e adolescentes? É muito difícil construir uma rede principalmente quando se tem pensado muito pouco sobre quais são os possíveis caminhos, já que uma rede se constrói como uma indefinição de papéis. Essa rede depende muito dos próprios profissionais. E depende também da micropolítica dos processos de trabalho. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi investigar, conhecer e compreender, com base na percepção de psicólogos vinculados a diferentes Capsi's do estado do Rio Grande do Sul, *a maneira como as redes de cuidado se conformam a partir do olhar de trabalhadores dos Capsi's, bem como a importância da intersectorialidade nas práticas de cuidado voltadas à infância e à adolescência no SUS.*

### ***Metodologia***

Trata-se de uma pesquisa qualitativo-exploratória, cujo objetivo era compreender, com base na percepção das psicólogas que trabalham em Capsi's, como se articulam as noções de redes e intersectorialidade do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Este trabalho é um recorte de uma pesquisa de doutorado que teve como objetivo compreender como a infância estava pautada nas práticas de cuidado nos diferentes Capsi's. A escolha se deu por conveniência e por alguns critérios de inclusão. Dos dezesseis<sup>19</sup> serviços cadastrados da SES/RS, foram selecionados cinco.

Participaram do estudo nove psicólogas, através de uma entrevista semidirigida, no período de maio a outubro de 2018. Todas as psicólogas foram convidadas a participar após a participação em reunião de equipe nos Caps, exceto um município, para as quais o convite se deu via e-mail, por dificuldades de inserção do pesquisador em campo. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, foram realizadas nos Capsi's e tiveram como objetivo principal compreender como se conformam as redes de cuidado à infância e à adolescência em seus municípios e as ações de intersectorialidade, que abordavam aspectos sobre cotidiano de práticas nos serviços.

O material da entrevista foi gravado, transcrito e organizado a partir da análise temática proposta por Minayo (2010), que sugere em um primeiro momento a familiarização da entrevista com base no aprofundamento da leitura e da releitura das

---

<sup>19</sup> Dados do ano de 2016, ano de submissão do projeto da tese ao comitê de ética. Atualmente o estado conta com 21 Capsi's habilitados (Oliveira, 2018).

transcrições; na codificação inicial a partir do apoio teórico e epistemológico que sustenta a pesquisa; na escolha e definições das temáticas emergentes; e na análise das transcrições com a articulação da pesquisa com a literatura. Essas categorias de analisabilidade são meramente didáticas e emergem das vivências do pesquisador no campo de estudo e das leituras das transcrições e cotidianidades dentro dos serviços. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número 72820517.7.0000.5336. Para garantia do sigilo, cada unidade foi representada pela letra M seguida de uma numeração.

*Tabela 1 - Referências sobre as participantes*

<i><b>Participantes</b></i>	<i><b>Idade</b></i>	<i><b>Tempos de Formação</b></i>	<i><b>de Tempo no Serviço</b></i>	<i><b>no Especialização</b></i>
<i><b>Participante 01</b></i> <i><b>M1</b></i>	<i>47 anos</i>	<i>24 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento</i>
<i><b>Participante 02</b></i> <i><b>M1</b></i>	<i>42 anos</i>	<i>15 anos</i>	<i>10 anos</i>	<i>Especialização em Educação Infantil</i>
<i><b>Participante 03</b></i> <i><b>M1</b></i>	<i>26 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>2 anos</i>	<i>Especialista em Saúde Mental</i>
<i><b>Participante 04</b></i> <i><b>M2</b></i>	<i>38 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental</i>
<i><b>Participante 05</b></i> <i><b>M2</b></i>	<i>29 anos</i>	<i>4 anos</i>	<i>11 anos</i>	<i>Especialista em Libras e Psicopatologia e Psicodiagnóstico infantil</i>
<i><b>Participante 06</b></i> <i><b>M2</b></i>	<i>30 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>6 anos</i>	<i>Psicologia Clínica da Infância e da Adolescência</i>
<i><b>Participante 07</b></i> <i><b>M3</b></i>	<i>23 anos</i>	<i>3 anos</i>	<i>1 ano</i>	<i>Psicologia do Trabalho</i>
<i><b>Participante 08</b></i> <i><b>M4</b></i>	<i>33 anos</i>	<i>8 anos</i>	<i>5 anos</i>	<i>Especialista em Psicologia</i>

				<i>Clínica</i>
<b>Participante 09</b> <b>M5</b>	<i>50 anos</i>	<i>24 anos</i>	<i>12 anos</i>	<i>Especialização em Práticas Pedagógicas e Mestrado em Psicologia Social</i>

*Tabela 2 - Informações dos serviços*

<b>Serviços</b>	<b>Portaria</b>	<b>Tempo de funcionamento</b>
<i>Capsi M 01</i>	<i>PT 294, de 27 de abril de 2006</i>	<i>12 anos</i>
<i>Capsi M 02</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>
<i>Capsi M 03</i>	<i>PT 385-SAS</i>	<i>03 anos</i>
<i>Capsi M 04</i>	<i>PT 541, de 05 de outubro de 2007</i>	<i>11 anos</i>
<i>Capsi M 05</i>	<i>318 GM de 2002</i>	<i>16 anos</i>

### ***Resultados e Discussões***

#### ***Percepção da constituição de Redes da SMCA***

A necessidade do trabalho em rede para o cuidado de saúde mental infantojuvenil parte da ideia de que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado de uma determinada população. Dessa forma, é necessário parcerias entre os mais diversos serviços de saúde e alianças com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade, para se ampliar as possibilidades de intervenção (Oliveira; Mendonça, 2016).

Observou-se que a percepção da constituição da rede da SMCA nos diferentes municípios apresentou muitas fragilidades frente à complexidade das demandas da saúde mental. Em grande parte dos relatos, nota-se uma insuficiência de serviços para atender crianças e adolescentes que necessitam de cuidados especializados.

*Eu acho que tá ruim atualmente porque está sendo muito insuficiente, por exemplo, os serviços praticamente não têm CRAS e CREAS (...), apesar de ter o Capsi e a policlínica que sou só eu que estou atendendo, então isso depende também né, porque não consigo dar conta das duas demandas e todas as questões que envolvem o social também não têm praticamente serviços (Participante 01).*

A falta de serviços especializados e articulados impõe um excesso de trabalho ou a concentração da demanda em poucos serviços nos municípios, o que deflagra, muitas vezes, a precarização da construção da rede.

*Hoje, é bem complicado pra nós. Hoje mesmo, veio de manhã um acolhimento que a gente estava lendo no prontuário. Foi no CRAS, foi no CREAS, foi na clínica-escola, estavam em férias. A gente tem muito pouco locais pra troca e pra encaminhamento. A gente encaminha para as clínicas-escola os casos que não são pra nós, que são pra um atendimento psicológico mais regular, mas nem sempre tem vaga (Participante 02).*

Observa-se que, em muitos municípios, o Capsi se constituiu como único serviço que atende crianças e adolescentes com demandas mais complexas de saúde mental (Sinibaldi, 2013), o que dificulta a construção de redes ampliadas de atenção em saúde que possam garantir o acesso e o cuidado qualificado a essa população (Teixeira; Couto; Delgado, 2017). Em municípios de pequeno porte, essa questão fica mais evidente, uma vez que o Capsi é a única possibilidade de atendimento no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes. Já em municípios de médio porte, embora tenham uma rede mais constituída de diferentes serviços, frequentemente, eles são desarticulados. Fica difícil para a equipe saber nortear quem fica e quem não fica nos serviços.

*A gente consegue, ainda, com a Casa de Saúde as questões de internação quando tem vaga e, assim da rede, que mais que eu posso te falar da infância... É muito complicado<sup>20</sup>. A gente acaba ficando com um monte de caso que não é pra cá. A gente chama de acolhimento estendido. Porque, na verdade, a partir do momento que tu dá uma escuta, como é que tu vai dizer: “Ó, não é e pronto.”? Tu não tem pra onde encaminhar, então fica pra cá. Tem um espaço particular, como se fosse uma clínica, que tem alguns autistas, mas a gente não tem nenhuma troca com eles. A gente sabe que eles existem e acredito que eles saibam que a gente existe também (Participante 02).*

As participantes citam, de maneira imprecisa e inespecífica, os diferentes serviços que compõem a rede de cuidados da SMCA em seus municípios, como corrobora o estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017). No caso do M1, há uma característica peculiar.

*Acho bem difícil a questão da rede no município. Lá por 2010, talvez, a gente conseguiu formar um grupo; a gente fazia reuniões de rede de atenção à criança e ao adolescente. Tinha Capsi, CRAS, Conselho Tutelar, as clínicas-escola e tal. A gente conseguia conversar um pouco sobre isso. Depois, cada um foi sendo sugado pelas suas demandas. Com a questão da Kiss<sup>21</sup> ali, se perdeu total. Daí, foi muito direcionado para a Kiss (Participante 02).*

Outra participante aponta que, em sua percepção, a questão da infância fica precarizada frente às outras demandas da saúde mental nos municípios. A infância só é privilegiada, porque, em sua maior parte, vem judicializada e amparada como medidas protetivas ligadas ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por exemplo.

*(...) pra mim, acho que a infância aqui no município [MI] tá bem esquecida né, tanto que quando me perguntam, ahn, um dispositivo de cuidado na infância, a primeira coisa que me vem é o Caps, porque eu não sei se eu conheço outro pra indicar pras pessoas, né, eu acho que tem as policlínicas, mas nem sei se é algo voltado pra infância, ou se tem algo mais... acho que infelizmente é só o Caps mesmo (...). É uma coisa bem complicada né, porque então tu espera a criança, já tá num nível de que a atenção primária não dá mais conta, pra oferecer atendimento e cuidado pra aquele sujeito. Isso diz que a infância também é esquecida na saúde né, porque... ela é toda construída pros adultos, a rede é bem precária para esse público (Participante 03).*

Assim, apesar da implementação de diferentes serviços substitutivos para compor a rede de cuidados em saúde mental, ainda pode-se afirmar que os municípios enfrentam muitas dificuldades para construir uma rede integrada de serviços e ações, como observam Zambenedetti e Silva (2008), ou seja, por um lado a rede se torna uma solução, mas por outro se constitui um problema (*ibidem*), já que não se tem uma visão geral da rede de serviços que possa fazer laço com as questões da saúde mental infantojuvenil. O cuidado acaba atrelado a poucos serviços, o que acaba gerando, muitas vezes, a retenção por tempo indeterminado dos usuários, gerando uma cronificação da demanda e da atenção com poucas possibilidades de saída para as situações que se apresentam cotidianamente nos serviços (Severo; Dimenstein, 2011).

### ***Relação da saúde mental infantojuvenil com a atenção básica***

Outro ponto observado é a relação da saúde mental infantojuvenil com a atenção básica (AB). A AB cumpre um papel estratégico na organização da Rede de Atenção

---

<sup>21</sup> A tragédia da boate Kiss nesse município impôs, em caráter de urgência, a reordenação da rede de atenção psicossocial para viabilizar o cuidado das vítimas e dos familiares da tragédia, o que causou um importante impacto na saúde mental da cidade.

em Saúde, organizando o fluxo de atenção e a trajetória do usuário a partir de suas necessidades (Tanaka; Lauridsen-Ribeiro, 2009). Historicamente, a aproximação das questões da saúde mental foi marcada por muitos atravessamentos. Um deles está na falta de capacitação de profissionais da AB na área de saúde mental (Bezerra; Dimenstein, 2008), e o outro associa-se a um modelo de cuidado ainda baseado em forte herança biomédica com ênfase em intervenções medicamentosas como forma de respostas aos problemas de saúde (Dimenstein *et al.*, 2009). Embora, haja diferentes esforços e ações para ampliar o espectro de intervenções comunitárias baseadas na atenção psicossocial, observa-se uma dificuldade da AB em reconhecer e acolher as demandas de saúde mental infantojuvenil. Desse modo, a atenção dessa ação deve ser vista como um importante desafio. Diferentes estudos mostram as dificuldades apresentadas na relação da saúde mental com a atenção básica. Essa relação deflagra a sobrecarga dos profissionais diante da superlotação dos serviços e também a falta de capacitação para trabalhar com demandas voltadas às crianças e aos adolescentes (Delfini; Reis, 2012).

*A gente tenta um fluxo pela Atenção Básica pra implicar mais eles (...). Tem alguns locais que a gente até consegue fazer uma troca e ver como é que tá o caso e conversar, mas poucos ainda. Eu acho super pouco. Os casos de saúde mental (...) ninguém quer, inclusive, a Atenção Básica. (...) Eles até encaminham pra cá, mas não passa muito disso. Dizem que não sabem o que fazer quando chega alguma criança com algum tipo de problema de saúde mental. Tinha uma época que se tentou que os médicos da Atenção Básica prescrevessem algumas receitas porque... o que que acontece: a gente teria que ter 150 pela portaria. A gente tem mais de 500 crianças, então a gente queria botar os casos mais estáveis pra Atenção Básica (Participante 02).*

As pesquisas que discutem a saúde mental na atenção básica mostram que as demandas de assistência à saúde mental são as que mais causam angústias entre os trabalhadores, produzindo uma sensação de impotência nos profissionais da saúde (Onocko-Campos, 2013). Na construção dessa relação, quando se consegue realizar alguma atividade de matriciamento, há uma confusão de demanda e de papéis como observa o Participante 02.

*(...) quando possível o pessoal dos Caps vai na Atenção Básica pra tentar um matriciamento, essa questão do suporte, mas normalmente eles querem que tu atenda [individualmente]. Ah, eles querem que tu vá lá discutir o caso pra que venha pra cá pra a gente atender, não pra eles tentarem dar conta. A gente entende, é difícil, é angustiante. Não é que nem uma febre que tu vai lá e dá um remédio e, pronto, passou. É bem complexo mesmo (Participante 02).*

Observa-se, então, a fragilidade da AB na relação com a saúde mental infantojuvenil. Os serviços de saúde deveriam, de algum modo, atender minimamente a saúde mental infantojuvenil, seja através de matriciamento, seja com os recursos disponíveis no próprio serviço. Chama a atenção que só uma das participantes refere o matriciamento em suas práticas de trabalho. Todas as participantes mencionam que é importante desenvolver ações no território e que as demandas de crianças e adolescentes nos serviços são atravessadas o tempo todo por questões sociais como vulnerabilidade, violência, etc. No entanto, compreende-se essa questão, na medida em que todos os serviços de saúde investigados operam com uma capacidade maior que o previsto na portaria. Observa-se um inchaço nos serviços. A portaria 336/2002 indica que cada equipe mínima deve atender em torno de 15 crianças ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 usuários/dia (Brasil, 2002). Há serviços, por exemplo, que acompanham quase 500 crianças/mês. Diante disso, umas das estratégias seria o fortalecimento das atividades de matriciamento e de apoio institucional; com isso, na AB o inchaço dos serviços diminuiria, desafogaria as demandas de atendimento, e uma alternativa que utilizasse recursos da comunidade seria criada.

Dessa forma, as atividades psicossociais e atividades realizadas no território ficam limitadas frente às outras, engolfando os trabalhadores nessas atividades. Esse é um desafio pungente nos serviços de saúde mental infantojuvenis investigados. Ainda se espera dos Capsi's que atendam individualmente reproduzindo uma lógica de cuidado que toma o atendimento individual clínico e tradicional como suporte fundamental da prática, mas o que ocorre, constantemente, é um processo de ambulatorização do cuidado. Outro ponto já destacado é que muitos serviços não possuem equipe mínima funcionando. Muitas dessas demandas são solucionadas por alguns municípios através de residentes em saúde mental e estagiários de diferentes núcleos de atuação profissional.

Nesse sentido, o trabalho continuado entre o Capsi e a AB facilitaria a construção colaborativa intersetores impactando, assim, as ações de cuidado na SMCA (Teixeira; Couto; Delgado, 2017). Essa aproximação ampliaria o acesso de crianças e adolescentes com demanda de saúde mental, o que acarretaria a redução de encaminhamentos desnecessários e o aumento da adesão de usuários e familiares ao tratamento, produzindo, então, fluxos assistenciais menos fragmentados e facilitando a sustentabilidade da atenção (*ibidem*).

O município 2, por exemplo, que tem um dos Capsi's mais antigos do estado, observa que foi muito difícil para o próprio serviço, para a população e para a gestão compreenderem o que era um Capsi e para qual público ele se destinava. Foram necessários quase quinze anos de amadurecimento para a equipe ir construindo, por exemplo, uma permeabilidade ao que era demanda para Capsi e o que não era. O município 1 e o município 4 têm, por exemplo, uma rede melhor estruturada, com diferentes serviços de apoio na RAPS. No entanto, outros municípios de menor porte, como M2 e M3, muitas vezes, têm somente o Capsi como referência para o atendimento de crianças e adolescentes, o qual acaba absorvendo toda a demanda de saúde mental infantil, sem discriminação de outros níveis de complexidade. De certa forma, toda a política voltada à SMCA é relativamente nova, e o processo de construções de redes compartilhadas de cuidado é uma construção permanente.

Em contrapartida, em municípios como M2 e M3, há um maior diálogo com a AB. No entanto, esse diálogo não é suficiente. Nesses municípios observa-se um cuidado mais sustentável e com maior eficácia das intervenções.

*Acho que a gente tá bem nesse sentido. Tem o CREAS, que tem bons profissionais lá. Tem o ProJovem<sup>22</sup>, que algumas escolas têm que... são atividades que as crianças têm no turno inverso da escola. Eu acredito que tá bem. Não tenho uma crítica a fazer (...). Eu acho que tá ok (Participante 04).*

*Fora o Capsi, então, a gente tá tendo contato mais próximo com a atenção básica (...). Então facilita bastante também; eles fazem esse acompanhamento, também, de visitar e saber tá indo? “Como é que tá? Tá conseguindo pegar o remédio?” Né, é um reforço do acompanhamento que a gente faz aqui, eles têm esse olhar também. Então tem alguns que têm o NASF, né. Não é porque tá no Caps que não vai poder ir lá ter até o ESF conversar com a psicóloga, ter alguma orientação, com a enfermeira, então ajuda bastante. Também o CREAS quando precisa, a gente tem também se afirmado mais nesse sentido né, é agressão? Passou por situação de algum abuso? Encaminhamos pro CREAS e o CRAS também, enquanto a família, essa parte familiar que é muito importante. É, a gente, sabe, tá sempre trabalhando a comunicação da rede, que às vezes falta um pouco, até pela correria, os agentes de saúde mesmo dizem assim “eu sou uma pessoa pra atender inúmeras famílias, né. Se eu ficar toda hora ligando e perguntando, e eu tendo que ir atrás, é difícil né...”. Todo mundo tem essa questão de um pouco de dificuldade, mas a gente tá trabalhando nisso (Participante 05).*

---

<sup>22</sup> É um serviço socioeducativo destinado a jovens de 15 a 18 anos incompletos.

Para Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2009), apesar de diferentes esforços do campo da saúde mental para uma inclusão efetiva da saúde mental na atenção básica, essa ainda é uma realidade incipiente. Além disso, há ainda poucas referências de ações e indicadores que contemplem a saúde mental na atenção básica, o que dificulta a efetivação de redes de cuidado ampliadas. Para Delfini e Reis (2012), os impasses que advêm dessas dificuldades em produzir redes acabam levando a uma peregrinação dos usuários a diferentes serviços, ficando, frequentemente, desassistidos. Em grande parte, os serviços querem logo encaminhar para outros dispositivos de atenção, reforçando, assim, a lógica de desresponsabilização e de desarticulação das ações. No entanto, as participantes referem que há estratégias que os serviços constroem para minimizar essas lacunas.

*(...) Eu acho que ela tá começando a caminhar melhor, porque foi uma tecla que a gente sempre bateu, da prioridade ser infância e nunca foi né, então não sei, parece que não tem prioridade a infância, que é onde tem que começar tudo, é onde tem que ter mais investimento, porque depois que tá ali, certa fase da adolescência, e que tá envolvido em um monte de problema, já fica mais difícil, e na idade adulta então, né, como se diz, é só cuidar e tratar, mais pra melhorar o que poderia ter sido melhorado na infância então, às vezes, na gestão a gente não tinha apoio pra fazer alguma coisa sobre a infância, ou não vinha recurso, e às vezes ia pra coisas que são importantes também, mas acho que deveria primeiramente a infância (Participante 06).*

Chega aos serviços uma grande quantidade de crianças e adolescentes com um pedido de cuidado por terem algum problema de aprendizagem ou comportamento. Para (Oliveira; Mendonça, 2016, p. 198), “algumas crianças que chegam ao serviço possuem história clínica e patologias bem definidas, mas a grande maioria não pode ser classificada como portadora de algum distúrbio grave e (...) vem com o mesmo pedido: o de intervenção clínica ou medicamentosa”. Inúmeras crianças com problemas de saúde mental circulam por diferentes instâncias e setores e muitas nem sequer são atendidas em serviços de quaisquer natureza (Couto; Delgado, 2016).

*Desse modo, observam-se diferentes percepções quanto à rede nos municípios. Algumas percebem a rede mais bem constituída e com pontos de apoio fortes. Percebe-se que, às vezes, municípios de pequeno porte conseguem ter uma melhor constituição de redes, já que a comunicação é facilitada, um acompanhamento mais longitudinal é realizado e a demanda consegue ser atendida de uma melhor forma. No entanto, alguns fatores dificultam o processo, como o inchaço dos serviços, as diferentes demandas de cuidado, ou a ideia de que a criança e o adolescente não sofrem*

*problemas relacionados à saúde mental.* Observa-se também que a imprecisão entre os limites da rede, se por um lado favorece a construção de estratégias extramuros dos serviços, por outro dificulta a operacionalização do trânsito em virtude do desconhecimento das possibilidades de articulação.

*Com base nessas discussões compreende-se a necessidade do fortalecimento de ações intersetoriais.*

### ***Percepções sobre a intersetorialidade do cuidado de crianças e adolescentes na SMCA.***

A intersetorialidade é apontada como um dos princípios do SUS e ratificada em suas diferentes políticas, principalmente na SMCA, tendo em vista a complexidade de demandas e as diferentes vulnerabilidades que crianças e adolescentes encontram no Brasil, tão precarizados em suas condições de vida. Portanto, a *“intersetorialidade constitui-se um princípio fundamental da SMCA, sendo de responsabilidade do Capsi o agenciamento da demanda e a montagem de redes intersetoriais de cuidado, fundamentadas e articuladas num mesmo princípio da política, que é a intersetorialidade, que se deveria apresentar-se como continuidade das ações estratégicas no cuidado a crianças e adolescentes”* (Couto; Delgado, 2016b, p. 164).

Frente a essa questão, todas as participantes decretam a importância da intersetorialidade como aporte fundamental para a construção de redes de cuidado. Uma observação recorrente é que, no caso da infância, a criança raramente é demandante do pedido de cuidado. Geralmente ela vem encaminhada pela escola, pelos pais, ou judicializada. No entanto, para as participantes, grande parte dos encaminhamentos são via escola, o que a torna uma das instituições mais importantes no campo da intersetorialidade, como observa esta participante:

*(...) acho que ela é super importante né, porque... não tem como trabalhar com infância sem considerar escola, sem considerar família, sem considerar as outras redes dela. Acho que principalmente a questão escolar né, já que é segundo núcleo de convivência dela né, primeiro seria a família e depois lá. E se tu desconsiderar isso e não trabalhar junto... fica um trabalho muito isolado e que não faz sentido né... tem que ser algo construído acho que... é essencial... acho que toda rede de saúde, mas pra infância né, é indispensável (Participante 03).*

No caso de crianças em sofrimento psíquico, é comum observar que os pais e as crianças circulam por muitas instituições em busca de apoio e cuidado, seja na

instituição da saúde, na assistência social, ou fazendo um percurso por uma gama de serviços até que de fato sejam atendidas. No entanto, muitas crianças acabam percorrendo inúmeros setores, e muitas delas não conseguem acessar nenhum tipo de serviço (Couto; Delgado, 2016a), ocorrendo um processo de transintitucionalização. De todo o modo, não há como ignorar as diferentes instituições que circulam e nem como fragmentar o cuidado, como observa a Participante 07.

*(...) a gente não consegue separar a criança em pacotinhos, né, e a gente tem que estar junto com a escola (...). A gente tem que ir na escola, a gente tem que entrar em contato com o neurologista, às vezes, que fica dando um medicamento que não casa com o medicamento do psiquiatra, coisas que a gente tem que fazer... A própria reunião da rede, que a gente faz o link que a gente tem com promotora, então é toda uma questão de ver aquele sujeitinho como várias necessidades e a gente conseguir trabalhar isso, assim, conseguir fazer referência, contrarreferência com a ESF, matriciamento (Participante 07).*

No caso de crianças e adolescentes, parece que esse se torna um desafio maior. Embora em alguns municípios haja um esforço maior para se consolidar essas ações, ainda se encontram dificuldades em intervenções com maior resolutividade e que deem conta das questões das crianças e das famílias a partir do eixo de integralidade em saúde. Uma articulação possível seria a partir do Programa Saúde na Escola (PSE), como uma política intersetorial que tem o intuito de fomentar uma relação mais viável entre as escolas e os serviços de saúde com o enfoque no cuidado (Brasil, 2007). Dentre essas estratégias, encontram-se a orientação aos professores e à direção escolar para o encaminhamento corresponsável de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental, evitando, assim, a culpabilização do aluno e de sua família pelos seus problemas de saúde (Cord *et al.*, 2015). Nesse sentido há pouco diálogo nessa articulação, como observado nas falas das participantes a seguir.

*(...) eu acho muito importante isso e eu acho que é uma coisa que a gente peca bastante ainda, sabe, principalmente, por exemplo, com o Caps adulto. Digamos que tem uma criança que seja atendida só que, às vezes, a família toda tem aquele mesmo transtorno, aquela mesma característica e está lá a mãe ou o pai no Caps adulto... A gente não instaurou um momento da gente sentar e conversar e trabalhar essa família, entende? E que, às vezes, eu noto (Participante 07).*

*A importância é fundamental, acho, pra gente ter um trabalho resolutivo, que veja o indivíduo na totalidade, né. Não é só a criança, é tudo que envolve ela, a escola, a família, todos os lugares que ela tá inserida, as pessoas também que estão no contexto dela (Participante 05).*

A participante observa que, no município M2, algumas ações intrasetoriais e intersetoriais são positivas, e as reuniões de rede de saúde mental, um lugar para pensar como os serviços se articulam, são bem interessantes e acontecem mensalmente. No entanto, ela relata a dificuldade de alguns setores participarem, como afirma a seguir:

*Aqui no município é bom, muito bom, a gente tem a reunião de rede que é uma coisa que se destaca, que tem acontecido mensalmente. Claro, tem dificuldades também, que a gente faz o convite, o chamamento pra todos os setores, alguns não vêm. Por exemplo, o conselho tutelar é um que precisaria estar mais presente e “não podemos, porque a gente trabalha com plantão. Porque é muito corrido, porque sempre tem urgência”; (...) outra questão né, a referência, contrarreferência, né, “encaminhei pra lá, mas aí não sei nada o que aconteceu”... então, ou ligo pra saber, ou aquele outro serviço manda por escrito (Participante 05).*

Desse modo, não há resolutividade do cuidado sem construção intersetorial. No caso da infância e da adolescência, a escola se torna em grande parte o principal responsável pelo encaminhamento para o serviço de saúde mental. Observam-se muitas dificuldades na relação da saúde mental com a escola. Há inúmeros encaminhamentos do que a escola entende como problemas de saúde mental. Uma das ideias que se pulverizam em várias direções é a crença de que as questões de saúde são responsáveis, pelo menos em parte, pelo fracasso escolar ou por problemas escolares, como afirma (Moysés; Lima, 1992). A autora assevera que, embora apresente determinados problemas de saúde, a criança que está na escola não é criança “doente”, mas uma criança que sofre em seu cotidiano uma série de condições de vulnerabilidades que impactam sua vida e que se manifestam também na escola. Isso justificou e ainda justifica a medicalização da educação, conforme já mostrado em artigo anterior, de que se tem uma ideia de tentar encontrar em cada criança uma “doença” que justifique seu mau rendimento escolar.

Uma dos pontos observados é a dificuldade de compor redes efetivas e de discutir amplamente os casos com outros setores.

*Acho que é importância total né. Quando eu comecei meu trabalho no município não tinham essas reuniões de redes... Pelo menos da infância não tinha e como eu estava aqui no Capsi e gostava dessa área, (...) eu vi que a gente poderia ser articulador da rede intersetorial. (...) Eu me juntei com uma colega do Capsi II e a gente montou essa reunião de rede, pelo NASF e pelo Capsi né, e aí foi que ela se consolidou (...). Às vezes se perde um pouco e a gente tem que retomar, mas tem que ter essa articulação; as crianças não são só do Capsi ou da escola tal né, elas são de vários lugares, tem que estar circulando e muitos casos que vêm*

*pra nós, às vezes o conselho tutelar manda um caso e não é de Capsi, a criança não tem nenhum agravo que precise (Participante 06).*

Estudos mostram as dificuldades de se fazer rede no cotidiano, porque implica que o profissional, muitas vezes, saia do seu lugar idealizado de trabalho nas políticas de saúde (Zambenedetti; Silva, 2008; Severo; Dimenstein, 2011). Isso requer uma postura crítica e o desejo de criar pontes e de compreender o fluxograma da saúde mental da cidade. Requer presença viva no território não somente da cidade (Couto; Delgado, 2016b), mas também deslocamentos afetivos que rompam certas ideias hegemônicas, individualizantes e essencialistas das práticas nucleares de cuidado. Quando isso acontece, o cuidado em rede e intersetores ganha uma aposta, conforme mostrado pela participante 06. Por outro lado, reconhecem-se alguns fatores negligenciados pela discussão, como o esgotamento dos profissionais, e também a transferência dos usuários para outros serviços quando os profissionais assumem uma postura hostil, seja pelo descaso, seja pelo esgotamento. Essas atividades de “empurroterapia” tornam-se práticas recorrentes, favorecendo um sistema de *referência* e *contrarreferência* burocrático que produz uma assistência fragmentada ou partida (Alves; Guljor, 2004). Outrossim, as participantes relatam as dificuldades e as barreiras de composição de maiores diálogos nos serviços, o que deflagra a solidão ou um sentimento de estar (des)conectado de outros pontos da rede (Guazina, 2009). No entanto, as falas ainda centram suas ações nas atividades mais individuais, embora haja esforços para estreitar a comunicação com a rede (Zanardo; Bianchessi; Rocha, 2018), como mostra o fragmento:

*Bem difícil essa questão do trabalho com a escola, eu acho muito importante tá conversando, tá indo nas escolas, tá fazendo as reuniões na atenção básica, mas eu acho que a gente deveria estar mais articulado em todos os serviços né. O que eu vejo também as pessoas estão muito esgotadas, assim, que elas assumem essa postura hostil, essa postura de cobrança de um do outro e de empurrar assim. Então, uma dificuldade de conversar e mais de empurrar, de responsabilizar. Então, eu acho de extrema importância o trabalho intersetorial. E isso leva as pessoas a não estarem abertas a conversar mesmo. Assim, tão só querendo parecer que se livram, né, e isso já aconteceu em outras épocas. (Participante 08).*

*Me toca um pouco a questão da educação, assim, intersetorialidade, mas já foi também muito com a questão dos abrigos, assim, da institucionalização na assistência. No nível máximo da assistência, já foi bem difícil também pra mim fazer esse trabalho intersetorial de poder pensar um fim melhor pra aquela criança, pra aquele adolescente e ir para as reuniões, assim, com toda boa*

*vontade de conversar e de pensar junto e as pessoas assumirem essa posição defensiva, né, ou parece que empurrando assim: “Ah, não. Isso é da saúde. Pega que é da saúde”. Sabe, sempre na defensiva, mas isso me incomodou muito já. Me fez sofrer muito ou de se fazer reuniões de rede pensando na institucionalização de um adolescente, né, e ignorarem o que eu falo (Participante 07).*

Um ponto que se destaca nas falas das participantes é ausência ou pouca referência aos dispositivos da rede ampliada de atenção à saúde mental infantil, como serviços da justiça e direito, como varas de infância e juventude, varas de família, ou abrigos, APAES e serviços de medidas socioeducativas, como mostra a pesquisa de Duarte *et al.* (2016).) Os autores destacam outros serviços como partes constituintes e importantes no campo ampliado do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Os mais citados foram os conselhos tutelares, os CRAS, os CREAS e as APAES, o que aponta um grande desafio para esses municípios envolvendo diferentes ações e atores como profissionais, gestores, usuários e comunidades. Uma das dificuldades de enfrentamento é o que refere a seguinte fala:

*Claro, tem dificuldades também, que a gente faz o convite, o chamamento pra todos os setores, alguns não vêm. Por exemplo, o conselho tutelar é um que precisaria estar mais presente e “não podemos, porque a gente trabalha com plantão. Porque é muito corrido. Porque sempre tem urgência”, né, então ainda tem algumas dificuldades assim de alguns não conseguirem participar. Mas no geral é muito boa a nossa intersectorialidade... mas a comunicação, às vezes, como eu falei, é uma coisa que a gente tá investindo pra conseguir aprimorar mais. A referência, contrarreferência, né, “encaminhei pra lá, mas aí não sei nada o que aconteceu”... então, ou liga pra saber, ou aquele outro serviço manda por escrito. Existe o documento que é uma folha que diz ali porque é que tá sendo encaminhado e tem um espaço embaixo pra ter contrarreferência de quem recebeu, escrever a conduta que vai ser tomada, né. Mas isso ainda não acontece, não tem esse retorno. Então a gente tá trabalhando muito pra isso, pra saber mais onde aquela pessoa tá, se ela conseguiu ser atendida, se ela conseguiu um acompanhamento (Participante 05).*

De modo geral, percebem-se as dificuldades de se fazer um trabalho mais psicossocial e o enfoque das práticas, que acabam priorizando ações mais pontuais, a partir de um enfoque clínico com um rompante mais ambulatorializado. Entende-se que muitos serviços atuam sem equipe mínima, apoiados em estagiários e residentes que, comumente, suprem as demandas dos profissionais e dão conta dos inchaços dos serviços. Da mesma maneira, serviços pequenos sofrem pela falta de dispositivos de atenção; mesmo municípios maiores carecem de uma melhor articulação e comunicação. Um dos pontos que se destaca também é a questão da cobertura da

atenção básica, que ainda é pequena, e a questão do subfinanciamento do SUS, que impacta as questões de saúde mental (Trapé; Onocko-Campos, 2017).

Muitos serviços não se reconhecem como responsáveis pela saúde mental de crianças e adolescentes, mas fazem parte desse cenário, como as escolas, as promotorias de infância e adolescência, as varas de família. Destarte, essas questões colaboram para um processo de cronificação dos usuários a partir da sua retenção nos serviços de saúde com pouca resolutividade no cuidado e dificuldades de ações extramuros que construam “*portas de saída e de circulação na rede, de inventar novas relações e sociabilidades na comunidade e de espaço urbano para as pessoas que sofrem de transtornos mentais*” (Severo; Dimenstein, 2011).

No entanto, essas dificuldades de estabelecer laços com outros serviços e outras políticas intersetoriais trouxeram para os envolvidos na pesquisa outras possibilidades de enfrentamento que envolvem traçar outras linhas, outras rotas de fuga, como tentativas de dar conta dessas demandas. Uma das participantes resume essas ações neste diálogo.

*Acho que a importância do Caps estar circulando nessa intersetorialidade é poder pensar isso, assim, poder pensar que essas crianças de Caps têm um desajuste maior nos outros locais, mas que a gente entende ela como ela é e que, realmente, ela não vai se ajustar, se enquadrar e que a gente tá vendo aquele sujeito ali. Eu acho que... Cansei de ir em locais que só eu tava vendo aquele sujeito ali, né, e daí tem que ficar advogando por ele nesses trabalhos intersetoriais. O que também é uma posição que eu assumo sempre, mas que cansa. Cansa bastante. É, tem. Cansa bastante. Hoje, a gente tava falando desse adolescente que tá no presídio, né. Tem um adolescente que tá desde criança institucionalizado. Levou a vida toda em abrigo e, quando foi pra sair do abrigo, foi o que eu disse. Eu brinco assim: "ah, ninguém nos perguntou o que era pra fazer. Ninguém nos perguntou o que a gente achava". Saiu porque o abrigo não tava mais sendo protetivo. Saiu antes dos dezoito e foi morar com uma senhora que, a princípio, se tu trocar meia dúzia de palavras com ela, tu vai ver que ela não tem condições de cuidar de um adolescente e, daí, seguiu na institucionalização que ele andava: internações psiquiátricas, hoje, o presídio. Se pensou modos diferentes de se desinstitucionalizar e não se conseguiu. Então a intersetorialidade, ela, às vezes, funciona e, às vezes, é uma grande batalha, assim (Participante 08).*

Observa-se, assim, que é muito difícil para os profissionais realizarem ações extramuros dos serviços, já que existe uma alta demanda de atendimentos, o que faz com os profissionais tenham dificuldades de criar laços com outros cenários de cuidado e outras políticas intersetoriais. Surgem, diante dessa situação, algumas indagações.

Tem se esperado e demandado demais do Caps, como dispositivo estratégico na saúde mental? Faltam recursos da gestão e políticas de investimento que não precarizem as relações de trabalho? Como exigir dos trabalhadores práticas inventivas, comprometidas e que se estabeleçam pulverizadas em diferentes espaços da cidade, como observado neste relato-desabafo?

*(...) existe muito envolvimento, é uma batalha muito grande, que exige muito envolvimento de todas as ordens para construir práticas de invenção, porque não tem nada pronto, não tem nos livros, não há protocolos clínicos. Então a gente se vê buscando serviços extramuros como projetos sociais, voluntários que possam desenvolver atividades de oficinas, por exemplo. Vejo que há um certo paradoxo nisso. Como não há como encaixar todo mundo para atendimento, por exemplo, muitas vezes, a demanda é acolhida e colocam crianças autistas em grupo até esperar a consulta com o psiquiatra e até encaixar a criança em algum serviço, então o grupo funciona para que a criança não se perca na rede e não fique desassistida (Participante 08).*

Em contrapartida, muitas vezes, é a Psicologia que vai levantar a bandeira de luta e supor que ali dentro daquele espaço há um sujeito que sofre para além da questão da doença. Para Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016, p. 163), a intersetorialidade compreendida como princípio e diretriz da organização e operacionalização dos serviços pode ser uma via que permite “compartilhar responsabilidades e saberes evitando-se medicalizar questões que não são exclusivamente do campo da saúde e possibilitando um olhar ampliado sobre problemas complexos, como violência, crises econômicas, desestruturação familiar e seus problemas de saúde mental”.

*Acho que a importância do Caps estar circulando nessa intersetorialidade é poder pensar isso, assim, poder pensar que essas crianças de Caps têm um desajuste maior nos outros locais, mas que a gente entende ela como ela é e que, realmente, ela não vai se ajustar, se enquadrar e que a gente tá vendo aquele sujeito ali. Eu acho que... Cansei de ir em locais que só eu tava vendo aquele sujeito ali, né, e daí tem que ficar advogando por ele nesses trabalhos intersetoriais. O que também é uma posição que eu assumo sempre, mas que cansa. Cansa bastante (Participante 08).*

*A gente tem que ficar sempre sustentando na relação com os outros colegas, com outros locais que a gente tenta fazer alguma articulação de que aquela criança não está errada por ser assim. Eu escuto de todas as pessoas que a gente tem que consertar as crianças o tempo todo e eu digo que não... que elas são o que são, o que conseguem fazer de si, naquele momento da vida (Participante 07).*

Na cena brasileira, Couto e Delgado (2016a, p. 275) observam que o fundamento intersetorial de construção de rede que faça laço com exigências de uma clínica

consubstanciada pelo marco da atenção psicossocial, na articulação dessa clínica com o campo da política, que se expressa às particularidades que *“dizem respeito à dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações, e para os quais nenhum setor isoladamente, nem a saúde mental, detém a resposta conclusiva”*. Outro ponto que se destaca é que os serviços e os profissionais acabam fazendo outras parcerias, acessam e constroem diferentes dispositivos que podem de algum modo funcionar como uma potência clínica. Nota-se, a partir da perspectiva das trabalhadoras, que há uma confusão entre práticas intrasetoriais e intersetoriais.

### ***Considerações finais***

O estudo em questão corrobora com muitos dos aspectos apontados pela literatura científica voltada à construção de redes de cuidado em saúde mental para a infância e adolescência. No que se refere à construção efetiva de redes de cuidado para crianças e adolescentes, é necessário priorizar o acesso universal e o cuidado qualificado, com ampla articulação da rede e estratégias intersetoriais. No entanto, a análise realizada no contexto da pesquisa pôde evidenciar alguns elementos importantes para o trabalho da SMCA. Um dos pontos ressaltados é a declaração da insuficiência e das fragilidades da rede de saúde mental voltada à infância e à adolescência.

Os municípios de pequeno porte, por exemplo, contam, na maioria das vezes, somente com o Capsi como dispositivo de cuidado na rede, o que acarreta a concentração da demanda de saúde mental nesses serviços. Já nos municípios maiores, além do Capsi's, existem ambulatórios de saúde mental, policlínicas, APAES e outros dispositivos não oficiais da RAPS, mas que constituem uma rede ampliada de saúde mental. No entanto, os serviços que existem encontram-se em grande parte desarticulados. Um ponto que se destaca é que as participantes citam de maneira inespecífica e imprecisa os diferentes serviços que compõem a rede ou outros dispositivos que poderiam ser pensados a partir de uma noção de rede ampliada de cuidado em saúde mental.

Outro ponto observado é que as necessidades de saúde mental infantil, embora encontrem algumas ações específicas, ainda são pouco discutidas, levando muitas vezes essa população a ficar negligenciada das prioridades das pautas dos municípios. As

diferentes equipes dos Capsi's são atores fundamentais para radicalizar os princípios norteadores de um cuidado integral nas reuniões de rede e nos espaços coletivos, quando eles existem nos municípios investigados.

Outra questão de destaque é a articulação do Capsi com a Atenção Básica, que em grande parte é difícil e apresenta alguns elementos importantes de análise, em função da dificuldade do reconhecimento social das questões de saúde mental infantojuvenis e também das questões quanto às estratégias de articulação e intervenção em conjunto. Observa-se uma dificuldade em estabelecer estratégias de cuidado com a rede de saúde.

O inchaço dos serviços e as dificuldades da ampliação das intervenções pela atenção psicossocial, emerge também como questão fundamental. Essa relação deflagra a sobrecarga de trabalho dos profissionais e também a falta de capacitação para trabalhar com demandas voltadas às crianças e aos adolescentes além dos muros do Capsi. Essa é uma preocupação importante diante de tempos de capsação dos serviços, o que gera novas cronicidades.

Em quase sua totalidade, em todos os serviços, as psicólogas não conseguem desenvolver ações em saúde mental mais territoriais. Muitos dos serviços funcionam sem equipe mínima. Observa-se, também, na relação com os outros membros de equipe, uma dificuldade de entender para que serve o Capsi e qual o mandato social em que ele se inscreve no campo da reforma psiquiátrica. Os profissionais acabam ficando (en)caps(ulados) nos serviços, o que colabora para a ambulatorização da assistência, veementemente criticada pelos autores da Reforma Psiquiátrica.

Esses impasses que advêm das dificuldades para produzir redes acabam levando a uma peregrinação dos usuários a diferentes serviços, o que faz com que eles fiquem reiteradamente desassistidos. Em grande parte os serviços querem encaminhar as crianças logo para outros dispositivos de atenção, reforçando, assim, a lógica de desresponsabilização e uma desarticulação das ações. No entanto, as participantes mencionam que há estratégias que os serviços vão construindo para minimizar essas lacunas. Os municípios que conseguem fazer essa articulação realizam melhores estratégias de cuidado, ampliando a oferta de cuidados. No que diz respeito à intersectorialidade, há um importante espaço de judicialização – pouco ou inexpressivo

contato com o Judiciário. Os serviços acabam cumprindo ordens. Quando se consegue fazer um cuidado intersetorial, há maior resolutividade.

Quanto aos aspectos relacionados às ações intersetoriais, há poucas ações citadas pelas participantes e poucas trocas entre os profissionais. Como alternativas a essas dificuldades, o fortalecimento das reuniões de rede nos municípios, o conhecimento do fluxograma da rede, a disponibilidade em criar espaços de trocas coletivas podem ampliar as ações de cuidado produzindo maiores benefícios aos usuários.

Compreende-se que, embora o estudo tenha sido realizado a partir de uma seleção de serviços e não represente a totalidade das percepções dos psicólogos que atuam em Capsís no Rio Grande do Sul, é importante ressaltar que as dificuldades de compor redes efetivas, aumentam os processos de “empurroterapia” e a desresponsabilização. Dessa forma, pesquisas a posteriori que possam conhecer as percepções de diferentes núcleos profissionais, da gestão e do controle social podem colaborar para construir estratégias de intervenção que sejam mais sustentáveis e transversais.

### Referências

- Alves, D. S.; Guljor, A. P. (2004). O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 221-240.
- Bezerra, E.; Dimenstein, M. (2008). Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência & Profissão*, 28, 632-645.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em \_\_\_\_\_ : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 469-478.
- Cord, D. *et al.* (2015). As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) - acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 40-53.
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a prática e a clínica*. Belo Horizonte: Autêntica, 61-74.
- Couto, M. C. V.; Delgado, P. (2016a). Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. (orgs). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 271-279.
- \_\_\_\_\_. (2016b). Presença viva na saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. (orgs). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 161-191.
- Delfini, P. S. S.; Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Caderno Saúde Pública*, 28(2), 357-66.
- Dimenstein, M *et al.* (2009). O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde & Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Duarte, C. *et al.* (2016). A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: um estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. B. *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 280-302.
- Guazina, F. (2009). *A psicologia nos espaços públicos de saúde: discussões sobre integralidade e cuidado*. Dissertação de Mestrado: Porto Alegre: PUCRS.
- Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. (2016). Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. (orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 147-169.
- Macedo, J. ; Fontenele, M. G. ; Dimenstein, M. (2018). Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. *Pólis & Psique*, 8, 112-131.
- Mendes, E. V. (2008). As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 18(4), 3-11.

- Miller, C.; Ahmad, Y. (2000). Collaboration and partnership: an effective response to complexity and fragmentation or solution built on sand? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20, 1-39.
- Minayo, M.C. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Moysés, M.; Lima (1992). Fracasso escolar: uma questão médica. *Ideias*, 19, 9-25.
- Oliveira, M. F.; Mendonça, J. (2016). O Capsi e a rede ampliada: intersectorialidade. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. B. *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 193-207.
- Onocko-Campos, R. (2013). Prefácio. In: Paulon, S.; Neves, R. (orgs.) *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 7-9.
- Onocko-Campos, *et al.* (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Revista Saúde Pública*, 43(1), 16-22.
- Salmon, G. (2004). Multi-agency collaboration: the challenges for CAMHS. *Child and Adolescent Mental Health*, 4(9), 156-161.
- Severo, A. K.; Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 26, (1), 183-195.
- Sinibaldi, B. (2013). Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 61-72.
- Tanaka, O. Y.; Lauridsen-Ribeiro, E. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2), 477-486.
- Teixeira, M. R.; Couto, M. C. V; Delgado, P. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933-1942.
- Trapé, T.; Onocko-Campos, R. (2017). Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 51, 1-8.
- Zanardo, G.; Bianchessi, D.; Rocha, K. (2018). Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, 9(3), 80-101.
- Zambenedetti, G.; Silva, R. (2008). A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150.
- Warschauer, M.; Carvalho, Y. M. (2014). O conceito de “intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do programa lazer e saúde da prefeitura de Santo André/SP. *Saúde & Sociedade*, 23(1), São Paulo, 191-203.

### **3.4 ESTUDO IV: O devir-criança como uma aposta às práticas de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil<sup>23</sup>**

O presente trabalho se propõe a pensar a temática do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS). A tese central do texto parte da ideia de que um devir-criança possa ser uma aposta ético-política na construção de práticas de cuidado emancipatórias, no campo da saúde mental infantojuvenil. Ética essa que deve superar as noções de infância romantizadas e precarizadas do começo da Modernidade e que incidam nas práticas de trabalho nos dispositivos de tratamento para crianças e adolescentes no sistema público. Com base nas ideias de Benjamim, Agambem, Larrosa e Deleuze, o “devir-criança” se constitui como um conceito-força que cria tensionamento e resistência aos crescentes processos de patologização e medicalização da vida infantil.

Dessa forma, propôs-se problematizar o campo de intervenção no cuidado de crianças nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), a partir da inserção etnográfica do pesquisador em um Capsi do interior do estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2015 a 2018. O relato e as problematizações emergem da inscrição de uma tese de doutorado acerca da infância no campo da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul. Tal narrativa é um exercício reflexivo que tem por objetivo poder dar *“lugar para outras vozes, outros registros discursivos que possam fazer durar a experiência num exercício problematizante, numa atitude analítica de seus efeitos e, nestes movimentos, quer-se dar passagens para o desejo de se fazer falar outras possibilidades, outras ações coletivas”* (Matos, 2004, p. 17).

A possibilidade de colocar algumas cenas em análise é por entender que essas narrativas não fazem parte de uma experiência somente individual, nem mesmo individualizante; pelo contrário são relatos que vão assumindo percursos rizomáticos e que vão se conectando a diferentes experimentações no campo do cuidado. Pretende-se tensionar, assim, esses registros, esses fragmentos, que são recortes da realidade de muitos serviços no Brasil, baseando-se na perspectiva da atenção psicossocial, compreendida como paradigma fundante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em oposição ao modelo manicomial, historicamente construído para se lidar com a loucura e a experiência de sofrimento (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003).

---

<sup>23</sup> Texto apresentado como sugestão de capítulo de livro.

No paradigma psicossocial, a experiência de sofrimento psíquico é fundamentada em fatores históricos, sociais e políticos; a centralidade do cuidado está alicerçada no sujeito e no grupo familiar, compreendendo os sintomas como partes constitutivas e como patrimônios inalienáveis do sujeito (Costa-Rosa, 2000; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Dimenstein *et al.*, 2010). Dessa maneira, na atenção psicossocial, a centralidade dos processos de trabalho está na equipe interdisciplinar, que busca, através de diferentes intervenções, a inserção dos sujeitos em diferentes territórios de existência (*ibidem*; Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001).

Isso vai de encontro ao paradigma asilar, em que a experiência de sofrimento é entendida como doença mental, a partir de marcadores orgânicos, com o foco da intervenção no uso medicamentoso. O sofrimento mental é visto unicamente como doença e há uma forte culpabilização do sujeito e da família pelas suas situações de existência. A intervenção é, então, o exílio do sujeito em instituições de exclusão social (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003). No que tange à relação da Psiquiatria com a infância, o exame da história da saúde mental voltada a crianças e adolescentes no contexto internacional e nacional mostra que crianças e adolescentes passaram, embora com algumas diferenças, pelos mesmos efeitos das camisas de força, dos maus-tratos, dos eletrochoques e das dimensões de exclusão do agenciamento manicomial (Müller, 2000; Silva, 2009; Arbex, 2013).

No entanto, no caso brasileiro, a insurgência do movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica ocorreu com base em um movimento de resistência e luta e inaugurou outras possibilidades de intervenção construídas a partir de uma rede de cuidado que inclui diferentes dispositivos como o Capsi, as unidades básicas de saúde, as unidades de acolhimento, os leitos de psiquiatria em hospital geral, entre outros, tendo o cuidado em liberdade como questão central (Brasil, 2011).

Nesse sentido, o campo reformista nos últimos anos vem se dedicando à construção de alternativas de intervenção mediante a ausência histórica de uma linha de cuidado específica para essa população. Especificamente nesse contexto, ao contrário do que ocorreu com a população adulta, “*as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de serem tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros*” (Couto, 2004, p. 61). Estudos recentes mostram que há uma escassez de literatura acerca da temática da infância no campo da saúde mental (Couto, 2004; Cunha; Boarini, 2011;

Couto; Delgado, 2015). Tais estudos apontam um cenário de desassistência no que tange ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no sistema público (Couto; Duarte; Delgado, 2008). Na superação dessa lacuna, alguns trabalhos sobre as práticas de cuidado com crianças e adolescentes foram realizados (Ranña, 2016; Reis; Delfini; Dombi-Barbosa; Oliveira, 2016). Destacam-se, também, experiências que propõem alternativas de cuidado baseadas na relação da saúde mental com o campo educacional a partir de práticas de intersetorialidade (Lykouropoulos, 2016), projetos de intervenção para crianças e adolescentes usuários de crack em alguns territórios brasileiros (Arrigoni; Urbano, 2016), bem como estratégias operacionais de modos de trabalhar como acolhimento e ambiência nos dispositivos dos Capsi's (Carvalho; Medina; Bosseto; Cruz *et al.*, 2016).

No entanto, mesmo com diferentes estudos e propostas de intervenção, alguns questionamentos emergem como questões candentes. Qual o lugar da infância no campo da Reforma Psiquiátrica e como os dispositivos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vêm atendendo e produzindo cuidado, teorias e intervenções com esse público-alvo? Como produzir práticas de intervenção baseadas em uma ética do cuidado, da produção de autonomia, de relações emancipatórias que não reproduzem a lógica de institucionalização e cronificação das necessidades dos usuários dos serviços?

Nesse sentido, um desafio que se destaca e que foi discutido no Estudo II desta tese evidenciou que a noção de infância para profissionais que os trabalhadores nos Capsi's apresenta-se com uma forte tendência à idealização e à romantização, deslocando do campo infantil a dimensão de loucura e de sofrimento, como observado em estudo realizado por (Cervo; Silva, 2014). Os estudos da Sociologia da Infância nos ajudam a compreender historicamente que o adultocentrismo nas pesquisas colaborou para a marginalidade da infância, enquanto um campo de investigação científico, e favoreceu um ideal de infância pautado em um sentimento de ingenuidade ou de desrazão (Qvortrup, 2010; Barbosa, 2015).

Compreendendo que o campo da SMCA (Saúde Mental de Crianças e Adolescentes) apresenta inúmeros desafios, tem-se o objetivo, a partir de alguns recortes de experiências, de buscar nessa analítica um lugar de apoio para se pensar as práticas de cuidado no campo da saúde mental, sustentadas pelo paradigma da atenção psicossocial, e para se discutir o campo da clínica na Reforma Psiquiátrica.

Uma das críticas que Franco Basaglia sofreu em seu processo de desconstrução do manicômio em Trieste baseia-se em dois equívocos: de pensar a reforma como mera reestruturação da assistência de saúde mental, e de afirmar que a questão da clínica foi negligenciada pela experiência italiana. Amarante (2015) conta que Basaglia antes de morrer pediu que o movimento por ele liderado fosse contado pelas histórias das pessoas. O psiquiatra italiano preocupava-se com as pessoas e não com a doença, e isso é um cuidado rigorosamente clínico (Amarante, 2003). Nesse sentido, a questão norteadora deste trabalho parte da ideia de pensar como um “devir-criança” pode se constituir como uma aposta em um cuidado integral que subverta as ideias dominantes sobre a infância e que seja capaz de pensar um outro *ethos* infantil no campo do cuidado o qual seja de afirmação da vida (Pinheiro, 2007).

Por cuidado entendem-se as ações desenvolvidas nos dispositivos de atenção em saúde cujos sentidos sejam voltados à compreensão de saúde como um direito que se estabelece a partir das relações reais entre usuários, profissionais e comunidade. Essa compreensão baseia-se em práticas que incluem acolhimento e vínculo (Pinheiro; Guizardi, 2008) e que se materializam em um princípio básico de integralidade do SUS, o qual é compreendido “*como dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde*” (*ibidem*, p. 21).

Tomam-se como ponto de partida, então, algumas ideias de autores como Deleuze, Agambem e Benjamin e seus estudiosos para problematizar como um devir-criança, ou um devir “crianceiro”, poderia se configurar como uma ética de cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil e apontar algumas pistas para se avançar nos desafios que a Política de Saúde Mental Infantojuvenil vem enfrentando.

### **Infância, saúde mental e devir-criança**

A infância neste trabalho é considerada uma invenção da Modernidade e ocupa diferentes epistemologias como a Medicina, a Psicologia, a Pedagogia entre outros. Entendida como invenção e não como um objeto *a priori*, a infância é compreendida “*em sua construção histórica como categoria das ciências do homem e a forma como ela é engendrada no contexto social moderno*” (Resende, 2015, p. 7). Nesse sentido, inúmeros pensadores construíram discursos e olhares sobre o mundo da infância, ora como categorias estanques e separadas do mundo, ora como características inventivas.

Desde teorias que concebem uma natureza incompleta e perversa na criança, como a de Thomas Hobbes, até o pensamento de John Locke, que vê a infância como uma tábula rasa, moldada pelas instituições, principalmente a escolar, percebe-se que não há um consenso sobre uma conceituação de infância (Pereira, 2011). Ariès foi o autor que mais ficou conhecido por discutir a produção da infância pelo campo da História. Antes do advento da Modernidade, não havia separações claras entre o mundo do adulto e das crianças e desde então vai sendo fabricado um sentimento da infância baseado em um ideal de fragilidade, inocência e paparicação (Ariès, 1986).

No entanto foi a partir da Modernidade, que inicia um sentimento de infância como uma etapa da vida que precisa ser estudada e discutida com base em uma educação moral, pedagógica e das ciências médicas (Ariès, 1986). No auge da Idade Moderna, Descartes origina um tipo de pensamento sobre a infância. Para ele, a infância não contribui significativamente para o desenvolvimento de uma noção de subjetividade e de constituição do homem adulto. Pelo contrário ela é um estágio puramente histórico que recalca a razão. Portanto, para Descartes, o sujeito não pode ser pensado a partir de sua dependência com um mundo sensível, e se a infância se liga a esse pensamento, ela deve ser superada, pois seria um entrave para o desenvolvimento da subjetividade (Pereira, 2011).

Essas concepções forjaram um ideal de infância maculado, baseado na ideia que a criança é um sujeito da desrazão, porque está em fase de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, produziu um ideal de inocência e quietude. A ascensão da burguesia e da sociedade industrial vai começar a pensar a infância como um lugar estratégico de controle, vigilância e cuidado com fins de depositar nessa fase da vida a esperança de um futuro melhor. É exatamente isso que começa a demandar todo um conjunto de especialistas, como psicólogos, médicos, psiquiatras educadores, a fim de disciplinar e domesticar a vida das crianças com propósitos biopolíticos (Almeida, 2009). A infância também vai se constituindo como um discurso político, a partir de estratégias de controle (Resende, 2015).

No entanto, aposta-se em um entendimento de infância a partir de Giorgio Agambem, Walter Benjamim e Gilles Deleuze, que abrem espaço para pensar outros modos de compreender o campo infantil, os quais podem ser potentes para o trabalho no campo da saúde mental. Walter Benjamim (1987) inaugura outro olhar sobre a infância. Ele não vê a criança romantizada, mas sim atravessada por questões culturais, sociais e

históricas (Santos, 2015). Para Benjamin, a infância não é uma categoria profundamente histórica, pelo contrário a infância é tensão permanente que não se constitui sem luta, sofrimento, angústia e, ao mesmo tempo, alegria de existir. Benjamin vê na infância um modo de existência. Giorgio Agambem (2005), apoiado no pensamento benjaminiano, traz outra concepção de infância. O filósofo italiano, fundamenta-a na experiência e na linguagem; antes de ser uma etapa cronológica, considera-a uma condição da experiência humana que se coloca como tensão na passagem entre a experiência e linguagem. Com base nas ideias de Walter Benjamin, Agambem afirma que o homem contemporâneo foi expropriado da experiência. Ele diz que “*o homem moderno volta para casa à noite extenuado por uma mixórdia de eventos - divertidos ou maçantes, banais ou insólitos, agradáveis ou atrozés – entretanto nenhum deles se tornou experiência*” (Agambem, 2005, p.22). Isso não significa que hoje não existem mais experiências, mas sim que elas se efetuam fora do homem e, curiosamente, o homem as olha com alívio. A ciência moderna separou muito bem o sujeito da experiência, do sujeito da ciência.

Em que pese essa questão, Agambem (2005) afirma que uma condição de possibilidade do nascimento de uma experiência poderia ser somente uma teoria da infância, com uma questão central: existe algo como uma infância do homem? Seria o infante o sujeito da experiência? Pensando desse modo, a concepção de uma infância como uma substância psíquica revela-se um engodo, pois a infância proposta por Agambem não pode ser simplesmente algo que precede o curso cronológico, ou baseado em etapas.

Em perspectiva similar, Deleuze, em *Crítica e clínica*, afirma que “*a criança não para de dizer o que faz ou tenta fazer: explorar os meios, por trajetos dinâmicos, e traçar o mapa correspondente. Os mapas dos trajetos são essenciais à atividade psíquica*” (Deleuze, 1997, p. 73). Com isso, “*crescer não é uma direção e sentido; é invenção de direção e sentidos. Desenvolver-se não é amadurecer e ficar adulto; é detectar potências de vida e lhes dar-lhes existência*” (Ceccim; Palombini, 2009, p. 308). Para Silva (2010), o devir-criança “*(...) trata-se de uma potência que permite pensar o convívio com as incertezas, sem se apoiar em modelos ou alternativas*” (Silva, 2010, p. 1). Assim, pensar a infância como um devir ou um “devir-criança” é uma alternativa aos agenciamentos subjetivos dominantes.

Diante disso, entende-se a infância como invenção, e como construção social, significa considerar o sujeito infantil como constituído nas práticas culturais, entendendo o conhecimento sobre a infância produzido por uma determinada construção histórica e que, ao mesmo tempo, produz o objeto que se propõe conhecer (Hillesheim; Guareschi, 2007). Isso contrapõe a falaciosa ideia que tanto aparece nas literaturas científicas, quanto nos discursos coloquiais, de que a infância é concebida e caracterizada por um período de tempo; é uma etapa estanque da vida, que geralmente demarca o início e o fim da infância de uma pessoa (Qvortrup, 2010). Desse modo, “*a infância (...) não é outra coisa senão o objeto de estudo de um conjunto de saberes mais ou menos científicos, a coisa apreendida por um conjunto de ações mais ou menos tecnicamente controladas e eficazes, ou a usuária de um conjunto de instituições mais ou menos adaptadas às suas necessidades, às suas características ou às suas demandas*” (Larrosa, 2010, p. 184).

Diante do exposto, pensar a infância a partir do conceito de devir e de experiência foi um alento na trajetória deste estudo. Por “devir-criança” entende-se um modo de operar infantil que se traduz em modos de resistências aos discursos dos “especialismos” que veem na infância uma etapa cronológica do desenvolvimento sempre ascendente. Compreende-se, neste trabalho, o infantil como uma presença atemporal do adulto (Ceccim; Palombini, 2009), em contraponto às teorias desenvolvimentistas, ou nas palavras dos autores,

*[..]se, em vez de localizarmos a criança como vir-a-ser, reconhecemos, através dela, o devir, podemos admitir que o seu desenvolvimento não remete às exigências do futuro, mas às experimentações em que pode exercer as suas potências, compondo-se com os diferentes meios com os quais convive, incluindo as pessoas, entre elas, principalmente, os pais e irmãos (...). A criança é um conjunto de potências devindo (ibidem, p. 308).*

Essa percepção faz crítica e propõe um olhar sobre a infância e a criança para além dos psicologismos do desenvolvimento e da pedagogização da infância. Ou como nos lembra Larossa, um olhar que não reduz “*a infância a algo que de antemão já sabemos o que é, o que quer ou de que necessita. Por exemplo, um estado psicossomático que não fosse nada mais do que o momento específico e cronologicamente primeiro de um desenvolvimento que a psicologia infantil poderia descrever e a pedagogia dirigir*” (Larossa, 2010, p. 188). Mais especificamente, no campo psicológico, a aliança de teorias e estratégias desenvolvimentistas produziu um

conhecimento de alienação, no qual o saber psi ficou consubstanciado aos processos de diagnósticos, a partir de teorias do desenvolvimento, suprimindo as questões socioculturais (Hernandez; Scarparo, 2007), ou atrelando aquele que aprende ao que não aprende, o que é inteligente ao que não é (Oliveira; Marinho-Araújo, 2009), naturalizando, assim, um determinado tipo de infância.

Em que pesem essas questões, qualquer aluno de Psicologia no Brasil é apresentado às questões de infância com os *handbooks* que tratam a infância como etapas cronológicas bem definidas, geralmente subestimando os aspectos históricos culturais e locais. A exemplo disso, podemos citar os livros de Helen Bee (1997), *O ciclo vital*, e de Papalia e Olds (2013), *O desenvolvimento humano*, que tratam as questões da infância pelo enfoque do ciclo vital. Isso não é necessariamente algo ruim, mas não contempla os modos de viver infantis da realidade de um país como o nosso. Nesse mesmo sentido, os livros clássicos de intervenção clínica também estão baseados em uma visão eurocêntrica, burguesa e elitista da infância e não dão conta das demandas do campo real. São construções de uma infância abstrata e a-histórica.

Ao contrário, a infância como proposto por Larrosa (2009, p.98) faz relação com um processo libertário e de construção de um porvir que não circunscreve-se pelo saber dos especialistas, que independe de nós, mas que se indetermina num vir-a-ser. A liberdade sustentada por essa lógica é “*experiência de novidade, da transgressão, do ir além do que somos, da invenção de novas possibilidades de vida.*”

### **Cuidado infantojuvenil na saúde coletiva**

Um dos pressupostos que sustentam as práticas na saúde coletiva é a noção de clínica ampliada, considerada como ato de saúde que “*não é a medrosa luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas a produção de vida, arte de (de)subjetivação, potência de encontro*” (Pelbart, 2008, p. 11-12). Um dos tensionamentos que marcam essa questão e que foram explorados na tese é a noção de que a infância não é passível da experiência da loucura e é sacramentada em um ideal de pureza, que macula, em diferentes processos históricos, um ideal de pureza e de subjetivação.

Nesse cenário que passa tanto pelo campo epistemológico, quanto pelo prático, temos uma questão importante: criam-se se discursos sobre crianças, com as crianças ou a partir das crianças? Isso levanta questionamentos importantes frente aos modos de cuidar e de tratar a infância nos serviços de saúde mental, principalmente quanto aos

Capsi's. Os Caps configuram-se importantes dispositivos de cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Dessa maneira, toma-se a discussão de Basaglia, que, ao colocar a doença entre parênteses, entende-a como experiência-sofrimento. A noção basagliana democratiza a doença mental, na medida em que retira a questão do adoecimento mental do lugar do outro excluído, mas a traz para o campo da constituição humana. Tal premissa faz corte aos discursos hegemônicos biomédicos que centram a experiência de adoecimento em doença mental (Foucault, 2000), o que legitima o nascimento da Psiquiatria como um campo de intervenção e prática.

Dessa forma, o Capsi tem a função de promover outras estratégias de intervenção que abarquem, para além das intervenções individualizantes, outras brechas possíveis. O individualizante não é o problema em si, porque há muitas práticas individuais que se pulverizam e que se configuram de modos muito coletivos. Em que pese essa questão, uma das dificuldades encontradas no serviço relaciona-se com o PTS (Projeto Terapêutico Singular), que prevê a construção de uma possibilidade de clínica ampliada a partir da inclusão do usuário em seu tratamento como contraponto à herança médico-centrada na forma de lidar com o sofrimento mental (Brasil, 2014). Esse é um desafio importante, porque a inclusão da criança nessa proposta é bem difícil. Muitas vezes, há uma negação da criança como sujeito de fala, de ação e de responsabilidades.

Com base no esboço dessas questões, emerge um questionamento: como produzir intervenções que estabeleçam laço com o campo da clínica, a partir de uma clínica artesanal, ampliada e peripatética (Lancetti, 2008)? Isso equivale a pensar os processos de desinstitucionalização como ativação de força-invenção da vida. Desinstitucionalizar, na lógica da sociedade mundial de controle, não pode mais ser uma compreensão restrita às formas de poder institucional conhecidas no âmbito das sociedades disciplinares (Romagnoli *et al.*, 2009). Pelo contrário, deve ter um direcionamento na construção compartilhada de outros modos de cuidar e intervir.

Nesse sentido, as diretrizes fundantes da Política Nacional de Humanização (PNH), como política transversal do SUS, aposta para intervenções na articulação de três esferas: o ético, o estético e o político. A dimensão ética é “(...) *marcada pela escuta e transformação que esta provoca, possibilitando outros modos de ser, conectados com a afirmação da vida como multiplicidade e abertura*” (Verdi; Finkler; Matias, 2015, p. 364). Nessa mesma linha, a dimensão estética aposta na invenção de percursos e de modos de fazer; a vida é entendida como obra de arte, aberta à

reinvenção do ser, do estar e do sentir; e, por último, a dimensão política atenta às forças que obstruem em nós o devir e que permitem problematizar e criticar a realidade.

Desse modo, assume-se neste trabalho o “devir-criança” como uma utopia ativa em que se olha para a infância a partir de “uma atitude ético-política de aliança com o *criançar*. Em dois sentidos: um, de desmanchamento de tudo que é descriançável e outro de produção do *criançar*<sup>24</sup>” (Vincentin, 2016, p. 30). Descriançável, para a autora, é atitude fundamental em todos os lugares; crianças e adolescentes não têm assegurado os seus direitos e não estão sendo respeitados em suas singularidades e experiências, nos manicômios invisíveis, como nos

# crescentes processos de patologização e medicalização da vida infantil nos abrigos, internatos e em escolas;

# nos pavilhões de hospitais psiquiátricos modernizados que restringem física ou simbolicamente a potência de circulação;

# nas internações psiquiátricas de longo prazo, fruto em grande parte de mandatos judiciais, que reduzem a complexidade da vida a uma resposta institucional única;

# na redução das formas de pensar, sentir e agir em relação ao sofrimento psíquico, ao totalitarismo de teorias ou a abordagem única (*ibidem*, 2006).

### **Por uma estética da existência**

Durante os quatro anos de pesquisa, tive a oportunidade de conhecer muitas crianças que chegam aos serviços com diferentes vulnerabilidades, entre elas, pobreza, maus-tratos, abusos, adoecimentos psíquicos, dentre eles autismo, psicoses, além de crianças que tentam se matar, se cortar, que se colocam em risco. No entanto, há vários meninos e meninas que chegam aos serviços atravessados por discursos psiquiatrizantes e psicologizantes e que não necessariamente apresentam alguma patologia específica. Crianças que não se comportam, que não cabem nos lugares instituídos das instituições, que agitam, que desacomodam as ordens instituídas e que bagunçam uma certa neurotização organizativa do mundo vigente. São discursos que se repetem como velhos

---

<sup>24</sup> O conceito de descriançar parte da fala de um menino de 9 anos atendido em um serviço de saúde mental para se referir aos processos de adultização que vinha sofrendo pelos trabalhadores do serviço (Vincentin, 2016).

discos riscados. Tomemos o encontro com Pedro<sup>25</sup> como ferramenta disparadora e tensionadora dessas questões. Pedro é um desses usuários facilmente identificados em um Capsi. Ele chegou via judicialização da saúde, a partir de uma denúncia de maus-tratos e negligência materna, pois havia sido deixado vários dias sem comida e sem água dentro de casa. O pai já havia morrido e a mãe tinha que lidar com a irmã de Pedro, a qual apresentava problemas mentais, diagnóstico de autismo. Hoje ele está com 19 anos, mas chegou ao serviço com 8 anos. Sua história é marcada por abusos sexuais por parte do pai. O rapaz apresenta muitas dificuldades cognitivas e muitas marcas de exclusão: pobre, mulato, doente mental e visto pelos colegas como alguém perigoso. Pedro representa uma parcela importante da população compreendida como os infames da história (Lobo, 2015). Em *A vida dos homens infames*, Foucault (2006) fala daqueles que não têm lugar na história, sujeitos de vida comum, que vão ganhando discursos a partir de experiências singulares desses sujeitos comuns.

Pedro é acolhido no serviço mediante judicialização frente à denúncia de vizinhos que acionam o Conselho Tutelar. Os casos de judicialização infelizmente têm ganhado força nos últimos tempos, ora como estratégia de cuidado, ora como estratégias biopolíticas de controle, que recaem principalmente na população pobre. Em nome de um suposto cuidado, judicializam e medicalizam muitas crianças no Brasil que não se adequam às normas vigentes (Scisleski; Maraschin, 2008, Pedrosa; Moreira, 2017).

Nos meus encontros pelo serviço, observo que Pedro tem uma tatuagem na mão, entre os dedos: em cada dedo está grafado um número, que, no conjunto, correspondem a 1999. Pergunto o que significa a tatuagem e ele me disse que era a data de nascimento. A tatuagem vai tornando inscrição que vai produzindo bordas, que fazem laço, que criam identidades, que trazem certas narratividades que traduzem certo lugar no mundo. Ou usando uma metáfora de Rickes (2002), a cicatriz se faz escritura. Pedro tem 19 anos e frequenta o Caps desde os 8 anos, é hóspede antigo no serviço. Pergunto se há outras tatuagens e ele me mostra um terço no braço esquerdo e no outro braço uma pequena estrela perto da mão, que cobre uma cicatriz de um assalto que ele fez e cuja vítima revidou com uma facada. Há outra tatuagem no rosto, no lado esquerdo também: uma cruz pequena, feita por um colega de prisão. Ele narra que fez pequenos roubos e

---

<sup>25</sup> Nome fictício.

atos de violência na rua, mas que não faz por mal, só para se defender; diz ainda que muitos caras mexem com ele na rua e que vêm para cima dele com *ladaia*<sup>26</sup>.

Vejo que, em seu repertório linguístico, há várias gírias do universo da rua. Ele fala das favelas do Rio de Janeiro e da Vila Cruzeiro e da Zona Norte de Porto Alegre, com muita propriedade, embora me diga que nunca conheceu Porto Alegre. Pedro diz que há regiões onde nem a polícia entra. Tenho dificuldade de compreender o que ele fala, muitas vezes. Questiono quanto tempo está no serviço e como ele chegou até lá. Ele me conta que veio ainda menino porque a irmã era autista e se tratava ali. No meio disso tudo, ele diz que odeia abusadores, que os estupradores mereciam morrer e que não tem pena deles; faz esses comentários empregando uma nomenclatura típica do presídios, revelando a mim suas marcas de vida.

Questiono de quais atividades ele participa no serviço e quantas vezes ele vem no Capsi por semana. Pedro responde que vai praticamente todos os dias. Nas segundas-feiras, participa do grupo de futebol, que, na verdade, é um grupo de atividades físicas coordenado por uma educadora física, membro da equipe, e estagiários. Na sexta, participa do grupo de Acompanhamento Terapêutico (AT) e, nos outros dias, vai ao serviço nos espaços de ambiência. De algum modo, o serviço vai se constituindo como elemento fundamental do itinerário terapêutico de Pedro. E as paredes do Capsi se sustentam como campo transferencial (Tenório, 2001), que vão produzindo continências e afecções que sustentam outros laços terapêuticos para além dos atendimentos individuais, grupos, AT's (Lancetti, 2008) e que aos poucos começam a constituir outros modos de se vincular ao serviço.

Pedro foi um sujeito que viveu grande parte da infância vinculado ao Capsi e que foi se tornando um “*enfant-adulto*” também nas relações produzidas no serviço. Dentro dessa leitura, Pedro denuncia que o pátio do serviço estava sem grandes estímulos e diz para equipe que eles teriam que inventar um jeito de fazer com que as crianças se sentissem mais à vontade naquele espaço. Como a equipe estava trabalhando com ele questões de autonomia e identidade, eles propuseram que ele desenhasse uma amarelinha para que as crianças pudessem brincar, a qual ele fez com entusiasmo, assinando seu nome e registrando a facção de que faz parte, o que trouxe importantes questionamentos para equipe. Um dos membros da equipe disse: “*esse negócio de*

---

<sup>26</sup> Gíria muito utilizada pela população que vive na rua, que significa intriga, problemas, treta.

*empoderar o sujeito às vezes, nos causa alguns impedimentos, às vezes eles vão longe demais”.*

Em uma de nossas conversas, no pátio externo, Pedro me mostra a amarelinha e os grafites que fez junto com outros colegas para “*deixar o Caps mais a nossa cara*”. Mas lamenta dizendo que não adianta nada fazer isso, porque o Caps vai mudar de lugar. Esse menino, que sofreu tantos abusos, tantas violências, que esfaqueia, que assalta, que mete medo nas pessoas na rua, fala de sua relação com o serviço e vai se inscrevendo de uma outra forma na prosa comigo. A residente que trabalha com ele cria um bom vínculo e opera com ele muitas andanças e travessias na cidade e percebo que há uma ponta de infância nessa adultez. Há algo que se mantém ali nessa produção da passagem infância-adolescência-adulto; um outro como infância aparece. E seguindo a linha de Lancetti (2008), à medida que vão se desmontando os espaços-tempos de adoecimento, a equipe vai inventando empreendimentos que trazem um outro de lugar de morada e que produzem desejos.

A infância de Pedro perde lugar para a infância idealizada e romantizada do discurso social e se virtualiza no adulto que vai compondo outra trajetória de vida. Uma virtualização da infância que nos leva a outro lugar, porque a infância assumida neste trabalho é o outro, é um não saber, que não busca uma teorização e nem um desvelamento ou naturalização de uma verdade (Larrosa, 2010). A infância vista como alteridade é algo muito mais radical,

*(...) nada mais e nada menos do que sua absoluta heterogeneidade em relação a nós e ao mundo, sua absoluta diferença. E se a presença enigmática da infância é a presença de algo radical e irredutivelmente outro, ter-se-á de pensá-la à medida que sempre nos escapa: à medida que inquieta o que sabemos (e a soberba de nossa vontade de saber), à medida que suspende o que podemos (e a arrogância de nossa vontade de poder) e à medida que coloca em questionamento os lugares que construímos para ela (e a presunção de nossa vontade de abarcá-la). Aí está a vertigem: na maneira como a alteridade da infância nos leva a uma região na qual não regem as medidas de nosso saber e de nosso poder (Larrosa, 2010, p 185).*

Tal ideia rompe com os saberes psicológicos hegemônicos que sempre centraram seu objeto de investigação em conhecer a infância, como uma etapa do desenvolvimento, frequentemente, centrada nas mesmas epistemologias da ciência clássica. Dessa forma, se perde de olhar para a experiência e o devir. Em um desses encontros, Pedro conta que, além de ir ao serviço, gosta de caminhar em um dos parques da cidade próximo ao Caps, que é conhecido por ser zona de uso de crack e outras

drogas, e ir a um shopping próximo. Esse menino, que prefere estar sozinho ou com pouca companhia, busca todos os dias os serviços em busca de um lugar de escuta e de reconhecimento. Suas histórias são contadas para além do bem e do mal.

São construções rizomáticas que vão dando sentido às experimentações de Pedro com a cidade. Em um dos nossos encontros, ele fala dos tempos da internação em um hospital psiquiátrico e de suas histórias de apaixonamento pelas meninas. Em uma de suas internações, ele estava em casa e a polícia chegou; colocaram nele as algemas e levaram-no para a internação psiquiátrica. *“Eles fazem isso, Félix. Tratam a gente que nem bicho”*. Ele me contou que aprendeu a atirar com pai aos 8 anos. Parece que esse universo todo de bandidos, armas e favelas encanta muito Pedro e o inscreve em um lugar no mundo. Ele diz que cometeu alguns crimes, mas justifica que foi em defesa daqueles que gosta; fala incomodado da forma como a imprensa noticiou os fatos e diz que *“a RBS e a Zero Hora contam as notícias como querem; eles não escutam os caras. Eu só estava protegendo as pessoas que amo”*. São histórias que vão dando sentido à vida e vão costurando afetos e convocando a todos que estão sensíveis a essas questões a inventar outras práticas de trabalho. Pedro é um desses casos espalhados pelo Brasil de adolescentes que cresceram dentro dos serviços e que se constituem a partir de diferentes forças de exclusão, encontrando no Caps um lugar de sujeito, um lugar não idealizado e não cheio de expectativas, mas um lugar possível.

Diante do exposto, que as práticas de cuidado que possam se sustentar em um “devir-criança”, possa ser uma aposta ético-política na construção de práticas de cuidado emancipatórias. Ética essa que supere as noções de infância romantizadas e precarizadas do começo da Modernidade, as quais incidem nas práticas de trabalho nos dispositivos de tratamento para crianças e adolescentes no sistema público.

Nesse sentido, na contramão de práticas individualizantes, centradas na psiquiatrização e psicologização da vida infantil, algumas propostas se mostram como caminhos possíveis, com a participação direta das crianças, para não silenciar ou tamponar as potências do infantil, apesar de suas histórias de sofrimento. A exemplo disso, temos experiências de grupos para crianças que escutam vozes. Nascidos na Holanda, com a coordenação de Sandra Escher, a partir do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, esses grupos buscam não estigmatizar as crianças que ouvem vozes e evitar que sejam *a priori* diagnosticadas com psicose infantil ou esquizofrenia. A articulação com pais, escolas e outros setores públicos tem ampliado as intervenções

em saúde mental infantojuvenil naquele país e apontam outras modalidades de lidar com o sofrimento infantil (Escher, 2018).

No caso brasileiro, Chaves e Caliman (2017) desenvolvem pesquisas-intervenção com crianças e familiares acerca do uso de psicotrópicos, a fim de pensar outras possibilidades de cuidado com base na estratégia da GAM (Gestão Autônoma de Medicação), como forma de problematizar a relação dos sujeitos com seus tratamentos e medicamentos, considerando seus efeitos sobre os múltiplos aspectos de suas vidas. A GAM tem sido uma das estratégias utilizadas no Brasil para lidar com os aspectos medicalizantes de experiências de sofrimento em saúde mental (Jorge *et al.* Onocko-Campos, Pinto, Vasconcelos, 2012).

Outro exemplo é “A Casa dos Cataventos” na cidade de Porto Alegre, RS, que é um serviço que atende crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, privação de direitos e violência oriundos da ação ou omissão do Estado. Nesse local, eles realizam atividades que privilegiam o brincar e a palavra como construções privilegiadas de inscrição dessas crianças no laço social e na cultura (Gageiro *et al.*, 2018), favorecendo, assim, outras vias de construção democrática, alicerçadas em um cuidado em liberdade.

### **Referências bibliográficas**

- Agambem, G. (2005). *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: UFMG.
- Almeida, A. (2009). *Para uma sociologia da infância: jogos de olhares, pista para investigação*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Scliar, M. *et al.* *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 45-65.
- \_\_\_\_\_. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: escritos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Ariès, P. (1986). *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Arrigoni, R.; Urbano, G. (2016). A experiência do Projeto Quixote com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. B. (2016). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 2016, 147-157.

- Barbosa, R. (2015). *Infância, autonomia e pós-estruturalismo*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Benjamim, W. (1987). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, C. et al. (2016). Grupo de acolhimento: relato de experiência. In: *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 248-260.
- Ceccim, R.; Palombini, A. (2009). Imagens da infância, devir-criança e a formulação à educação do cuidado. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 301-312.
- Cervo, M.; Silva, R. N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir do Capsi. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 14(3), 443-453.
- Chaves, F.; Caliman, L. (2017). Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma de medicação. *Pólis & Psique*, 7(3), 136-160.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modelo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 141-168.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C.; Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Scliar, M. et al. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, 13-44.
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, T. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a prática e a clínica*. Belo Horizonte: Autêntica, 61-74.
- Couto, M. C.; Duarte, C. S.; Delgado, P. G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.
- Couto, M. C. V; Delgado, P. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda da política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 27(1), 17-40.
- Cunha, C.; Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia & Saúde*, 3(1), 68-76.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Dimenstein, M. et al. (2010). Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1209-1226.

- Escher, S. (2018). *Quando as crianças escutam vozes*. Grupo Intervezes. Recuperado em: <http://blog.cenatcursos.com.br/ouvir-vozes-em-si-nao-e-sintoma-de-uma-doenca/>.
- Foucault, M. (2000). *História da loucura na idade clássica*. 9ªed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2006). A vida dos homens infames. In: Foucault, M. *Ditos e escritos IV: estratégia-poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gageiro, A.M.; Beltrame, A.; Becker, A. Tavares, E.; Kessler, H.; Wottrich, L. (2018). A casa dos cata-ventos. In: Paulon, S.; Oliveira, C.; Fagundes, S. (orgs). *25 anos da lei da reforma psiquiátrica no rio grande do sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 310-312.
- Gadella, S. Governamentalidade neoliberal e instituição de uma infância empreendedora. In: Kohan, W. O. (org.). *Devir-criança da filosofia: infância da educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 123-138.
- Hernandez, A.; Scarparo H. (2007). Da força bruta à voz ativa: a conformação da psicologia no Rio Grande do Sul nas décadas da repressão política. *Mnemosine*, 3(1), 156-182.
- Hillesheim, B.; Guareschi, N. M. F. (2007). De que infância fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. *Psicologia e Educação*, 25, São Paulo, 75-92.
- Jobim e Souza, S. (1994). *Infância e linguagem*. Campinas: Papirus.
- Jorge, M. S. et al. (2012). Experiências com a gestão autônoma de medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Psysis*, 22(4), 1543- 1561.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Larrosa, J. (2009). *Nietzsche & a educação*. 3ªed.Belo Horizonte: Autêntica.
- Larossa, J. (2010). *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. 5ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lykouropoulos, C. (2016). Saúde e educação: intersetorialidade e práticas inclusivas. In: *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 381-393.
- Lobo, L. F. (2015). *Os infames da história: pobres escravos e deficientes no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Matos, R. L. (2004). A psicologia como prática político-social. In: Nascimento, C. et al. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP 07, 17-30.
- Müller, T. M. P.. (2000). A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o Pavilhão Bourneville (1903-1920). In: *Revista Brasileira de Educação Especial*, 6(1), Marília, São Paulo, 79-97.

- Pande, M.; Amarante, P. (2011). Desafios para os centros de atenção psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.
- Papalia, D.; Olds, S. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Pedrosa, T.; Moreira, M. (2017). Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 19(2), 73-82.
- Pelbart, P. (2008). Prefácio. In: Lancetti, A. *Clínica peripatética*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 11-14.
- Pereira, V. A. (2011). Descartes e Rousseau: leituras antagônicas de infância e subjetividade. *Poíesis*, 4(7), Tubarão, 20-37.
- Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 15-28.
- Pinheiro, R.; Guizardi, F. (2008). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 21-35.
- Qvortrup, J. (2010) A infância enquanto categoria estrutural. *Educação e Pesquisa*, 36 (2), São Paulo, 631-643.
- Ranña, W. (2016). A saúde mental da criança na atenção básica. Detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do Apoio Matricial. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 170-185.
- Rickes, S. M. (2002). A escritura como cicatriz. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 27(1), 51-71.
- Resende, H. (2015). Apresentação. In: Resende, H. (Org.) *Michel Foucault: o governo da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 7-9.
- Reis, A. et al. (2016). Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 186-210.
- Romagnoli, R. et al. (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface: saúde, comunicação, educação*. 13(20), 199-207.
- Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Santos, S. (2015). Walter Benjamim e a experiência infantil: contribuições para a educação infantil. *Pro-posições*, Campinas, 2(77), 223-239.

Scisleski, A.; Maraschin, C. (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 457-465.

Silva, R. P. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 12(1), 195-208.

Silva, M. S. (2010). O devir criança em três tempos: Heráclito, Nietzsche e Deleuze. In: Colóquio Internacional De Filosofia Da Educação, 5, 2010, Rio de Janeiro. *Anais do V Colóquio de Filosofia da Educação*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2010.

Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos.

Verdi, M.; Finkler, M.; Matias, M. C. (2015). A dimensão ético-estético-política da humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 363-372.

Vincentin, M. C. (2016). Criar o descrençável. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Lykouropoulos, C. (orgs.). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, p. 29-53.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE: A ESPERANÇA EQUILIBRISTA

*“a dor do parto é também para quem nasce, todo parto decreta um pesaroso abandono. Nascer (...) é condenar-se à liberdade” (Bartolomeu Campos de Queirós).*

Finalizar uma tese, se isso é possível, também é decretar um pesaroso abandono. Abandono de processos, de construções de escritas que não couberam ou precisaram ser abandonadas pelo meio do caminho em busca de outro lugar e de outras vias de pensamento. O pesaroso abandono não necessariamente tem de ser vivido por afecções tristes, pelo contrário pode-se levar além. A tese, como um produto de um doutorado, é uma narrativa de pedaços de experimentação, ora teórico-epistemológica, ora prática e interventiva e inevitavelmente política. Política, porque o saber que produzimos impacta ora positivamente, ora negativamente a vida das pessoas e incide sobre as veredas das pólis. A infância e suas repercussões no campo da saúde mental foram o mote inicial que nos acompanhou durante a trajetória da pesquisa, diante do reconhecimento de que existiam poucas produções que tensionassem as questões sobre a infância no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O encerramento desta tese se dá em um momento muito difícil no campo da política. Marcado por retrocessos, destituição de direitos básicos e pelo desrespeito às diferentes formas de exercícios de viver a vida, em nome de se manter a “ordem e o progresso”. A notícia da suspensão de repasse de verbas aos Caps, incidindo principalmente no Rio Grande do Sul, noticiado pelos jornais espalhados pelo país, reafirma o lugar em que a saúde mental tem sido colocada pelas gestões. O “*fascismo nosso de cada dia*” não cessa de dizer a que veio, colocando em questão todos os esforços para se responder às problemáticas da saúde mental de forma respeitosa e que produza alguma intercessão na vida das inúmeras crianças e adolescentes que desde cedo enfrentam desafios muito áridos.

Tristeza pelos discursos que buscam na naturalização de certos modos de vida, tidos como exemplo maior, os homens de bem, a negação da pluralidade dos modos de ser e de habitar a vida, que ora se fazem singular, ora se fazem plural. por viver em um país em que grande parte da população nega a sua história e despista, repudia e higieniza os efeitos de uma ditadura nos anos 1960, clama por uma intervenção militar e

se faz de desentendida quando claramente se institui um segundo golpe, tão vil quanto o primeiro. Isso tudo me dá arrepios. Essas lamúrias se inscrevem em uma tentativa de resgate de uma “esperança equilibrada”, como diz a música cantada por Elis, de alcançar algum punhado de esperança para que se inscrevam outras maneiras de viver e de andar por aí, porque, com esses tempos de achatamento democrático que temos vivido, eu não me conformo.

Mas, retomando os afetos alegres, como diria a filosofia de Spinoza, a possibilidade de transitar por diferentes serviços em municípios tão distintos e com tanta diversidade de composições e práticas, nas inscrições nas micropolíticas de trabalho, vejo em encontros como esse e nas micropolíticas do cotidiano do trabalho que nós, trabalhadores da saúde, produzimos, um oásis a partir dos diferentes cenários de práticas que habitamos; uma possibilidade de esperança em tempos de bombas e guerras. Ao final desse processo de investigação, é importante resgatar aquilo que anima a escrever a tese. O primeiro estudo possibilitou conhecer e discutir os processos de institucionalização da infância no Brasil tanto em instituições manicomiais como nas instituições socioassistenciais, sob a marca da exclusão e da pobreza, legitimada por discursos disciplinares, educacionais e de cuidado que compuseram uma rede discursiva que articulava e ratificava saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, através de uma tecnologia correccional e repressora.

O segundo estudo buscou conhecer os desafios e as potencialidades do trabalho da Psicologia nos Capsi's. Dentro desse estudo, notou-se que as falas das profissionais apresentavam hegemonicamente uma idealização da infância, o que causou em um primeiro momento uma surpresa, na medida em que a infância habitada nos sofrimentos de crianças que chegam aos serviços de saúde mental retrata outras realidades. Predominantemente nos Capsi's aparece uma romantização e uma idealização da infância descontextualizada do sofrimento mental e das construções sociais, baseada na herança desenvolvimentista e clínica do fazer psicológico, corroborando com uma produção do infantil a-histórica, abstrata e asséptica. Por outro lado, reconhece-se que grande parte das crianças atendidas em Capsi's apresenta diferentes sofrimentos psíquicos e muitas vulnerabilidades a partir da influência social e neoliberal.

Quanto às construções de demanda, evidenciou-se que existem dificuldades e confusões nos serviços entre o que é demanda de Capsi e o que não é. Dentre essas, destaca-se a fragilidade de serviços de cuidado para além dos Caps nos municípios,

sobrecarregando os serviços existentes. Nesse sentido, as dificuldades de reconhecimento do sofrimento psíquico na condição de uma vivência da criança colaboram para essa confusão. Outro ponto importante diz respeito à psicopatologização da infância pelo discurso escolar e social, àquilo que vai se conformando no coletivo como problemáticas de saúde mental e ao entendimento dos profissionais sobre a criança “problema”. Essa pulverização dos diagnósticos pelo campo social traz alguns entraves como a fabricação de patologias a partir de um discurso de psiquiatrização e psicologização dos modos de viver infantis.

Quanto às potências de trabalho da Psicologia voltada à SMCA, tem-se o trabalho em equipe com a pluralidade de olhares e intervenções e uma possibilidade de ampliação das práticas. Com isso, uma escuta sensível, baseada em práticas de campo e comprometida com as demandas psicossociais, constrói uma possibilidade de cuidado que desconstrói certas visões hegemônicas de que a criança que apresenta algum problema de saúde mental é doente e está circunscrita em uma marca de exclusão. A escuta como exercício de autoria possibilita distinguir objetos, situações ou nuances que estavam invisíveis aos modos de vida recorrentes.

O terceiro estudo, ao buscar compreender como a rede de saúde mental vai se articulando ou não com as práticas intersetoriais voltadas à SMCA, observou insuficiência e fragilidades da rede de saúde mental voltadas à infância e adolescência. Grande parte desses problemas centram-se na dificuldade da relação da saúde mental infantojuvenil na atenção básica e atividades intersetoriais. As práticas da Psicologia, em grande parte, ficam enclausuradas nos serviços que colabora para a ambulatorização da assistência, contexto veemente criticado pelos autores da reforma psiquiátrica.

O último trabalho, ao tensionar alguns fragmentos de casos, intervenções, pedaços de reuniões, tenta recuperar uma noção de devir-criança como aposta nas práticas de cuidado voltadas a crianças e adolescentes na saúde mental. Uma infância que possa se manter como uma virtualidade no adulto, no cotidiano das micropolíticas de trabalho no SUS. Essa é a aposta que eu gostaria que cada trabalhador pudesse ter ao encontro com essas infâncias, de modo que seja possível. Deste modo, pensar em um “devir-criança” que possa ser uma ética de cuidado para o campo da saúde mental.

*O menino aprendeu a usar as palavras  
Viu que podia fazer peraltagens com as palavras  
e começou a fazer peraltagens.  
(...) A mãe reparava o menino com ternura.  
A mãe falou: esse menino vai ser poeta  
Você vai carregar água na peneira a vida toda  
Você vai encher os vazios com suas peraltagens.  
(Manoel de Barros)*

Que um devir-peralta, como nomeio a partir de Manoel de Barros, possa se fazer guia frente aos desafios que vem daqui para frente. Que os despropósitos como anuncia o poeta nos deem força quando o adulto que nos constitui achar que não dá mais para carregar água na peneira. Que nestes percursos, as diferenças nos fortaleçam (Pasche; Passos, 2008), porque todas as formas de viver valem a pena<sup>27</sup>. Que possamos preencher os vazios com peraltagens. Que a nossa resistência ético-política-psi possa se dar através de práticas “*poéticas que pulsem nos percursos de afirmação da vida, que naveguem pelas águas do comum, sempre plural, sempre cooperativo*” (Lancetti, 2008, p. 17)<sup>28</sup>. Pensar o devir-criança ou um devir-peralta como uma possibilidade ético-política na saúde mental de crianças e adolescentes no SUS pode ser uma aposta para criar o descrençável. O “devir-criança” surge como metáfora utópica frente à história de abandono, de exclusão, de violências institucionais, de patologização e medicalização da existência. A metáfora utópica não serve como “burocratização” da esperança, pelo contrário, ela nos convida a romper com os processos de romantização da criança que exclui a possibilidade de ela ser e estar no mundo, apesar das suas questões e sofrimentos. Se quisermos um mundo possível, precisamos nos encontrar com as crianças de um jeito diferente, recebê-las de outro modo, pois “*receber é fazer lugar: abrir um espaço no qual aquele que vem possa habitar*” (Larrosa, 2010, p. 188<sup>29</sup>), para além de nossas suposições, mas habitar e fazer lugar por suas alteridades.

---

<sup>27</sup>Emerson Merhy em entrevista à Rede Unida. Recuperado em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Pa0HadRt5ns>>.

<sup>28</sup> Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

<sup>29</sup> Larrosa, J. (2010). *Pedagogia profana: danças piruetas e mascaradas*. 5ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.

No momento histórico e político em que estamos vivendo é fundamental lutar pela garantia dos direitos que nos constituem enquanto sujeitos habitantes de diferentes espaços-tempos. Mais do que nunca é preciso resistir para que a história das institucionalizações não se repitam sorrateiras, pois a liberdade enquanto patrimônio inalienável do sujeito não pode ser colocada em suspensão como outrora, porque como nos lembra Franco Rotelli<sup>30</sup> “*a liberdade só é terapêutica se não significar deixar as pessoas a sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais*”.

---

<sup>30</sup> Rotelli, F. (2008). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante, P.; Cruz, L.B. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## APÊNDICE A– Roteiro de Entrevista

Dados de Identificação:

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Titulação:

Tempo de formação/atuação como Psicólogo/a:

Tempo de atuação no serviço:

### Questões norteadoras da entrevista

- 1) O que levou você a trabalhar no contexto da saúde pública?
- 2) Por que você decidiu trabalhar em um CAPSi? Quais foram os motivos norteadores
- 3) Como você definiria o serviço que trabalha?
- 4) Como é o seu trabalho no serviço de saúde mental?
- 5) O que é infância para você?
- 6) Como você percebe a infância na atualidade?
- 7) Você percebe que a compreensão de infância interfere no processo de trabalho da psicologia no CAPSi?
- 8) Quais os desafios da atuação da Psicologia em um Capsi.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.*

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “Infância e Reforma Psiquiátrica no Contexto da Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Sul, que tem como objetivo compreender as concepções de infância e cuidado no cenário das práticas de saúde mental infantil na rede pública do Rio Grande do Sul. Sua participação é importante para o fortalecimento de práticas de cuidado emancipatórias no SUS, no que se refere ao atendimento de crianças nos serviços de saúde mental. Sua participação será através de um entrevista narrativa, com duração de no máximo uma hora.

Quanto aos riscos, a pesquisa não prevê nenhum risco específico. Mas caso sinta-se desconfortável em qualquer momento da pesquisa, você poderá interromper o processo e caso necessário faremos os encaminhamentos devidos. Quanto aos benefícios você estará colaborando para a produção de conhecimento em sua área de atuação, bem como a qualificação do seu trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde.

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa te identificar serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo algum na assistência recebida.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Félix Miguel Nascimetno Guazina e Adolfo Pizzinato e com eles você pode manter contato pelos telefones (55) 99139-0368 e (51) 99955-3954, respectivamente. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320- 3345 ou e-mail: cep@pucls.br, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 à 17:00.

### **Declaração**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

(local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador

## *ANEXO B : Aprovação do comitê de ética de pesquisa com seres humanos*

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Infância e Reforma Psiquiátrica no Contexto da Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Sul

**Pesquisador:** Adolfo Pizzinato

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 72820517.7.0000.5336

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.428.500

#### Apresentação do Projeto:

A proposta da investigação se constrói a partir da proposta de dois estudos de cunho qualitativo. O primeiro estudo, tem o intuito de conhecer as práticas de cuidado da psicologia nos Centros de Atenção Psicossociais destinados à infância e a adolescência; e quais interrogações que o conceito de infância coloca na construção do dispositivo clínico nas práticas de trabalho do Capsi. O segundo estudo tem a intencionalidade de mapear como se organiza uma rede singularizada de cuidados em saúde mental infantil, desde seu encaminhamento à atenção básica até o serviço especializado, a partir do olhar da criança. Parte-se aqui de uma perspectiva etnográfica e de estudo de caso que objetiva percorrer os itinerários de cuidado de crianças que circulam pela rede de atenção à saúde mental.

#### Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal sera analisar as concepções de infância e cuidado no cenário das práticas de saúde mental infantil na rede pública do Rio Grande do Sul, além de

Investigar historicamente as noções de infância e cuidado em saúde mental e suas relações com o saber psiquiátrico no âmbito institucional manicomial gaúcho; Entender como a infância vai se constituindo como um saber específico no campo da saúde mental institucionalizada no Rio Grande do Sul na sua interface com o saber psicológico. Conhecer as práticas de cuidado dos profissionais da psicologia na atenção de crianças

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

Continuação do Parecer: 2.428.500

nos serviços públicos de saúde mental do Rio Grande do Sul. Mapear como se configura atualmente a rede pública de cuidados de saúde mental infantil no estado do Rio Grande do Sul. Conhecer e problematizar as políticas públicas intersetoriais voltadas à infância e a adolescência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não prevê nenhum risco específico. No entanto, alguns participantes podem sentir-se desconfortável para responder as questões. Caso sinta-se desconfortável em qualquer momento da pesquisa, o sujeito poderá interromper o processo e caso necessário faremos os encaminhamentos devidos. Quanto aos benefícios você estará colaborando para a produção de conhecimento em sua área de atuação, bem como a qualificação do seu trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios os participantes estarão colaborando para a produção de conhecimento na área de infância e saúde mental, bem como a qualificação do atendimento à população ao Sistema Único de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se uma pesquisa qualitativa, a partir da proposta de dois estudos,

Estudo 1: O primeiro estudo, tem o intuito de conhecer as práticas de cuidado da psicologia nos Centros de Atenção Psicossociais destinados à infância e a adolescência; e quais interrogações que a temática da infância emerge como uma problemática na

construção do dispositivo clínico nas práticas de trabalho neste contexto. Os participantes deste estudo serão diferentes profissionais componentes das equipes que atuam em 5 Centros de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSi) do estado do Rio Grande do Sul.

Estudo 2: tem a intencionalidade de mapear como se organiza uma rede singularizada de cuidados em saúde mental infantil, desde seu encaminhamento à atenção básica até o serviço especializado, a partir do olhar da criança a partir de um estudo de caso. Desta forma, será realizado um contato com a secretaria municipal de saúde de Santa Maria, RS,

através do NEPES (Núcleo de Educação Permanente em Saúde) para apresentação da pesquisa e solicitação de pedido de acesso à rede de

cuidados infanto-juvenil do município. Para a produção de informações da pesquisa junto às crianças e os adolescentes será fornecido um TCLE

para os responsáveis e o Termo de Assentimento para as crianças e adolescentes (em anexo). Essa

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

Continuação do Parecer: 2.428.500

parte da pesquisa acontecerá somente no município de Santa Maria, RS. Os participantes deste estudo será 1 criança e/ ou adolescente do CAPSi da cidade de Santa Maria, RS. Nesse trabalho, consideraremos como critério de inclusão crianças e adolescentes entre 6 a 18 anos incompletos, que é o que caracteriza a população do serviço. O recrutamento da criança e/ou adolescente se dará por indicação da equipe do CAPS infantil, da cidade de Santa Maria, RS, por entender que o serviço é um articulador importante da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011), e pelo conhecimento prévio, por parte da equipe da compreensibilidade da criança e do adolescente para participar do estudo. Caso necessário, para maior compreensibilidade do caso, participarão como informantes profissionais e cuidadores. Estima-se no máximo 4 profissionais e 2 cuidadores, totalizando 7 potenciais participantes. A coleta das informações será realizada através de jogos, desenhos, brincadeiras, e conversas etc, a partir de 1 encontro com a criança e/ou adolescente. Se necessário serão realizadas entrevistas com os pais e/ ou cuidadores da criança ou adolescente e com os profissionais que acompanham o caso, assim como análise documental do prontuário, se autorizado - de acordo com as temáticas trazidas pela criança/adolescente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos que apresentados atendem o modelo sugerido pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012, n° 510 de 2016 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br